

JAHRESSTATISTIK 2017

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft



IMPRESSUM

Herausgeber und Bearbeitung

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089 67008-0

Telefax: 089 67008-444

E-Mail: Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

Internet: www.mdk-bayern.de

Satz/Layout

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

www.bestpage-rheinruhr.de

Mai 2018

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat vor wenigen Wochen ethische Leitsätze zur Patientensicherheit veröffentlicht. Einer davon lautet: „Wir teilen die uns zur Verfügung stehenden Informationen, die zur Patientensicherheit beitragen können“. Ganz in diesem Sinne stellen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bereits zum siebten Mal die Jahresergebnisse der von ihnen erstellten medizinischen Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern vor. Damit legen wir Rechenschaft über unsere Arbeit ab und leisten einen Beitrag zu mehr Transparenz über Art und Umfang von Behandlungsfehlern im deutschen Gesundheitssystem.

Die Begutachtung eines vermuteten Behandlungsfehlers im Auftrag der Krankenkassen durch den MDK ist ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung der Versicherten. Der Jahresstatistik der Medizinischen Dienste liegt der umfangreichste Datensatz im Vergleich zu ähnlichen Erhebungen zu Grunde. Trotzdem bleibt weiterhin unklar, wie viele Patienten wodurch vermeidbar geschädigt werden und wie viele ihrem Verdacht auf einen Behandlungsfehler überhaupt nachgehen und ihre Ansprüche auf Schadenersatz und Schmerzensgeld tatsächlich geltend machen. Es ist von einer relevanten Dunkelziffer auszugehen, die eine Verallgemeinerung der Daten verbietet.

Auch die Politik beschäftigt sich zunehmend mit der besonderen Bedeutung der Patientensicherheit für ein modernes und hochkomplexes Gesundheitswesen sowie den damit verbundenen Herausforderungen. Die ehemalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, erklärte dazu Anfang April 2018, es dürfe „sich niemand in den Bemühungen um die Patientensicherheit auf dem Erreichten ausruhen. Alle Beteiligten müssen weiter mit Nachdruck daran arbeiten, die Qualität und auch die Transparenz über die Qualität der Versorgung zu stärken. Denn jeder Fehler ist ein Fehler zu viel.“

Gemäß dieser Forderung und dem eigenen Anspruch hinsichtlich Patientensicherheit sprechen sich die Medizinischen Dienste für mehr Transparenz über Behandlungsfehler aus. Wir sehen darin die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung sowie die Sicherheitskultur in der Medizin nachhaltig zu verbessern.

Wir danken allen Gutachterinnen und Gutachtern, die sich der Erstellung der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen in sorgfältiger und oft mühsamer Detailarbeit widmen und die Ergebnisse für die bundeseinheitliche Erfassung aufbereiten. Ihnen danken wir für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2017 und hoffen, dass Sie neue Erkenntnisse und Denkanstöße daraus ableiten können.

Essen/München im Mai 2018



Dr. med. Stefan Gronemeyer, MHA
Leitender Arzt und stv. Geschäftsführer, MDS



Prof. Dr. med. Astrid Zobel, MBA
Ltd. Ärztin Bereich Sozialmedizin, MDK Bayern

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	5
1.1	Hintergrund	5
1.2	Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse	6
2	Ergebnisse	7
2.1	Übersicht	7
2.1.1	Haftungsvoraussetzungen	7
2.1.2	Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität	8
2.1.3	Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle	9
2.1.4	Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor	10
2.1.5	Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden	11
2.1.6	Behandlungsfehler nach Geschlecht	12
2.2	Fachgebiete	13
2.2.1	Übersicht	13
2.2.2	Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle	13
2.3	Versorgungsebene/Ort	15
2.3.1	Übersicht	15
2.3.2	Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe	16
2.4	Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)	17
2.5	Verantwortungsbereich/Medizinischer Zusammenhang	18
2.5.1	Übersicht	18
2.5.2	Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde	19
2.6	Maßnahmen (OPS-Schlüssel)	21
2.7	Fehlerarten	22
2.8	Schaden	23
2.8.1	Übersicht	23
2.8.2	Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)	23
2.9	Besondere Ereignisse („Never Events“)	25
3	Fazit	27

1 EINLEITUNG

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) unterstützen die Patientinnen und Patienten¹ bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachtes mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse des Betroffenen, ist interessenneutral und für ihn nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die MDK-Gemeinschaft aller Behandlungsfehlervorfälle an: stationär, ambulant, Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege.

Seit vielen Jahren werden wesentliche Inhalte der Gutachten in einer einheitlichen Datenbank erfasst. Für die Erfassung seit dem Jahr 2014 ist der zugrundeliegende Datensatz verändert und erweitert worden. Er beinhaltet nun weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens beim Patienten und über den vorliegenden Fehler. Durch die jährliche Veröffentlichung werden die wichtigsten Ergebnisse transparent dargestellt und können als Grundlage für tiefer gehende Ursachenanalysen sowie gezielte Untersuchungen zur Fehlerprävention und Fortentwicklung der Sicherheitskultur genutzt werden.

1.1 Hintergrund

Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Der Begriff umfasst unterschiedliche Arten ärztlichen Fehlverhaltens: Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Behandlung unterlassen oder mit mangelnder Sorgfalt ausgeführt wird, aber genauso, wenn z.B. ein Eingriff vorgenommen wird, der individuell nicht indiziert war. Alle Bereiche der medizinischen Versorgung – von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und Dokumentation – können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Patienten sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem Ende Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist der Anspruch der Versicherten auf Unterstützung bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern gestärkt worden. Seitdem ist die Krankenkasse laut § 66 SGB V dazu verpflichtet, bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlervorwurfes und dem Durchsetzen eventuell daraus entstehender Schadenersatzansprüche zu unterstützen. Zuvor bestand zwar die Möglichkeit, nicht jedoch eine Verpflichtung dazu. Die Krankenkasse ist behilflich bei der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls, beschafft die notwendigen Fallunterlagen und veranlasst in der Regel eine medizinische Begutachtung durch den zuständigen MDK. Der MDK kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Beim MDK erfolgt die Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfes durch einen eigenen Facharzt oder durch einen extern beauftragten Fachmediziner.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen die Gutachter unter anderem medizinische Leitlinien auf Basis der Evidenzbasierten Medizin (EbM) heran sowie andere wissenschaftliche Ausarbeitungen, die den aktuellen Stand der Medizin zum Zeitpunkt der Behandlung widerspiegeln. Die Bewertung des Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, vom Arzt geführte handschriftliche bzw. elektronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls des Patienten. Die Gutachter des MDK werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinverständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für den Patienten, sondern im Fall einer späteren Klage auch für Anwälte und Richter

¹ Wir bitten um Verständnis dafür, dass aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit im Folgenden darauf verzichtet wurde, bei Berufs- und Personenbezeichnungen jeweils die weibliche und die männliche Form gleichzeitig zu nennen. Die männliche Form schließt grundsätzlich die weibliche mit ein.

sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers untersucht der Gutachter zusätzlich, ob der Schaden, den der Patient oder seine Krankenkasse geltend machen, besteht. Anschließend prüft er die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden. Er legt aus medizinischer Sicht dar, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der fachärztliche Gutachter vollzieht den gesamten Sachverhalt nach und bewertet ihn neutral.

Trotz Stärkung der Patientenrechte durch das Patientenrechtegesetz liegt die Beweispflicht weiterhin beim Patienten. Nur bei unterlassener Aufklärung, unterlassener Befunderhebung, einem sogenannten groben Behandlungsfehler oder einem Dokumentationsfehler kann die Beweislastumkehr greifen. Dies hätte zur Folge, dass der festgestellte Behandlungsfehler im juristischen Verfahren schon ohne weiteren Nachweis als direkte Ursache für den Schaden angenommen wird – es sei denn, medizinisch-wissenschaftliche Gründe sprechen absolut dagegen.

Damit sind die Begutachtungen des MDK bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. Zwar kann in der Mehrzahl der Fälle der bestehende Verdacht nicht bestätigt bzw. sogar ausgeschlossen werden, aber gerade dieses Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Erläuterungen sind für den betroffenen Patienten genauso wichtig. Dann ist klar, dass eine schicksalhafte Komplikation oder ein ungünstiger Heilungsverlauf einen Schaden verursacht haben, nicht aber ein Fehler in der Behandlung.

1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse

Die Falldaten werden von jedem MDK nach Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens in eine Datenbank eingegeben. Das Zusammenführen der regional erfassten, anonymisierten Daten und deren Auswertung übernimmt der MDS.

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 13.519 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2017) von einem der insgesamt 15 MDK erstmals mit einem Gutachten bearbeitet wurden. Die Begriffe „Fälle“ und „Vorwürfe“ werden im Folgenden weitgehend synonym genutzt, auch wenn es vorkommt, dass zu einem zusammenhängenden Behandlungsfall im Detail mehrere Fehlervorwürfe erhoben werden, die allerdings in einem Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Die vorliegenden Ergebnisse stellen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum veröffentlicht wird. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft können dennoch weder für die in Deutschland insgesamt erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe noch für alle tatsächlich auftretenden Fehler bzw. „vermeidbaren unerwünschten Ereignisse“ in der Medizin repräsentativ sein. Jegliche Interpretationen sind vor dieser Einschränkung zu sehen und mit entsprechender Vorsicht vorzunehmen.

