

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Jahresstatistik 2023



IMPRESSUM

Herausgeber:

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München
Telefon: 089 159060 5555
E-Mail: info@md-bayern.de
Internet: www.md-bayern.de

August 2024

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Patientinnen und Patienten müssen sich auf hohe Sicherheitsstandards verlassen können, wenn sie in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus behandelt werden. Die Patientensicherheit ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsversorgung und maßgeblich für das Vertrauen der Menschen in unser Gesundheitssystem.

Mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes 2013 wurden die vormals richterrechtlich entwickelten Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechts gesetzlich geregelt. Auf diesem Wege wurden die Informationsrechte der Betroffenen gestärkt, verbindliche Regelungen zur Aufklärung und Einwilligung etabliert und so auch die Basis für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen geschaffen. Dies gilt es weiter auszubauen.

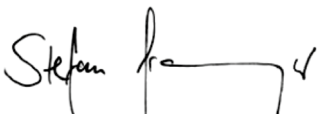
Jedes Jahr erstellen die Fachärztinnen und Fachärzte des Medizinischen Dienstes viele tausend Behandlungsfehlergutachten im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. In diesen wird geklärt, ob ein Behandlungsfehler vorlag, der ursächlich für einen Schaden war oder nicht. Die unabhängigen Gutachten sollen die Patienten im Falle von Schadensersatzansprüchen unterstützen. Sie tragen zudem dazu bei, den Sachverhalt aufzuklären, damit die Betroffenen Gewissheit über das Geschehene erhalten. Für viele ist dies immens wichtig, um das Erlebte aufarbeiten und abschließen zu können.

Die Ergebnisse der Begutachtungen fasst der Medizinische Dienst jedes Jahr in einem Bericht zusammen. Jahr für Jahr werden viele - zum Teil schwerwiegende - Fehler festgestellt. Der Bericht soll Transparenz schaffen und eine Kultur des Lernens aus Fehlern fördern. So trägt der Medizinische Dienst dazu bei, die Qualität in der Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern und die Umsetzung der politischen Zielsetzungen zur Stärkung der Patientensicherheit zu unterstützen. Nur durch eine enge Zusammenarbeit von Politik, medizinischen Einrichtungen und unabhängigen Institutionen wie dem Medizinischen Dienst kann die Patientensicherheit weiter gestärkt werden. Es besteht weiterhin Verbesserungsbedarf – nicht zuletzt beim Umgang mit besonders schwerwiegenden, vermeidbaren Schadensereignissen wie den Never Events. Der Medizinische Dienst wird sich daher weiterhin für eine bessere Sicherheitskultur einsetzen.

Unser Dank gilt den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes für ihr großes Engagement. Mit der vorliegenden Jahresstatistik veröffentlichen wir die Ergebnisse der Behandlungsfehler-Begutachtung der Medizinischen Dienste im Jahr 2023.

Bei Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, bedanken wir uns für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2023 und wünschen uns, dass es uns gelingt, wertvolle Anregungen für mehr Patientensicherheit zu geben.

Essen/München im August 2024



Dr. Stefan Gronemeyer

Vorstandsvorsitzender, Medizinischer Dienst Bund



Dr. Christine Adolph

Stv. Vorstandsvorsitzende und Leitende Ärztin,
Medizinischer Dienst Bayern

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 EINLEITUNG	5
1.1 Hintergrund	5
1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse.....	6
2 ERGEBNISSE	8
2.1 Übersicht.....	8
2.1.1 Haftungsvoraussetzungen	8
2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenkausalität	9
2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle	10
2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor	11
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden.....	12
2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht	13
2.2 Fachgebiete	14
2.2.1 Übersicht.....	14
2.2.2 Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle	15
2.3 Versorgungsebene/Ort	17
2.3.1 Übersicht.....	17
2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe	18
2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)	20
2.5 Verantwortungsbereich / Medizinischer Zusammenhang	22
2.5.1 Übersicht.....	22
2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde.....	23
2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)	24
2.7 Fehlerarten	26
2.8 Schaden.....	27
2.8.1 Übersicht	27
2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)	27
2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“).....	29
3 FAZIT.....	31

1 Einleitung

Der Medizinische Dienst unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse der Betroffenen. Sie ist interessen-neutral und für die Versicherten nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste aller Behandlungsfehlerwürfe an: Es werden sowohl stationäre als auch ambulante Fälle aus den Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege begutachtet.

Seit vielen Jahren werden wesentliche Inhalte der Gutachten in einer einheitlichen Datenbank erfasst. Für die Erfassung ab dem Jahr 2014 ist der zugrunde liegende Datensatz verändert und erweitert worden. Er beinhaltet seitdem weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens 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

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht nach den zum Behandlungszeitpunkt bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Untersuchung oder 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 und pflegerischen Versorgung, von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und auch die Dokumentation können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Geschädigte sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem 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 Behandlungsfehlerwürfes 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 Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Durch den Medizinischen Dienst wird eine interne Begutachtung mit eigenen Sachverständigen veranlasst oder externe Fachärztinnen und Fachärzte werden mit der Begutachtung des Behandlungsfehlerwürfes beauftragt.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen Gutachterinnen und 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 Behandlungsfehlerwürfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, handschriftliche bzw. elek-

tronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls der Patientin oder des Patienten. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinverständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für Betroffene, sondern im Fall einer späteren Klage auch für die mit dem Fall juristisch Befassten sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers wird zusätzlich begutachtet, ob der Schaden, der von Patienten- oder Krankenkassen-Seite geltend gemacht wird, auch objektiv vorliegt. Anschließend wird die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden geprüft. Mit der Begutachtung wird aus medizinischer Sicht dargelegt, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der Sachverhalt insgesamt wird dabei gutachterlich neutral nachvollzogen und bewertet.

Die Beweispflicht liegt auf Seiten der Patientinnen und Patienten. In bestimmten Fällen, zum Beispiel bei Aufklärungsfehlern, Befunderhebungsfehlern, einem sogenannten groben Behandlungsfehler, einem Dokumentationsfehler oder bei einem Verstoß gegen das voll beherrschbare Risiko, kann es im Einzelfall zu Beweiserleichterungen bzw. zur Beweislastumkehr kommen. Dies hätte beispielsweise zur Folge, dass ein festgestellter Behandlungsfehler im juristischen Verfahren schon ohne weiteren Nachweis als direkte Ursache für einen Schaden angenommen wird, es sei denn, medizinisch-wissenschaftliche Gründe sprächen absolut dagegen.

Damit sind die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. Zwar kann in der Mehrzahl der Fälle der bestehende Verdacht nicht bestätigt werden, aber gerade dieses Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Erläuterungen sind für betroffene Patientinnen und 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 Medizinischen Dienst nach Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens in eine Datenbank eingegeben. Das Zusammenführen der regional erfassten, anonymisierten Daten und deren Auswertung übernimmt der Medizinische Dienst Bund.

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 12.438 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2023) von einem der insgesamt 15 Medizinischen Dienste 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 in einem Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Diese Ergebnisse stellen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum veröffentlicht wird. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste 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 Patientenseite und Leistungserbringern (z. B. Krankenhäusern, Arztpraxen) bzw. Haftpflichtversicherungen 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 Medizinischen Diensten nur in sehr geringem Maße überschneiden.

