

Pressekonferenz Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2025 zur Behandlungsfehlerbegutachtung vor

Statement Dr. Stefan Gronemeyer,

Vorstandsvorsitzender

Medizinischer Dienst Bund

– Es gilt das gesprochene Wort –

Berlin, 20. August 2026

Anrede,

Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht, dass sie in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus sicher behandelt werden. Vermeidbare Gesundheitsschäden müssen so weit wie möglich verhindert werden. Trotzdem passieren Fehler – auch in der Medizin.

Die Ergebnisse der Jahresstatistik 2025

Im vergangenen Jahr hat der Medizinische Dienst bundesweit **11.735 Sachverständigen-gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern** erstellt. Die Gesamtzahl der Gutachten bewegt sich damit weiterhin auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorjahren. In **3.098 Fällen** – also bei gut jedem vierten begutachteten Fall – stellten unsere Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler fest, durch den ein Gesundheitsschaden entstanden ist. In **2.700 Fällen** ist der Behandlungsfehler ursächlich für den erlittenen Schaden.

Zwei Drittel der Behandlungsfehlervorwürfe bezogen sich auf die stationäre Versorgung, zumeist auf Behandlungen im Krankenhaus. Ein Drittel entfiel auf den ambulanten Bereich. In **97 Fällen** hat ein Behandlungsfehler zum Tod der Patientin oder des Patienten geführt oder wesentlich dazu beigetragen. Und wir haben im vergangenen Jahr **150 sogenannte Never Events** festgestellt – also besonders schwerwiegende und gut vermeidbare Schadensereignisse wie Patienten- und Seitenverwechslungen, zurückgebliebenes OP-Material oder folgenschwere Medikationsfehler.

Hinter jeder dieser Zahlen steht ein Mensch, der darauf vertraut hat, sicher behandelt zu werden. Für die Betroffenen ist die Aufklärung wichtig. Sie wollen wissen, was passiert ist. Unsere Gutachten schaffen Klarheit und können eine Grundlage dafür sein, Schadensersatzansprüche geltend zu machen. Wir veröffentlichen diese bundesweite Jahresstatistik inzwischen zum 15. Mal.

Und wir weisen seit vielen Jahren auf dasselbe Problem hin: Unsere Begutachtungszahlen bilden nur einen kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Geschehens ab.

Die Dunkelziffer ist hoch – und sie darf nicht länger kleingeredet werden

Vermeidbare Gesundheitsschäden und Behandlungsfehler werden in Deutschland nicht zentral erfasst. Deshalb kennen wir nicht die genaue Zahl der Patientinnen und Patienten, die jedes Jahr dadurch geschädigt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen, in denen Krankenakten systematisch ausgewertet wurden, kommen jedoch immer wieder zu ähnlichen Ergebnissen:

Bei etwa 2 bis 4 Prozent der stationären Behandlungen treten vermeidbare Schadensereignisse auf. Auf Deutschland übertragen entspricht das einer Größenordnung von rund **350.000 bis 700.000 Fällen** im Jahr. Diese Größenordnung muss endlich Ausgangspunkt der gesundheitspolitischen Debatte sein.

Seit Jahren wird dem entgegengehalten, die Anzahl der von Ärztekammern und Medizinischem Dienst festgestellten Behandlungsfehler sei im Verhältnis zu den vielen Millionen Behandlungen und Arzt-Patienten-Kontakten sehr gering.

Diese Gegenüberstellung ist irreführend. Denn sie setzt die Zahl der tatsächlich bekannt gewordenen und begutachteten Fälle ins Verhältnis zur Anzahl aller Behandlungen. Diese Rechnung blendet aus, dass ein großer Teil vermeidbarer Schäden überhaupt nicht erkannt, gemeldet oder untersucht wird. Unsere Statistik kann deshalb nicht als Fehlerquote der medizinischen Versorgung gelesen werden. Sie ist eine Statistik über Fälle, denen überhaupt nachgegangen wurde. Das ist ein entscheidender Unterschied.

Patientinnen und Patienten müssen zunächst selbst den Verdacht haben, dass bei ihrer Behandlung etwas falsch gelaufen sein könnte. Für medizinische Laien ist das häufig kaum möglich. Sie können oft nicht beurteilen, ob ein Gesundheitsschaden durch eine falsche Medikation, eine verspätete Diagnose oder eine fehlerhafte Behandlung entstanden ist – oder ob es sich um eine unvermeidbare Komplikation handelt. Wer deshalb nur die offiziell festgestellten Fälle zählt und diese mit Millionen Behandlungen vergleicht, unterschätzt das Problem systematisch: Die geringe Zahl erfasster Fälle ist kein Beleg für eine geringe Zahl vermeidbarer Schäden.

In Zeiten knapper Kassen: Patientensicherheit ist auch eine ökonomische Frage

Unsichere Versorgung verursacht nicht nur vermeidbares Leid. Sie verursacht auch erhebliche Kosten. Wenn Patientinnen und Patienten geschädigt werden, sind zusätzliche Untersuchungen, Operationen und Nachbehandlungen erforderlich. Krankenhausaufenthalte verlängern sich. Es können dauerhafte Gesundheitsschäden oder Pflegebedürftigkeit entstehen.

Die OECD schätzt, dass in hochentwickelten Ländern rund 15 Prozent der Kosten der

stationären Versorgung für die Folgen vermeidbarer Schadensereignisse aufgewendet werden. Überträgt man diese Schätzung auf die Krankenhausaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, ergibt sich für 2025 eine Größenordnung von rund 16,7 Milliarden Euro. Auch deshalb ist schwer verständlich, warum Patientensicherheit in den gesundheitspolitischen Debatten der vergangenen Jahre nicht stärker priorisiert worden ist.

