

Behandlungsfehlerbegutachtung 2023: Meldepflicht für Never Events einführen

12.438 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2023 bundesweit erstellt. In jedem 4. Fall stellten die Gutachter einen Behandlungsfehler fest, durch den Patientinnen und Patienten zu Schaden gekommen sind. In jedem 5. Fall war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung hervor, die der Medizinische Dienst heute in Berlin veröffentlicht hat. Es handelt sich dabei grundsätzlich um vermeidbare Schadensfälle. In 151 Fällen lagen zudem so genannte Never Events vor, also Ereignisse, die durch Präventionsmaßnahmen sicher verhindert werden könnten. Darunter fallen folgenschwere Fehler wie Patienten-, Seiten- oder Medikamentenverwechslungen. „Um solche Ereignisse zu verhindern, brauchen wir eine Meldepflicht“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund.

Im vergangenen Jahr hat der Medizinische Dienst bundesweit 12.438 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In jedem 4. Fall (3.160 Fälle) wurde ein Fehler mit Schaden bestätigt. In jedem 5. Fall (2.679 Fälle) war der Fehler Ursache für den erlittenen Schaden – nur dann haben Patientinnen und Patienten Aussicht auf Schadensersatz. Die Zahl der Gutachten liegt geringfügig unter dem Niveau der Vorjahre. „Unsere Begutachtungszahlen zeigen nur einen sehr kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Geschehens“, erläutert Dr. Gronemeyer. „Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt: Fachleute gehen davon aus, dass es in etwa einem Prozent aller stationären Behandlungen zu Fehlern und vermeidbaren Schäden kommt. Demnach sind jedes Jahr 168.000 Patientinnen und Patienten davon betroffen. Die Experten gehen von ca. 17.000 fehlerbedingten, vermeidbaren Todesfällen aus.“

Medikamenten- und Seitenverwechslungen, vergessenes OP-Material im Patienten

In der Jahresstatistik 2023 wurden 151 Fälle (2022: 165) als sogenannte Never Events eingestuft, also Schadensereignisse, die eigentlich nie passieren dürften. Dazu gehören schwerwiegende Medikationsfehler, unbeabsichtigt zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen oder Verwechslungen von Patientinnen und Patienten, die zu schweren Schäden führen können. So wurde zum Beispiel bei einer 39-Jährigen, die wegen einer Zyste operiert werden sollte, versehentlich eine Sterilisation durchgeführt.

Patientensicherheit verbessern – Meldepflicht für Never Events notwendig

„Wenn solche Fehler passieren, dann bestehen Risiken im Versorgungsprozess, denen systematisch nachgegangen werden muss, um sie in Zukunft zu vermeiden und Schaden an

Patienten zu verhindern“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. „Dafür brauchen wir eine Meldepflicht für Never Events.“ Never Events sind für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen besonders wichtig und werden daher in vielen anderen Ländern bereits für die Prävention erfolgreich genutzt. In Deutschland steht eine Umsetzung nach wie vor aus. Hier ist nach wie vor die Politik gefordert, international anerkannte Konzepte zur systematischen Fehlervermeidung auch für Patientinnen und Patienten in Deutschland umzusetzen. Die Meldung von Never Events dient ausschließlich der Verbesserung der Patientensicherheit. Sie muss für die medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, die solche Ereignisse an eine Vertrauensstelle melden, sanktionsfrei und pseudonymisiert erfolgen.

Fehlervorwürfe in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

In der aktuellen Jahresstatistik bezogen sich zwei Drittel aller erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe auf Leistungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (8.177 Fälle). Ein Drittel bezog sich auf den ambulanten Bereich (4.233 Fälle). „Die meisten Vorwürfe beziehen sich auf operative Eingriffe. Da diese häufig im Krankenhaus erfolgen, werden sie dem stationären Sektor zugeordnet“, erläutert Dr. Christine Adolph, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Leitende Ärztin des Medizinischen Dienstes Bayern.

29,5 Prozent der Vorwürfe (3.665 Fälle) betrafen die Orthopädie und Unfallchirurgie; 11,5 Prozent die Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.426 Fälle); 9,3 Prozent die Zahnmedizin (1.156 Fälle) und jeweils 9 Prozent die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.119 Fälle) sowie die Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.118 Fälle). 5,8 Prozent der Vorwürfe bezogen sich auf Pflege (726 Fälle). 26 Prozent der Vorwürfe entfielen auf 29 weitere Fachgebiete (3.228 Fälle). In der Jahresstatistik 2023 sind 12.438 Verdachtsfälle zu insgesamt 994 verschiedenen Diagnosen erfasst. Die Vorwürfe betreffen fehlerhafte Behandlungen bei Hüft- und Kniegelenksverschleiß, Knochenbrüchen, Zahnwurzelbehandlungen, Druckgeschwüren und vieles andere mehr.

Die Zahlen der Jahresstatistik sind nicht repräsentativ – sie zeigen lediglich die Begutachtungszahlen und -ergebnisse des Medizinischen Dienstes. „Eine Häufung von Vorwürfen in einem Fachgebiet sagt nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus“, erklärt Adolph. „Dies zeigt vielmehr, dass Patientinnen und Patienten reagieren, wenn eine Behandlung nicht ihren Erwartungen entspricht.“ Fehler bei chirurgischen Eingriffen sind für Patienten in der Regel leichter zu erkennen als zum Beispiel Medikationsfehler, weshalb auch eher Fehler bei Operationen vorgeworfen werden als bei anderen Behandlungen.

Zwei Drittel der kausalen Schäden sind vorübergehend – ein knappes Drittel dauerhaft

Bei knapp zwei Drittel (65,5 Prozent) der begutachteten Fälle waren die Gesundheitsschäden der Patientinnen und Patienten vorübergehend – eine Intervention oder ein Krankenhausaufenthalt waren notwendig. Die Patienten sind jedoch vollständig genesen. Bei einem knappen Drittel der Betroffenen (29,7 Prozent) wurde ein Dauerschaden verursacht. Wie international üblich, unterscheiden die Medizinischen Dienste zwischen leichten, mittleren

und schweren Schäden. Ein leichter Dauerschaden kann eine geringe Bewegungseinschränkung oder eine Narbe sein. Ein mittlerer Dauerschaden kann eine chronische Schmerzsymptomatik, eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder die Störung einer Organfunktion sein. Ein schwerer Dauerschaden liegt vor, wenn Geschädigte pflegebedürftig geworden sind oder sie aufgrund eines Fehlers erblinden oder dauerhafte Lähmungen erleiden. In 2,8 Prozent der vom Medizinischen Dienst begutachteten Fälle (75 Fälle) hat ein Fehler zum Tod geführt.

Hintergrund

Wenn Patientinnen und Patienten einen Verdacht auf einen Behandlungsfehler haben, dann können sie sich an ihre Krankenkasse wenden. Diese kann dann den Medizinischen Dienst beauftragen, ein Sachverständigengutachten zu erstellen. Die Gutachterinnen und Gutachter gehen dabei der Frage nach, ob die Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard und mit aller Sorgfalt abgelaufen ist. Liegt ein Behandlungsfehler vor, wird geprüft, ob der Schaden, den der Versicherte erlitten hat, durch den Fehler verursacht worden ist. Nur dann bestehen Schadensersatzansprüche. Auf der Basis des Sachverständigengutachtens können die Betroffenen entscheiden, welche weiteren Schritte sie unternehmen wollen. Den Versicherten entstehen durch die Begutachtung keine Kosten.

Pressekontakt:

Michaela Gehms, Pressesprecherin Medizinischer Dienst Bund

Mobil: +49 172 3678007

Email: michaela.gehms@md-bund.de

Der **Medizinische Dienst Bund** ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts, Träger sind die Medizinischen Dienste in den Ländern. Der Medizinische Dienst Bund koordiniert die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste und erlässt Richtlinien für ihre Tätigkeit. Zudem berät er die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene z.B. in den Gremien der Selbstverwaltung wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die **Medizinischen Dienste in den Ländern** begutachten Versicherte im Auftrag der Krankenkassen zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und zu Behandlungsfehlervorwürfen. Die Medizinischen Dienste führen zudem Qualitäts- und Strukturprüfungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern durch.

Pressekonferenz

Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2023 zur Behandlungsfehlerbegutachtung vor

**Statement Dr. Stefan Gronemeyer,
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund**

– Es gilt das gesprochene Wort –

Berlin, 22. August 2024

Anrede,

das Gesundheitssystem und die Pflege in Deutschland haben viele Probleme. Eines der für die betroffenen Patientinnen und Patienten gravierendsten Probleme ist die Qualität der Versorgung. Im Bereich der Krankenhausversorgung hat die Politik jetzt reagiert und eine große Krankenhausreform gestartet. Zu begrüßen ist, dass schwierige Eingriffe und Behandlungen künftig nur noch dort durchgeführt werden sollen, wo auch die notwendige medizinische und pflegerische Kompetenz und Erfahrung nachweislich vorhanden sind.

