

JAHRESSTATISTIK 2016

---

# Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft



# IMPRESSUM

## Herausgeber

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](mailto:office@mds-ev.de)

Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

## MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089 67008-0

Telefax: 089 67008-444

E-Mail: [Hauptverwaltung@mdk-bayern.de](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

Internet: [www.mdk-bayern.de](http://www.mdk-bayern.de)

## Bearbeitung

Stephan Becker, MDK Nord

Dr. Werner Hofmann, MDK Bayern

Ingo Kowalski, MDS

PD Dr. Max Skorning, MDS

## Satz/Layout

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

[www.bestpage-rheinruhr.de](http://www.bestpage-rheinruhr.de)

Mai 2017

# VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

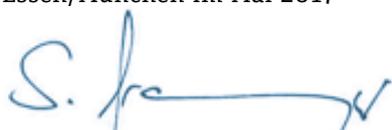
seit 2011 werten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) die von ihnen erstellten medizinischen Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern systematisch aus und veröffentlichen die Ergebnisse regelmäßig in einer Jahresstatistik. Damit legen wir Rechenschaft über unsere Arbeit ab und leisten einen Beitrag zu mehr Transparenz über Art und Umfang von Behandlungsfehlern im deutschen Gesundheitssystem. Die Jahresstatistiken zur Behandlungsfehlerbegutachtung der Medizinischen Dienste basieren auf dem umfangreichsten Datensatz im Vergleich zu ähnlichen Erhebungen und sind damit die größte Statistik dieser Art in Deutschland. Unser herzlicher Dank gilt allen Gutachterinnen und Gutachtern, die sich der Erstellung der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen in sorgfältiger und oft mühsamer Detailarbeit widmen und ihre Ergebnisse dann für die bundeseinheitliche Erfassung aufbereiten.

Seit Jahren ist zu beobachten, dass die Anzahl der erstellten Gutachten kontinuierlich leicht ansteigt, während die Anzahl bestätigter Behandlungsfehler immer wieder leichte Schwankungen aufweist. Insofern ist der Aufwärtstrend bei den Begutachtungsfällen sicher kein Hinweis auf eine unsicherer werdende Versorgung. Es kann vielmehr ein Zeichen dafür sein, dass viele Versicherte mittlerweile ihren Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkasse kennen und auch nutzen. Dafür spricht auch, dass nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 ein deutlicher Anstieg der Begutachtungszahlen zu verzeichnen war, der bis heute nicht wieder zurückgegangen ist. Die Möglichkeit, bei einem vermuteten Behandlungsfehler über die Krankenkasse ein kostenloses Gutachten beim MDK erstellen zu lassen, erweist sich damit als wichtiger Leistungsbereich der Medizinischen Dienste zur Unterstützung der Versicherten.

Neben der Bereitstellung von Datenmaterial für die Öffentlichkeit, Fachexperten und Verantwortliche für Patientensicherheit in den Einrichtungen, möchten wir mit unseren Berichten auch immer wieder daran erinnern, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, um Fehler zu vermeiden und die Sicherheit im Hochrisikobereich der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Viele engagierte Menschen setzen sich für eine sicherere Gesundheitsversorgung ein. Auch die Politik scheint die besondere Bedeutung der Patientensicherheit für ein modernes und hochkomplexes Gesundheitswesen immer klarer zu erkennen. Denn neben dem menschlichen Leid verursachen vermeidbare Schadensereignisse auch immense Kosten. Es ist daher ein gutes Signal, wenn sich im März dieses Jahres auf Einladung des deutschen Bundesministers für Gesundheit über 300 Experten aus über 40 Ländern bei einem internationalen Ministergipfel in Bonn getroffen haben, um die Patientensicherheit als Leitgedanken bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu diskutieren. Wir setzen darauf, dass nach den Diskussionen die richtigen Handlungen folgen, um die Patientensicherheit entsprechend ihrer großen Bedeutung weiterzuentwickeln.

Wir danken für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2016 und hoffen, dass Sie individuell Erkenntnisse und Anregungen daraus ableiten können.

Essen/München im Mai 2017



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



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

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1	Hintergrund	5
1.2	Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse	6
<b>2</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>7</b>
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 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
<b>3</b>	<b>Fazit</b>	<b>27</b>

# 1 EINLEITUNG

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) unterstützen die Patientinnen und Patienten\* 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 ab dem Jahr 2014 ist der zugrunde liegende 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 auch die 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. Durch den MDK wird eine interne Begutachtung mit eigenen Fachärzten veranlasst oder ein externer Facharzt wird mit der Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfes beauftragt.

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.

---

\* 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.

Dies ist nicht nur für den Patienten, sondern im Fall einer späteren Klage auch für Anwälte und Richter 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 Sachverhalt insgesamt wird dabei durch den fachärztlichen Gutachter neutral nachvollzogen und bewertet.

Grundsätzlich liegt die Beweispflicht beim Patienten. Nur bei unterlassener Aufklärung, unterlassener Befunderhebung, einem sogenannten groben Behandlungsfehler oder einem Dokumentationsfehler kann die Beweislastumkehr greifen. Dies hat dann zur Folge, dass der festgestellte Fehler 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 Behandlungsfehlerwürfen 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 15.094 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2016) 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.

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 MDK-Gemeinschaft können dennoch weder für die in Deutschland insgesamt erhobenen Behandlungsfehlerwürfe 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 dargelegt<sup>1</sup>. 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 15.094 vorgeworfenen Fälle:

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

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

**Fehler**  
4.072

**Schaden**  
3.564

**Kausalität**  
2.948

7

#### 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 hat die Gesamtanzahl der Begutachtungen leicht zugenommen (2015: n = 14.828). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2015: n = 4.428), der Fehler mit Schaden (2015: n = 4.046) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2015: n = 3.156) hat leicht abgenommen.