Wir diskutieren intensiv über Beitragssätze, Finanzierungslücken und Einsparpotenziale. Dann müssen wir auch darüber sprechen, wie viele Ressourcen durch vermeidbare Schäden gebunden werden. Nicht alle diese Kosten werden sich vermeiden lassen. Aber jeder vermeidbare Schaden, den wir verhindern, bedeutet weniger Leid und vermeidet zugleich unnötige Folgekosten. Mehr Patientensicherheit ist deshalb auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens.

Never Events: Fehler erkennen, bevor sie sich wiederholen

Ein besonders wichtiger Ansatzpunkt für mehr Patientensicherheit sind Melderegister für sogenannte Never Events. Das sind besonders schwerwiegende und gut vermeidbare Schadensereignisse. Dazu gehören zum Beispiel Patienten- und Seitenverwechslungen, zurückgebliebenes OP-Material oder folgenschwere Medikationsfehler. 2025 haben unsere Gutachterinnen und Gutachter 150 solcher Ereignisse festgestellt. Never Events sind selten. Aber sie sind für die Patientensicherheit von besonderer Bedeutung.

Denn wenn ein solches Ereignis passiert, zeigt es, dass Sicherheitsvorkehrungen im Versorgungsprozess nicht funktionieren. Die entscheidende Frage ist dabei nicht: Wer ist schuld? Sondern: Wie konnte das passieren? Wo hat die Kommunikation nicht funktioniert? Welche organisatorische Schwachstelle gab es? Deshalb brauchen wir ein verpflichtendes Meldesystem für Never Events.

Damit Beschäftigte solche Ereignisse tatsächlich melden können, müssen die Meldungen pseudonymisiert und sanktionsfrei erfolgen und klar von haftungsrechtlichen Fragen getrennt sein. Das Ziel ist ausschließlich eine strukturierte Fehlervermeidung.

Offenheit beim Umgang mit Fehlern stärkt die Sicherheitskultur und schafft Vertrauen

Zu einer offenen Sicherheitskultur gehört aber nicht nur, dass Behandelnde Fehler melden und gemeinsam daraus lernen. Offenheit muss auch gegenüber den Patientinnen und Patienten gelten, wenn bei ihrer Behandlung ein unerwünschtes Ereignis aufgetreten ist und ein Behandlungsfehler als Ursache in Betracht kommt.

Die Forderung nach einer solchen Informationspflicht ist nicht neu. Sie wurde bereits bei der Einführung des Patientenrechtegesetzes diskutiert und wird seit Jahren von Patientenorganisationen und Medizinrechtlern gefordert. Das halten wir für richtig.

Eine solche Informationspflicht würde nicht nur die Rechte der Betroffenen stärken. Sie hätte auch eine wichtige präventive Steuerungswirkung. Wenn Behandelnde wissen, dass sie die Betroffenen bereits dann informieren müssen, wenn Anhaltspunkte für einen möglichen Behandlungsfehler bestehen, kann ein solches Ereignis nicht einfach auf sich beruhen. Es muss aufgearbeitet werden. Und es muss die Frage gestellt werden, was verändert werden muss, damit es sich nicht wiederholt. Offenheit ist deshalb nicht nur ein Patientenrecht. Offenheit ist auch ein Instrument der Fehlerprävention.

Patientinnen und Patienten wissen, dass Medizin nicht unfehlbar ist. Sie erwarten Transparenz, eine nachvollziehbare Erklärung und die Übernahme von Verantwortung. Offene Kommunikation beschädigt Vertrauen nicht – sie ist Voraussetzung für Vertrauen.

Genau deshalb brauchen wir eine gesetzliche Pflicht zur Offenheit. Patientinnen und Patienten müssen unaufgefordert und vollständig informiert werden, wenn bei ihrer Behandlung etwas Unerwünschtes passiert ist und es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein Behandlungsfehler die Ursache sein könnte.

Die Politik sollte jetzt handeln

Anrede,

die Probleme sind seit langem bekannt. In Deutschland erleben wir dennoch beim Thema Patientensicherheit einen politischen Stillstand. Seit dem Patientenrechtegesetz von 2013 sind entscheidende strukturelle Fortschritte ausgeblieben. Nach Jahren der Diskussion brauchen wir jetzt konkrete politische Entscheidungen. Die Bundesregierung und der Gesetzgeber haben die Möglichkeit, mit der Weiterentwicklung der Patientenrechte und mit verbindlichen Vorgaben zur Patientensicherheit einen echten Fortschritt zu erreichen.

Aus unserer Sicht sind drei Schritte besonders wichtig: Erstens brauchen wir ein verpflichtendes Meldesystem für Never Events. Die Meldungen müssen pseudonymisiert, sanktionsfrei und ausschließlich auf Fehlerprävention ausgerichtet sein.

Zweitens brauchen wir eine gesetzliche Pflicht zur Offenheit. Patientinnen und Patienten müssen unaufgefordert informiert werden, wenn bei ihrer Behandlung etwas Unerwünschtes passiert ist und es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein Behandlungsfehler die Ursache sein könnte.

Und drittens muss Patientensicherheit als eigene gesundheitspolitische Aufgabe verstanden werden. Erkenntnisse aus Fehlern und Schadensereignissen müssen bundesweit ausgewertet und konsequent in Präventionsmaßnahmen übersetzt werden. Wir wissen, dass wir ein Problem haben. Wir wissen, was dagegen hilft. Jetzt muss gehandelt werden.