Hohe Qualität bedeutet aber nicht nur hohe medizinische Kompetenz und Erfahrung. Ein wesentlicher Bestandteil von Qualität ist auch die Sicherheit des Behandlungsablaufs und der Organisation. Leider setzt die Krankenhausreform in diesem Sinne bisher keine klaren Impulse für mehr Patientensicherheit. Im Ausland längst übliche Verfahren zur Fehlervermeidung fehlen bei der Reform.

Im engeren Sinn bedeutet „Patientensicherheit“, sogenannte „vermeidbare unerwünschte Ereignisse“ in der Versorgung zu verhindern. Die Erfassung und Analyse der Ursachen solcher Ereignisse sind von zentraler Bedeutung, um die Fehlervermeidung voranzubringen. Denn nur dann, wenn man weiß, warum welche Fehler passieren, kann man daraus systematisch Präventionsmaßnahmen ableiten. Davon sind wir aber nach wie vor in Deutschland weit entfernt.

Die Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht hohe Sicherheitsstandards, wenn sie sich in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus behandeln lassen. Schäden durch eine Behandlung sind so weit als möglich zu verhindern. Das ist in der Regel auch der Fall. Denn keine Ärztin und kein Arzt will Patienten schaden. Trotzdem wissen wir alle, dass Fehler überall passieren – so auch in der Medizin.

Patienten, die vermuten, dass anhaltende Beschwerden – wie ein schlecht verheilender Bruch oder Probleme nach einer Gelenkoperation – auf eine fehlerhafte Versorgung zurückgehen, haben es in der Regel sehr schwer, dies zu nachzuweisen. Das ist aber Voraussetzung für Schadensersatzsprüche.

Die Sachverständigengutachten des Medizinischen Dienstes helfen den Betroffenen: Zum einen gewinnen sie Klarheit über das Geschehene und wissen dann, ob ein Fehler oder eine Komplikation Ursache für den erlittenen Schaden war. Zum anderen unterstützt das Gutachten die Betroffenen dabei, ihre Schadenersatzansprüche geltend zu machen.

Im vergangenen Jahr hat der Medizinische Dienst knapp 12.500 Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Die bundesweite Jahresstatistik zu den Behandlungsfehleregutachten veröffentlichen wir zum 13. Mal.

Jeder 4. Verdacht wird bestätigt – hohe Dunkelziffer bei Behandlungsfehlern

Der Anteil der bestätigten Fehler in unseren Gutachten bewegt sich auf unverändertem Niveau: In ungefähr jedem 4. Fall bestätigen die Gutachterinnen und Gutachter, dass ein Fehler mit Schaden vorlag. In jedem 5. Fall war der Fehler auch Ursache für den Schaden. Nur dann, wenn die Kausalität bestätigt wird, besteht Aussicht auf Schadenersatz.

Die Fallzahlen suggerieren vielleicht, dass es sich um ein Randproblem handelt. Dem ist aber nicht so. Aus wissenschaftlichen Studien, die zum Beispiel im Auftrag des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gemacht wurden, wissen wir, dass es in etwa einem Prozent aller stationären Behandlungen zu Fehlern und vermeidbaren Schäden kommt. Das bedeutet, dass jedes Jahr 168.000 Patientinnen und Patienten von einem Behandlungsfehler betroffen sind. Fachleute gehen deshalb davon aus, dass es jedes Jahr ca. 17.000 fehlerbedingte, vermeidbare Todesfälle in unseren Krankenhäusern gibt.

Und nur etwa 3 Prozent aller Schadensfälle werden nachverfolgt. Fakt ist: Die Dunkelziffer unentdeckter Behandlungsfehler liegt deutlich über dem, was wir in unseren Begutachtungszahlen sehen. Wir sehen nur die Spitze des Eisbergs. Das ist seit langem bekannt und durch epidemiologische Studien belegt.

Trotzdem fehlen nennenswerte Fortschritte bei der Verbesserung der Sicherheitskultur in Medizin und Pflege. Punktuell gibt es zwar immer wieder gute Initiativen mit viel Engagement, um dies zu verändern. Dafür stehen zum Beispiel das Aktionsbündnis Patientensicherheit oder regionale Projekte in einzelnen Kliniken.

Es fehlt aber an einer systematischen Strategie für eine bessere Fehlervermeidung. In Sachen Patientensicherheit könnte Deutschland viel besser dastehen, wie es viele Beispiele im Ausland zeigen. Obwohl es nicht an Konzepten und Vorbildern mangelt, ist die Politik bisher leider weitgehend untätig geblieben, wenn es darum geht, die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für einen besseren Schutz der Patientinnen und Patienten zu

schaffen. Von dieser Kritik möchte ich ausdrücklich den derzeitigen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, den Bundestagsabgeordneten Stefan Schwartze ausnehmen. Er setzt sich politisch sehr engagiert für Verbesserungen der Patientensicherheit und die Einführung einer sogenannten „Never Event-Strategie“ ein.

Meldepflicht für Never Events einführen und Fehlerprävention voranbringen

Ein hohes Maß an Patientensicherheit ist eine zentrale Voraussetzung für eine hochwertige Versorgungsqualität. Medizinische Einrichtungen gehören zum Hochrisikobereich – deshalb sollte es wie in anderen sensiblen Bereichen entsprechend strenge Sicherheitsvorkehrungen geben.

Anrede,

ein wichtiger Schritt, um die Patientensicherheit voranzubringen, ist das gezielte Verhindern von sogenannten „Never Events“. Never Events sind besonders schwerwiegende Schadensereignisse. Dazu gehören zum Beispiel Patienten- und Seitenverwechslungen, vergessenes OP-Material im Körper und folgenschwere Medikationsfehler. Solche Fehler tauchen in unserer Statistik jedes Jahr auf und ihre Analyse sollte für Präventionsmaßnahmen genutzt werden, sodass möglichst wenige Patientinnen und Patienten zu Schaden kommen.

Wie ein Meldesystem für Never Events aussehen könnte, darauf gehe ich nach dem Beitrag von Frau Dr. Adolph ein. Frau Dr. Adolph wird Ihnen zunächst die Begutachtungszahlen 2023 vorstellen.

Anrede,

sieht man sich unsere Begutachtungsstatistik an, dann fällt auf, dass wir Jahr für Jahr die gleichen, häufig schwerwiegenden, vermeidbaren Schadensereignisse finden: Falschanwendungen von Medikamenten und Verwechslungen, zurückgelassene Fremdkörper und so weiter, die letztlich massive Folgen für die Patientinnen und Patienten haben.

Solche Never Events sind seltene Ereignisse. Sie spielen jedoch eine bedeutende Rolle in der Sicherheitskultur. Denn wenn solche Fehler passieren, dann weist das in der Regel nicht auf das Versagen Einzelner hin. Diese Ereignisse zeigen: Es gibt Risiken im Versorgungsprozess. Die Sicherheitsmaßnahmen vor Ort sind unzureichend. Deshalb sind diese Ereignisse für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen von zentraler Bedeutung.

Chance für die Patientensicherheit bei gesundheitspolitischen Reformen nutzen

Aber ein verbindlicher Schritt und ein systematischer Ansatz zur Verbesserung der Patientensicherheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens stehen nach wie vor aus. Die Einführung einer bundesweiten Meldepflicht für eine klar definierte Liste von Never Events ist ein wichtiger Baustein zu diesem Ziel.

In vielen Ländern werden bereits verpflichtende Meldesysteme für Never Events erfolgreich genutzt. Sie tragen dazu bei, Fehlerquellen systematisch aufzuspüren, Präventionsmaßnahmen zu ergreifen und ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Die Einführung eines Systems zur Meldung von Never Events ist auch im Globalen Aktionsplan der WHO als Ziel verankert. Demnach sollen 90 Prozent der Länder bis spätestens 2030 ein Meldesystem für Never Events einführen.

Aus Patientensicht ist es absolut nicht hinnehmbar, dass die Politik so gut wie keine konkreten Bestrebungen zeigt, dieses wichtige Ziel in Deutschland umzusetzen. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Ärztinnen und Ärzte müssen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen können, in der die Sicherheit an erster Stelle steht. Das sollte auch in Deutschland selbstverständlich sein.

Never Events sanktionsfrei und pseudonymisiert melden

Voraussetzung für den Erfolg eines verpflichtenden Meldesystems ist, dass die Never Events pseudonymisiert und sanktionsfrei gemeldet werden können. Nicht die Frage, wer was getan hat, sondern die Frage, warum und wie etwas passiert ist, ist für die Prävention von Bedeutung.

Die Meldungen müssen für das Ziel der Prävention völlig losgelöst von haftungsrechtlichen Fragen erfolgen. Sie dürfen ausschließlich der Verbesserung der Patientensicherheit dienen. Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Idee eines solchen Meldesystems auch vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung unterstützt wird.

Die gesundheitspolitischen Reformprojekte bieten die Chance, die Meldepflicht für Never Events einzuführen. Das wäre aus unserer Sicht eine entscheidende Maßnahme, um die Reformen im Sinne der „Versorgungsqualität“ und der „Patientensicherheit“ zu ergänzen und weiter voranzubringen.