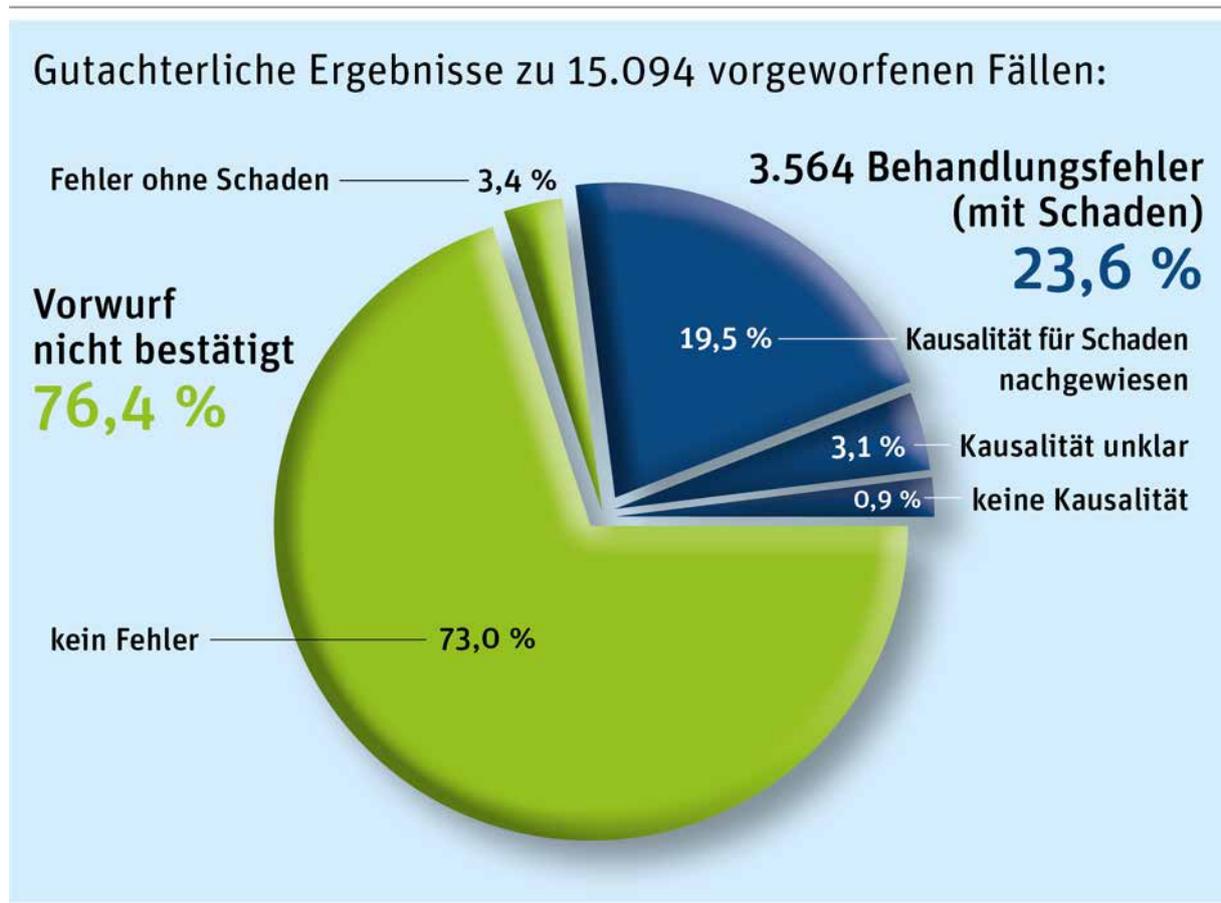
Jeder Fehler hat ein Schadenpotential, auch wenn es sich glücklicherweise nicht immer verwirklicht. Die Zahl der festgestellten Fehler (auch unabhängig von Schaden und Kausalität) ist deshalb wichtig für die Patientensicherheit, denn es sollte grundsätzlich aus Fehlern gelernt werden. Diesem Ziel dienen auch sogenannte „Fehlermeldesysteme“ (auch „Lern- und Berichtssysteme“ oder „CIRS“ = Critical Incident Reporting Systems genannt), bei denen der Schaden nicht im Fokus steht und zumeist nur Fehler ohne Schaden

<sup>1</sup> 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 21.04.2017): <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/ueber-uns/qualitaet-2030-die-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen>

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 ist eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

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 Zahl der Fehler mit Kausalität für den Schaden („kausale Fehler“) bieten dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weiter Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

### 2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität

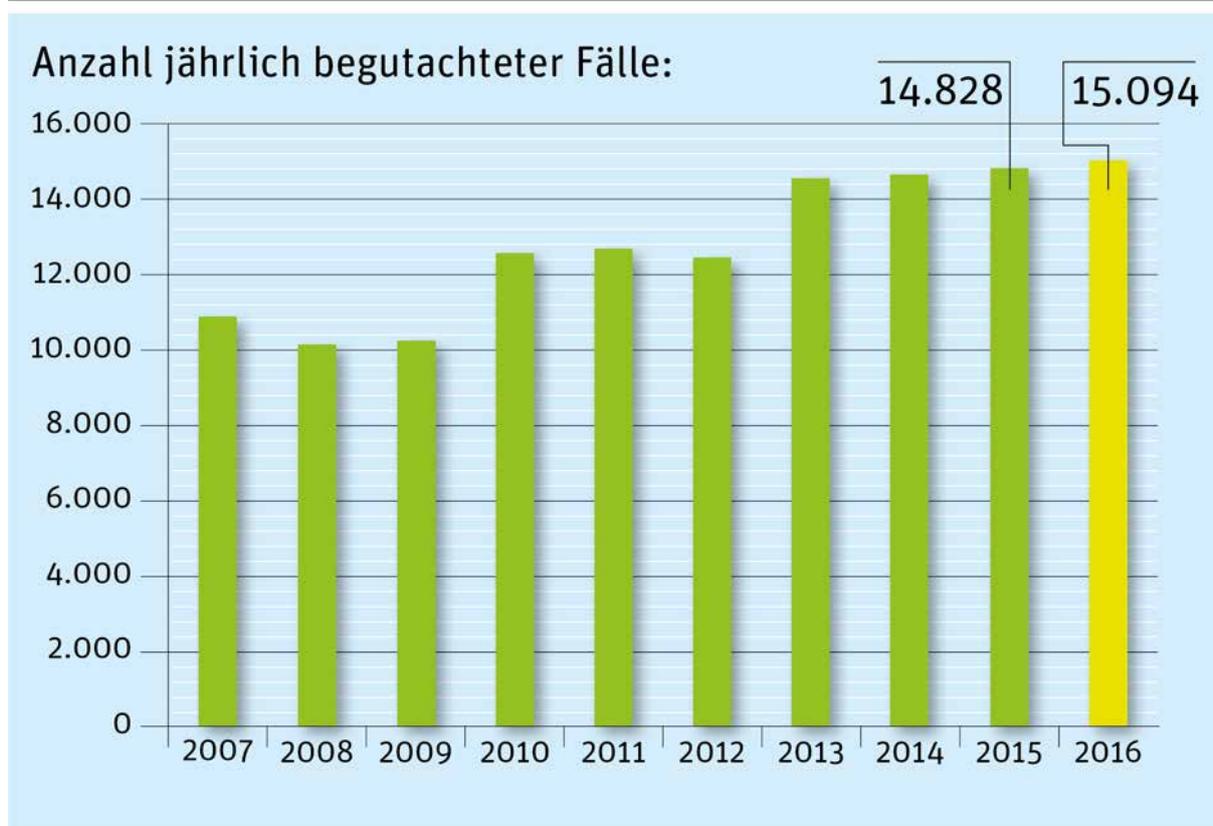


#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

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 und der vom Patienten erhobene Vorwurf kann 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 daraus entstanden ist.