Weitere Vorwürfe werden in Deutschland über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern bearbeitet, direkt zwischen Patienten und Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte) reguliert oder vor Gerichten verhandelt. Zusammenhängende inhaltliche Berichte werden jedoch zusätzlich nur von den Ärztekammern vorgelegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Fallzahlen von Ärztekammern und MDK nur in sehr geringem Maße überschneiden.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die Anzahl der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Liti-

gation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang in seinem Gutachten „Qualität 2030“ umfassend dargelegt². Auch daraus ergibt sich, dass Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler angesehen werden können, unabhängig davon wo sie vorgebracht werden.

2 ERGEBNISSE

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 13.519 vorgeworfenen Fälle:

Eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten ist zu prüfen.

Liegt ein **Fehler** vor, der einen **Schaden verursacht** hat?



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

Der Vorwurf des Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und besteht darin, dass dieser von einem Fehler in der Behandlung verursacht worden sei. Der Gutachter hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – den vorgeworfenen Fall bearbeiten und schrittweise beantworten, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich (kausal) auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl hinterlegt werden. Diese nimmt vom Fehler bis zur juristisch als „haftungsbegründenden Kausalität“ bezeichneten Kombination ab, wenn also alle drei Aspekte der oben genannten Frage zusammenfassend bejaht werden können.

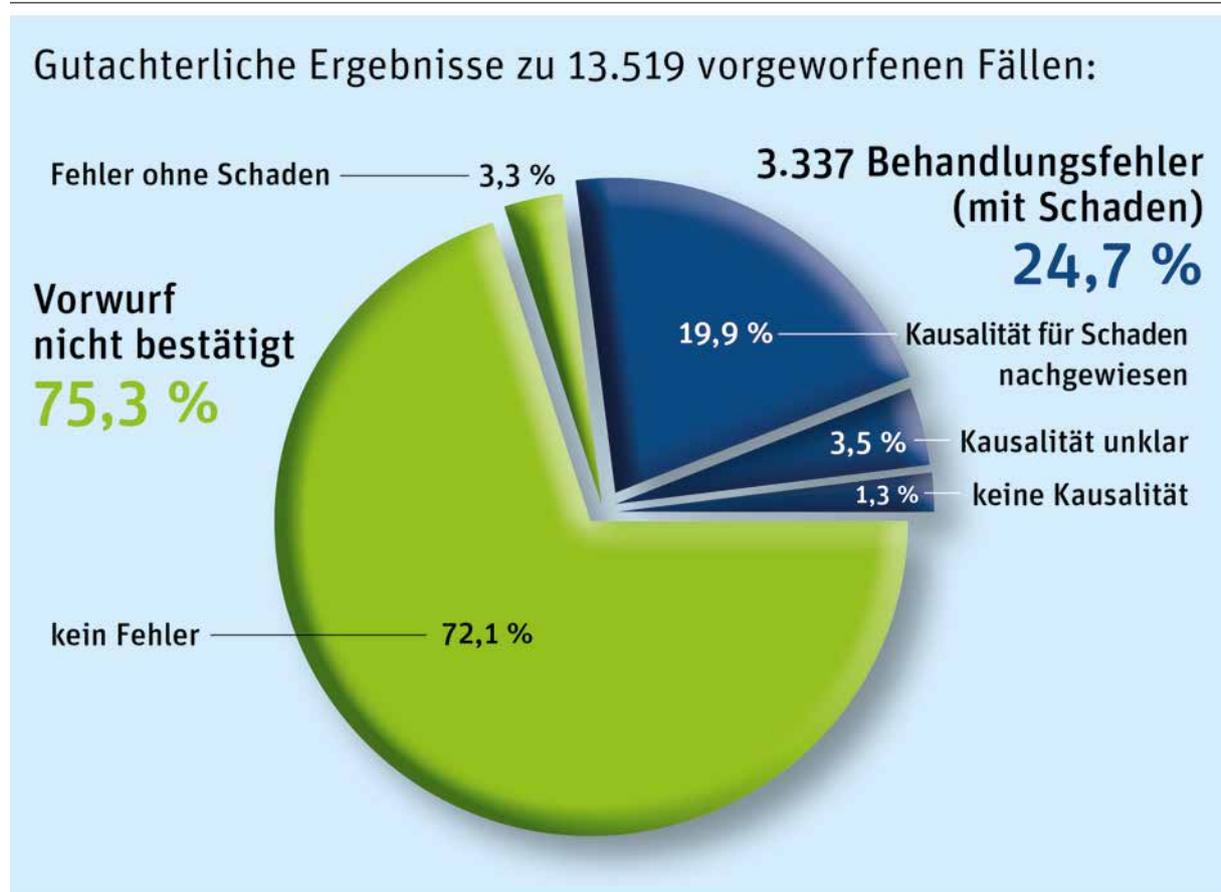
Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden weniger Fälle begutachtet (2016: n = 15.094). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2016: n = 4.072), der Fehler mit Schaden (2016: n = 3.564) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2016: n = 2.948) ist ebenfalls zurückgegangen. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus jedoch keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden.

Jeder Fehler hat ein Schadenspotenzial, auch wenn es sich glücklicherweise nicht immer verwirklicht. Die Zahl der festgestellten Fehler (auch unabhängig von Schaden und Kausalität) ist deshalb wichtig für die Patientensicherheit, denn es sollte grundsätzlich aus Fehlern gelernt werden. Diesem Ziel dienen auch

² Matthias Schrappe. Qualität 2030. Siehe Seite 26 (Zusammenfassung zu Punkt 32) und 138 ff. ISBN 978-3-95466-140-4. Zum Download verfügbar unter (zuletzt abgerufen 23.05.2018): www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf

sogenannte „Fehlermeldesysteme“ (auch „Lern- und Berichtssysteme“ oder „CIRS“ = Critical Incident Reporting Systems genannt), bei denen der Schaden nicht im Fokus steht und zumeist nur Fehler ohne Schaden bzw. sonstige Risiken gemeldet werden. Alle Risiko- oder fehlerbehafteten Ereignisse können dazu in solchen Systemen anonym und freiwillig von Beschäftigten im Gesundheitswesen gemeldet werden ohne Betrachtung eines möglichen Schadens. Das Lernen aus gutachterlich bestätigten Behandlungsfehlern und das Lernen aus anonym gemeldeten Risiken und Fehlern sind eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität³



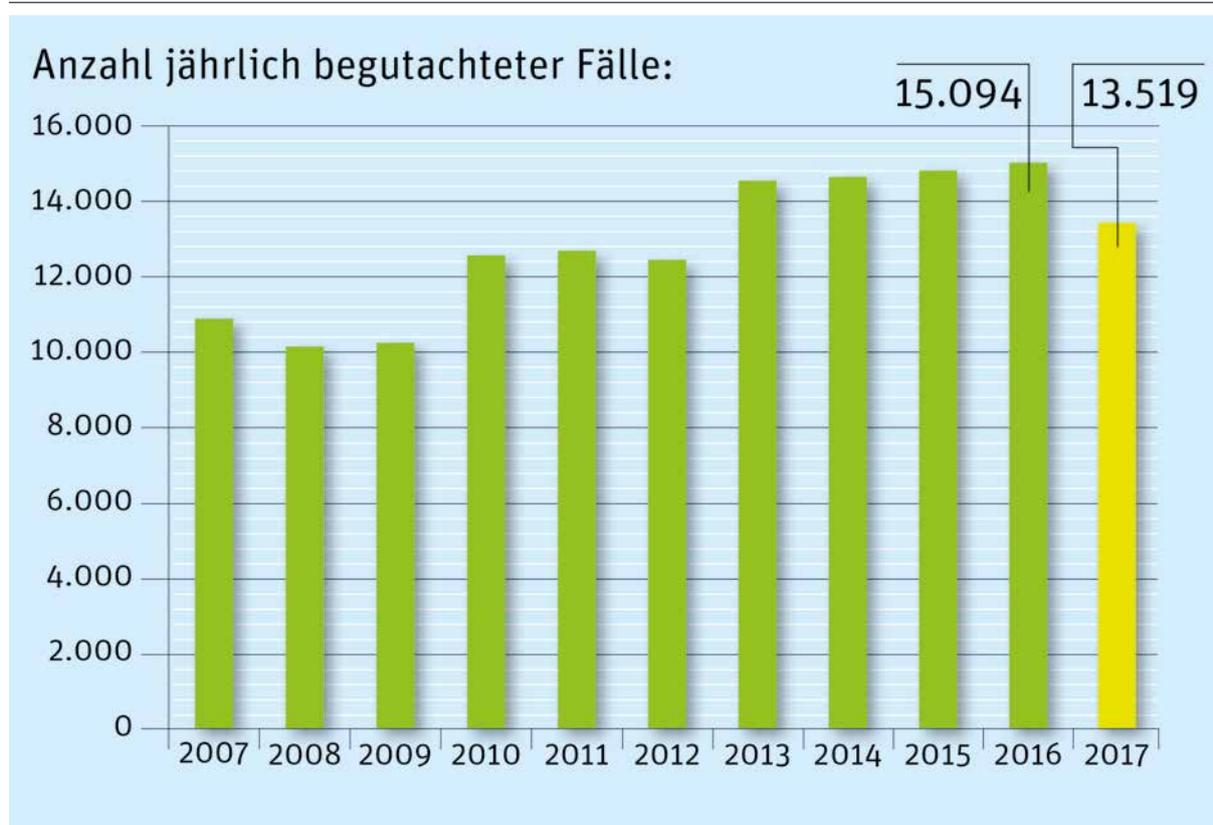
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Blau dargestellt sind hier die festgestellten Fehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Kausalität (der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden) stellt. Wenn ein Behandlungsfehler gutachterlich gesehen wird, jedoch kein Schaden objektivierbar ist, entfällt die Frage nach diesem Kausalzusammenhang. Ein vom Patienten erhobener Vorwurf, der mit Haftungs- und Schadenersatzansprüchen verknüpft ist, kann dann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden. Grün dargestellt sind entsprechend die Begutachtungsergebnisse, in denen der Vorwurf nicht bestätigt werden kann, weil entweder kein Fehler vorliegt oder aber kein Schaden entstanden ist.