Pressekonferenz

Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2023 zur Behandlungsfehlerbegutachtung vor

**Statement Dr. Christine Adolph,
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Leitende Ärztin
Medizinischer Dienst Bayern**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Berlin, 22. August 2024

Anrede,

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard. Die Behandlung muss angemessen, sorgfältig, richtig und zeitgerecht sein. Ist das nicht der Fall, sprechen Mediziner und Juristen von einem Behandlungsfehler. Betroffene haben Anspruch auf Schadensersatz, wenn der Fehler ursächlich für einen erlittenen Schaden ist. Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, dies in Sachverständigengutachten zu klären.

Ein Beispiel: Eine Patientin bricht sich den Arm. Sie kommt ins Krankenhaus und wird operiert. Der Bruch wird jedoch nur unzureichend mit Schrauben fixiert, sodass sich der Heilungsprozess verzögert. Die Patientin muss daher länger im Krankenhaus bleiben. Oder: Bei einem Jugendlichen soll ein Weisheitszahn gezogen werden. Beim Versuch, den Weisheitszahn zu lockern, wird der benachbarte Zahn so stark geschädigt, dass er entfernt werden muss. Der Weisheitszahn wird in der Hoffnung belassen, dass er in die entstandene Lücke wächst. Klappt das nicht, muss die Lücke mit einem Zahnimplantat versorgt werden.

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes vollziehen solche Fälle Schritt für Schritt nach und bewerten dann, was falsch gelaufen ist und ob der Behandlungsfehlerverdacht bestätigt werden kann.

Im Jahr 2023 haben die Medizinischen Dienste bundesweit 12.438 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Dabei ging es um medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Leistungen.

Die Frage „Liegt ein Behandlungsfehler vor; und hat die Patientin oder der Patient einen Schaden erlitten?“ bejahte der Medizinische Dienst 2023 in jedem vierten Fall (25,4 Prozent) – in 3.160 Fällen. In jedem fünften Fall (21,5 Prozent) stellten die Gutachterinnen und Gutachter fest, dass der Behandlungsfehler Ursache des Schadens war. Dies traf bei 2.679 Fällen zu. Diese Zahlen bewegen sich auf geringfügig niedrigerem Niveau wie in den Vorjahren.

In den chirurgischen Fächern und in Kliniken werden am meisten Vorwürfe erhoben

Zwei Drittel der Vorwürfe (8.177) bezogen sich auf Behandlungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern. Ein Drittel der Vorwürfe (4.233) ist dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Wesentliche Ursache für diese Verteilung ist, dass sich die meisten Behandlungsfehler vorwürfe auf operative Eingriffe beziehen. Da Operationen vorwiegend in Kliniken stattfinden, sind stationäre Fälle häufiger von einem Behandlungsfehlerverdacht betroffen.

Fehler gibt es in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

Schaut man sich die Vorwürfe verteilt auf die Fachgebiete an, ergibt sich folgendes Bild: 29,5 Prozent aller Vorwürfe (3.665 Fälle) bezogen sich auf Orthopädie und Unfallchirurgie; 11,5 Prozent auf Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.426 Fälle). 9,3 Prozent der Vorwürfe fielen auf Zahnmedizin (1.156 Fälle), 9,0 Prozent auf Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.119 Fälle), 9,0 Prozent auf die Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.118 Fälle) und 5,8 Prozent auf die Pflege (726 Fälle). Im Fachgebiet Pflege geht es oft um Druckgeschwüre aufgrund unzureichender Umlagerung. So auch im Fall einer 64-jährigen, gelähmten Patientin – sie war während eines Krankenhausaufenthaltes nicht regelmäßig umgelagert worden und erlitt deshalb ein schweres Druckgeschwür am Beckenkamm.

Die Häufung von Vorwürfen in den einzelnen Bereichen lässt jedoch keine Rückschlüsse auf die Sicherheit in dem jeweiligen Fachbereich zu. Die Häufung von Vorwürfen sagt auch nichts über die Fehlerquote in dem Bereich aus. Sie zeigt lediglich, dass Patientinnen und Patienten auf Behandlungsergebnisse reagieren, wenn diese nicht ihren Erwartungen entsprechen.

Erlebt eine Patientin nach einer Hüftoperation, dass ihre Zimmernachbarin, die ebenfalls eine neue Hüfte erhalten hat, viel schneller wieder auf die Beine kommt, dann kann das zu einem Behandlungsfehlerverdacht führen.

Fehler bei Operationen können von Patientinnen und Patienten leichter erkannt werden als zum Beispiel Medikationsfehler. Daher kommen Behandlungsfehler vorwürfe häufiger bei Operationen vor als bei anderen Behandlungen.

In der Jahresstatistik 2023 gibt es 12.438 Vorwürfe zu insgesamt knapp 1.000 unterschiedlichen Diagnosen. Sie reichen von Hüft- und Kniegelenksverschleiß über Knochenbrüche, Grauem Star bis hin zu Gallensteinen und Zahnerkrankungen.

Zwei Drittel der Schäden sind vorübergehend

Bei knapp zwei Drittel (65,5 Prozent) der begutachteten Fälle sind vorübergehende Schäden entstanden. Das heißt, ein Krankenhausaufenthalt musste verlängert werden oder eine Intervention war notwendig. Die Patientinnen und Patienten sind jedoch wieder vollständig genesen. Das war auch bei einem 17-jährigen Patienten der Fall: Er stellte sich mit einer Handverletzung in der Notaufnahme im Krankenhaus vor. Der Handwurzelknochen war gebrochen – das wird jedoch auf dem Notfall-Röntgenbild und auf dem Folgebild übersehen.

Bei über einem knappen Drittel (29,7 Prozent) der Fälle wurde ein Dauerschaden verursacht. Dabei unterscheidet man zwischen leichten, mittleren und schweren Schäden. Ein leichter Dauerschaden kann zum Beispiel eine geringe Bewegungseinschränkung oder eine Narbe sein. Ein mittlerer Dauerschaden kann eine chronische Schmerzsymptomatik, eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder die Störung einer Organfunktion bedeuten. Ein schwerer Dauerschaden kann vorliegen, wenn Geschädigte pflegebedürftig geworden sind – wenn sie aufgrund eines Fehlers andere schwere Schädigungen erleiden. Eine 39-jährige Patientin soll wegen einer Zyste operiert werden. Im OP kommt es zu einer Verwechslung: Anstatt der geplanten Zysten-OP wird eine Sterilisation durchgeführt. Im Ergebnis ist die Frau unfruchtbar.

In knapp 3 Prozent der Fälle (75 Fälle) hat ein Fehler zum Versterben der Patientin oder des Patienten geführt oder wesentlich dazu beigetragen.

So läuft die Behandlungsfehlerbegutachtung ab

Was können Patientinnen und Patienten oder Angehörige tun, wenn sie einen Behandlungsfehlerverdacht haben? Erste Anlaufstelle für gesetzlich Versicherte ist die Krankenkasse. Nach dem Patientenrechtegesetz ist sie verpflichtet, die Versicherten bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen. Die zuständige Krankenkasse kann den Medizinischen Dienst beauftragen, ein fachärztliches Gutachten zu erstellen. Dieses ist für Patientinnen und Patienten kostenfrei.

Im nächsten Schritt ist es notwendig, dass der Betroffene seine Ärzte von der Schweigepflicht entbindet, damit die Krankenkasse Dokumente und Informationen anfordern kann. Der Medizinische Dienst braucht für das Sachverständigengutachten sämtliche Behandlungsunterlagen. Außerdem sollte der Versicherte ein Gedächtnisprotokoll anfertigen: Was ist wann, wo und wie geschehen?

Danach rekonstruieren die Gutachterinnen und Gutachter das Behandlungsgeschehen. Der Behandlungsverlauf wird mit den fachlichen Standards verglichen, um beurteilen zu können, ob die Patientin oder der Patient dem Stand des medizinischen Wissens entsprechend behandelt worden ist. Das Gutachten erhalten Versicherte direkt vom Medizinischen Dienst. Das Begutachtungsergebnis schafft Klarheit darüber, was geschehen ist: ob tatsächlich ein Behandlungsfehler die Ursache für den erlittenen Schaden war oder nicht. Für viele Betroffene ist dies ein ganz wichtiger Moment, um das Geschehene verarbeiten zu können. Sollte sich bestätigen, dass ein Behandlungsfehler vorlag, können sich die Versicherten mit ihrer Krankenkasse zum weiteren Vorgehen beraten und ggf. Schadensersatzansprüche geltend machen.

Wir legen großen Wert auf eine hohe Qualität in der Behandlungsfehler-Begutachtung und freuen uns, dass das Vertrauen in den Medizinischen Dienst so groß ist.

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.