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

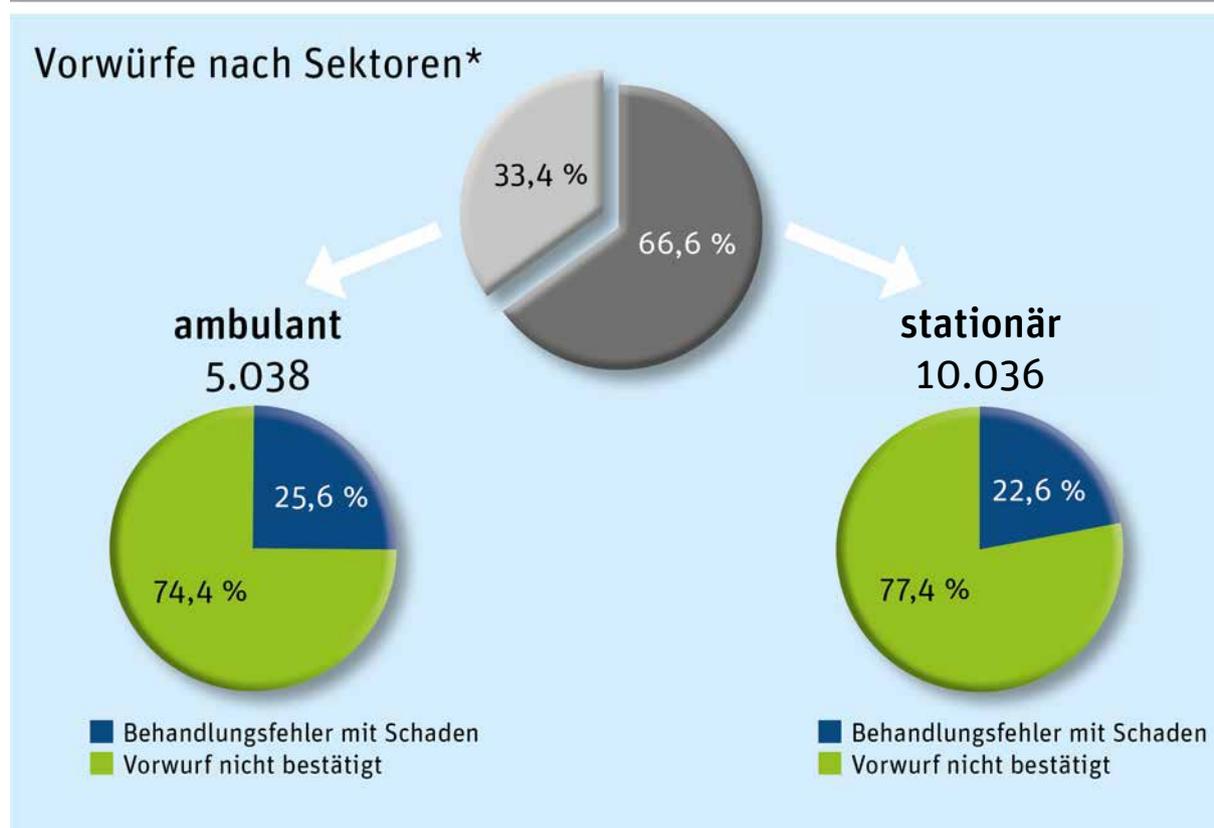


#### **Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:**

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 um 17 % angestiegen. In den darauf folgenden Jahren hat die Anzahl jeweils geringfügig zugenommen und liegt mittlerweile um 3,5 % über dem Niveau des Jahres 2013.

Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht ist folglich unvermindert vorhanden und seit Jahren steigend.

## 2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



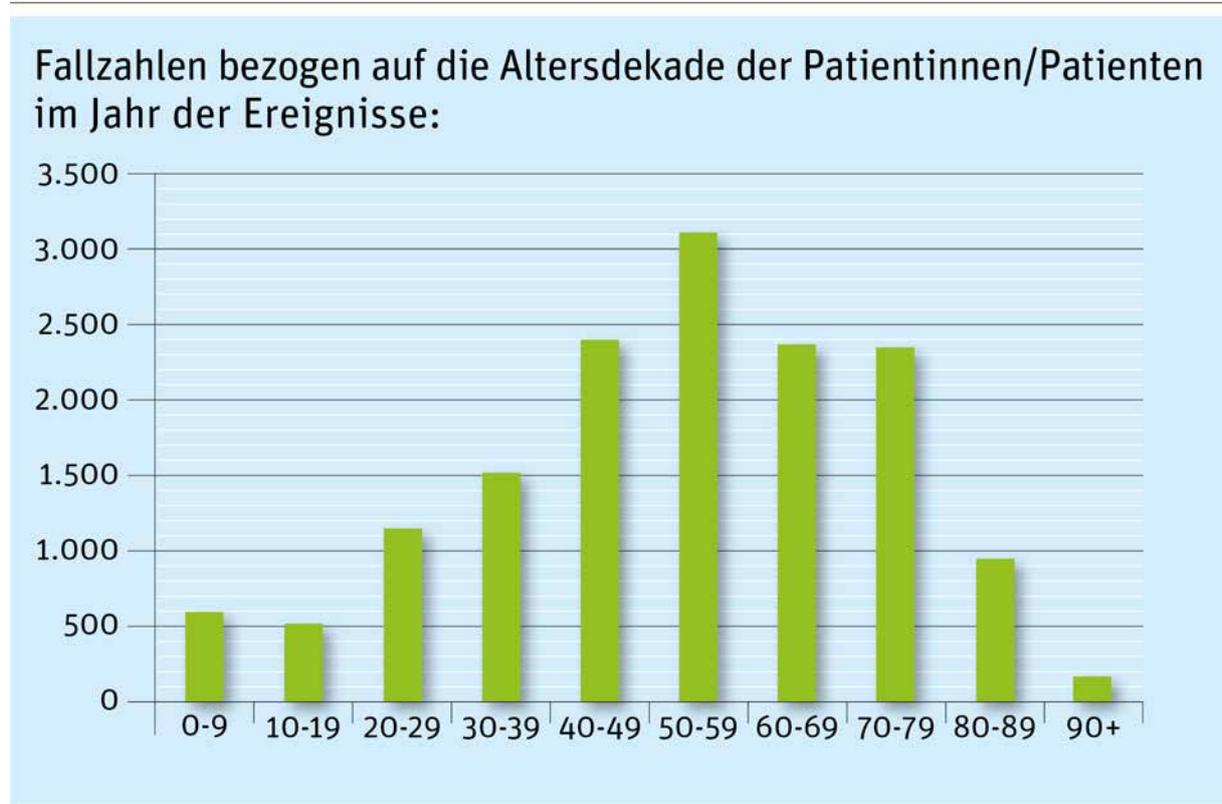
### Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

\*20 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Bei geringfügigen Detailschwankungen im Vergleich zu den Vorjahren werden nach wie vor 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.

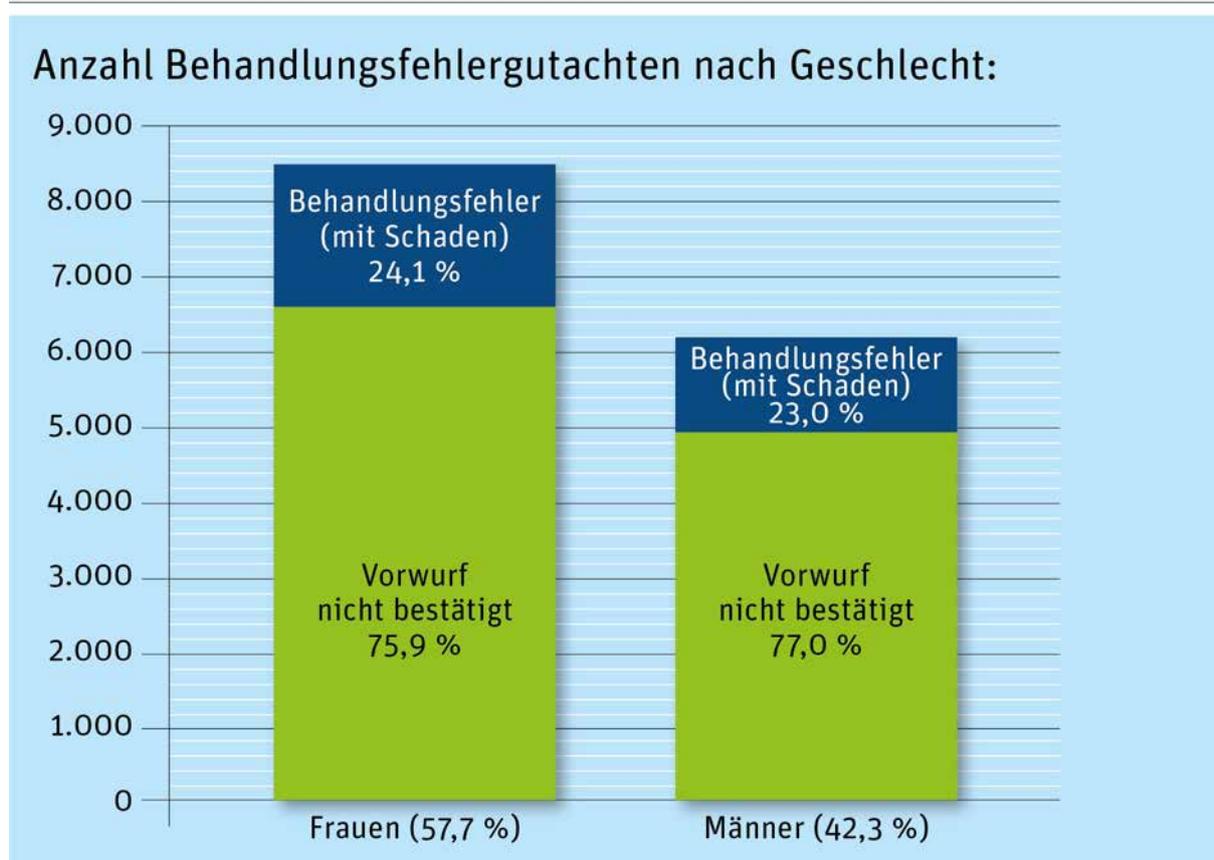
### 2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



**Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:**

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht weiterhin in etwa den Vorjahren 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:

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

Nur zu einem kleinen Teil ist der Unterschied bedingt durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, siehe Kapitel 2.2. Ohne dieses Fachgebiet ( $n = 13.984$  verbliebene Fälle) gehen dennoch 55,3 % der Vorwürfe von Frauen aus und die Quote bestätigter Vorwürfe ist sogar etwas höher als bei Männern. Es kann jedoch auf Basis dieser Daten nicht geschlussfolgert werden, dass bei Frauen insgesamt mehr Behandlungsfehler vorkommen.

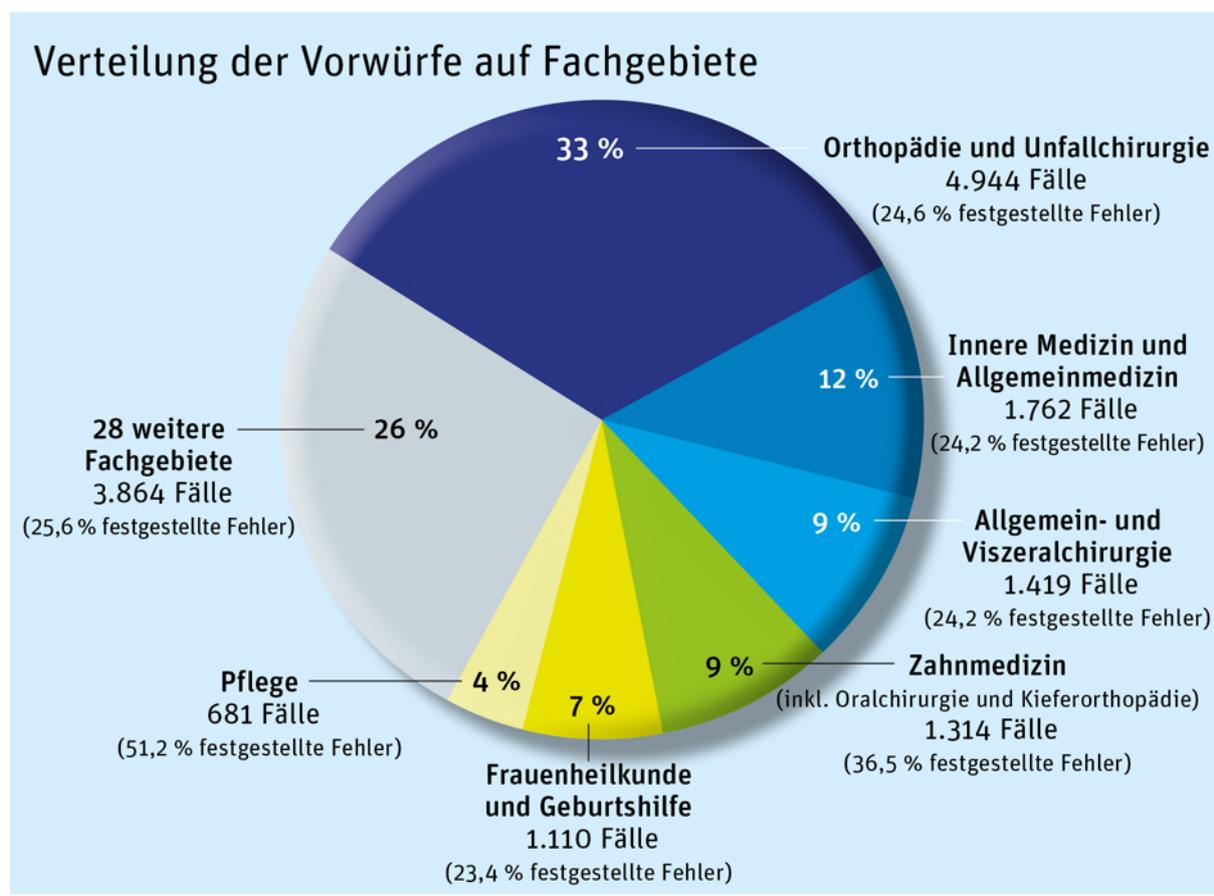
Verschiedene zusätzliche Einflussfaktoren könnten vorliegen, wie zum Teil in den Vorjahren erwähnt, unter anderem:

- Es bestehen 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 Behandlungsfehlervorwürfe über einen Zehnjahreszeitraum erhoben haben (vgl. Jahresstatistik 2015).
- In der aktuellen Gesundheitsberichterstattung<sup>2</sup> 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 gut 51 %.

<sup>2</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. „Gesundheit in Deutschland“. 2015. Zum Download verfügbar unter (zuletzt abgerufen 21.04.2017): <http://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	4.944	1.217	24,6 %
Allgemein- und Viszeralchirurgie	1.419	344	24,2 %
Zahnmedizin	1.121	422	37,6 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.110	260	23,4 %
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	765	168	22,0 %
Pflege	681	349	51,2 %
Neurochirurgie	578	138	23,9 %
Augenheilkunde	424	106	25,0 %
Urologie	390	107	27,4 %
HNO-Heilkunde	380	67	17,6 %
Gefäßchirurgie	329	94	28,6 %
Neurologie	288	64	22,2 %
Innere Medizin und Kardiologie	287	51	17,8 %
Allgemeinmedizin	259	86	33,2 %
Anästhesiologie	226	64	28,3 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Haut- und Geschlechtskrankheiten	134	41	30,6 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	133	31	23,3 %
Radiologie	129	62	48,1 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	123	33	26,8 %
Psychiatrie und Psychotherapie	112	23	20,5 %
Kieferorthopädie	108	32	29,6 %
Oralchirurgie	85	25	29,4 %
Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie	83	22	26,5 %
Kinderchirurgie	67	24	35,8 %
Thoraxchirurgie	55	8	14,5 %
Innere Medizin und Nephrologie	47	14	29,8 %
Innere Medizin und Pneumologie	44	15	34,1 %
Innere Medizin und Angiologie	33	8	24,2 %
Strahlentherapie	18	5	27,8 %
Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie	17	4	23,5 %
Innere Medizin und Rheumatologie	12	4	33,3 %
Pathologie	11	5	45,5 %
Nuklearmedizin	9	2	22,2 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	7	1	14,3 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	5	2	40,0 %
Hygiene und Umweltmedizin	4	1	25,0 %
Transfusionsmedizin	4	0	0,0 %
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	3	2	66,7 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2	0	0,0 %
Arbeitsmedizin	1	1	100,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	1	1	100,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	0	/
Humangenetik	0	0	/
Laboratoriumsmedizin	0	0	/
Neuropathologie	0	0	/
Klinische Pharmakologie	0	0	/
Sonstige	39	5	12,8 %

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.