Bei allen vorgeworfenen Fehlern mit vorliegendem Schaden stellt sich die Frage nach der Kausalität. Hier kann es vor Gericht zu einer Beweislastumkehr kommen, z. B. bei einem groben Behandlungsfehler. Die Gutachten mit Kausalität des Fehlers für den Schaden („kausale Fehler“; n = 2.690 bzw. 19,9 % der begutachteten Vorwürfe) bieten dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weiter Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

³ In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



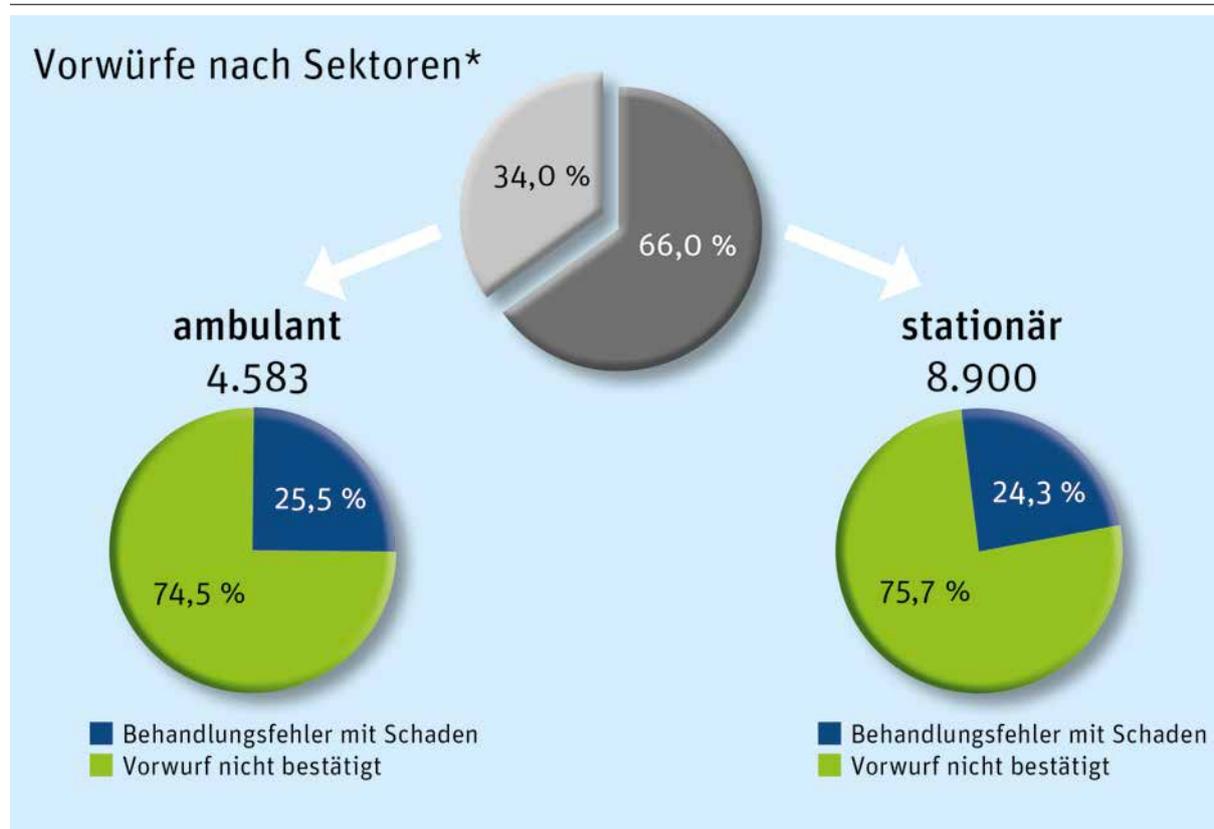
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht hat über die letzten Jahre insgesamt zugenommen. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 sowie der zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern war die Zahl der Begutachtungen von 2012 auf 2013 sprunghaft um 17 % angestiegen. In den darauf folgenden Jahren hat sich nahezu ein Plateau ausgebildet bei nur geringfügiger Zunahme, so dass in 2016 die Gutachtenanzahl um 3,5 % über dem Niveau des Jahres 2013 lag. In 2017 war die Zahl der Begutachtungen erstmals seit 2012 rückläufig (10,4 %).

Auch hier ist zu beachten, dass aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Daten keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden können. Die Zahl der tatsächlichen Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl der begutachteten sowie der entschädigten bzw. bestätigten Behandlungsfehler wird nicht erfasst. Die Medizinischen Dienste fordern deshalb seit Jahren eine repräsentative bzw. vollständige Erfassung dieser Fälle.

Neben der unbekanntem Anzahl der tatsächlich stattfindenden und dabei für Patienten erkennbaren Fehler hängt die Anzahl der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen unter anderem vom Vorwurfsverhalten der Patienten und dem Umgang der Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer mit dem Fall ab. Melden sich Patienten nicht bei ihrer Krankenkasse, weil sie sich entweder nicht imstande fühlen, ihre Ansprüche weiter zu verfolgen, oder sie davon ausgehen, dass es sich ohnehin um ein aussichtsloses Unterfangen handelt, dann wird es vielfach nicht zu einer Begutachtung kommen. Sofern frühzeitig nach einer Schädigung zwischen Patienten, Leistungserbringern und Haftpflichtversicherung eine Einigung erzielt wurde, erhält die Krankenkasse ebenfalls häufig keine Kenntnis von dem Fall. Zusätzlich kann die Zahl der Begutachtungen weiteren (auch zufallsbedingten) Schwankungen unterworfen sein.

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



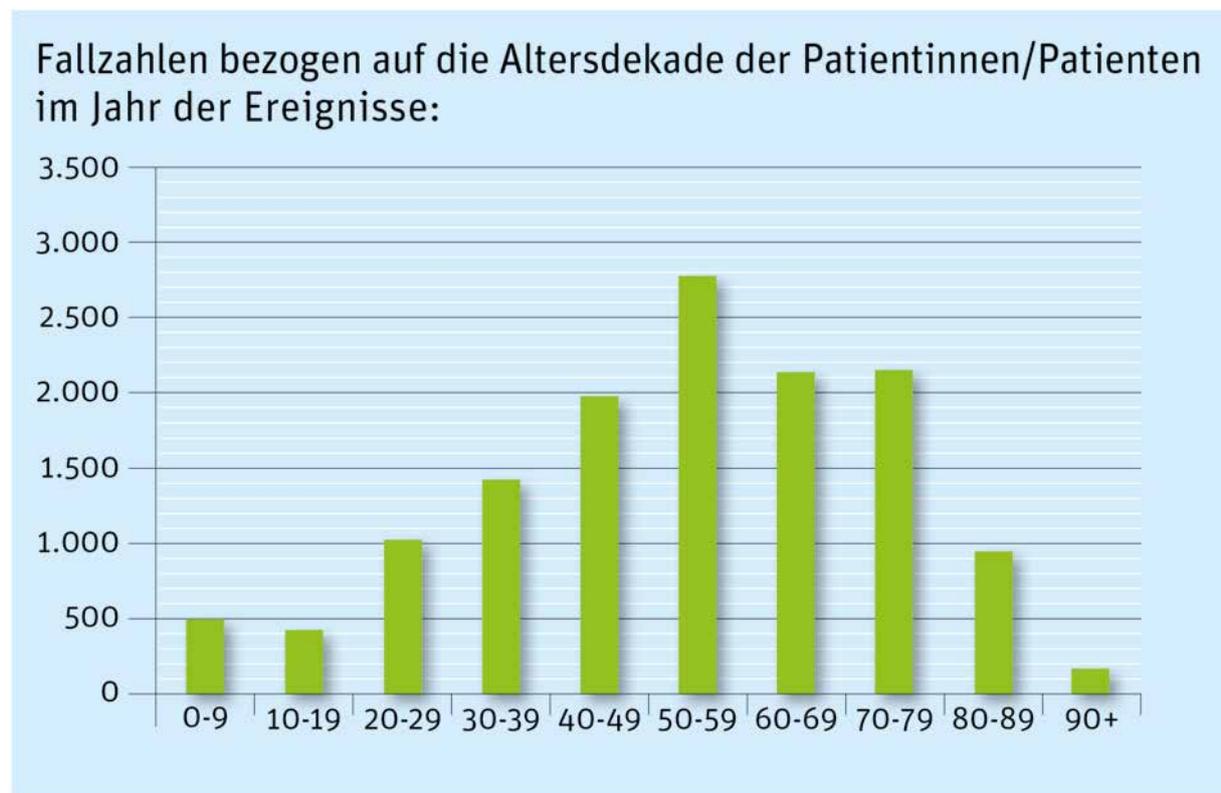
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

*36 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. Nach wie vor werden etwa zwei Drittel der Begutachtungen zu stationärer Behandlung (v. a. Krankenhausbehandlung) erstellt und ein Drittel entfällt auf ambulant versorgte Fälle.