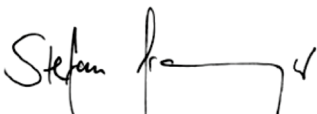
Jedes Jahr erstellen die Fachärztinnen und Fachärzte des Medizinischen Dienstes viele tausend Behandlungsfehlergutachten im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. In diesen wird geklärt, ob ein Behandlungsfehler vorlag, der ursächlich für einen Schaden war oder nicht. Die unabhängigen Gutachten sollen 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:

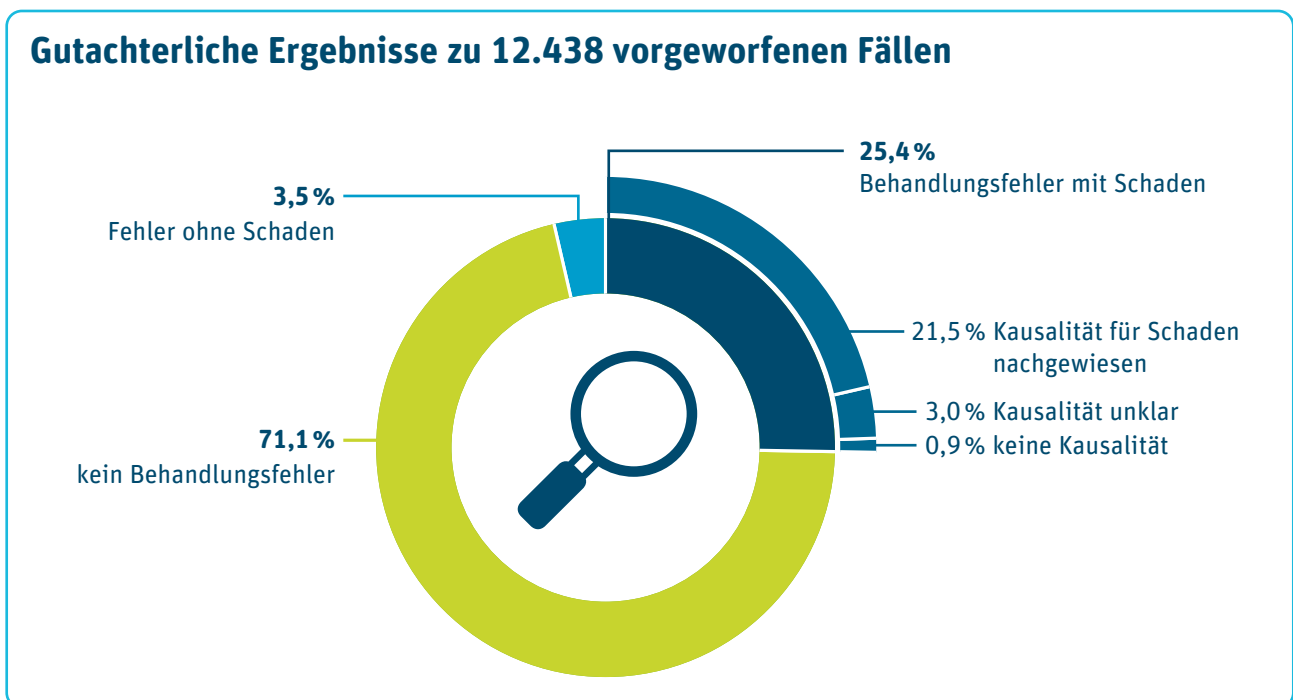
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und begründet sich in einem vermuteten Fehler. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet und schrittweise beantwortet, ob 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



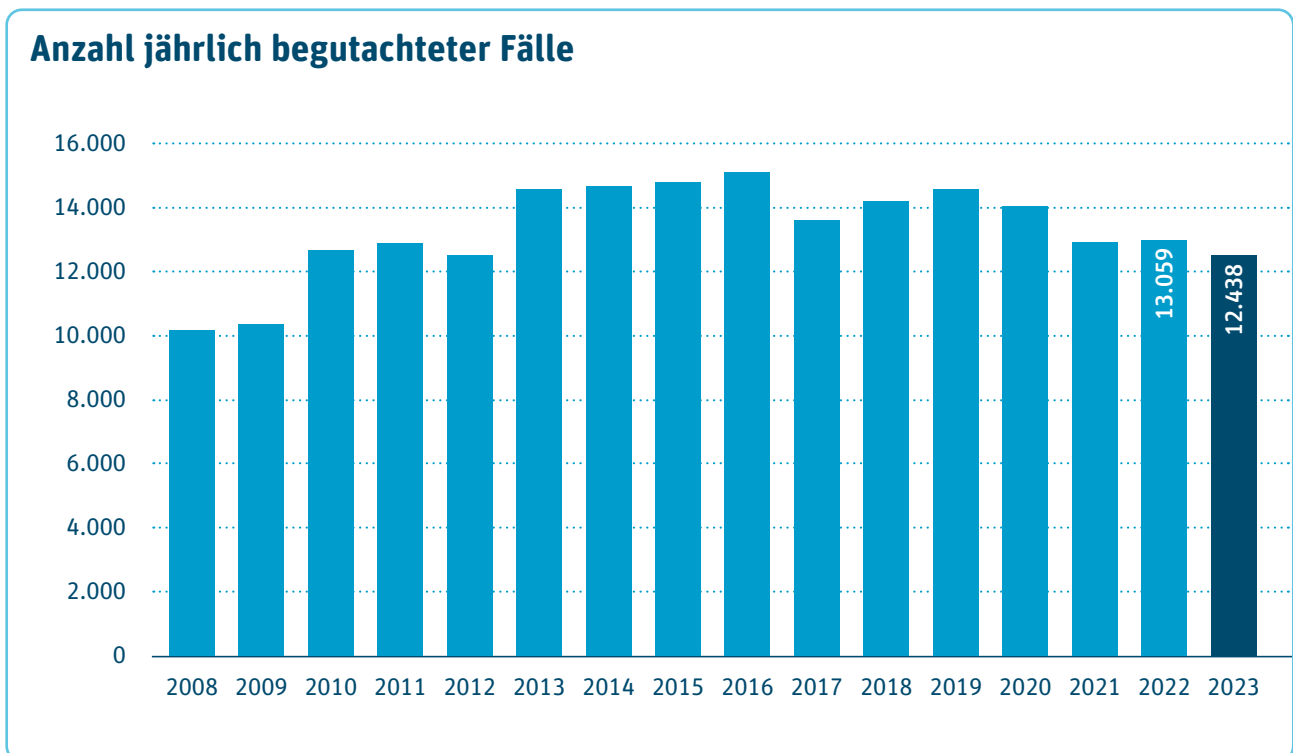
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

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:

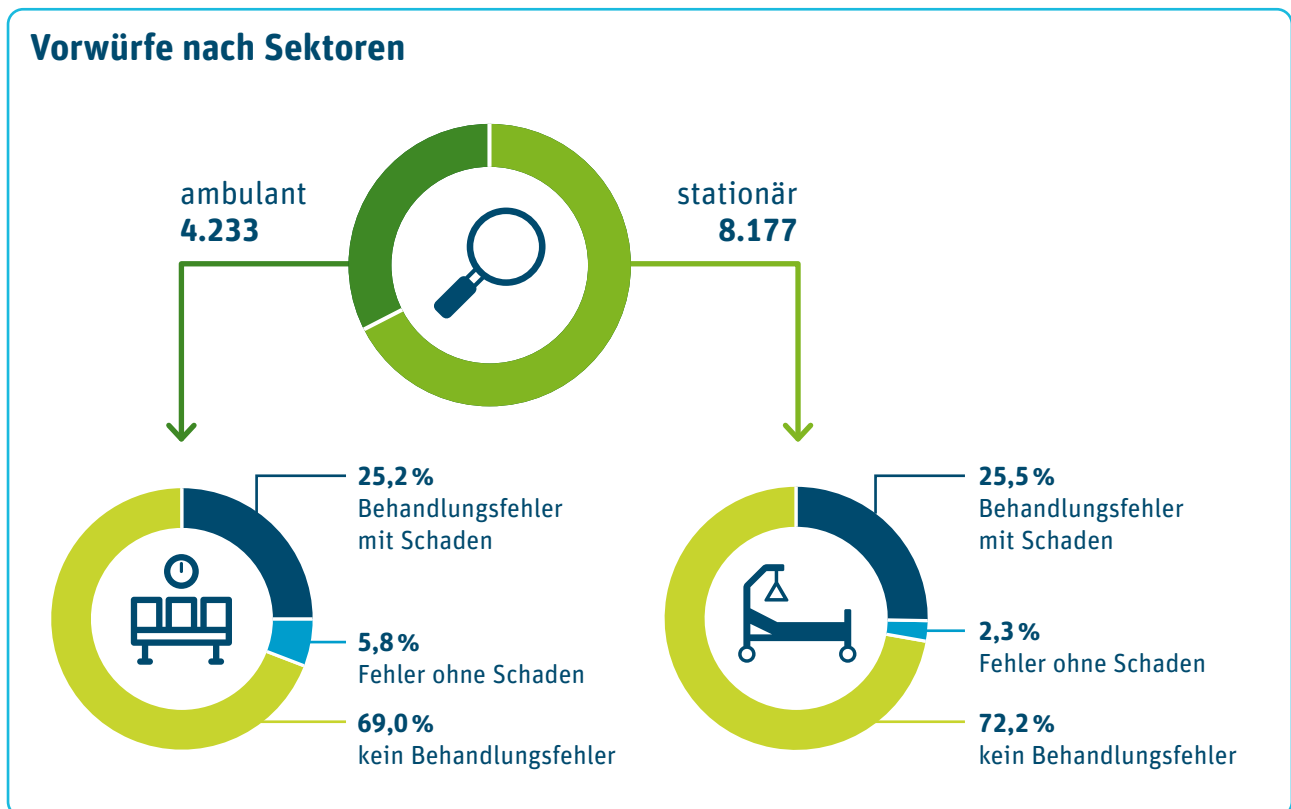
Die Zahl der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat erstmals im Jahr 2010 und – vermutlich verbunden mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der damit einhergehenden zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit 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:

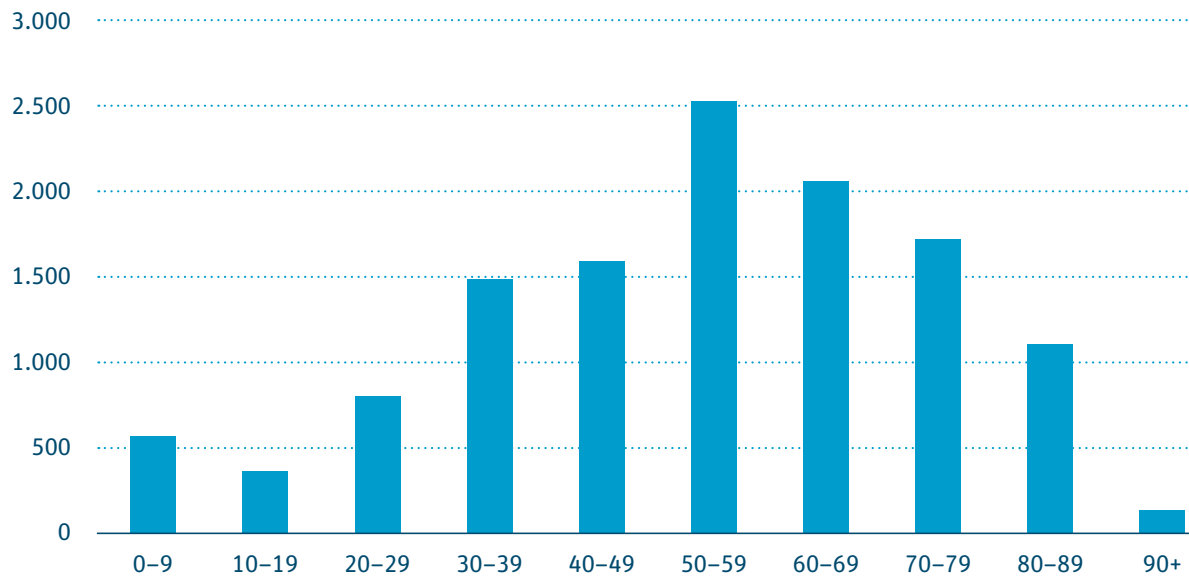
28 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

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

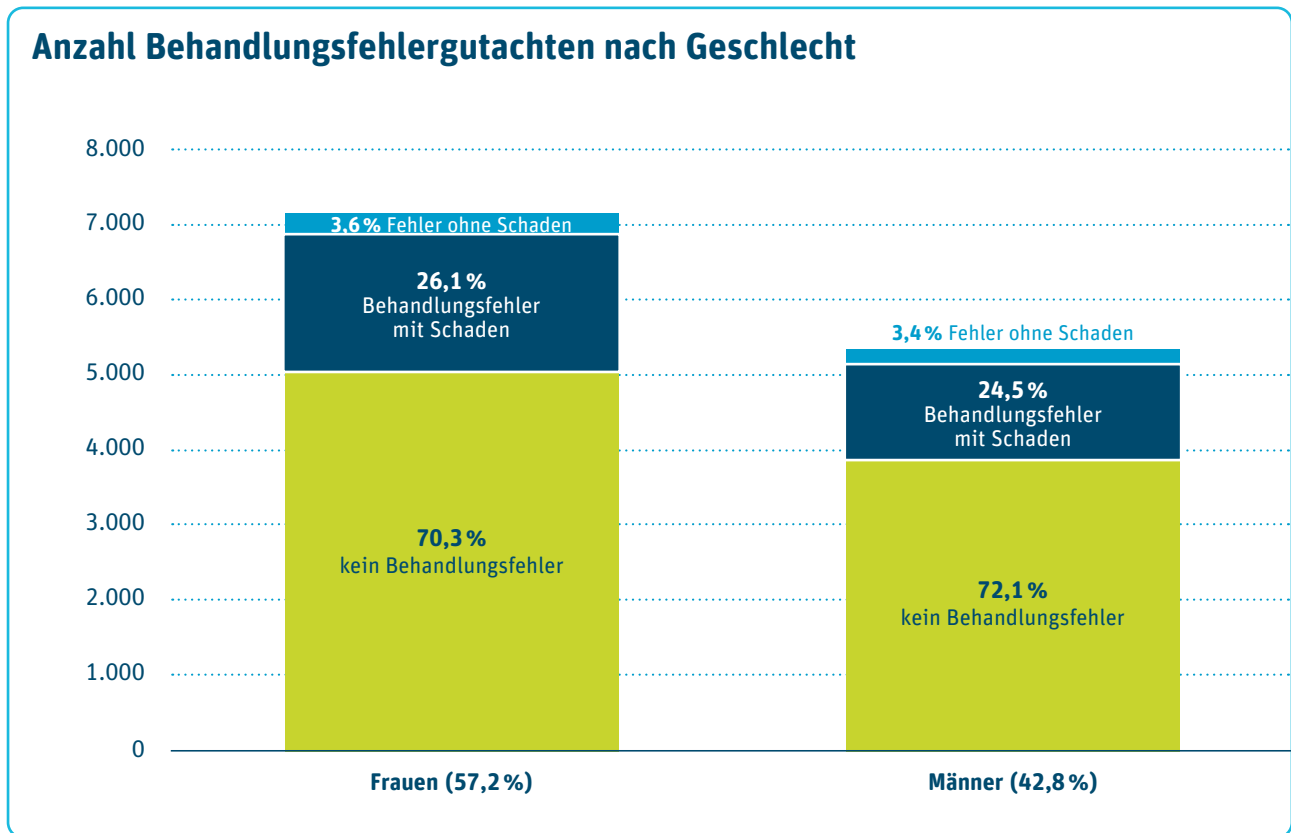
Fallzahlen bezogen auf die Altersdekade der Patientinnen und Patienten im Jahr des Ereignisses



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.

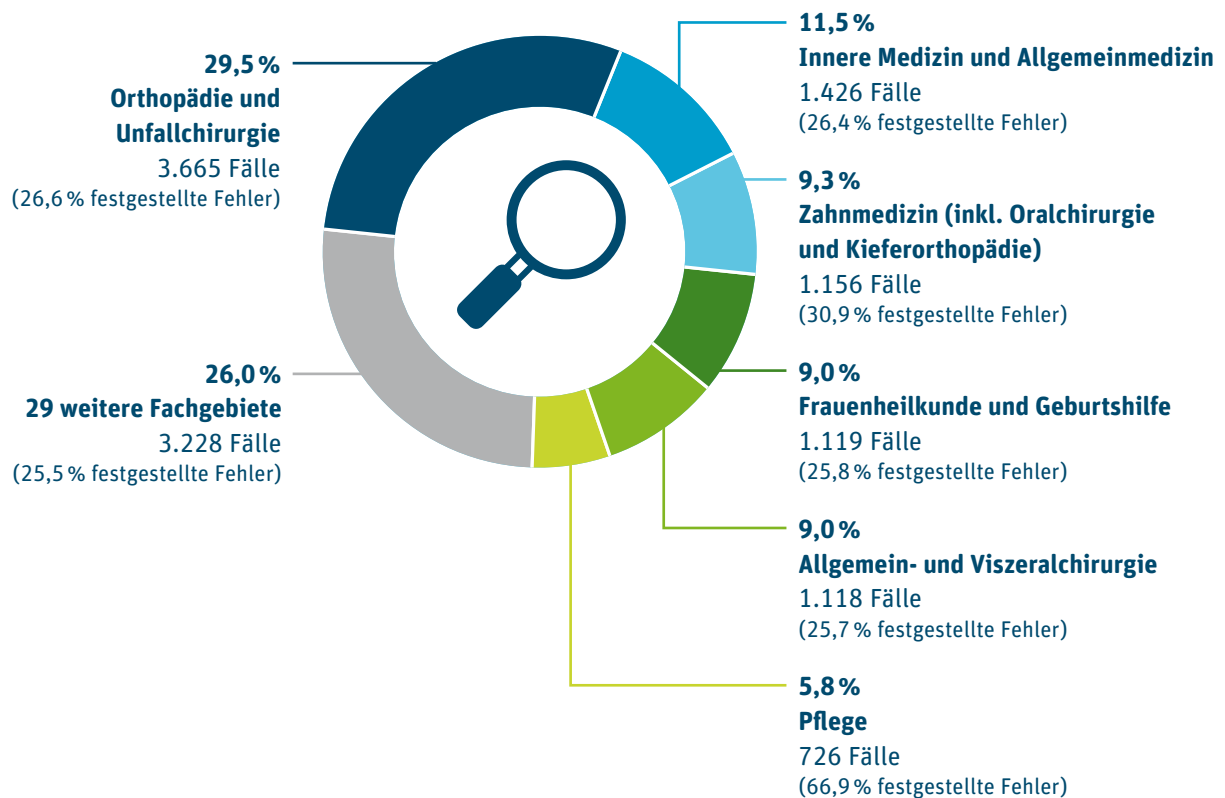
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber 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.