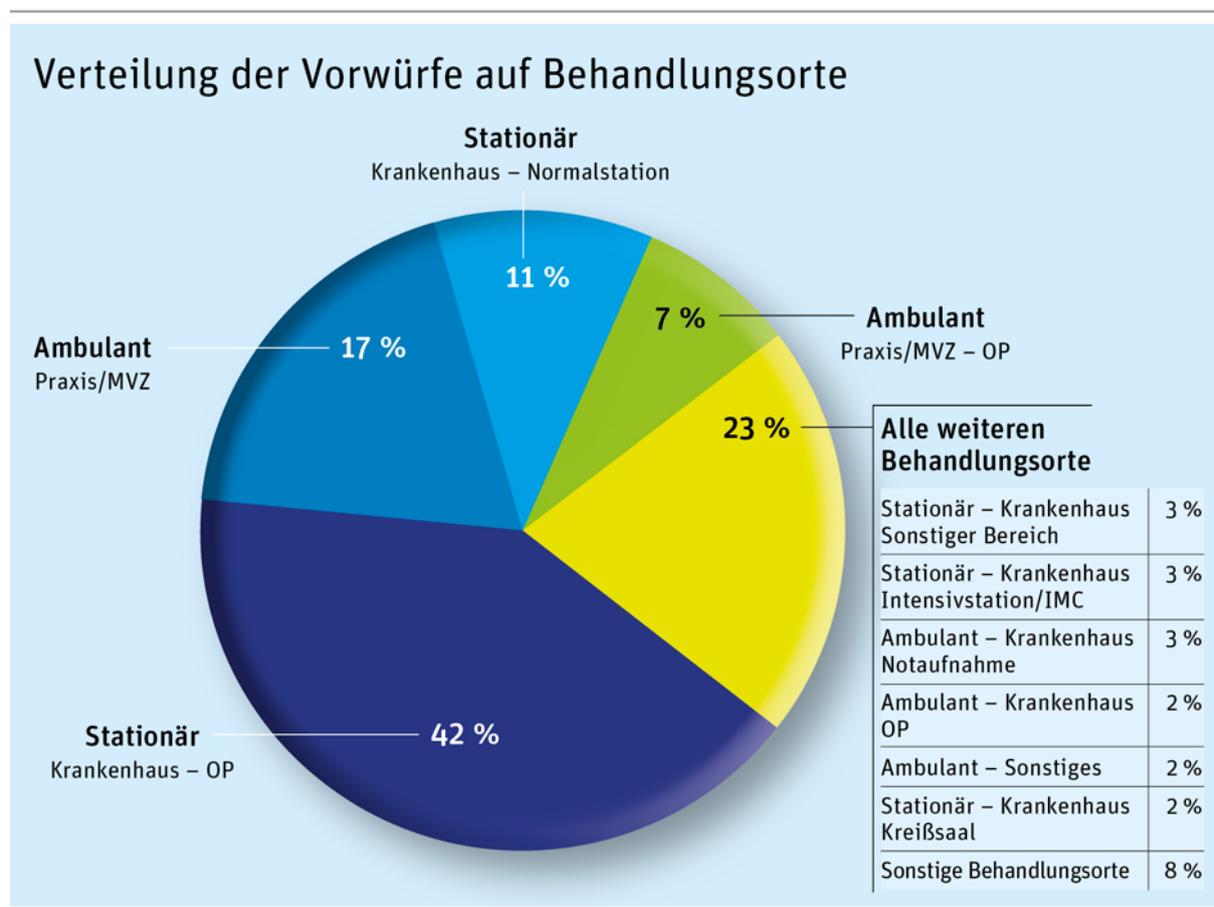
### **Ergänzungen/Kommentar zu 2.2:**

Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich erneut ähnlich auf die einzelnen Fachgebiete wie in den vergangenen Jahren. Einen Schwerpunkt bilden weiterhin die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind.

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 weiterhin 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
<b>Ambulant</b>	Praxis/MVZ – sonstiger Bereich	2.605	888	34,1 %
	Praxis/MVZ – OP	1.025	243	23,7 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	397	162	40,8 %
	Krankenhaus – OP	358	87	24,3 %
	Sonstiger Bereich	317	90	28,4 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	213	47	22,1 %
	Häusliche Pflege	45	13	28,9 %
	Hausbesuch	32	9	28,1 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	24	3	12,5 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	13	3	23,1 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	4	3	75,0 %
	Hausgeburt	3	2	66,7 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	2	2	100,0 %
	Geburtshaus	0	0	/
	<b>Stationär</b>	Krankenhaus – OP	6.319	1.317
Krankenhaus – Normalstation		1.683	561	33,3 %
Krankenhaus – sonstiger Bereich		515	122	23,7 %
Krankenhaus – Intensivstation/IMC		412	118	28,6 %
Pflegeheim		325	158	48,6 %
Krankenhaus – Kreißsaal		285	64	22,5 %
Krankenhaus – Notaufnahme		251	93	37,1 %
Rehaklinik		143	51	35,7 %
Sonstiger Bereich		51	16	31,4 %
Krankenhaus – Aufwachraum		48	10	20,8 %
Krankenhaus – Innerklinischer Transport		3	0	0,0 %
Geburtshaus	1	0	0,0 %	
<b>Rettungsdienst/Krankentransport</b>		20	10	50,0 %

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 im vergangenen Jahr. Der Großteil der Vorwürfe (n = 7.765; 51,4 %) und auch ein wesentlicher Teil aller festgestellten Fehler (n = 1.662; 40,8 %) stehen nicht nur

medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betrifft 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
<b>M17</b>	Kniegelenksverschleiß	593	114	19,2 %
<b>M16</b>	Hüftgelenksverschleiß	506	98	19,4 %
<b>K02</b>	Zahnkaries	427	149	34,9 %
<b>S72</b>	Bruch des Oberschenkels	360	102	28,3 %
<b>K04</b>	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	318	134	42,1 %
<b>S82</b>	Bruch des Unterschenkels	239	82	34,3 %
<b>L89</b>	Druckgeschwür (Dekubitus)	234	77	32,9 %
<b>S52</b>	Bruch des Unterarmes	226	69	30,6 %
<b>T84</b>	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	221	41	18,6 %
<b>S42</b>	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	215	63	29,3 %
<b>K08</b>	Sonstige Krankheiten der Zähne	209	71	34,0 %
<b>M51</b>	Sonstige Bandscheibenschäden	196	44	22,5 %
<b>M54</b>	Rückenschmerzen	195	78	40,0 %
<b>M20</b>	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	192	48	25,0 %
<b>M75</b>	Schulterläsion/-verletzung	178	27	15,2 %
<b>170</b>	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	174	40	23,0 %
<b>M48</b>	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	173	47	27,2 %
<b>K07</b>	Kieferorthopädische Erkrankungen	162	52	32,1 %
<b>H25</b>	Grauer Star	160	27	16,9 %
<b>M23</b>	Binnenschädigung des Kniegelenkes	153	25	16,3 %
<b>125</b>	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	150	27	18,0 %
<b>K80</b>	Gallensteine	139	39	28,1 %
<b>S83</b>	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	128	35	27,3 %
<b>S62</b>	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	119	35	29,4 %
<b>C50</b>	Brustkrebs	117	38	32,5 %
<b>K05</b>	Zahnfleischentzündung	115	41	35,7 %
<b>163</b>	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	113	33	29,2 %
<b>K40</b>	Leistenhernie	106	21	19,8 %
<b>K57</b>	Ausstülpungen der Darmwand (Divertikulose)	100	31	31,0 %
<b>K35</b>	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	99	35	35,4 %

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.