Verschiedene mit Patientensicherheit befasste Institutionen und Organisationen, wie beispielsweise das Aktionsbündnis Patientensicherheit oder das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin als gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, weisen seit langem darauf hin, dass eine objektive und exakte Erfassung aller fehlerhafter Vorkommnisse im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen ein schwer erreichbares Ziel sei. Dies liegt unter anderem an der Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Methoden, welche der Erstellung eines zuverlässigen und vollständigen Datensatzes zur Häufigkeit vermeidbarer unerwünschter Ereignisse in der Medizin entgegensteht. Einzelne Strategien zur Fehlererfassung, auch die Statistiken der Medizinischen Dienste oder der Schlichtungs- bzw. Gutachterstellen der Ärztekammern, bilden nur einen kleinen Teilbereich aller Vorkommnisse ab.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen allerdings nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die Anzahl der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Litigation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang im Weißbuch Patientensicherheit des APS (Aktionsbündnis Patientensicherheit) umfassend dargelegt.¹

Auch daraus ergibt sich, dass die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler oder für den Stand der Patientensicherheit angesehen werden kann, unabhängig davon, wo sie vorgebracht werden.

¹ Matthias Schrappe. APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin. 617 Seiten. 2018 | 1. Auflage. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 978-3-95466-410-8 (ISBN).
Zum Download verfügbar unter: www.aps-ev.de, siehe u. a. Kapitel 3.4. „Der zentrale Begriff der Haftungslücke (litigation gap)“, Seite 301 ff.

2 Ergebnisse

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 12.438 vorgeworfenen Fälle:

Eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten ist zu prüfen!
Liegt ein **Fehler** vor, der einen **Schaden verursacht** hat?

Fehler: 3.595

Schaden: 3.160

Kausalität: 2.679

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

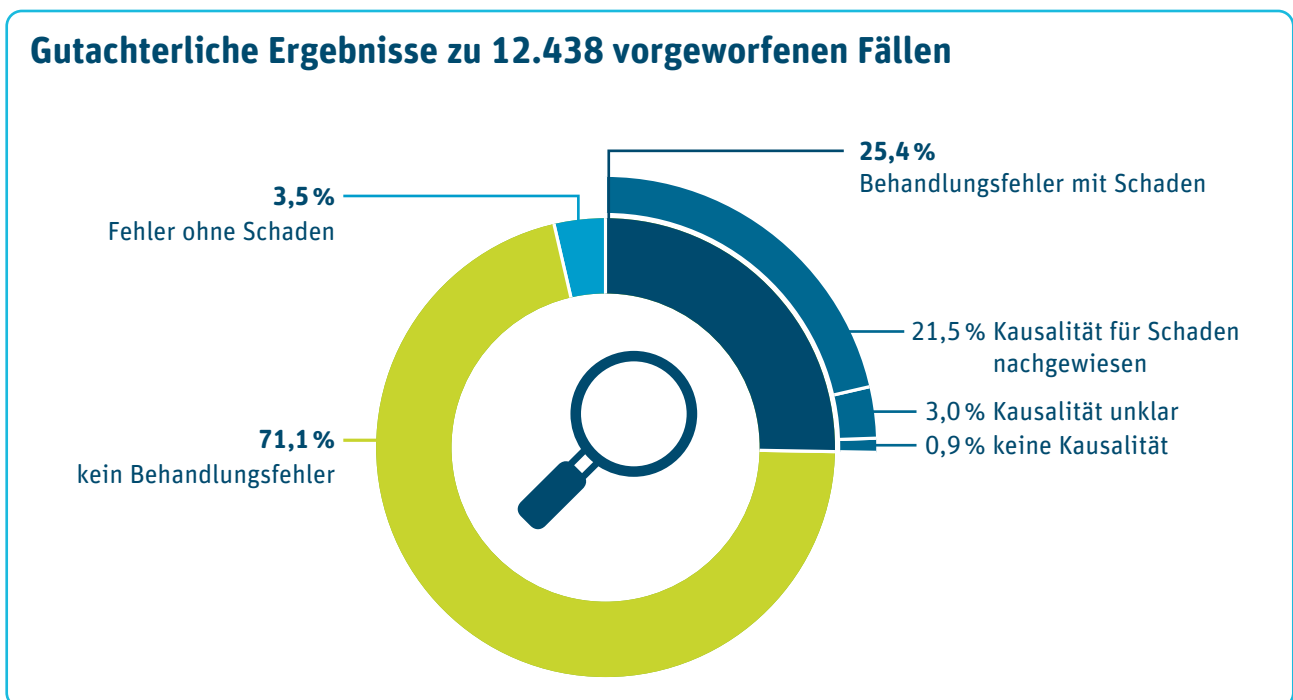
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und begründet sich in einem vermuteten Fehler. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet und schrittweise beantwortet, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl aufgeführt 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 etwa konstant viele Fälle begutachtet (2022: n = 13.059). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2022: n = 3.685), der Fehler mit Schaden (2022: n = 3.221) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2022: n = 2.696) variieren nur geringfügig. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden.

Jeder Fehler hat ein Schadenpotenzial, 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 sogenannte „Fehlermeldesysteme“ (auch „Lern- und Berichtssysteme“ oder „CIRS“ =

Critical Incident Reporting Systems genannt), bei denen nicht der Schaden im Fokus steht, sondern wo 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. Seit Februar 2024 können Versicherte zudem selbst sicherheitsrelevante Erfahrungen aus der Gesundheitsversorgung mitteilen: Auf der Seite www.mehr-patientensicherheit.de werden diese Erfahrungsberichte gesammelt und von Expertinnen und Experten ausgewertet. Das Lernen aus gutachterlich bestätigten Behandlungsfehlern und das Lernen aus anonym gemeldeten Risiken und Fehlern ist eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenkausalität



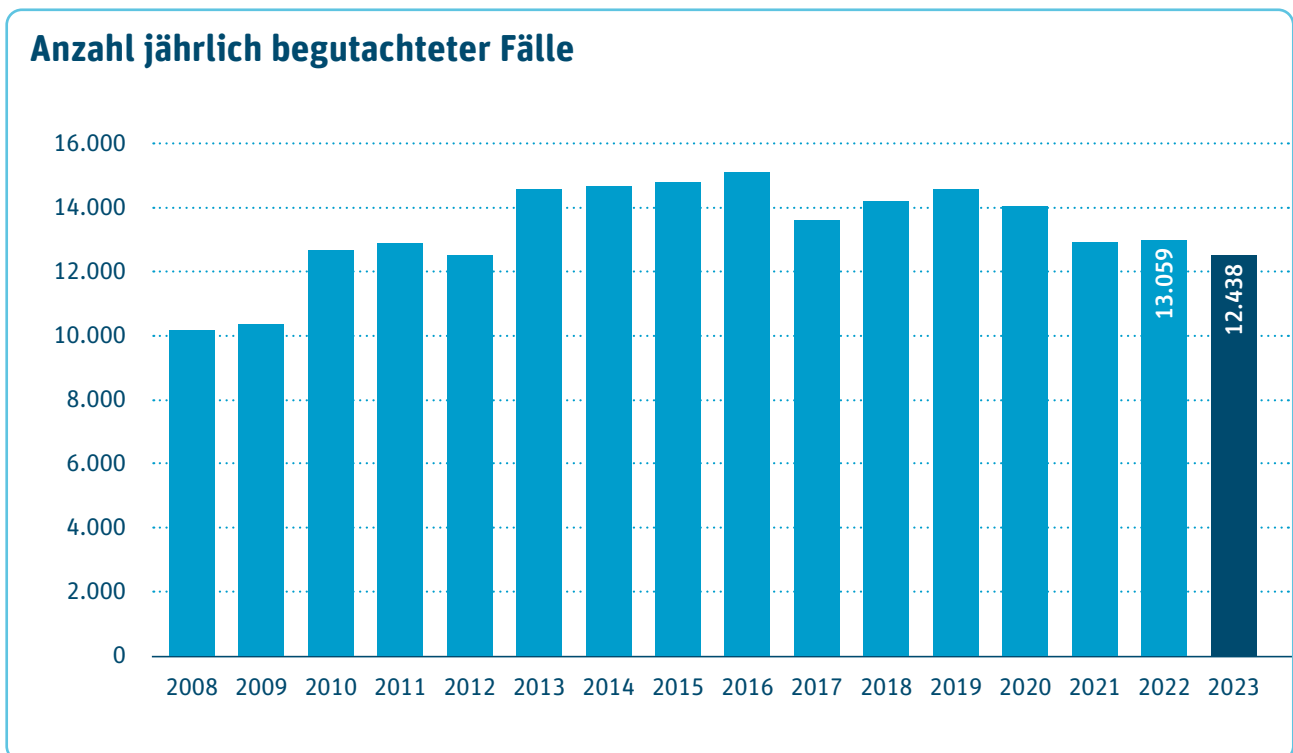
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Dunkelblau dargestellt sind hier die festgestellten Behandlungsfehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden stellt. Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler, welche keinen objektivierbaren Schaden zur Folge hatten. Hier entfällt die Frage nach dem Kausalzusammenhang. Ein von der Patientin / vom Patienten erhobener Vorwurf, der mit Haftungs- und Schadenersatzansprüchen verknüpft ist, kann dann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden. Hellgrün dargestellt sind die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt wurde.