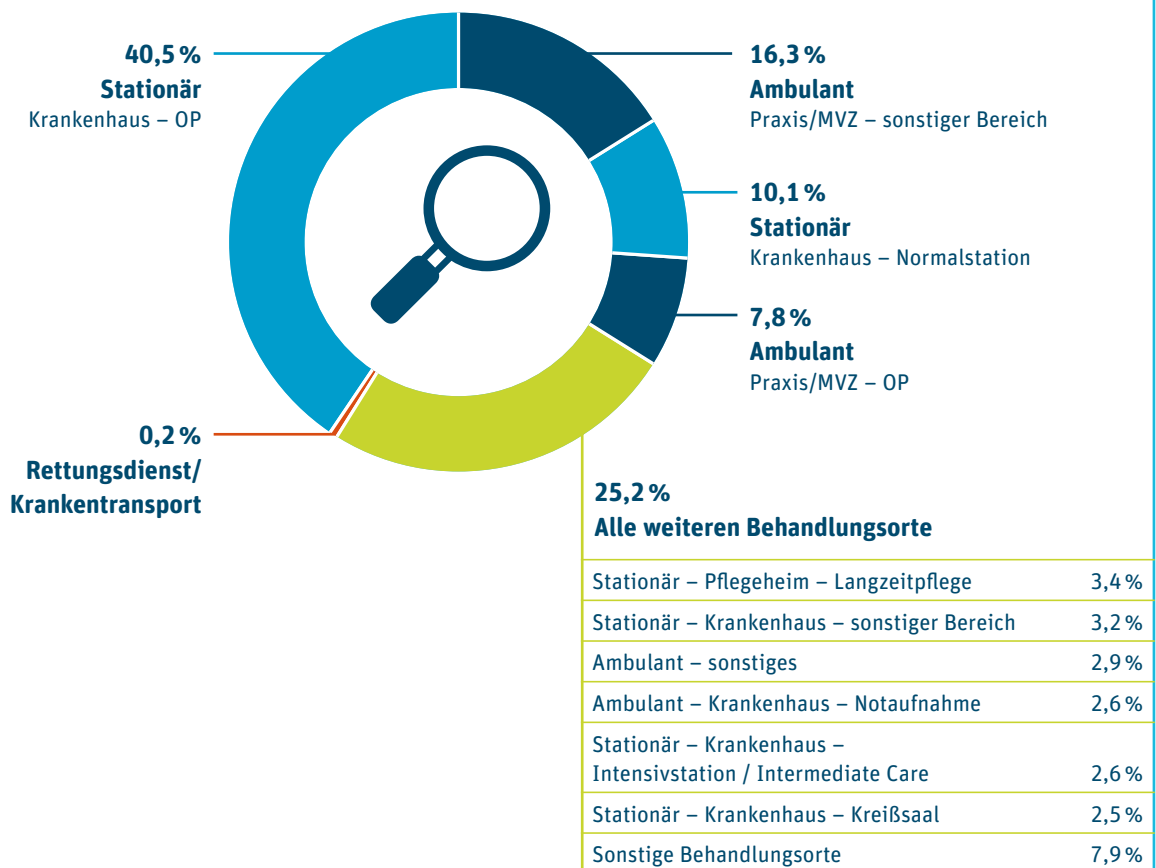
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine 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:

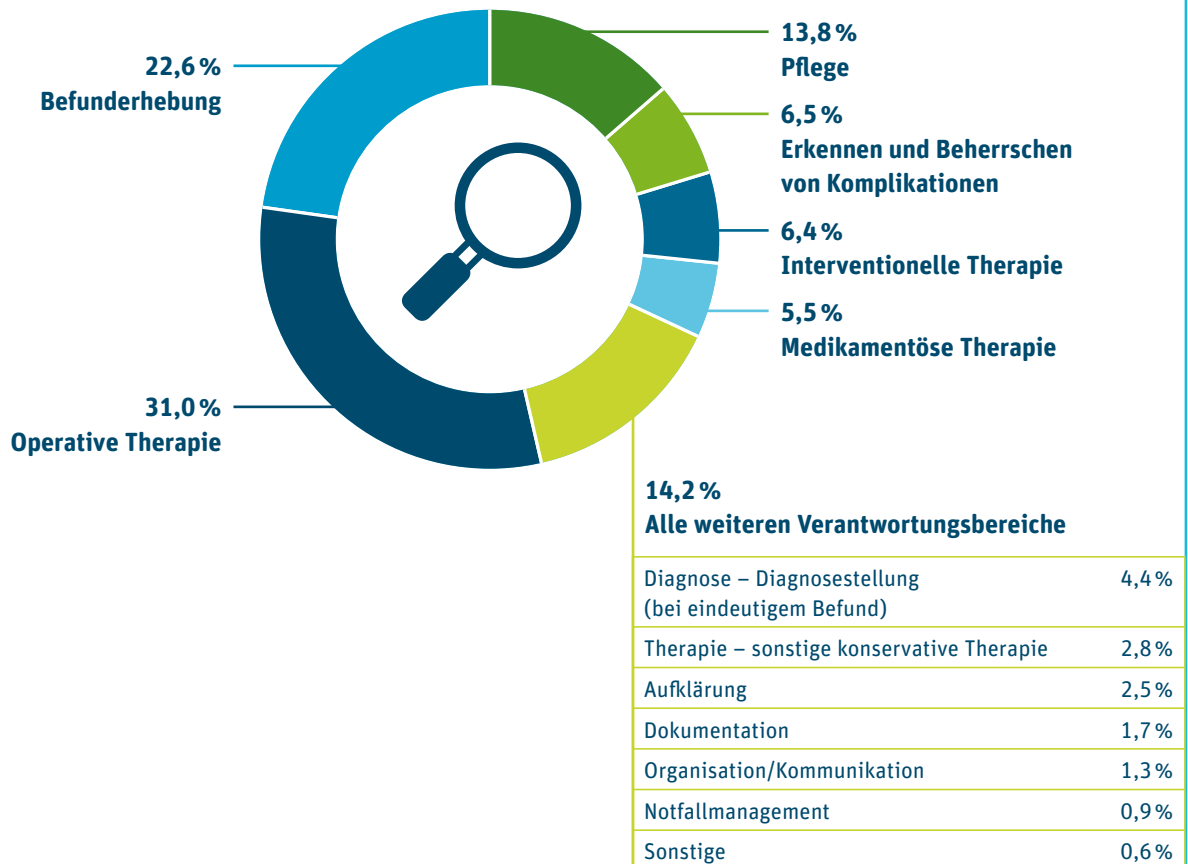
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 41,8 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 994 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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