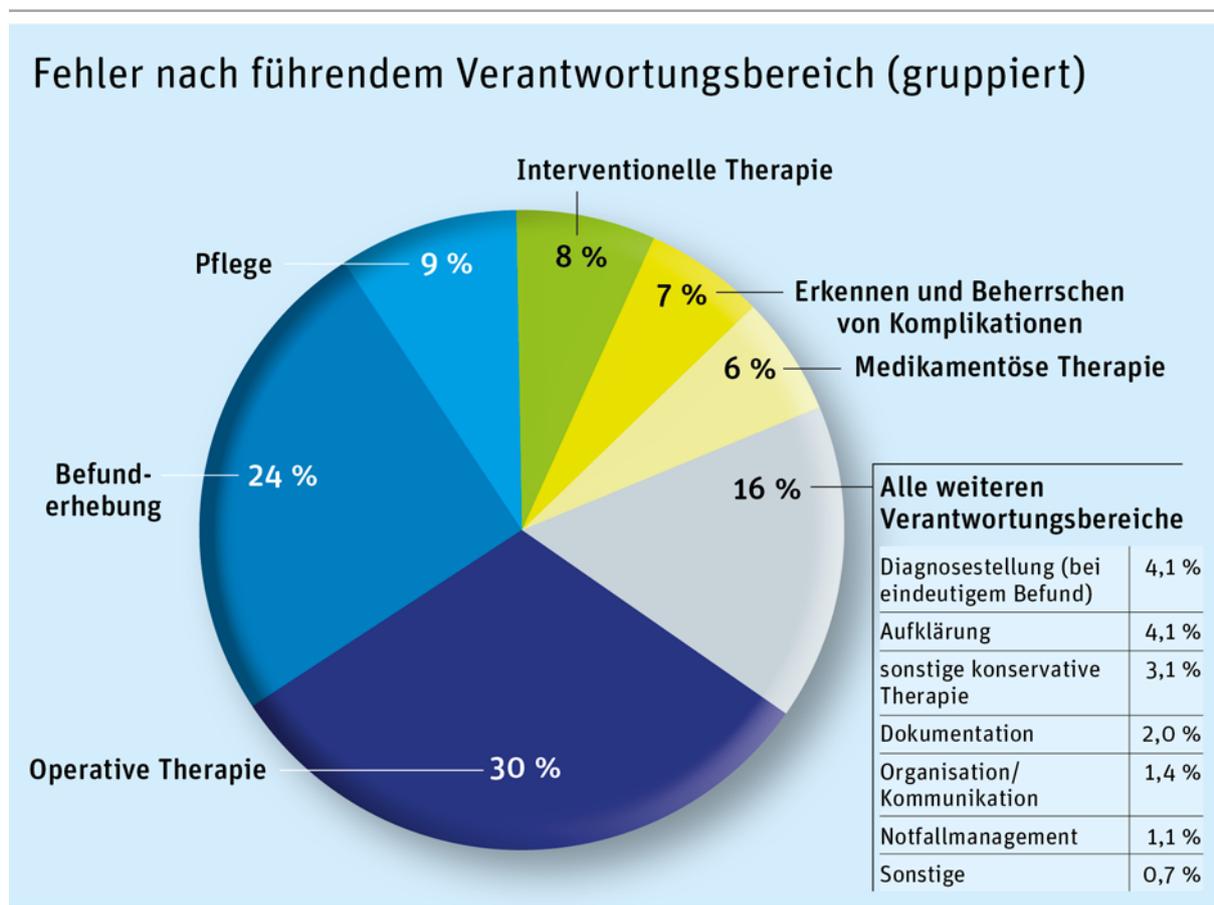
### Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

Hier dargestellt sind die „TOP 30“ gemessen an der Anzahl an Vorwürfen. Diese machen allerdings nur knapp 42 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 2,8 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.064 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

Diese Ergebnisse sind im Vergleich zum Vorjahr wenig verändert. Erneut 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 Fehleregeschehen 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
<b>Diagnose</b>	Befunderhebung	<b>2.658</b>	<b>994</b>	<b>37,4 %</b>
	davon			
	körperliche Untersuchung	813	318	39,1 %
	Bildgebung	772	373	48,3 %
	diagnostische Intervention	208	63	30,3 %
	Labor	134	67	50,0 %
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	<b>422</b>	<b>167</b>	<b>39,6 %</b>
<b>Aufklärung</b>		<b>304</b>	<b>167</b>	<b>54,9 %</b>
<b>Therapie</b>	Medikamentöse Therapie	<b>818</b>	<b>233</b>	<b>28,5 %</b>
	davon			
	Dosierung	150	49	32,7 %
	Applikation(sweg)	75	26	34,7 %
	bekannte Allergie	24	13	54,2 %
	Verwechslung	18	11	61,1 %
	Operative Therapie	<b>6.623</b>	<b>1.230</b>	<b>18,6 %</b>
	davon			
	OP-Technik	4.942	737	14,9 %
	Nachsorge	365	110	30,1 %
	Lagerung	130	44	33,8 %
	Intervention	<b>1.362</b>	<b>307</b>	<b>22,5 %</b>
	davon			
	Technik der Durchführung	769	134	17,4 %
	Nachsorge	96	31	32,3 %
	Lagerung	24	11	45,8 %
	sonstige konservative Therapie	<b>701</b>	<b>125</b>	<b>17,8 %</b>
<b>Erkennen und Beherrschen von Komplikationen</b>		<b>1.044</b>	<b>290</b>	<b>27,8 %</b>
<b>Notfallmanagement</b>		<b>143</b>	<b>43</b>	<b>30,1 %</b>
	davon			
	Notfallsituation zu spät erkannt	45	16	35,6 %
	Atemwegsmanagement/Beatmung	23	8	34,8 %
	zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt	26	9	34,6 %
	Reanimation	6	0	0,0 %
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	7	1	14,3 %
	mangelhafte Blutungskontrolle	3	2	66,7 %
<b>Pflege</b>		<b>691</b>	<b>347</b>	<b>50,2 %</b>
	davon			
	Planung	136	109	66,9 %
	Durchführung	528	238	45,1 %
<b>Organisation/Kommunikation</b>		<b>104</b>	<b>60</b>	<b>57,7 %</b>
	davon			
	Schnittstellenmanagement	32	23	71,9 %
	Entlassungsmanagement	14	5	35,7 %
<b>Dokumentation</b>		<b>103</b>	<b>82</b>	<b>79,6 %</b>
<b>Hygiene</b>		<b>45</b>	<b>4</b>	<b>8,9 %</b>
<b>Medizinprodukte*</b>		<b>76</b>	<b>23</b>	<b>30,3 %</b>