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 welche die Kausalität des Fehlers für den Schaden nachweisen konnten („kausale Fehler“; n = 2.679 bzw. 21,5% der begutachteten Vorwürfe) bieten der Patientin / dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weitere Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

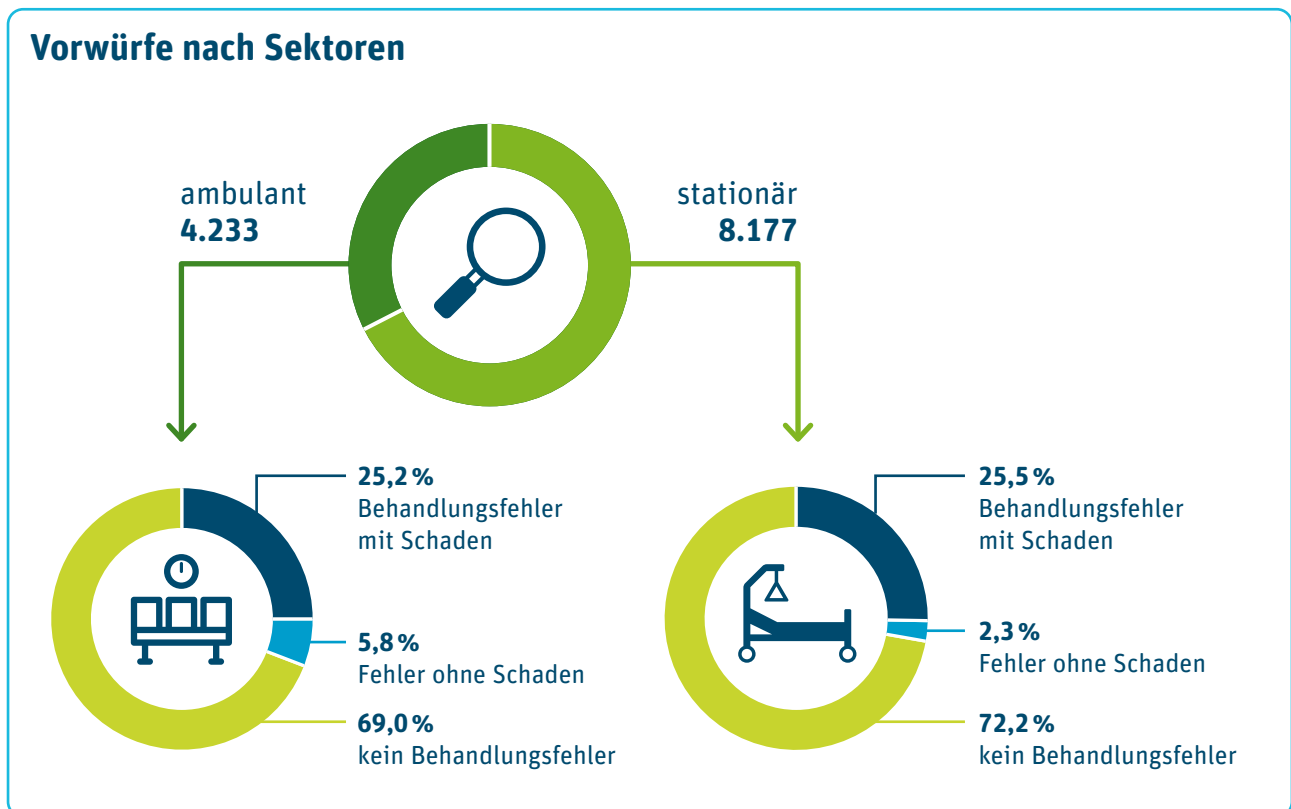
Die Zahl der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat erstmals im Jahr 2010 und – vermutlich verbunden mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der damit einhergehenden zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern – im Jahr 2013 ein zweites Mal sprunghaft zugenommen. Sie bewegt sich seitdem auf einem relativ konstanten Niveau mit jährlichen Schwankungsbreiten von bis zu 10 %.

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 tatsächlich auftretenden Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl der begutachteten sowie der entschädigten bzw. bestätigten Behandlungsfehler wird nicht zentral 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 Patientinnen und Patienten erkennbaren Fehler, hängt die Anzahl der Gutachten des Medizinischen Dienstes zu Behandlungsfehlervorwürfen vom Vorwurfsverhalten der Betroffenen sowie dem Umgang der Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer mit dem Fall ab. Melden sich Geschädigte nicht bei ihrer Krankenkasse, weil sie sich entweder nicht imstande fühlen ihre Ansprüche weiter zu verfolgen oder 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 eine Einigung zwischen Geschädigten, Leistungserbringern und Haftpflichtversicherungen erzielt wurde, erhält die Krankenkasse häufig keine Kenntnis von dem Fall. Zudem kann die Zahl der Begutachtungen weiteren – auch zufallsbedingten – Schwankungen unterworfen sein.

Ein Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Häufigkeit des Auftretens von Behandlungsfehlern bzw. die Zahl der in diesem Kontext möglicherweise erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

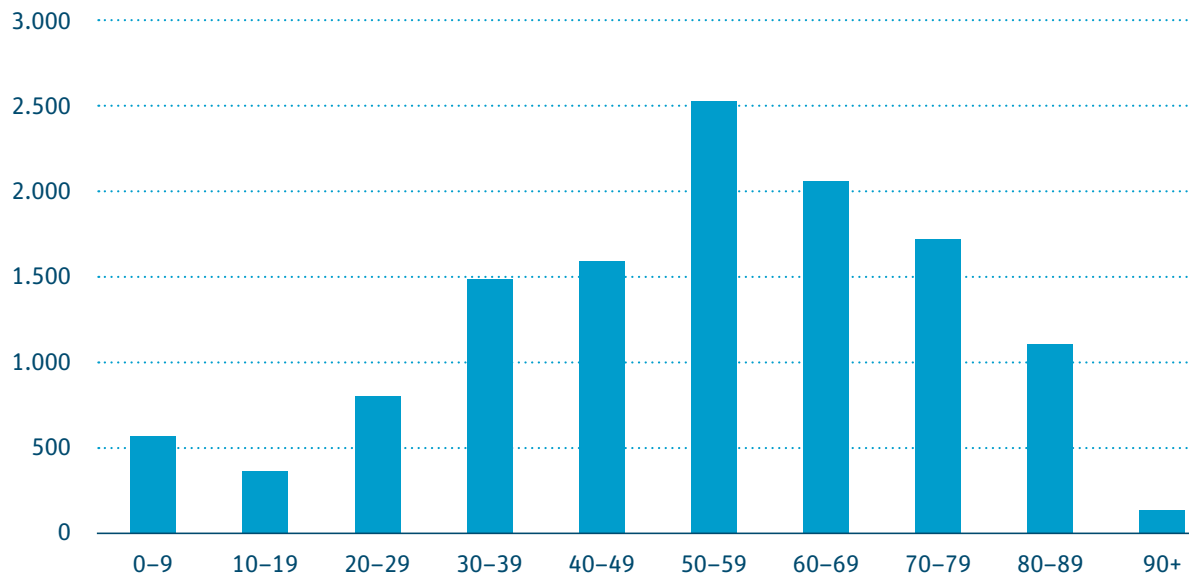
28 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann. 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

