

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Jahresstatistik 2025



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 2026

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

jedes Jahr bestätigen die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes in Tausenden von Fällen, dass Patientinnen und Patienten in der medizinischen Versorgung einen vermeidbaren Schaden erlitten haben. Das ist eine ernüchternde Bilanz und gleichzeitig ein Auftrag an die Verantwortlichen, Patientensicherheit konsequent zur Priorität zu machen.

Die Medizinischen Dienste erstellen die Sachverständigengutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. Für viele Betroffene ist das Gutachten von großer Bedeutung, um ein Schadenserlebnis verarbeiten zu können: Denn das Gutachten gibt Antworten und es schafft Klarheit darüber, was tatsächlich passiert ist. Diese Gewissheit kann für die Aufarbeitung des belastenden Erlebnisses entscheidend sein - unabhängig davon, ob ein Behandlungsfehlervorwurf bestätigt wurde oder nicht.

Die vorliegende Jahresstatistik fasst die Ergebnisse der bundesweiten Behandlungsfehler-Begutachtung der Medizinischen Dienste des Jahres 2025 zusammen. Auch wenn diese Zahlen nicht repräsentativ für das gesamte Fehlergeschehen in Deutschland sind, zeigen sie deutlich, dass vermeidbare unerwünschte Ereignisse im deutschen Gesundheitswesen regelmäßig vorkommen. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen seit langem, dass die tatsächliche Häufigkeit von Behandlungsfehlern weit über den gemeldeten und begutachteten Fällen liegt. Das Dunkelfeld ist groß.

Genau deshalb rückt der Aspekt der Prävention immer stärker in den Mittelpunkt. Fehler im Gesundheitswesen entstehen selten durch individuelle Nachlässigkeit allein – oft sind es strukturelle Schwachstellen, unklare Prozesse oder fehlende Sicherheitsnetze, die den Boden für Fehler bereiten. Wer Behandlungsfehler vermeiden und die Patientensicherheit verbessern will, muss an den Strukturen ansetzen: Zwischenfälle müssen offen berichtet werden können, ohne dass Gesundheitsfachkräfte Sanktionen fürchten müssen. Nur so lassen sich systemische Schwachstellen erkennen und beheben, bevor weitere Patientinnen und Patienten Schaden erleiden.

Patientensicherheit braucht verlässliche Strukturen, klare Verantwortung und den politischen Willen, auch unbequeme Erkenntnisse ernst zu nehmen und die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen. Deutschland hat in den vergangenen Jahren zum Teil Fortschritte gemacht – aber der Weg ist noch weit.

Wir danken den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste herzlich für ihr Engagement und ihre Arbeit. Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, danken wir für Ihr Interesse an unserer Statistik. Wir hoffen, mit diesem Jahresbericht einen Beitrag zur Stärkung der Patientensicherheit zu leisten.

Essen/München im August 2026



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)	19
2.5 Verantwortungsbereich / Medizinischer Zusammenhang.....	21
2.5.1 Übersicht	21
2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde	22
2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)	23
2.7 Fehlerarten	25
2.8 Schaden.....	26
2.8.1 Übersicht	26
2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)	26
2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“).....	28
3 FAZIT.....	30

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 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. Im Zuge einer Aktualisierung der Datenstruktur ab dem Erfassungsjahr 2024 wurde die Datensatzbeschreibung zur Behandlungsfehler-Begutachtung evaluiert und Erhebungsinhalte angepasst. Dies trägt zur Validierung der Daten bei.

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 können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler sollten sich Geschädigte 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 Behandlungsfehlerwurfs 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 Behandlungsfehlerwurfs 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 Behandlungsfehlerwurfs 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 11.735 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2025) 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 weisen seit langem darauf hin, dass eine objektive und exakte Erfassung aller fehlerhaften Vorkommnisse im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen ein schwer erreichbares Ziel sind. 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 11.735 vorgeworfenen Fälle:

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

Fehler: 3.503

Schaden: 3.098

Kausalität: 2.700

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.