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 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

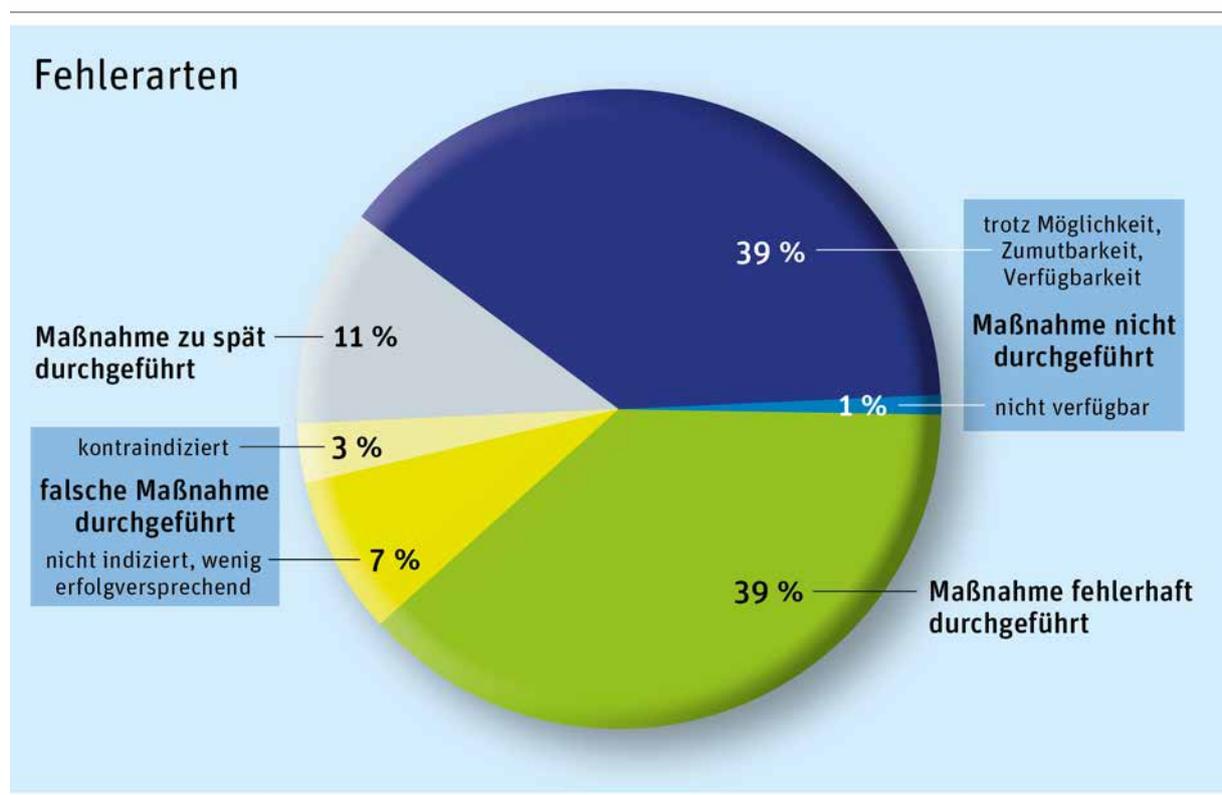
OPS	Bezeichnung	fest- gestellte Fehler
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	141
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	115
5-233	Zahnersatz	93
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	88
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	66
5-230	Zahnentfernung	64
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	47
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	47
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	42
5-839	Anderer* Operationen an der Wirbelsäule (*andernorts nicht aufgeführt)	41
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	35
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	35
5-781	Gezielte Operative Durchtrennung eines Knochens (Osteotomie, auch Korrektur-)	35
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	33
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	33
5-683	Entfernung der Gebärmutter	33
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	33
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	32
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	30
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	29
8-020	Therapeutische Injektion	28
5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	27
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	27
5-786	Operative Knochenverbindungen (Osteosynthese) an anderen Knochen (Zusatzcode)	26
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	26
5-740	Kaiserschnittentbindung (Sectio Caesarea)	24
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	22
5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	21

#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.507 Fällen (29,9 %) 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 1.393 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 häufiger als 20-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.273 Fälle von allen Fehlern aus. Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 20 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 503 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.

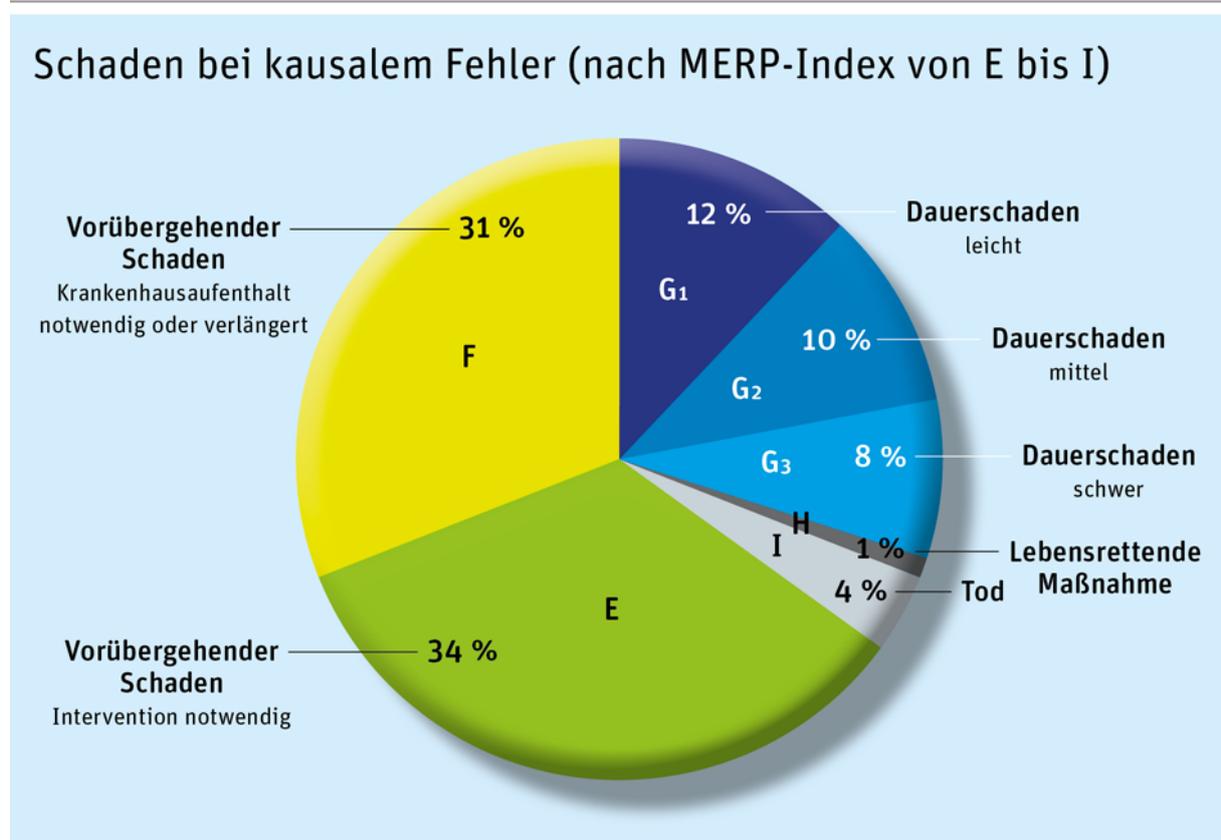


Die Daten sind bezogen auf alle 4.072 festgestellten Fehler.