Details zur Verteilung der Fälle auf Behandlungsorte innerhalb der Sektoren sind in Kapitel 2.3 dargestellt.

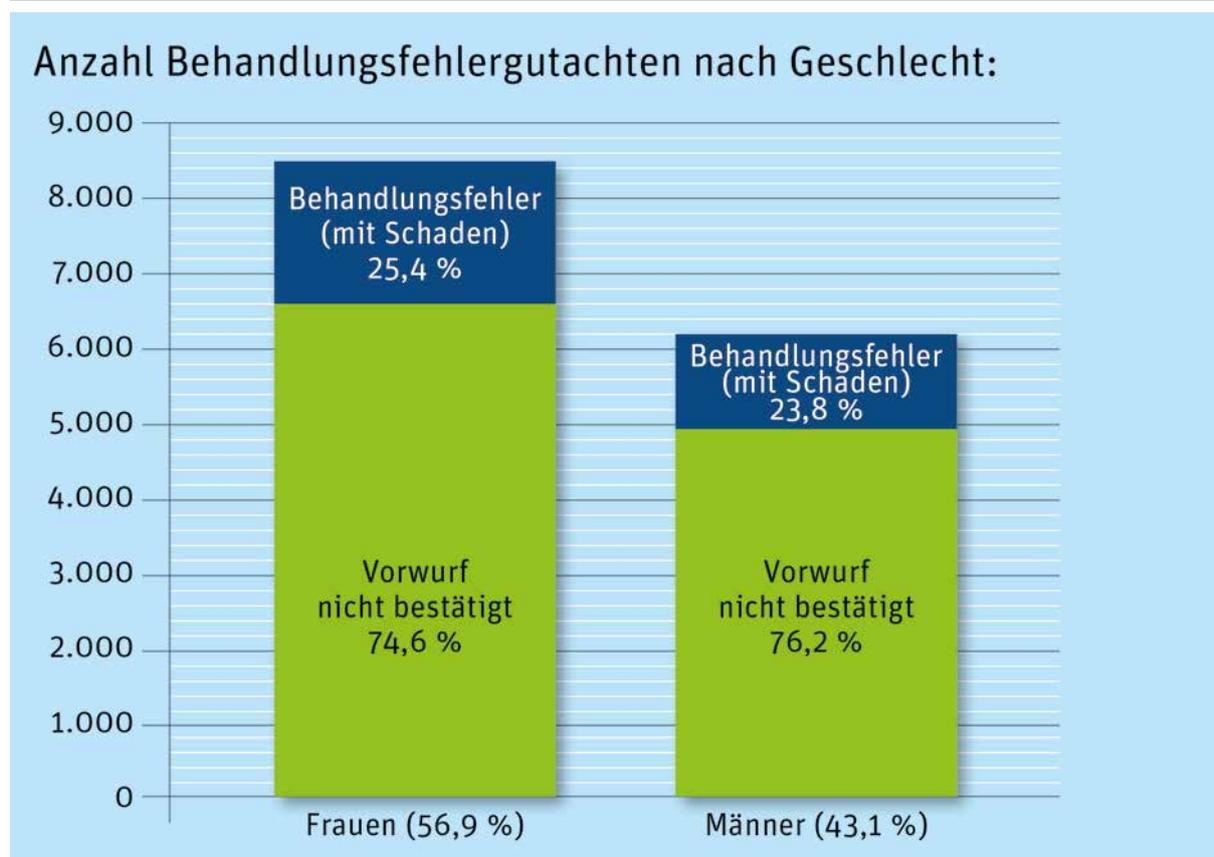
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht weiterhin in etwa den Vorjahren. Dies ist im Zusammenhang damit zu sehen, dass in höheren Altersgruppen insgesamt häufiger behandelt und operiert wird.

2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

Mit leichten jährlichen Schwankungen zeigt sich über die vergangenen Jahre hinweg, dass mehr Begutachtungen bei Patientinnen durchgeführt werden. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt.

Die Unterschiede sind und waren nur zu einem geringen Anteil durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe bedingt. Die Quote bestätigter Vorwürfe ist bei Frauen weiterhin geringfügig höher. Es kann jedoch auf Basis dieser Daten nicht unmittelbar geschlussfolgert werden, dass bei Frauen insgesamt mehr Behandlungsfehler vorkommen.

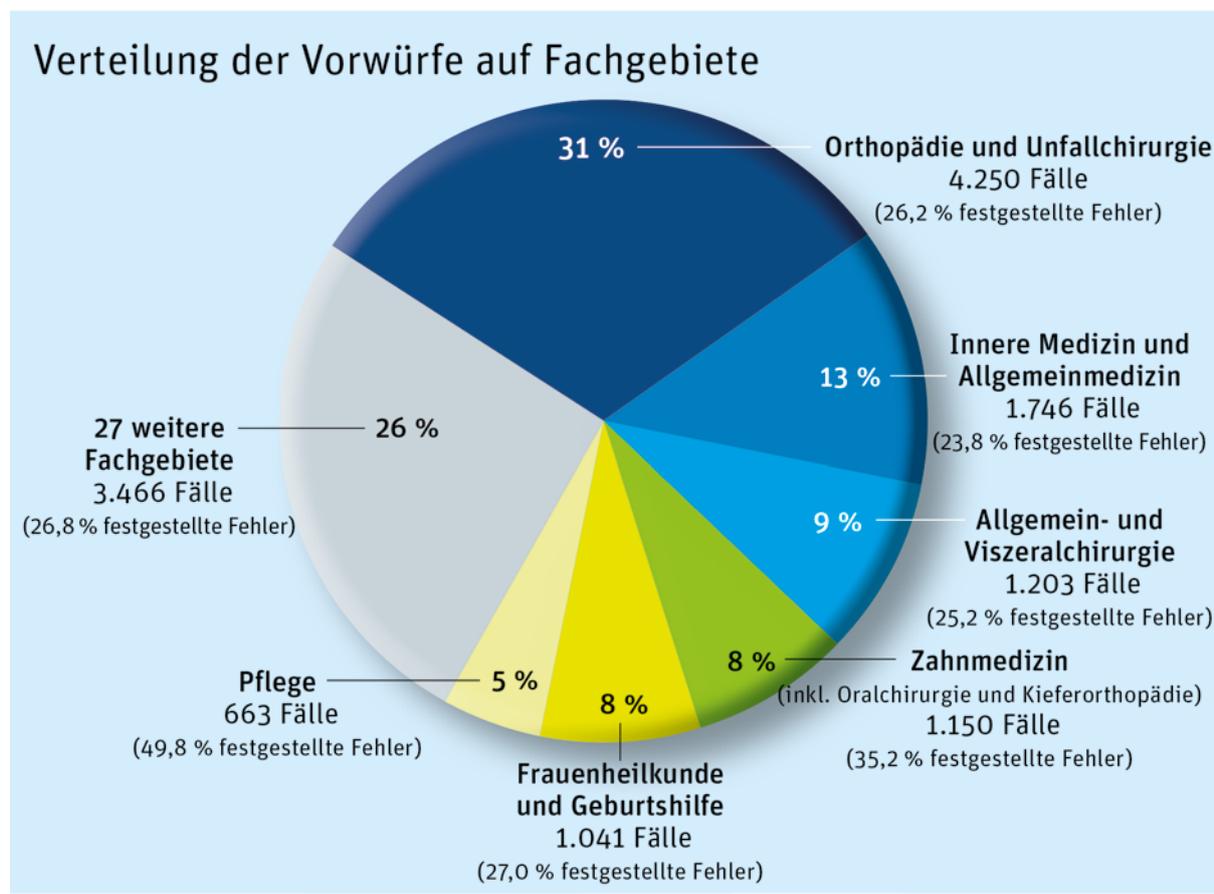
Wie auch in den Vorjahren erwähnt, könnten verschiedene zusätzliche Einflussfaktoren vorliegen, unter anderem:

- Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen eher Behandlungsfehler vermuten, siehe Befragungen des Allensbach-Instituts und der Techniker-Krankenkasse (vgl. Jahresstatistik 2014).
- In Übereinstimmung mit unseren Daten zeigt eine Studie aus den Niederlanden, dass dort beim Hüftgelenkersatz ebenfalls erheblich mehr Frauen Behandlungsfehler vorwürfe über einen Zehnjahreszeitraum erhoben haben (vgl. Jahresstatistik 2015).
- In der Gesundheitsberichterstattung⁴ wird auf eine Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) verwiesen, in der Frauen ihre Gesundheit insgesamt als schlechter einschätzen als Männer.
- Der Frauenanteil in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt bei knapp 52 %.

⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. „Gesundheit in Deutschland“. 2015. Zum Download verfügbar unter (zuletzt abgerufen 23.05.2018): www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht



2.2.2 Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Orthopädie und Unfallchirurgie	4.250	1.115	26,2 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.041	281	27,0 %
Zahnmedizin	993	356	35,9 %
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	765	153	20,0 %
Pflege	663	330	49,8 %
Viszeralchirurgie	613	159	25,9 %
Allgemeinchirurgie	590	144	24,4 %
Neurochirurgie	531	132	24,9 %
Augenheilkunde	410	102	24,9 %
Urologie	398	106	26,6 %
HNO-Heilkunde	304	68	22,4 %
Gefäßchirurgie	281	66	23,5 %
Innere Medizin und Kardiologie	271	67	24,7 %
Neurologie	256	65	25,4 %
Allgemeinmedizin	242	75	31,0 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Innere Medizin und Gastroenterologie	226	64	28,3 %
Anästhesiologie	188	52	27,7 %
Kinder- und Jugendmedizin	188	76	40,4 %
Herzchirurgie	165	37	22,4 %
Radiologie	133	69	51,9 %
Psychiatrie und Psychotherapie	119	21	17,6 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	112	31	27,7 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	109	23	21,1 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	95	24	25,3 %
Kieferorthopädie	89	23	25,8 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	83	20	24,1 %
Oralchirurgie	68	26	38,2 %
Kinderchirurgie	58	22	37,9 %
Innere Medizin und Nephrologie	55	13	23,6 %
Thoraxchirurgie	42	11	26,2 %
Innere Medizin und Pneumologie	40	9	22,5 %
Innere Medizin und Angiologie	34	6	17,6 %
Strahlentherapie	21	7	33,3 %
Physikalische und Rehabilitative Medizin	16	2	12,5 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	12	4	33,3 %
Pathologie	9	7	77,8 %
Innere Medizin und Rheumatologie	6	1	16,7 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6	1	16,7 %
Nuklearmedizin	5	1	20,0 %
Hygiene und Umweltmedizin	4	1	25,0 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4	2	50,0 %
Arbeitsmedizin	1	0	0,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	1	0	0,0 %
Transfusionsmedizin	1	0	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	0	/
Humangenetik	0	0	/
Laboratoriumsmedizin	0	0	/
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	0	0	/
Neuropathologie	0	0	/
Klinische Pharmakologie	0	0	/
Sonstige	21	6	28,6 %

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.2:

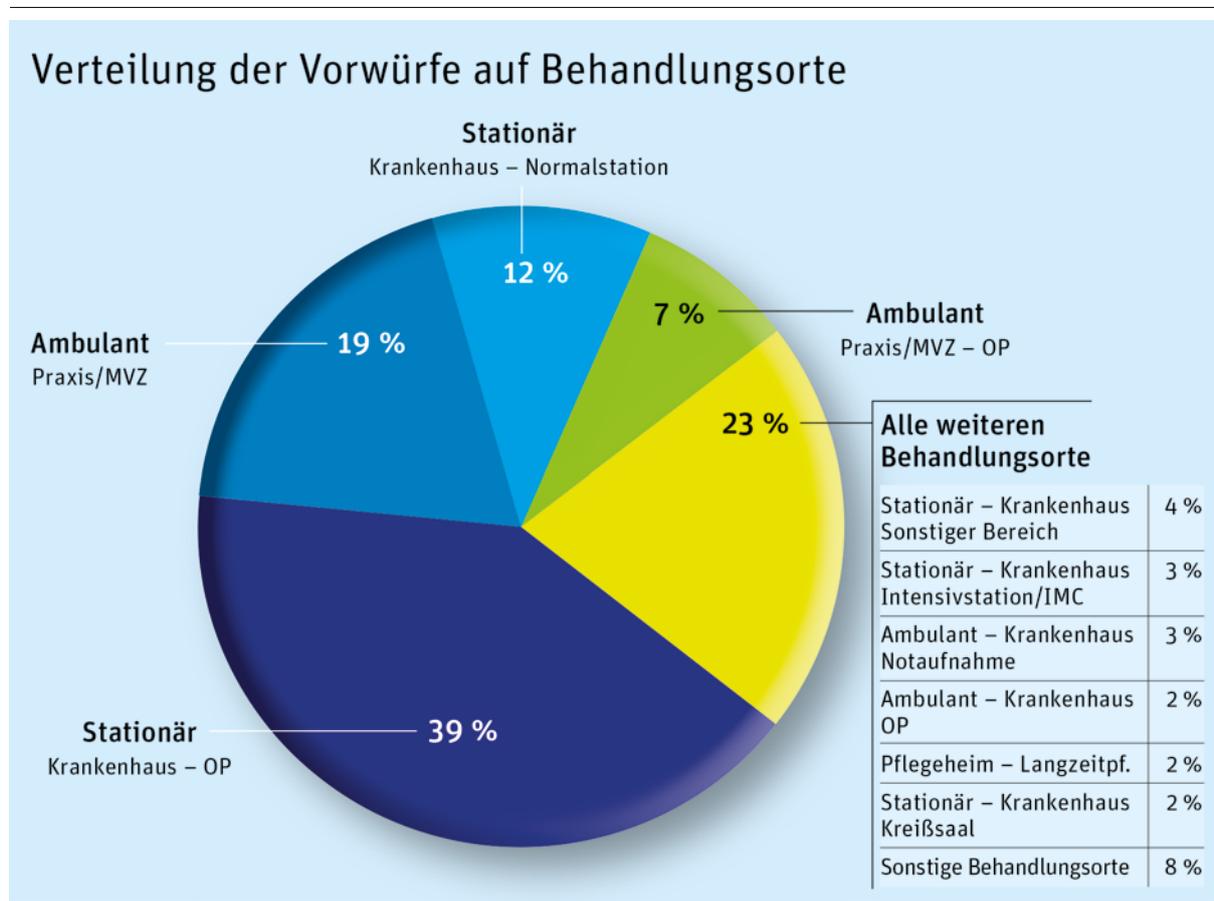
Gerade in den Fachgebieten mit einer größeren Anzahl an Begutachtungen ähneln die Daten sehr den Vorjahren. Einen Schwerpunkt bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist

vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind. Eine höhere Gefährdung oder Fehlerhäufigkeit lässt sich aus diesen Begutachtungsdaten nicht unmittelbar ableiten.

Die dargestellte Quote bildet in gewisser Weise die „Treffsicherheit“ des Vorwurfes ab, zumindest bei den Fachgebieten mit einer hohen Anzahl an Vorwürfen. Wie in den Vorjahren fällt auf, dass insbesondere in der Pflege und in der Zahnmedizin hohe Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies grundsätzlich darauf zurück, dass Pflegefehler und Fehler in der Zahnbehandlung leichter für den Patienten anhand der vorliegenden Beschwerden (Schäden) erkennbar sind. Die Höhe dieser Quote ist deshalb kein Hinweis auf eine besondere Gefährdung in einem Fachgebiet.

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Ambulant	Praxis/MVZ – sonstiger Bereich	2.502	813	32,5 %
	Praxis/MVZ – OP	923	258	28,0 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	344	1282	37,2 %
	Krankenhaus – OP	307	65	21,2 %
	Sonstiger Bereich	236	70	29,7 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	152	47	30,9 %
	Hausbesuch	41	13	31,7 %
	Häusliche Pflege	30	6	20,0 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	21	6	28,6 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	16	8	50,0 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	4	0	0,0 %
	Hausgeburt	4	1	25,0 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	3	0	0,0 %
	Geburtshaus	0	0	/
	Stationär	Krankenhaus – OP	5.318	1.181
Krankenhaus – Normalstation		1.679	549	32,7 %
Krankenhaus – sonstiger Bereich		477	125	26,2 %
Krankenhaus – Intensivstation/IMC		380	92	24,2 %
Pflegeheim – Langzeitpflege		293	151	51,5 %
Krankenhaus – Kreißsaal		258	67	26,0 %
Krankenhaus – Notaufnahme		226	86	38,1 %
Rehaklinik		124	44	35,5 %
Pflegeheim – Kurzzeitpflege		56	25	44,6 %
Krankenhaus – Aufwachraum		37	13	35,1 %
Sonstiger Bereich		30	8	26,7 %
Pflegeheim		13	9	69,2 %
Geburtshaus		6	2	33,3 %
Krankenhaus – Innerklinischer Transport		3	1	33,3 %
Rettungsdienst/Krankentransport		36	10	27,8 %

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum, OP: Operationssaal, IMC: Intermediate Care Station

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.3:

Die Gutachter nehmen eine Einschätzung vor, welchem Behandlungsort der (vorgeworfene) Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es im Rahmen der Begutachtung nicht möglich, dies exakt zu differenzieren, so dass Ungenauigkeiten entstehen können bzw. der Behandlungsort „Sonstiger Bereich“ im jeweiligen Versorgungssektor ausgewählt wurde. „Sonstige Bereiche“ können aber auch Labore, Funktionsbereiche (z. B. Endoskopie, Poliklinik), häusliche Versorgung und weitere sein. Die Quote (Anteil festgestellter Fehler) ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Die Verteilung bildet sich ebenfalls ähnlich ab wie zuvor. Ein erheblicher Teil der Vorwürfe (n = 6.605; 48,9 %) sowie der festgestellten Fehler (n = 1.525; 40,4 %) stehen weiterhin nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betreffen auch räumlich den Operationsbereich, insbesondere gilt dies für den stationären Sektor im Krankenhaus.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

Übersicht der häufigsten Behandlungsanlässe (korrekte ex-post-Diagnose) mit Vorwürfen

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	458	96	21,0 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	410	98	23,6 %
K02	Zahnkaries	341	118	34,6 %
S72	Bruch des Oberschenkels	314	73	23,2 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	297	123	41,4 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	266	99	37,2 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	257	67	26,1 %
S82	Bruch des Unterschenkels	203	73	36,0 %
S52	Bruch des Unterarmes	197	73	37,1 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	195	54	27,7 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	195	56	28,7 %
M54	Rückenschmerzen	182	49	26,9 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	166	65	39,2 %
H25	Grauer Star	162	39	24,1 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	154	36	23,4 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	151	29	19,2 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	148	23	15,5 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	146	36	24,7 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	140	37	26,4 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	137	31	22,6 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	133	26	19,5 %
K80	Gallensteine	131	36	27,5 %
C50	Brustkrebs	124	40	32,3 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	109	29	26,6 %
K40	Leistenhernie	104	24	23,1 %
K05	Zahnfleischentzündung	100	38	38,0 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	99	37	37,4 %
K57	Ausstülpungen der Darmwand (Divertikulose)	89	26	29,2 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	89	30	33,7 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	86	26	30,2 %

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

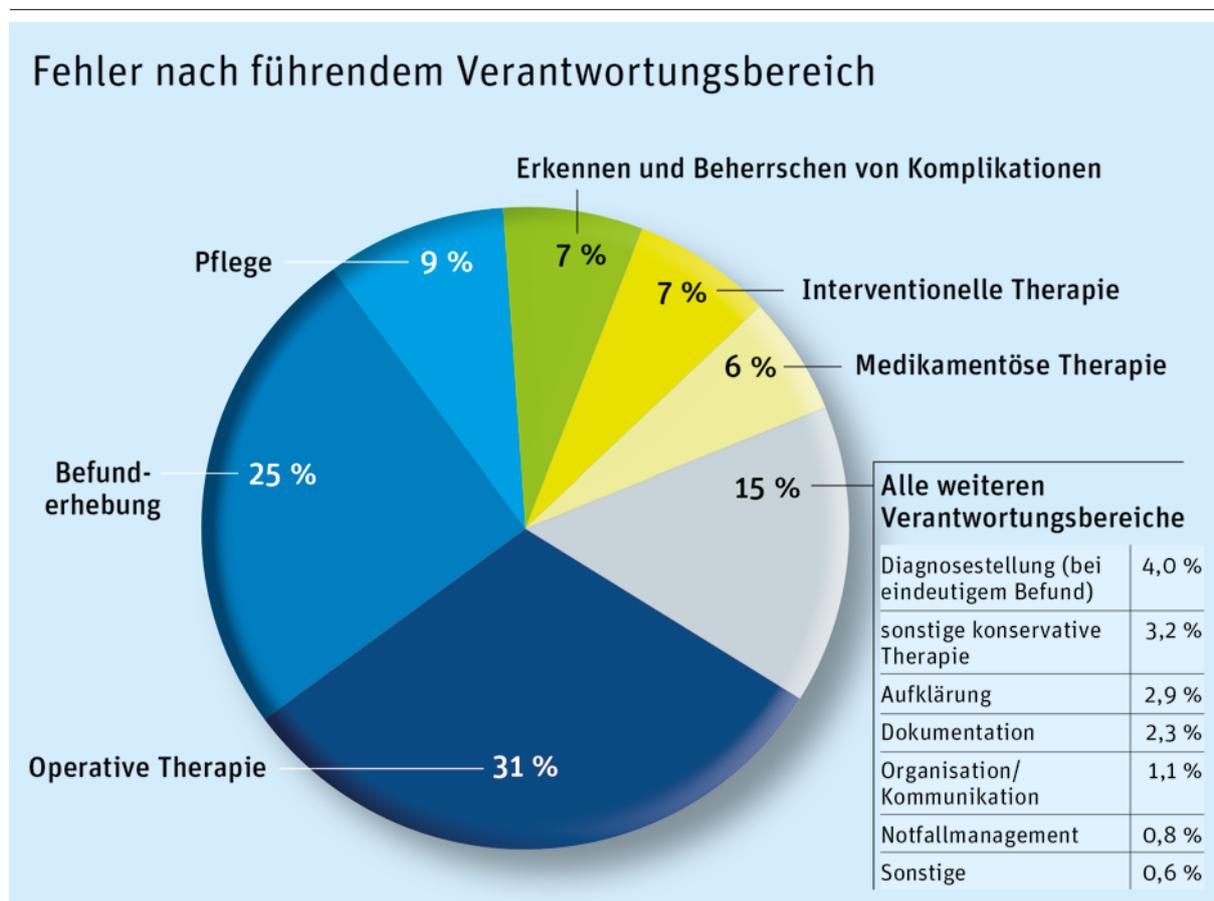
Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

Hier dargestellt sind die „TOP 30“ gemessen an der Anzahl von Vorwürfen. Diese machen allerdings nur 41 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 2,9 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.022 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

Die wesentlichen Ergebnisse sind im Vergleich zu den Vorjahren wenig verändert. Wiederholt bildet sich der operative/chirurgische Fokus vieler Vorwürfe und Fehler auch hier ab. Die Fälle, die in einer Rangfolge der Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler oben stehen, zeigen zwar eine gewisse Häufung, man kann allerdings nicht von deutlichen Schwerpunkten sprechen. Das begutachtete Vorwurfs- und Fehlergeschehen betrifft letztlich die gesamte Breite der medizinischen Versorgung.

2.5 Verantwortungsbereich/Medizinischer Zusammenhang

2.5.1 Übersicht



2.5.2 Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang		Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Diagnose	Befunderhebung	2.318	942	40,6 %
	davon			
	Bildgebung	757	351	46,4 %
	körperliche Untersuchung	523	224	42,8 %
	diagnostische Intervention	234	88	37,6 %
	Labor	124	72	58,1 %
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	372	150	40,3 %
Aufklärung		224	109	48,7 %
Therapie	Medikamentöse Therapie	773	224	29,0 %
	davon			
	Dosierung	141	46	32,6 %
	Applikation(sweg)	56	26	46,4 %
	bekannte Allergie	26	12	46,2 %
	Verwechslung	15	11	73,3 %
	Operative Therapie	5.919	1.187	20,1 %
	davon			
	OP-Technik	4.419	723	16,4 %
	Nachsorge	288	96	33,3 %
	Lagerung	97	46	47,4 %
	Intervention	1.128	258	22,9 %
	davon			
	Technik der Durchführung	618	108	17,5 %
	Nachsorge	68	24	35,3 %
	Lagerung	24	12	50,0 %
	sonstige konservative Therapie	744	122	16,4 %
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen		903	265	29,3 %
Notfallmanagement		116	31	26,7 %
	davon			
	Notfallsituation zu spät erkannt	32	11	34,4 %
	zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt	18	5	27,8 %
	Reanimation	17	3	17,6 %
	Atemwegsmanagement/Beatmung	15	3	20,0 %
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	5	3	60,0 %
	mangelhafte Blutungskontrolle	3	0	0,0 %
Pflege		677	335	49,5 %
	davon			
	Durchführung	504	224	44,4 %
	Planung	173	111	64,2 %
Organisation/Kommunikation		64	41	64,1 %
	davon			
	Schnittstellenmanagement	23	15	65,2 %
	Entlassungsmanagement	6	3	50,0 %
Dokumentation		99	86	86,9 %
Hygiene		37	1	2,7 %
Medizinprodukte*		54	22	40,7 %

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Daten fehlend zu n = 91 Vorwürfen (0,7 %) und n = 5 Fällen (0,1 %) mit festgestellten Fehlern.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

*Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte sind zumeist keine Behandlungsfehler, weil der Anwender bei ordnungsgemäßem Gebrauch auf die Sicherheit des Produktes vertrauen können muss. Diese Daten lassen entsprechend keinen Rückschluss auf die Qualität und Sicherheit von Medizinprodukten zu.