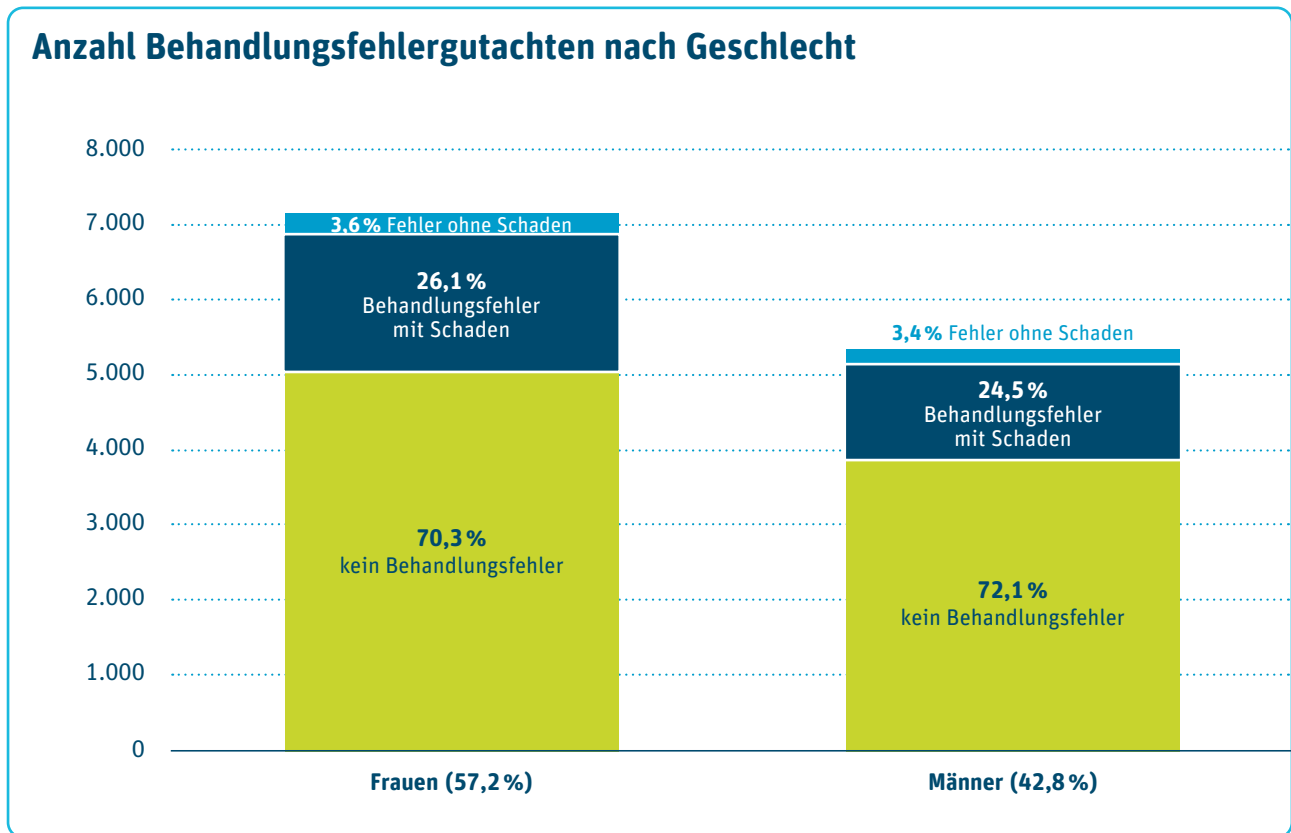
Fallzahlen bezogen auf die Altersdekade der Patientinnen und Patienten im Jahr des Ereignisses



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht weiterhin in etwa den Vorjahren und passt dazu, dass in den höheren Altersgruppen insgesamt häufiger behandelt und operiert wird.

2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann.

Mit leichten jährlichen Schwankungen zeigt sich über die vergangenen Jahre konstant, dass mehr Begutachtungen bei Patientinnen durchgeführt werden. Die Ursachen dafür sind nicht vollständig bekannt. Die Quote bestätigter Vorwürfe ist bei Frauen ebenfalls weiterhin geringfügig höher und deutet darauf hin, dass Frauen häufiger von Behandlungsfehlern betroffen sein könnten als Männer. Die Unterschiede können zu einem geringen Anteil durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erklärt werden.

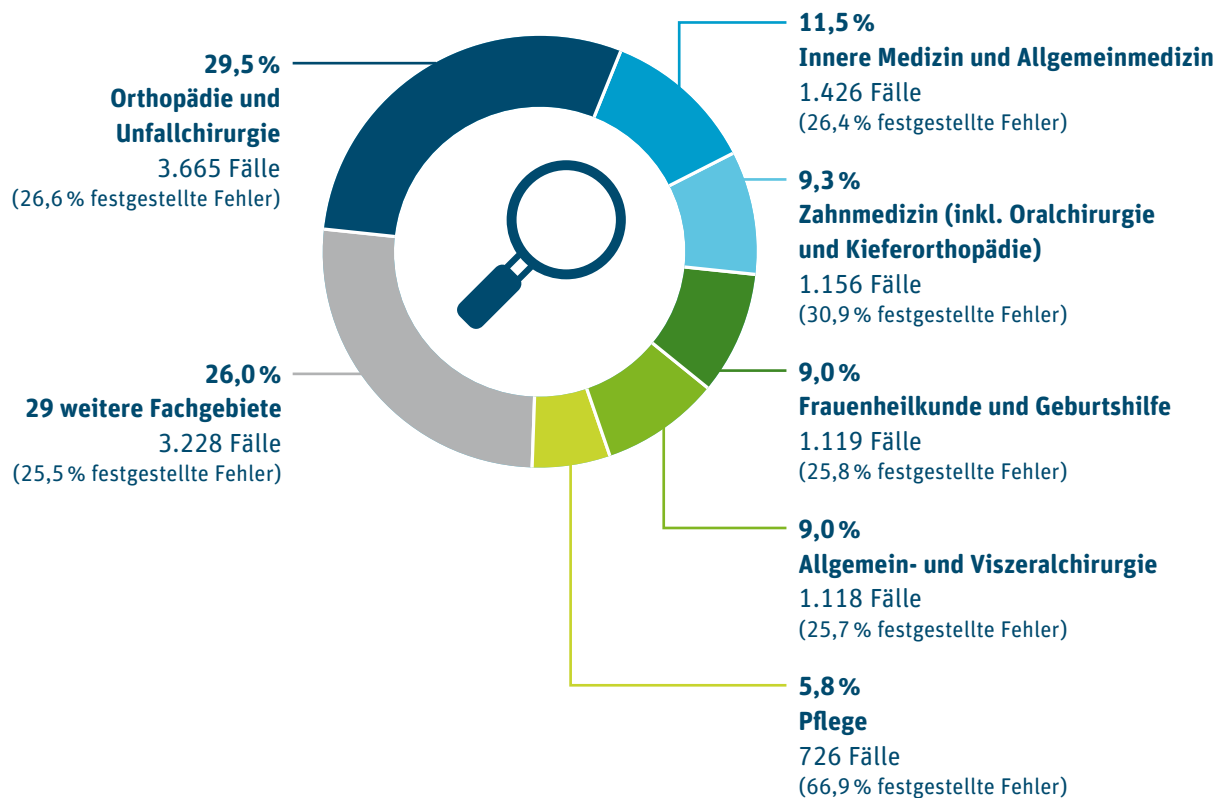
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber auch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. Zwar ist langjährig bekannt, dass sich Krankheitssymptome bei Männern und Frauen zum Teil deutlich unterscheiden können und dass Arzneimittel geschlechtsabhängig unterschiedlich verstoffwechselt werden, trotzdem werden geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Medizin bislang nicht ausreichend berücksichtigt: Der Begriff „Gender Data Gap“ beschreibt das Phänomen, dass medizinische Lehrbücher und Curricula nach wie vor häufig am männlichen „Standardpatienten“ ausgerichtet sind und Medikamentenstudien überwiegend auf männliche Probanden zurückgreifen.