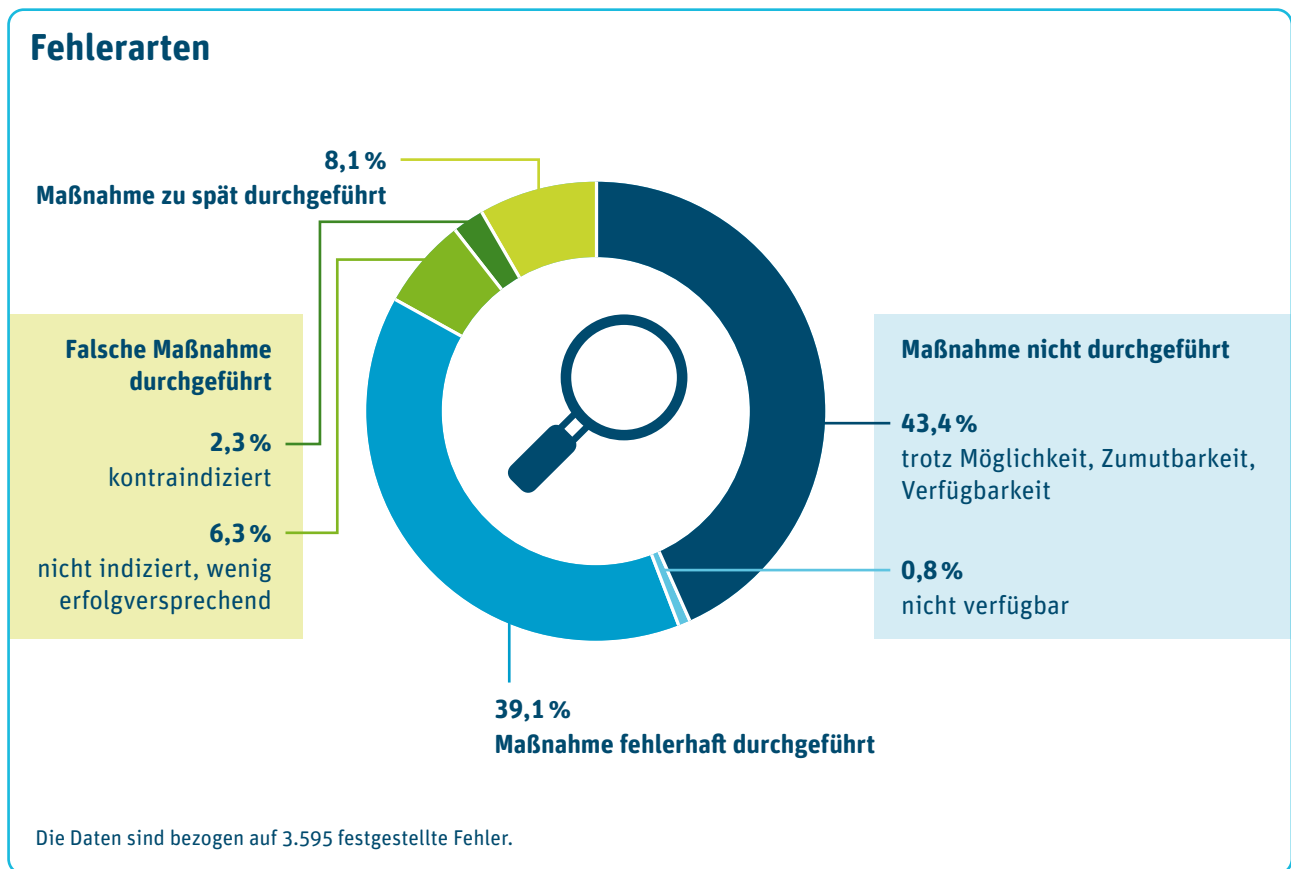
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

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



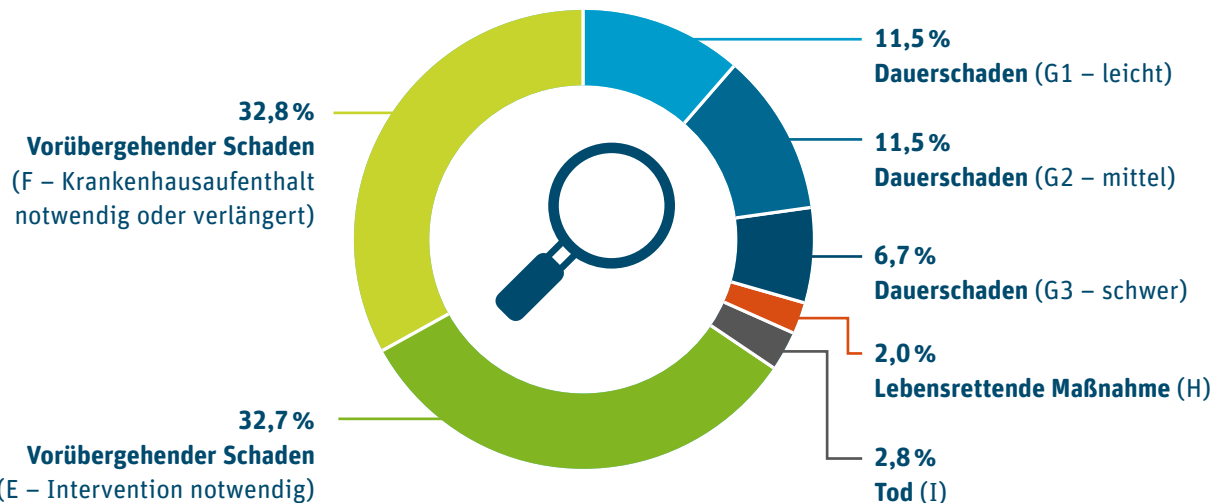
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

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.

Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den Medizinischen Dienst

Was ist ein Behandlungsfehler?

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine ärztliche, zahnärztliche und pflegerische Behandlung, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt gegen die Verpflichtung, die hieraus erwächst, verstößt, d.h. die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchführt, dann ist dies ein Behandlungsfehler. Gleiches gilt für Angehörige weiterer Gesundheitsberufe.

Der Begriff Behandlungsfehler umfasst unterschiedliche Arten von Fehlverhalten. So kann ein Behandlungsfehler vorliegen, wenn eine Behandlung nicht den aktuellen medizinischen Standards entspricht, wenn eine gebotene medizinische Behandlung unterlassen, eine unnötige Behandlung durchgeführt oder wenn eine Diagnose trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt wird.

Wie unterstützen die Krankenkassen Patientinnen und Patienten, die einen Behandlungsfehlerverdacht haben?

Haben Versicherte einen Verdacht auf einen Behandlungsfehler, dann sind die gesetzlichen Krankenkassen erste Ansprechpartner. Sie sind nach dem Patientenrechtegesetz verpflichtet, Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen arbeiten die Krankenkassen eng mit dem Medizinischen Dienst zusammen, der in ihrem Auftrag ein fachärztliches Gutachten erstellt. Dieses Gutachten ist für Versicherte kostenfrei. Kommt der Medizinische Dienst zu dem Ergebnis, dass der Verdacht auf einen Behandlungsfehler gerechtfertigt ist, kann das Gutachten den Betroffenen dabei helfen, ihre Ansprüche durchzusetzen.

Wie geht der Medizinische Dienst bei der Begutachtung vor?

Der Medizinische Dienst erstellt auf der Grundlage der Patienten- bzw. Krankenunterlagen sowie eines Gedächtnisprotokolls der Patientin oder des Patienten ein medizinisches Sachverständigengutachten. Auch ohne besondere Begründung haben Versicherte das Recht, ihre Krankenunterlagen einzusehen. Dazu gehören zum Beispiel Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, die Karteikarte, die die Ärztin oder der Arzt angefertigt hat oder ein entsprechender Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Die erste Kopie der Patientenakte muss den Versicherten kostenlos zur Verfügung gestellt werden, weitere Kopien können kostenpflichtig sein.

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes werten die Unterlagen aus. Sie stellen den dokumentierten Behandlungsverlauf in allgemeinverständlicher Sprache dar und bewerten ihn vor dem Hintergrund des erhobenen Vorwurfes. Zur Beurteilung des Sachverhalts ziehen die Gutachterinnen und Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate. Aus dem Ergebnis muss erkennbar sein, ob ein Behandlungsfehler im Sinne eines nachweisbaren Verstoßes gegen den fachlichen Standard, der zum Zeitpunkt der Behandlung galt, oder gegen allgemeine Sorgfaltspflichten vorlag. Außerdem muss deutlich werden, ob ein Gesundheits- oder Körperschaden nachweisbar ist, der aus diesem Behandlungsfehler resultieren könnte.

Wenn beide Voraussetzungen – Behandlungsfehler und Schaden – nachgewiesen sind, prüfen die Gutachterinnen und Gutachter die Kausalität: Sie müssen aus medizinischer Sicht beurteilen, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht.

Wann haben Versicherte Anspruch auf Schadensersatz?

Ein Schadensersatzanspruch aus einem Behandlungsfehler besteht für Patientinnen und Patienten nur dann, wenn der Behandlungsfehler einen Gesundheitsschaden verursacht hat. Wer einen solchen Schadensersatzanspruch geltend macht, muss dies im Streitfall beweisen (Beweislast). Die Patientin bzw. der Patient muss sowohl den Behandlungsfehler als auch den Schaden an sich und die Tatsache, dass der Fehler ursächlich für den Schaden war (Kausalität), beweisen. Der Kausalitätsbeweis stellt Betroffene oft vor große Hürden. Denn dabei sind nicht nur rechtliche, sondern auch medizinische Fragen zu klären. Dabei helfen die Gutachten des Medizinischen Dienstes.

In manchen Fällen, zum Beispiel bei einem groben Behandlungsfehler, kann die Beweislage zugunsten des oder der Geschädigten etwas erleichtert sein. Von einem groben Behandlungsfehler spricht man, wenn eine Ärztin oder ein Arzt derart eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen hat, dass der Fehler nicht nachvollziehbar ist bzw. eindeutig nicht unterlaufen darf. Dann können Betroffene – im Rahmen einer Klage – vom Kausalitätsnachweis befreit werden. Sie müssten dann nur beweisen, dass ein grober Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser grundsätzlich geeignet ist, den vorliegenden Schaden zu verursachen. Die Ärztin oder der Arzt müsste dagegen nachweisen, dass der grobe Behandlungsfehler dennoch nicht zu dem Schaden geführt hat.