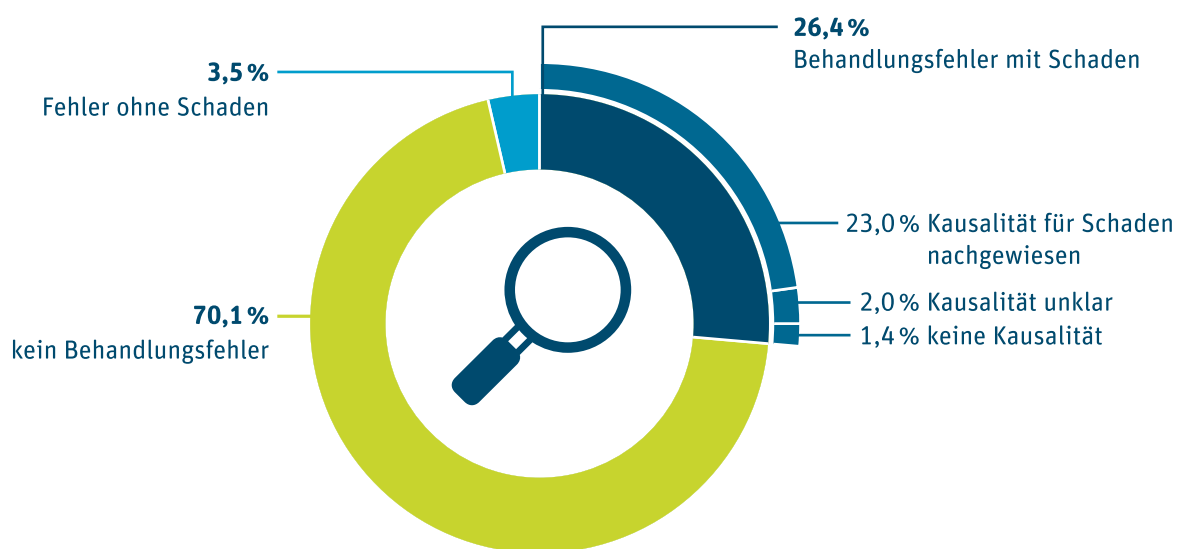
Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden etwa konstant viele Fälle begutachtet (2024: n = 12.304). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2024: n = 3.731), der Fehler mit Schaden (2024: n = 3.301) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2024: n = 2.825) variieren nur geringfügig. Aufgrund 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

Gutachterliche Ergebnisse zu 11.735 vorgeworfenen Fällen



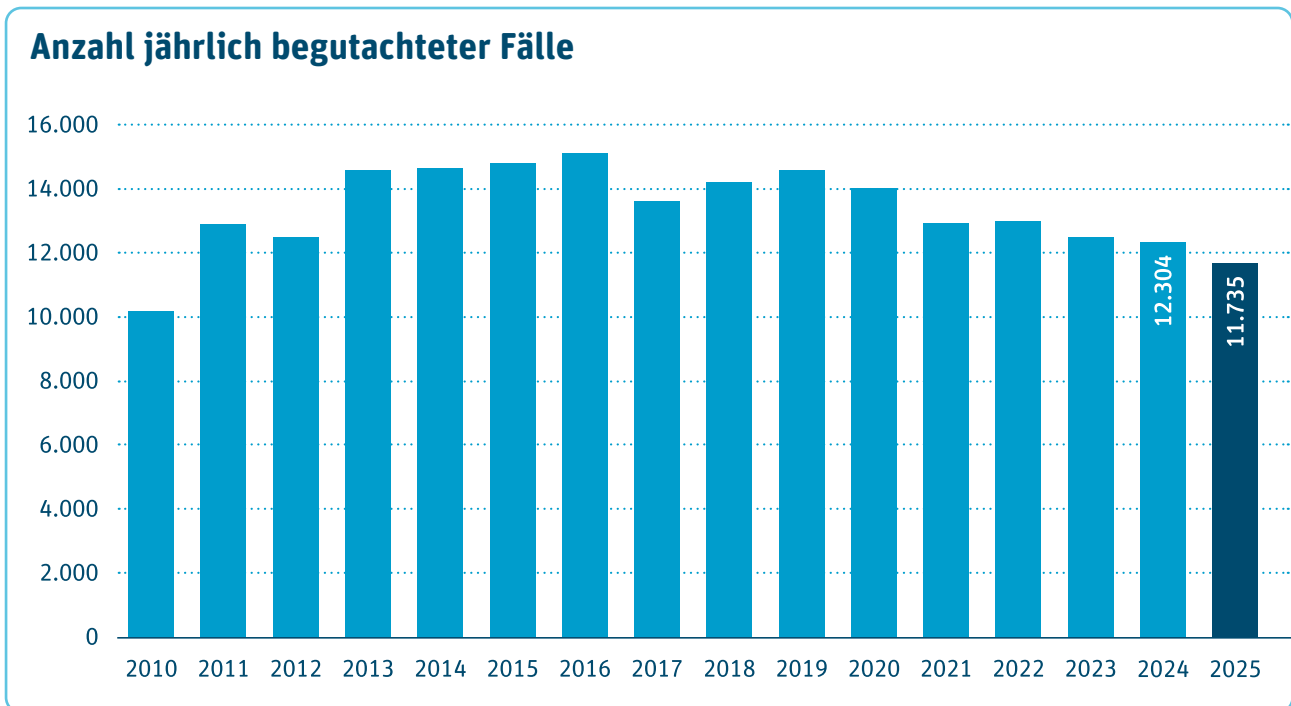
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