Vor diesem Hintergrund wird die Forderung nach einer systematischen Erfassung von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (Never Events) umso dringlicher. Wenn verlässliche Daten zur Häufigkeit des Auftretens von Behandlungsfehlern vorliegen, können auch geschlechtsspezifische Unterschiede analysiert und die entsprechenden Risiken behoben werden.

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete (gruppiert)



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

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Orthopädie und Unfallchirurgie	3.665	976	26,6 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.119	289	25,8 %
Zahnmedizin	994	300	30,2 %
Pflege	726	486	66,9 %
Viszeralchirurgie	609	146	24,0 %
Innere Medizin	566	152	26,9 %
Allgemeinchirurgie	509	141	27,7 %
Neurochirurgie	497	133	26,8 %
Augenheilkunde	380	91	23,9 %
Urologie	325	73	22,5 %
HNO-Heilkunde	300	53	17,7 %
Innere Medizin und Kardiologie	282	76	27,0 %
Allgemeinmedizin	256	62	24,2 %
Neurologie	243	64	26,3 %
Gefäßchirurgie	237	56	23,6 %
Anästhesiologie	195	53	27,2 %
Kinder- und Jugendmedizin	188	55	29,3 %
Innere Medizin und Gastroenterologie	168	56	33,3 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	141	32	22,7 %
Herzchirurgie	138	23	16,7 %
Radiologie	125	72	57,6 %
Psychiatrie und Psychotherapie	109	20	18,3 %
Oralchirurgie	96	40	41,7 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	91	22	24,2 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	72	16	22,2 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	70	15	21,4 %
Kieferorthopädie	66	17	25,8 %
Kinderchirurgie	53	27	50,9 %
Sonstiges (z.B. Pharmakologie)	45	13	28,9 %
Thoraxchirurgie	38	8	21,1 %
Innere Medizin und Pneumologie	28	5	17,9 %
Innere Medizin und Nephrologie	22	4	18,2 %
Innere Medizin und Angiologie	14	5	35,7 %
Strahlentherapie	13	1	7,7 %
Innere Medizin und Rheumatologie	11	1	9,1 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	9	1	11,1 %
Nuklearmedizin	6	1	16,7 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5	0	0,0 %
Pathologie	5	2	40,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	4	2	50,0 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	4	1	25,0 %
Arbeitsmedizin	3	1	33,3 %
Hygiene und Umweltmedizin	3	0	0,0 %
Klinische Pharmakologie	3	2	66,7 %
Transfusionsmedizin	3	1	33,3 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	1	1	100,0 %
Laboratoriumsmedizin	1	0	0,0 %
Humangenetik	0	0	–
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	0	0	–
Neuropathologie	0	0	–
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0	0	–
Gesamt	12.438	3.595	28,9 %

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 denen der Vorjahre. Geringfügige Schwankungen bei der Fallzahl und der festgestellten Fehlerquote einzelner Fachgebiete sind am ehesten auf unsystematische und zufällige Einflussfaktoren zurückzuführen. Angesichts der beschriebenen Grundlagen der Datenerhebung können aus der Momentaufnahme keine direkten Rückschlüsse auf die Entwicklung der Patientensicherheit und der Qualität in einem Fachgebiet gezogen werden. Die Daten können lediglich als Anhaltspunkt für weitere Untersuchungen dienen.

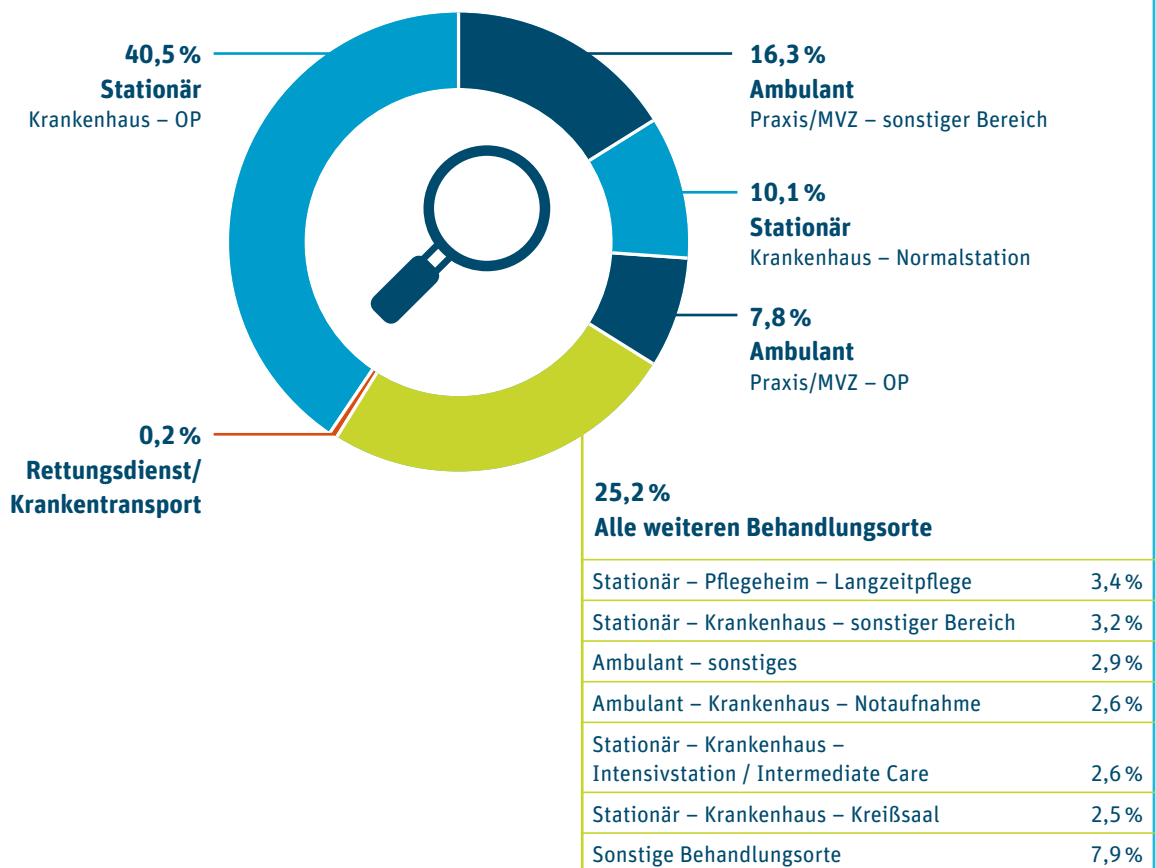
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine stärkere Gefährdung oder eine größere Fehlerhäufigkeit lassen sich daraus 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 höhere Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies grundsätzlich darauf zurück, dass Pflegefehler für Patientinnen und Patienten einfacher erkennbar sind. Auch die Höhe dieser Quote ist deshalb kein Hinweis auf eine besondere Gefährdung in einem Fachgebiet.