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (40 %) oder fehlerhaft (39 %) durchgeführt wurde. Die Indikationsqualität, also die Frage danach, ob eine Operation oder medizinische Maßnahme überhaupt erforderlich oder die primär angezeigt 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 nahezu identisch ab wie in den Vorjahren.

## 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
<b>Vorübergehender Schaden (MERP E, F)</b>	mit Interventionsnotwendigkeit (E)	1.183	1.010	85,2 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.073	902	84,1 %
<b>Dauerschaden (MERP G)</b>	leicht (G <sub>1</sub> )	416	351	84,4 %
	mittel (G <sub>2</sub> )	392	303	77,3 %
	schwer (G <sub>3</sub> )	280	225	80,4 %
<b>lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)</b>		36	28	77,8 %
<b>Schaden mit Todesfolge (MERP I)</b>		170	119	70,0 %
<b>gesamt*</b>		<b>3.553</b>	<b>2.938</b>	<b>82,7 %</b>

#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

\*fehlende Angaben zur Schadensschwere bei Fehler mit Schaden (n = 11) und kausalen Fehlern (n = 10)

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreit-

tete 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.

Auch bei den Gesundheitsschäden sind im Vergleich zum Vorjahr zahlenmäßig nur kleine Änderungen erkennbar.

Der Großteil (77 %) der kausalen Behandlungsfehler hat zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In knapp 83 % aller festgestellten Fehler mit Schaden liegt eine Kausalität vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadensfolgen. Bei verstorbenen Patienten, bei deren Versorgung ein Fehler festgestellt werden konnte, war dieser im Verhältnis etwas seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (70 %). In 36 dieser 170 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 15 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	100
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	37
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	9
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	8
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	6
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	5
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	5
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	4
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	4
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten (Verwechslung!)	3
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	3
Tod oder schwerer Schaden durch Suizid/-versuch eines Patienten in stationärer Einrichtung	3
Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde vor Nutzung nicht bemerkt	1
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	1
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	1
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Mangel bei einer Bluttransfusion (NHS: Fehltransfusion ABO-inkompatibel)	1
Maternaler Tod oder schwerer Schaden im Geburtsverlauf in einer Versorgungseinrichtung ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	1
Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit med. Versorgung (v.a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser)	1
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit metallischen Materialien während einer MRT/Kernspin-Untersuchung	1
<b>gesamt</b>	<b>207</b>

### 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 2016 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 folgeschwer sind und andererseits als vermeidbar gelten durch bekannte Maßnahmen der Patientensicherheit (z.B. Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen). Never Events sind seltene Einzelergebnisse, 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 werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen. Dennoch entfallen knapp 7 % (207/2.948) der gutachterlich als kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden gesehenen Fehler auf die Never Events. Trotz Schwankungen zu Anzahl und Verteilung der einzelnen Ereignisse zeigt die Gesamtanzahl auch in 2016, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

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

### 3 FAZIT

Die vorliegende Jahresstatistik bietet Transparenz über die Art und Anzahl der Fälle mit Behandlungsfehlervorwürfen, in denen bei den Medizinischen Diensten eine Begutachtung durch die gesetzlichen Krankenkassen beauftragt wurde. Im sechsten Jahr hintereinander berichtet die MDK-Gemeinschaft über diese Gutachten, zum dritten Mal ist ein erweiterter Datensatz die Grundlage der Darstellung. So werden auch zeitliche Entwicklungen und Konstanten in der Behandlungsfehlerbegutachtung erkennbar.

Die Ergebnisse zeigen, wie notwendig und sogar zunehmend bedeutsam diese medizinische Aufarbeitung zur Unterstützung der Versicherten ist – auch und gerade, weil bei einem größeren Teil der Vorwürfe damit unabhängig und nachvollziehbar festgestellt wird, dass im konkreten Fall eine Komplikation eingetreten ist und der erlittene Schaden nicht vorwerfbar und fehlerbedingt, sondern unvermeidbar war.

Die Ergebnisse lassen insgesamt nur geringfügige Veränderungen im unmittelbaren Vergleich zum Vorjahr erkennen: Die Anzahl der Gutachten ist nochmals leicht angestiegen, wobei etwas weniger Fehler gutachterlich festgestellt wurden. Die geringere Anzahl festgestellter und kausaler Fehler zieht sich jedoch durch Fachgebiete, Behandlungsorte und -anlässe sowie Verantwortungsbereiche hindurch und betrifft Fälle mit geringer Schadensschwere genauso wie solche mit schwerwiegenden Folgen. Die meisten Veränderungen liegen im einstelligen Prozentbereich und sollten, genauso wie die Daten insgesamt, nur mit großer Zurückhaltung interpretiert werden. Ein gewisser Fokus im Bereich der operativ tätigen Fachgebiete mit tendenziell einfacher erkennbaren Fehlern und Schadenfolgen besteht weiterhin.

Diese Jahresstatistik ist im wissenschaftlichen Sinne keine „Behandlungsfehlerstatistik“, wie sie gelegentlich im Sprachgebrauch genannt wird. Der Begriff „Behandlungsfehlerstatistik“ würde suggerieren, dass es das primäre Ziel der Datenerhebung ist, die Anzahl oder die Häufigkeit von Behandlungsfehlern insgesamt zu erfassen. Das ist jedoch in Deutschland nicht umgesetzt. Eine umfängliche oder zumindest repräsentative Erfassung der tatsächlich stattfindenden oder der anerkannten Behandlungsfehler existiert nach wie vor leider nicht. Viele begutachtete und entschädigte Fälle werden weder der Öffentlichkeit noch den Krankenkassen oder Medizinischen Diensten überhaupt bekannt. Die vorliegende Jahresstatistik ist entsprechend „nur“ eine Begutachtungstatistik, die zahlreichen Einflüssen unterliegt. Nur ein Einflussfaktor ist dabei der allgemeine Stand der Patientensicherheit bzw. die tatsächliche Fehlerhäufigkeit. Dennoch werden von keiner Institution umfangreichere Daten über Behandlungsfehler vorgelegt. Etwa in jedem fünften begutachteten Vorwurf ist ein erlittener Schaden auch ursächlich auf ein Abweichen vom medizinischen Standard zurückzuführen. Vielfach wünschen sich die Betroffenen dann vor allem, dass aus dem Fehler umfassend gelernt wird. Damit hätte ihr eigenes Leiden zumindest einen besonderen Sinn erhalten, indem Schäden in ähnlichen Fällen künftig sicher vermieden werden.

Es kann aber flächendeckend nur aus den Fehlern gelernt werden, die auch tatsächlich bekannt werden und aus denen gerade bei besonderer Relevanz, z. B. aufgrund großer Gefährdung oder Häufigkeit, auch entsprechende Prioritäten für die Fehlervermeidung abgeleitet werden. Die Medizinischen Dienste werden im Sinne der Patientensicherheit weiterhin darauf hinweisen, dass Daten über die Art, Anzahl und zeitliche Entwicklung von Behandlungsfehlern umfassender und systematischer erhoben und transparent gemacht werden sollten. Damit würden sowohl kurzfristige als auch beständige Erfolge in der Fehlervermeidung valide sichtbar, die es in der medizinischen Versorgung in Deutschland sicher genauso gibt, wie weiter bestehendes Verbesserungspotential.