2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

OPS	Bezeichnung	fest-gestellte Fehler
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	118
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	112
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	88
5-233	Zahnersatz	80
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	64
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	64
5-230	Zahntentfernung	63
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	43
5-683	Entfernung der Gebärmutter	42
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	41
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	39
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	33
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	32
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	32
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	31
5-231	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie)	30
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	30
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	30
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	28
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	27
5-812	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Gelenkknorpel und Meniskus	26
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	25
5-781	Gezielte Operative Durchtrennung eines Knochens (Osteotomie, auch Korrektur-)	24
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	22
5-530	Operation zum Verschluss einer Leistenhernie	21
5-740	Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	20
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	20

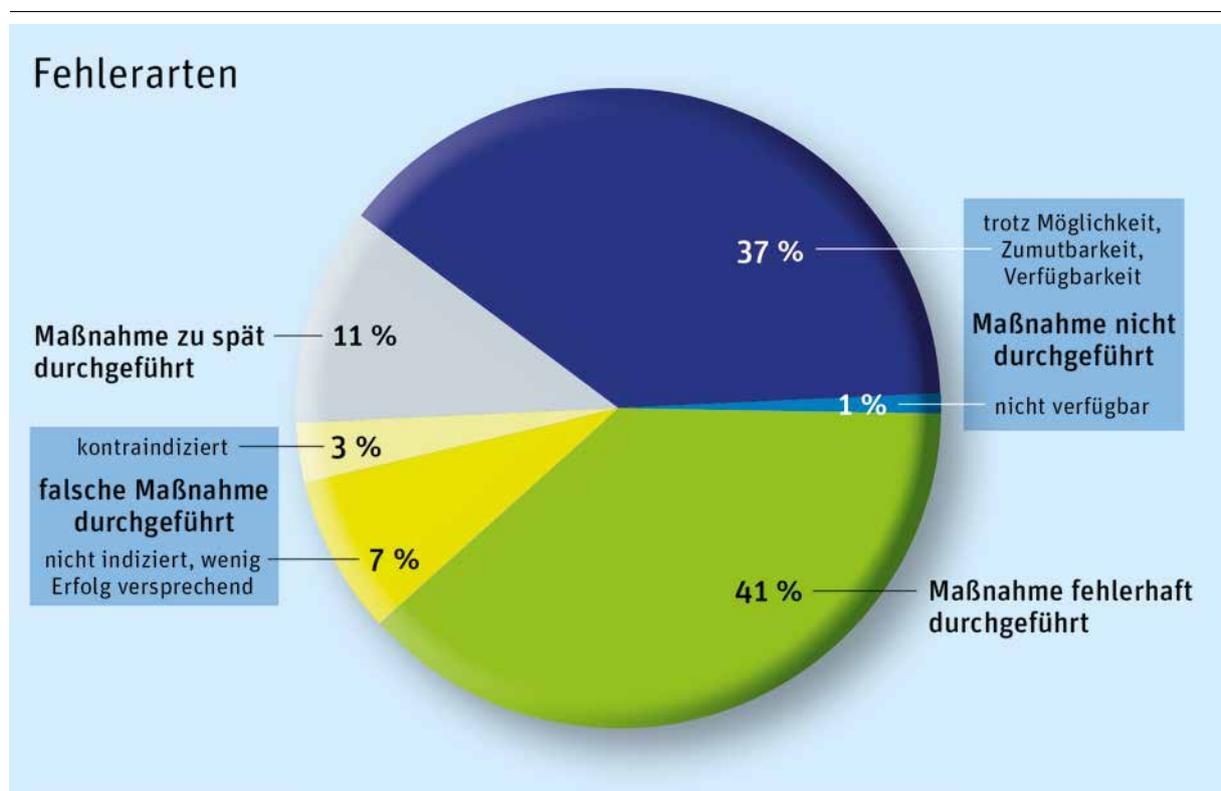
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.055 Fällen (30,0 %) steht keine nach OPS-Schlüssel kodierbare Maßnahme in direktem Zusammenhang mit dem Vorwurf. Entsprechend liegt zu diesen Vorwürfen keine OPS-Kodierung vor. Bei den festgestellten Fehlern betrifft dies 1.264 Fälle, die nicht im Zusammenhang mit einer OPS-Kodierung stehen. Die Darstellung der festgestellten Fehler in Bezug auf durchgeführte Operationen und Prozeduren ergänzt deshalb lediglich die Daten zu den „Verantwortungsbereichen“ aus dem vorhergehenden Kapitel 2.5.

Die von Fehlern betroffenen medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) – breit verteilt, so dass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 20-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.185 Fälle von allen Fehlern aus (31,4 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 20 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 826 unterschiedlichen nach OPS kodierbaren Maßnahmen festgestellt.

Rückschlüsse zur Versorgungsqualität und Sicherheit einer Maßnahme insgesamt können auf dieser Datenbasis nicht gezogen werden, insbesondere nicht im direkten Vergleich der hier gelisteten Operationen und Prozeduren untereinander.

2.7 Fehlerarten



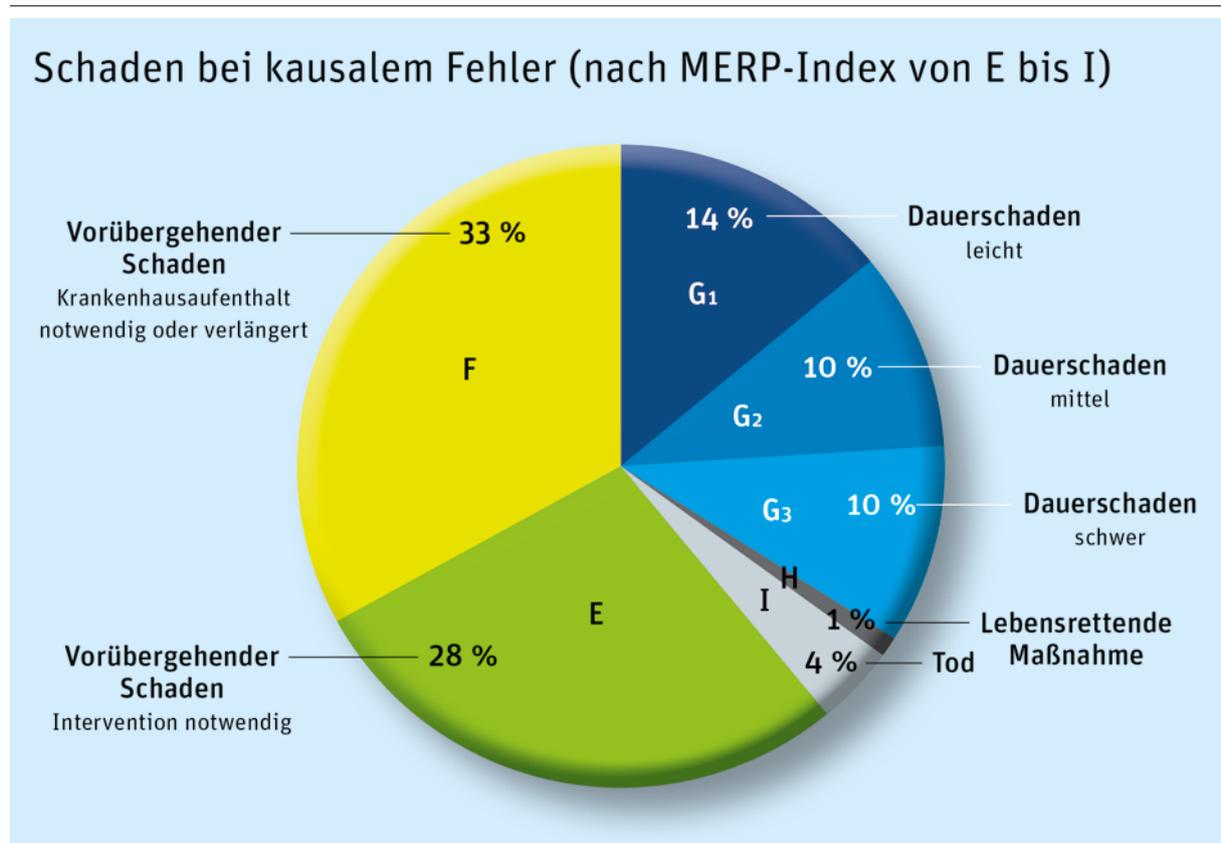
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Die Daten sind bezogen auf 3724 festgestellte Fehler (Angabe fehlend in n = 54 Fällen; 1,4 %).