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Ambulant	Praxis/MVZ – sonstiger Bereich	2.030	624	30,7 %
	Praxis/MVZ – OP	966	294	30,4 %
	sonstiges	361	116	32,1 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	324	125	38,6 %
	Krankenhaus – OP	278	69	24,8 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	163	55	33,7 %
	Hausbesuch	36	10	27,8 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	31	3	9,7 %
	Häusliche Pflege	29	9	31,0 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	8	3	37,5 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	4	2	50,0 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	2	1	50,0 %
	Hausgeburt	1	0	0,0 %
	Geburtshaus	0	0	–
Stationär	Krankenhaus – OP	5.032	1.128	22,4 %
	Krankenhaus – Normalstation	1.253	406	32,4 %
	Pflegeheim – Langzeitpflege	426	313	73,5 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	399	131	32,8 %
	Krankenhaus – Intensivstation / Intermediate Care	324	72	22,2 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	310	57	18,4 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	209	83	39,7 %
	Rehaklinik	123	51	41,5 %
	Pflegeheim – Kurzzeitpflege	46	25	54,3 %
	sonstiges	36	7	19,4 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	13	2	15,4 %
	Geburtshaus	3	0	0,0 %
	Krankenhaus – Innerklinischer Transport	3	0	0,0 %
	Stationär – Pflegeheim	0	0	–
Rettungsdienst/Krankentransport		28	9	32,1 %

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 Gutachterinnen und Gutachter nehmen eine Einschätzung vor, welchem Behandlungsort der vorgeworfene Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es bei der Begutachtung nicht möglich, dies exakt zu differenzieren, sodass Ungenauigkeiten entstehen können bzw. der

Behandlungsort „Sonstiger Bereich“ im jeweiligen Versorgungssektor ausgewählt wurde. „Sonstige Bereiche“ können aber auch Labore, Funktionsbereiche (z. B. Endoskopie, Poliklinik) und weitere sein. Der prozentuale Anteil der festgestellten Fehler ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Wie sich in Abschnitt 2.2 zeigte, steht ein erheblicher Teil der Vorwürfe sowie der festgestellten Fehler weiterhin im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten. Ähnlich betreffen die Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler auch räumlich häufig den Operationsbereich, insbesondere im stationären Sektor.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

Übersicht der häufigsten Behandlungsanlässe (korrekte ex-post-Diagnose²) mit Vorwürfen

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	440	98	22,3 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	426	78	18,3 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	366	120	32,8 %
K02	Zahnkaries	295	94	31,9 %
S72	Bruch des Oberschenkels	293	96	32,8 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	261	165	63,2 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	189	38	20,1 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	186	57	30,6 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	184	54	29,3 %
S82	Bruch des Unterschenkels	184	60	32,6 %
S52	Bruch des Unterarmes	183	75	41,0 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	181	52	28,7 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	166	40	24,1 %
M54	Rückenschmerzen	150	46	30,7 %
H25	Grauer Star	148	37	25,0 %
C50	Brustkrebs	124	38	30,6 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	122	27	22,1 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	117	34	29,1 %
K80	Gallensteine	114	33	28,9 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	107	25	23,4 %
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	106	95	89,6 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	105	24	22,9 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	103	30	29,1 %
K40	Leistenbruch	99	22	22,2 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	99	41	41,4 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	98	19	19,4 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	97	34	35,1 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	92	20	21,7 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	86	30	34,9 %
K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	82	21	25,6 %

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.

² Als „Ex-Post-Diagnose“ wird die Diagnose bezeichnet, welche letztendlich durch den Gutachter festgelegt wurde.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

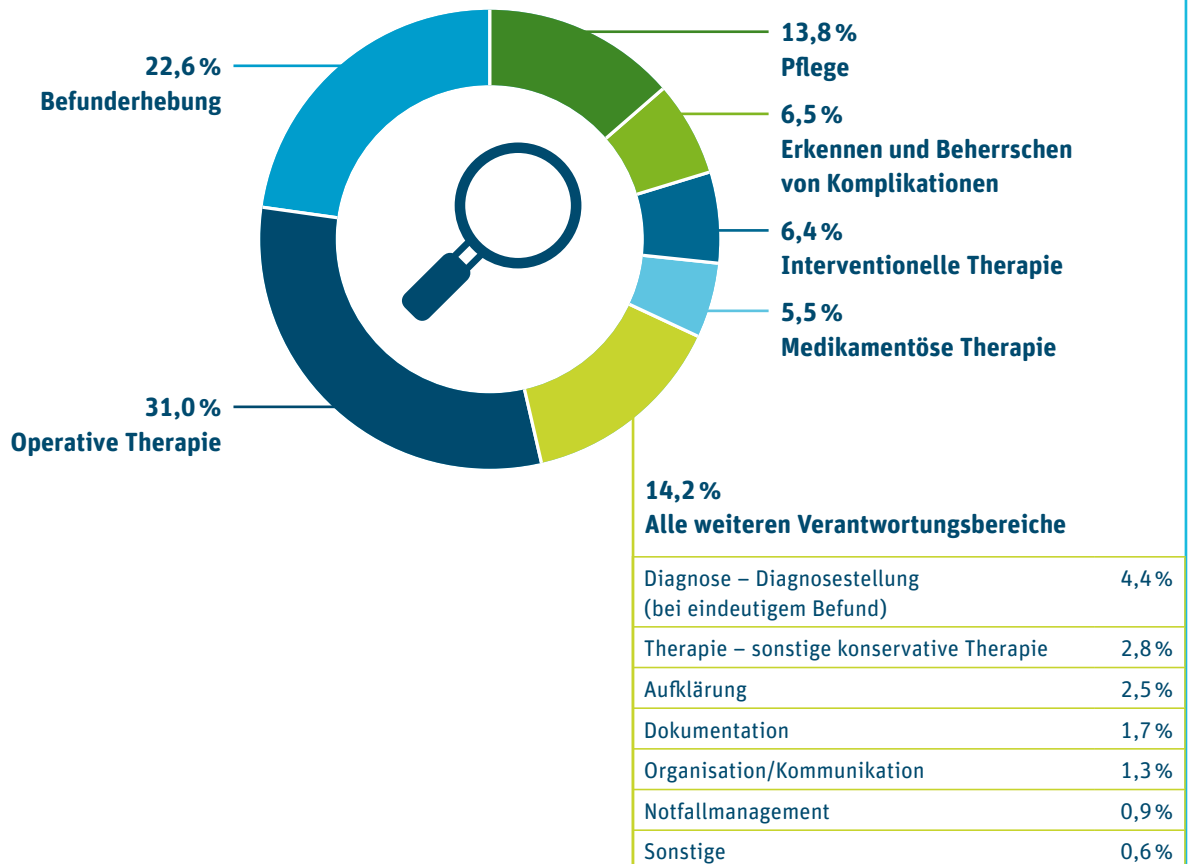
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 41,8 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 994 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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 an, 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