Was bedeutet die Kausalität eines Behandlungsfehlers?

Stellen die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler fest und weisen sie nach, dass der Fehler die Ursache des gesundheitlichen Schadens war, spricht man von „nachgewiesener Kausalität“. Nicht jeder Schaden ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Unerwünschte Behandlungsergebnisse können auch Begleiterscheinungen der Behandlung sein,

die nicht zu vermeiden sind. Dann handelt es sich um Komplikationen, die trotz sorgfältiger Behandlung nach dem anerkannten Standard nicht zu verhindern sind. Über die Möglichkeit eines Schadens durch eine Komplikation müssen Patienten vor der Behandlung angemessen aufgeklärt worden sein, ansonsten stellt auch die unzureichende oder fehlende Aufklärung unter Umständen einen Fehler dar.

Und schließlich muss nicht jeder Behandlungsfehler die Ursache für einen eingetretenen Schaden sein. Möglich ist, dass Sachverständige zwar einen Behandlungsfehler feststellen, dieser aber nicht im Zusammenhang mit dem Schaden steht. In einem solchen Fall ist der Fehler „nicht kausal“ für den Schaden; und es gibt keine Aussichten auf Schadensersatz. Genauso ist möglich, dass mit den vorliegenden Dokumenten die Kausalität des Fehlers für den Schaden nicht oder nicht ausreichend beweisbar ist. Auch dann besteht kaum Aussicht auf Schadensersatz.

Wie lange dauert ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst?

Die angestrebte Laufzeit eines Behandlungsfehlergutachtens des Medizinischen Dienstes beträgt im Durchschnitt drei Monate und ist abhängig von der Komplexität des zu beurteilenden Falles. Mitunter verzögern externe Faktoren die Bearbeitung, beispielsweise wenn für die Begutachtung relevante Unterlagen nicht vorliegen und nachgefordert werden müssen.

Hat der Medizinische Dienste das notwendige Fachwissen?

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes verfügen über eine umfangreiche Fachkompetenz in Medizin und Pflege. Beim Medizinischen Dienst sind 2.500 Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichen – auch seltenen – ärztlichen Qualifikationen tätig. Eine abgeschlossene Facharztausbildung ist Einstellungs voraussetzung.

Gutachterinnen und Gutachter, die Behandlungsfehlervorwürfe begutachten, erhalten regelmäßige Schulungen im Arzthaftungsrecht und besitzen auch die notwendigen medizinrechtlichen Grundkenntnisse. Außerdem steht ihnen ein breit gefächertes Literaturservice zur Verfügung, über den sie auf hochwertige Literatur zugreifen und den jeweiligen medizinischen Standard zu verschiedenen Zeitpunkten ermitteln können.

Weiterhin achten die Medizinischen Dienste darauf, dass bei Behandlungsfehlerbegutachtungen Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtung und mit entsprechender Qualifikation eingesetzt werden. Ist eine solche Qualifikation im Medizinischen Dienst nicht vorhanden, werden externe Fachärztinnen und Fachärzte als Sachverständige hinzugezogen. So erhalten die Betroffenen eine fundierte fachärztliche, gutachterliche Unterstützung, ohne dass ihnen zusätzliche Kosten entstehen.

Ist ein Schlichtungsverfahren Voraussetzung für ein Gutachten des Medizinischen Dienstes?

Nein, ein Schlichtungsverfahren ist keine Voraussetzung für ein Gutachten des Medizinischen Dienstes bei vermuteten Behandlungsfehlern. Das Schlichtungsverfahren bei einer Ärztekammer ist ein alternatives Vorgehen bei einem vermuteten Behandlungsfehler. Patientinnen und Patienten können entweder den Weg über die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst beschreiten oder ein Schlichtungsverfahren beantragen. Im Gegensatz zum Schlichtungsverfahren kann ein Gutachten des Medizinischen Dienstes auch bei bereits laufenden gerichtlichen Auseinandersetzungen erstellt werden.

Wann verjährt ein Behandlungsfehler bzw. der Anspruch auf Schadensersatz?

Im Regelfall beträgt die Verjährungsfrist drei Jahre und beginnt mit dem Abschluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist nicht, bevor nicht die Patientin oder der Patient Kenntnis von Tatsachen erlangt hat, aus denen sich ergibt, dass die Ärztin oder der Arzt von dem üblichen Vorgehen abgewichen ist oder keine Maßnahmen getroffen hat, die nach ärztlichem Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich gewesen wären. Schadensersatzansprüche aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers verjähren allerdings – ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis – spätestens nach 30 Jahren.

Was passiert, wenn das Gutachten fertiggestellt ist?

Versicherte erhalten das Gutachten des Medizinischen Dienstes. Sollte ein Behandlungsfehler bestätigt worden sein, kann sich der Versicherte mit der Krankenkasse über das weitere Vorgehen beraten und ggf. Schadensersatzansprüche geltend machen.

An welche Institutionen können sich Patientinnen und Patienten generell bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler wenden?

- Gesetzliche Krankenkassen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) und Verbraucherzentralen
- Anwältinnen und Anwälte für Medizinrecht
- Schlichtungsstellen/Gutachterkommissionen bei den Landesärztekammern
- Verschiedene Interessengemeinschaften Medizingeschädigter

Stand: August 2024

Begutachtung des Medizinischen Dienstes bei vermuteten Behandlungsfehlern

Was Versicherte wissen sollten

Was ist ein Behandlungsfehler?

Wenn eine ärztliche, zahnärztliche, pflegerische oder sonstige medizinische Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt wird, handelt es sich um einen Behandlungsfehler. Dies kann unter anderem bedeuten:

- Eine Behandlung entspricht nicht den medizinischen Standards.
- Eine gebotene medizinische Maßnahme wird unterlassen.
- Eine Diagnose wird trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt.
- Es fehlt eine Aufklärung über Verhaltensweisen, die bei einer Therapie zu beachten sind.

Was können Sie bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler tun?

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten und Schadenersatzansprüche geltend machen wollen, sind Ihre Krankenkasse und Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt wichtige Ansprechpersonen. Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen (§ 66 SGB V). Um einen Vorwurf zu klären, beauftragt die Krankenkasse in der Regel den Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst prüft mit einem Sachverständigengutachten, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und zu einem Schaden geführt hat.

Was benötigt der Medizinische Dienst für ein Gutachten?

→ **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Ihre Behandlung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Deshalb müssen Sie Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbinden, damit die Krankenkasse notwendige Dokumente und Informationen anfordern kann. Mustervordrucke erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

→ **Ihre Behandlungsunterlagen**

Dazu zählen zum Beispiel Arztbriefe, Operations- und Pflegeberichte, Bildaufnahmen (Röntgen, CT, MRT), Laborwerte, die Karteikarte, die Ihre Ärztin oder Ihr Arzt angefertigt hat, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Sie haben das Recht, alle Unterlagen, die Ihre Behandlung betreffen, einzusehen.

→ **Gedächtnisprotokoll**

Das Gedächtnisprotokoll sollte den zeitlichen Ablauf des medizinischen Geschehens zusammenfassen: Was? Wann? Wo? (siehe Checkliste).

Checkliste für ein Gedächtnisprotokoll

- Welche Beschwerden oder Behinderungen sind für Sie Folge eines Fehlers bei Ihrer Behandlung? Mussten Sie länger oder zusätzlich behandelt werden?
- Können Sie den Behandlungsverlauf beschreiben, in dem aus Ihrer Sicht der Fehler aufgetreten ist? Wie war die zeitliche Abfolge? Wo fand die Behandlung statt?
- Wer hat Sie behandelt? Bitte listen Sie möglichst alle Beteiligten in diesem Zusammenhang auf.
- Kann jemand Ihre Vermutung bestätigen (Angehörige, Zimmernachbarn, Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, andere Personen)?
- Sind Sie zuvor in einem Aufklärungsgespräch darüber informiert worden, dass der Schaden, den Sie erlitten haben, auftreten kann?
- Haben Sie mit der Person, die Sie behandelt hat, über den Schaden gesprochen? Was hat sie Ihnen erklärt?

Wie geht der Medizinische Dienst vor?

Der Medizinische Dienst erstellt das Gutachten auf der Grundlage Ihrer Behandlungsunterlagen und Ihres Gedächtnisprotokolls. Um zu klären, ob bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten ist, rekonstruieren die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes zunächst das Behandlungsgeschehen anhand dieser Dokumente. Anschließend gleichen sie diesen Verlauf mit den medizinischen Standards ab, die zum Zeitpunkt der Behandlung galten. Dabei ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate und beurteilen, ob Sie sorgfältig behandelt worden sind.

Wer bekommt das Gutachten?

Versicherte erhalten das Gutachten des Medizinischen Dienstes. Sollte ein Behandlungsfehler bestätigt worden sein, kann sich der Versicherte mit der Krankenkasse über das weitere Vorgehen beraten und ggf. Schadensersatzansprüche geltend machen.

Was kostet das Gutachten?

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes kostenfrei.