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (38 %) oder fehlerhaft (41 %) durchgeführt wurde. Die Indikationsqualität, also die Frage danach, ob eine Operation oder medizinische Maßnahme überhaupt erforderlich oder die primär angezeigte war, spielt bei den gutachterlich festgestellten Fehlern mit insgesamt 10 % keine herausragende Rolle. Ähnlich häufig (11 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich mit den Vorjahren nahezu unverändert ab.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht



2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)

Schweregrad des Gesundheitsschadens		Anzahl	Kausalität nachgewiesen	Anteil kausaler an festgestellten Fehlern
Vorübergehender Schaden (MERP E, F)	mit Interventionsnotwendigkeit (E)	891	740	83,1 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.117	900	80,6 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	453	381	84,1 %
	mittel (G2)	366	279	76,2 %
	schwer (G3)	317	260	82,0 %
lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		37	28	75,7 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		156	102	65,4 %
gesamt		3.337	2.690	80,67 %

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreitete und genutzte „MERP-Index“ (NCC MERP; National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) verwendet. Ein Gesundheitsschaden kann hier in fünf Kategorien von E bis I eingeteilt

werden. Zum Dauerschaden (MERP G) ist dabei ergänzend eine Beurteilung als „leicht“ (G1), „mittel“ (G2) oder „schwer“ (G3) eingefügt worden nach der folgenden orientierenden Festlegung:

- Als „leicht“ ist ein Dauerschaden dann zu beurteilen, wenn er den Patienten nicht in relevanter Weise im Alltag oder Berufsleben behindert.
- Ein Dauerschaden ist als „mittel“ zu bezeichnen, wenn er den Patienten zwar erkennbar einschränkt, er jedoch ohne fremde Hilfe problemlos am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. (Nach deutscher Definition kann schon bei einem mittleren Dauerschaden eine Schwerbehinderung vorliegen.)
- Ein Dauerschaden ist „schwer“, wenn der Patient wesentlich beeinträchtigt ist im Alltag sowie in seiner normalen Lebensführung und/oder täglich die Hilfe anderer Personen dafür benötigt.

Im Vergleich mit den Vorjahren sind nur kleine Änderungen erkennbar.

Drei Viertel der kausalen Behandlungsfehler hat zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In vier von fünf Fällen (80,6 %) mit einem festgestellten Fehler und vorhandenem Schaden liegt nach gutachterlicher Sicht eine Kausalität des Fehlers für den Schaden vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadensfolgen.

Sofern bei verstorbenen Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (65,4 %). In 43 dieser 156 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um schwerstkranke Patienten, bei denen in einer komplexen Situation bereits mehrere Umstände im Krankheitsverlauf vorliegen, die höchste Lebensgefahr bedeuten und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben führen. In 11 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben des Patienten identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben	51
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	20
falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	12
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	7
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	6
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	5
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	4
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	2
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	2
Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung (v. a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser)	2
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten (Verwechslung!)	1
Intra- oder unmittelbar postoperativer Tod eines ASA I-Patienten (gesunder Patient ohne relevante Vorerkrankungen)	1
Tod oder schwerer Schaden aufgrund von Kontamination eines Medikamentes, Medizinproduktes	1
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	1
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	1
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	1
Fehl-Transplantation (ABO-inkompatibel)	1
Sturz aus einem offenen Fenster	1
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	1
gesamt	120

Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Seit 2014 besteht für die Gutachter bei der Erfassung des Datensatzes die Option, einzuschätzen, ob ein Fehler, der einen Gesundheitsschaden verursacht hat, als ein sogenanntes „Never Event“ angesehen werden kann. Hier dargestellt sind nicht alle definierten Never Events, sondern diejenigen, die auch im Rahmen der begutachteten Vorwürfe im Jahr 2017 als solche bewertet wurden.

Aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Erfassung können aus der oben dargestellten Anzahl keine direkten Rückschlüsse auf die allgemeine Häufigkeit oder die zeitliche Entwicklung solcher Never Events in Deutschland gezogen werden.

Bei Never Events handelt es sich um fehlerbedingte Schadenereignisse, die in der Regel einerseits besonders folgenschwer sind und andererseits vermeidbar wären durch bekannte Maßnahmen der Patientensicherheit (z. B. Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen). Never Events sind seltene Einzelereignisse, spielen jedoch eine besondere Rolle in der Sicherheitskultur. Das Auftreten eines Never Events zeigt dabei keineswegs einen besonders gravierenden Fehler eines Einzelnen an. Es weist vielmehr auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Schon ein einzelnes Ereignis kann somit einen unsicheren und entsprechend optimierbaren Versorgungsprozess aufdecken. Unter anderem in den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind Never Events seit vielen Jahren definiert und werden regelhaft erfasst.

Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen. Knapp 4,5 % (120/2.690) der gutachterlich als kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden gesehenen Fehler entfallen auf die Never Events. Trotz Schwankungen zu Anzahl und Verteilung der einzelnen Ereignisse zeigt die Gesamtanzahl auch in 2017, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

Diese für Patienten und Personal besonders folgenschweren und belastenden Fehler können mit vergleichsweise einfachen und bekannten Methoden wirksam reduziert werden.

3 FAZIT

Die siebte Jahresstatistik über die Behandlungsfehler-Begutachtung bietet die aktuellen Daten zur begutachteten Anzahl an Fällen sowie zu zahlreichen Fall- und Fehlerkonstellationen. Damit schaffen die Medizinischen Dienste Transparenz über ihre neutrale und unabhängige Arbeit in diesem Begutachtungsfeld. Die Zahl von über 13.000 Gutachten zeigt, wie bedeutsam diese Unterstützung der Versicherten im Auftrag der Krankenkassen ist. Dass hierbei nach wie vor in etwa jedem vierten Fall das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bestätigt und in etwa jedem fünften Fall auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem erlittenen Gesundheitsschaden gutachterlich bestätigt wird, spricht für eine hohe Relevanz dieser Arbeit, die für die betroffenen Versicherten kostenfrei erbracht wird.

Erstmals seit dem Jahr 2012 ist in 2017 die Zahl der Gutachten niedriger als im Vorjahr (rund 10 Prozent). Die Bestätigungsquote ist gleichzeitig um einen Prozentpunkt gestiegen. Ob es sich hierbei um Schwankungen handelt, ob tatsächlich weniger Fehler aufgetreten sind oder nur weniger über die Krankenkassen vorgeworfen und begutachtet wurden, ob das Vorgehen betroffener Patienten sich verändert hat oder es eine schnellere Entschädigung durch Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte) oder deren Haftpflichtversicherungen gab – das alles ist möglich, aber letztlich nicht feststellbar.

Bei den vorliegenden Daten handelt es sich um eine Begutachtungsstatistik. Obwohl als Nebeneffekt die umfangreichsten Informationen über begutachtete Behandlungsfehler in Deutschland enthalten sind, können diese Daten weder vollständig die tatsächlich stattfindenden Fehler abbilden noch repräsentativ für diese sein. Selbst die Anzahl der an verschiedenen anderen Stellen begutachteten oder sogar der anerkannten bzw. entschädigten Behandlungsfehler wird nicht erfasst. Die jeweiligen Fehlerkonstellationen sind damit ebenfalls nicht bekannt. Eine Behandlungsfehlerstatistik, mit der im epidemiologischen Sinne gezielt Behandlungsfehler erfasst würden, existiert in Deutschland nicht.

Es ist weiterhin davon auszugehen, dass gerade die besonders eindeutigen Fehler zumeist nicht in die MDK-Begutachtung gelangen. Valide Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit und das damit assoziierte Niveau der Patientensicherheit in Deutschland sind deshalb leider nicht möglich. Dennoch wird auf der Basis unserer Daten die Relevanz des Themas deutlich, sofern Aussagen wie „jeder Fehler zählt“ oder „jeder Fehler ist einer zu viel“ im Sinne einer hoch- und fortentwickelten Sicherheitskultur verstanden und ernst genommen werden. Zahlreiche Detailinformationen dieser Begutachtungsstatistik können als Anlass für tiefer gehende Analysen und als inhaltliches Beispiel für eine Fehlertransparenz herangezogen werden.

Nach wie vor ist es in Deutschland also nicht möglich, wesentliche Fragen zur Art, Anzahl und zeitlichen Entwicklung von Behandlungsfehlern zu beantworten. Es fehlen verlässliche Daten darüber, wie viele und welche schwerwiegenden Patientenschädigungen (wiederholt) auftreten, die fehlerbedingt sind und mit typischen Sicherheitsmaßnahmen hätten vermieden werden können. Aktuell kann man zwar potenziell auf Basis von einzelnen begutachteten Fällen oder Fallserien qualitativ lernen, ob jedoch die Prioritäten für sicherheitserhöhende Maßnahmen richtig gesetzt werden, ist unklar. Das bestmögliche „Lernen aus Fehlern“ und die nachfolgend erwarteten – und den Patienten geschuldeten – fortlaufenden Verbesserungen, die sind in Deutschland leider mit keiner Statistik nachzuweisen. Andere Länder gehen hier deutlich stringenter vor und erheben solche Daten seit vielen Jahren verbindlich, flächendeckend und einheitlich. Vielfach wird angenommen und behauptet, dass in Deutschland große Fortschritte im Bereich der Fehlervermeidung gemacht würden. Gerade dann wäre es enorm wichtig, diese positive Entwicklung

besser mit Fakten zu untermauern. Dieses Feedback wäre von größtem Wert, insbesondere auch für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in anderen Gesundheitsberufen und weitere Beschäftigte im Gesundheitswesen, die sich tagtäglich genau mit diesem Ziel für Patienten einsetzen. Im Sinne eines hochentwickelten Gesundheitssystems mit einer ausgereiften Sicherheitskultur setzen sich die Medizinischen Dienste weiterhin engagiert für die notwendige Aufklärung im Einzelfall ein. Ein weiteres Anliegen ist es, mit der jährlichen Berichterstattung, einen Beitrag zur Fehlervermeidung und zu mehr Transparenz zu leisten.