Fehler nach führendem Verantwortungsbereich



2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang		Fälle	festgestellte Fehler	Quote	
Diagnose	Befunderhebung	2.026	813	40,1 %	
	davon	Bildgebung	596	284	47,7 %
		körperliche Untersuchung	360	171	47,5 %
		diagnostische Intervention	269	87	32,3 %
		Labor	104	68	65,4 %
Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	383	157	41,0 %		
Aufklärung		177	91	51,4 %	
Therapie	Medikamentöse Therapie	626	197	31,5 %	
	davon	Dosierung	121	45	37,2 %
		Applikation(sweg)	61	17	27,9 %
		bekannte Allergie	19	10	52,6 %
		Verwechslung	14	9	64,3 %
	Operative Therapie	5.486	1.115	20,3 %	
	davon	OP-Technik	4.185	686	16,4 %
		Nachsorge	244	89	36,5 %
		Lagerung	108	59	54,6 %
	Intervention	992	230	23,2 %	
	davon	Technik der Durchführung	419	76	18,1 %
		Nachsorge	58	12	20,7 %
		Lagerung	28	12	42,9 %
sonstige konservative Therapie	675	102	15,1 %		
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen		988	235	23,8 %	
Notfallmanagement		97	32	33,0 %	
davon	zu spät erforderliche Maßnahme eingeleitet / Hilfe geholt	26	9	34,6 %	
	Notfallsituation zu spät erkannt	24	8	33,3 %	
	Atemwegsmanagement/Beatmung	15	2	13,3 %	
	Reanimation	11	4	36,4 %	
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	4	0	0,0 %	
	mangelhafte Blutungskontrolle	2	0	0,0 %	
Pflege		777	496	63,8 %	
davon	Durchführung	561	348	62,0 %	
	Planung	216	148	68,5 %	
Organisation/Kommunikation		71	46	64,8 %	
davon	Schnittstellenmanagement	22	17	77,3 %	
	Entlassungsmanagement	13	8	61,5 %	
Dokumentation		78	60	76,9 %	
Hygiene		17	1	5,9 %	
Medizinprodukte*		45	20	44,4 %	

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 2.5:

* Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte sind zumeist keine Behandlungsfehler, weil Anwender bei ordnungsgemäßem Gebrauch auf die Sicherheit des Produktes vertrauen können müssen. 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	festgestellte Fehler
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	104
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	96
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	84
5-233	Zahnersatz	70
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben	70
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	62
5-230	Zahntfernung	49
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	36
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	35
5-683	Entfernung der Gebärmutter	32
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruches	32
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	32
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	30
5-231	Operative Zahntfernung (durch Osteotomie)	29
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	29
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	28
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	27
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	24
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	22
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	22
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	22
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	20
5-470	Appendektomie	20
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	19
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	18
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	17
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	17
5-530	Verschluss eines Leistenbruchs	16
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	16
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	15
5-808	Offen chirurgische Arthrodesse	15

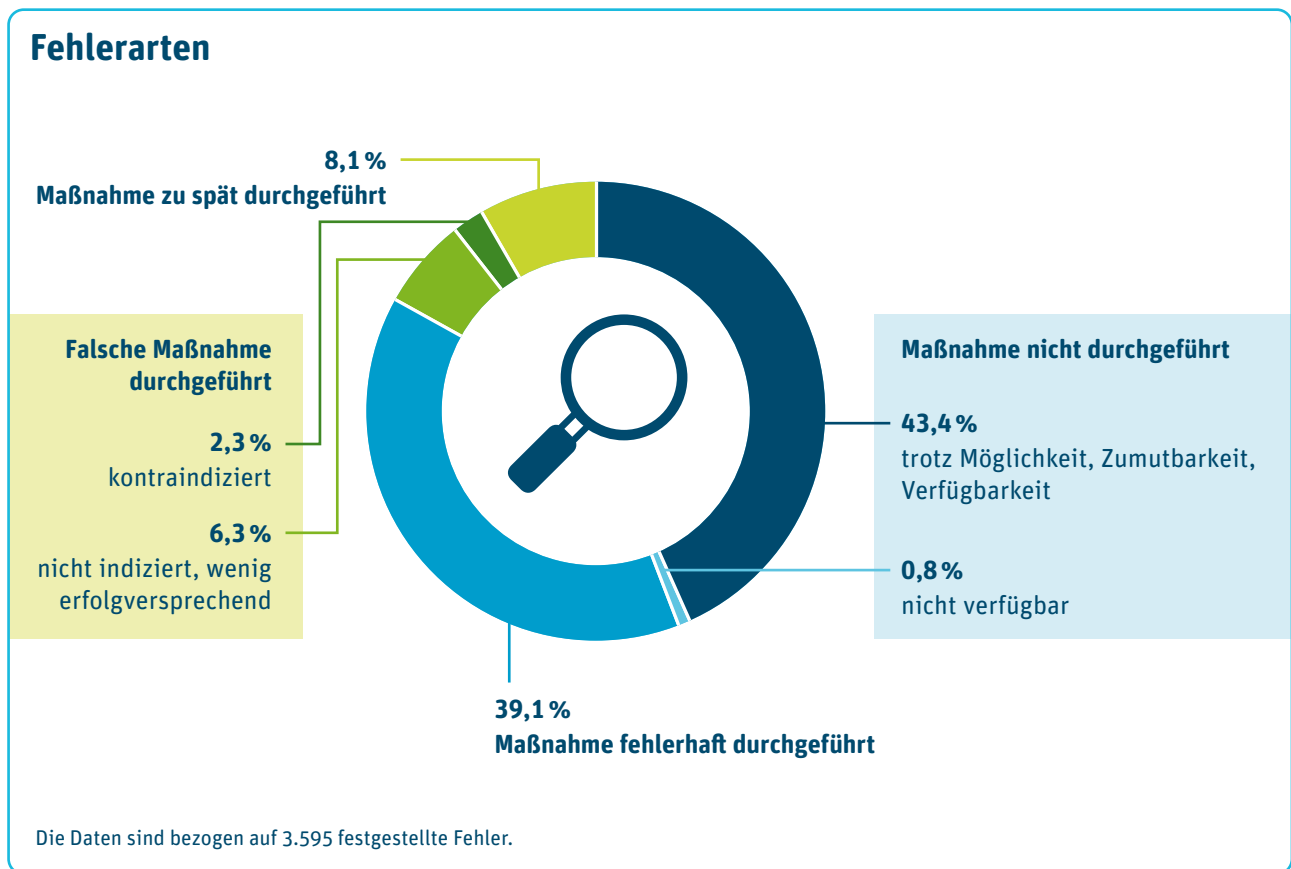
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.262 Fällen (34,3 %) 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 1.445 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, sodass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 15-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.108 Fälle von allen Fehlern aus (30,8 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 14 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 418 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



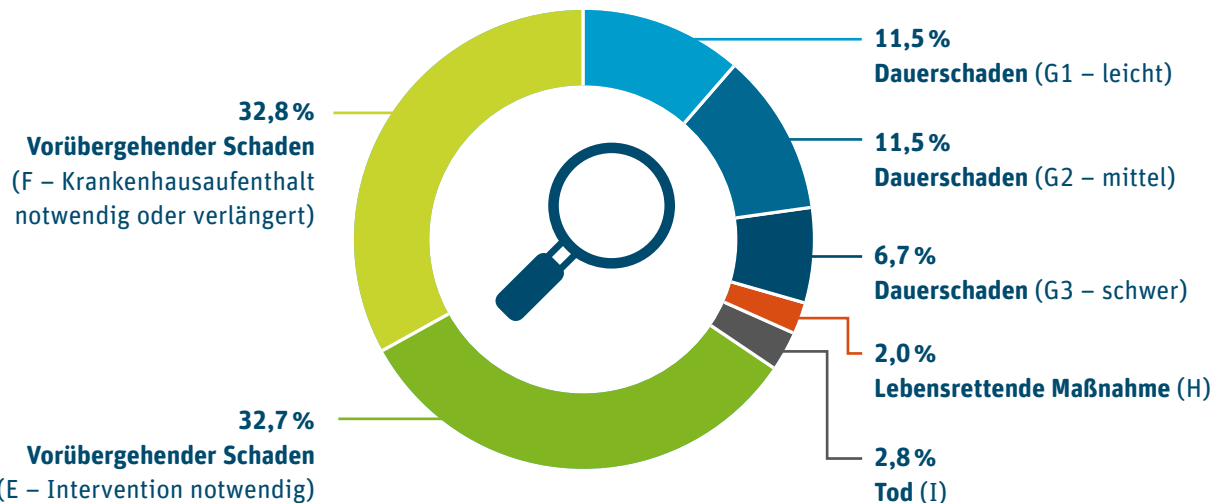
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (44,2%) oder fehlerhaft (39,1%) 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 8,6% keine herausragende Rolle. Ähnlich selten (8,1%) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend unverändert ab.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht

Schaden bei kausalem Fehler (nach MERP-Index von E bis I)



Die Daten sind bezogen auf 2.679 Fälle mit Schaden bei kausalem Fehler.

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)	1.010	875	86,6%
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.023	878	85,8%
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	380	309	81,3%
	mittel (G2)	374	309	82,6%
	schwer (G3)	209	180	86,1%
Lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		55	53	96,4%
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		109	75	68,8%
Gesamt		3.160	2.679	84,8%

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreitete „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 die Patientin / den Patienten nicht in relevanter Weise im Alltag oder Berufsleben behindert.
- Ein Dauerschaden ist als „mittel“ zu bezeichnen, wenn er die Patientin / den Patienten zwar erkennbar einschränkt, der oder die Betroffene 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 die Patientin / der Patient im Alltag sowie in der normalen Lebensführung wesentlich beeinträchtigt ist und/oder täglich die Hilfe anderer Personen dafür benötigt.

Im Vergleich zu den Vorjahren sind nur geringfügige Änderungen erkennbar.

Drei Viertel der für einen Schaden kausalen Behandlungsfehler haben zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In 84,8% der Fälle 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 Schadenfolgen. Sofern bei verstorbenen Patientinnen/Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser deutlich seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (68,8%). In 27 dieser 109 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um Schwerstkranken, bei denen in einer komplexen Situation bereits mehrere Umstände im Krankheitsverlauf vorliegen, die höchste Lebensgefahr bedeuten und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben führen. In 7 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben	62
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	39
falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	15
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
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 durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	3
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten (Verwechslung!)	2
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	2
Intra- oder unmittelbar postoperativer Tod eines ASA I-Patienten (gesunder Patient ohne relevante Vorerkrankungen)	1
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	1
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	1
Tod oder schwerer Schaden durch eine Luftembolie	1
Entlassung eines hilflosen Patienten/Kindes aus stationärer Einrichtung in die Hände einer nicht autorisierten Person	1
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	1
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	1
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	1
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	1
Tod oder schwerer Schaden durch einen Stromunfall (elektr. Schlag) im Zusammenhang mit med. Versorgung	1
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit einem Unfall in einer medizinischen Einrichtung	1
Gesamt	151

Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Seit 2014 besteht für die Gutachterinnen und 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 die Vorwürfe, die im Jahr 2023 bei der Begutachtung 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 des Auftretens von 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 als vermeidbar gelten 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 verbesserbaren 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 wird und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangt. 5,6 % (151 von 2.679) 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 2023, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

Diese für alle Beteiligten – Geschädigte und Personal – besonders folgenschweren und belastenden Fehler können mit vergleichsweise einfachen und bekannten Methoden wirksam reduziert werden.

3 Fazit

Die Jahresstatistik der Medizinischen Dienste über die Behandlungsfehlerbegutachtung des Vorjahres bietet Transparenz über die Anzahl, die Inhalte und die Ergebnisse in diesem wichtigen Begutachtungsfeld.

Die Arbeit der Medizinischen Dienste in diesem Begutachtungsfeld ist weiterhin stark gefragt und wir werten dies als Zeichen des Vertrauens in unsere unabhängige und neutrale Arbeit. Durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes erlangen jedes Jahr Patientinnen und Patienten in vielen tausenden Einzelfällen Gewissheit, ob ein Gesundheitsschaden durch einen Fehler in der Behandlung verursacht wurde oder nicht. Diese kostenfreie Unterstützung kann beruhigen und Vertrauen wiederherstellen. Im Falle einer Bestätigung des Fehlerverdachtens kann das Gutachten des Medizinischen Dienstes eine wichtige Voraussetzung für Schadenersatzforderungen, Schmerzensgeld und eine faire Regulierung sein.

Die Medizinischen Dienste sehen immer wieder ähnliche bzw. dieselben Fehlerkonstellationen in der Begutachtung. Aus den einzelnen Fällen können alle Beteiligten lernen. Die Daten liefern Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen und für die Fehlerprävention in Abteilungen, Praxen oder Fachgebieten. Die Verteilung der begutachteten Fälle auf die medizinischen Fachgebiete, auf die Zahnmedizin und die Pflege bildet sich seit Jahren ähnlich ab, genauso wie die Anteile der bestätigten Vorwürfe und der gutachterlich als kausal bestätigten Fehler. Im Fokus stehen zwar tendenziell solche Fachgebiete, Operationen und Versorgungsmaßnahmen, bei denen zum einen hohe Fallzahlen in der Versorgung geleistet werden, zum anderen am einfachsten Fehler zu vermuten oder zu erkennen sind. Das bedeutet aber nicht, dass in diesen zumeist operativen/chirurgischen Fachgebieten auch die höchste Gefährdung zu verzeichnen wäre. In konservativen Fachgebieten oder beispielsweise in der Intensivmedizin ist es für die Patientinnen und Patienten oftmals schwieriger, Fehler zu erkennen. Daher werden Vorwürfe in diesen Bereichen vermutlich seltener erhoben.

Die transparenten Informationen und Erkenntnisse zu den Fall- und Fehlerkonstellationen sowie die Tatsache, dass dies der größte jährlich veröffentlichte Datensatz zu Behandlungsfehlern in Deutschland ist, werden gerne verwechselt mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen. Dann werden solche Daten fälschlicherweise als „Maßstab“ für die Häufigkeit oder Seltenheit von Behandlungsfehlern und damit für die Patientensicherheit herangezogen. Behandlungsfehlervorwürfe, die bei einem Medizinischen Dienst im Auftrag einer Krankenkasse begutachtet werden, und tatsächlich vorgekommene Behandlungsfehler sind zwei verschiedene Aspekte. Unsere Daten aus der Begutachtung sind genauso wenig repräsentativ für tatsächlich auftretende Fehler in der Versorgung wie Daten anderer Institutionen. Wir berichten über die Inanspruchnahme eines gesetzlich verankerten Angebotes an Patientinnen und Patienten und nicht über die Entwicklung der Art und Anzahl von Behandlungsfehlern bzw. der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse in Deutschland. Es ist uns wichtig, dies zu betonen. An dieser Stelle tritt ein Erkenntnisdefizit im deutschen Gesundheitswesen erneut hervor, auf das wir seit Jahren ebenfalls hinweisen: Es ist unklar, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland tatsächlich entwickelt. Eine Ursache dafür ist, dass es kein verbindliches Monitoring für Behandlungsfehler bzw. vermeidbare unerwünschte Ereignisse gibt. Unsere Daten zeigen einen Handlungsbedarf auf.

Wir möchten uns weiter dafür einsetzen, dass Behandlungsfehler nicht ausschließlich als haftungsrechtlich zu lösende Einzelfälle gesehen werden. Behandlungsfehler stellen auch für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Beteiligte ein großes Problem dar und können nicht losgelöst vom Versorgungsgeschehen betrachtet werden. Jeder Fehler muss im Sinne einer künftigen Fehlervermeidung zählen. Als Medizinische Dienste möchten wir weiterhin darauf hinarbeiten und dazu beitragen, systematisches Lernen aus Fehlern zu erreichen.