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“; $n = 2.700$ bzw. 23 % 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 Behandlungsfehlern unterliegt Schwankungen. Erstmals hatte der Medizinische Dienst 2010 bundesweite Zahlen dazu veröffentlicht. Einen deutlichen Anstieg erreichten die Zahlen im Zuge der öffentlichen Thematisierung der Patientensicherheit und der breiten Diskussion und Aufklärung über Patientenrechte. Die Einführung des Patientenrechtegesetzes erfolgte im Jahr 2013.

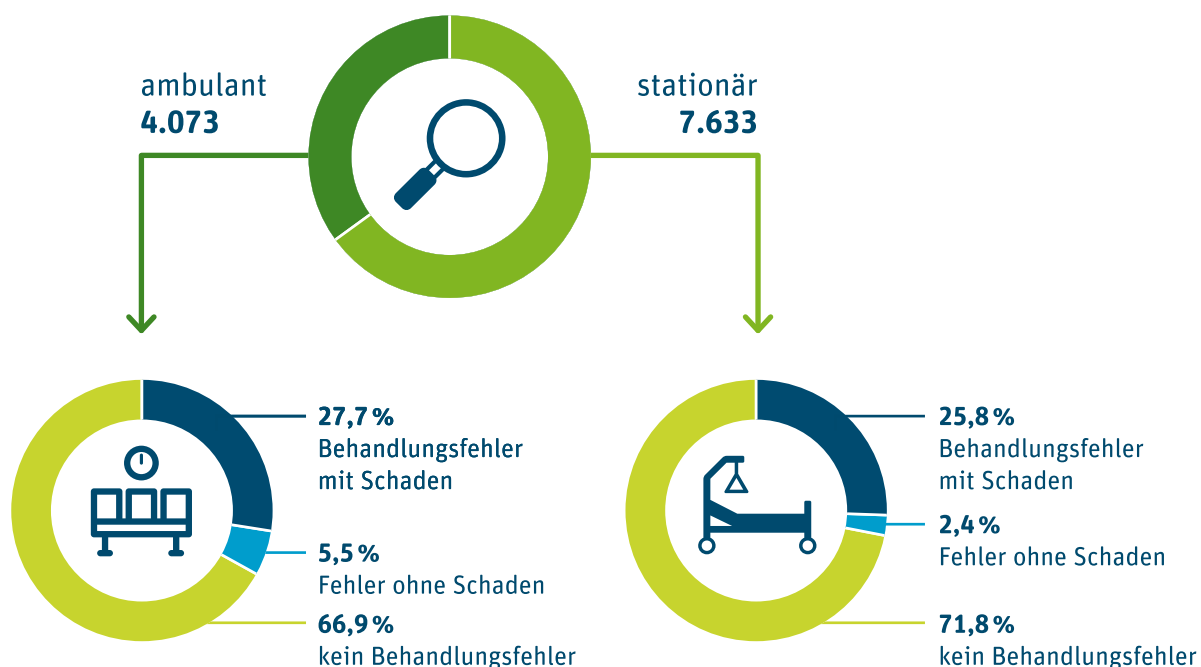
Zu beachten ist hierbei, dass aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Daten keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden können. Die Zahl der tatsächlich auftretenden Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl 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 unbekannten 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

Vorwürfe nach Sektoren



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

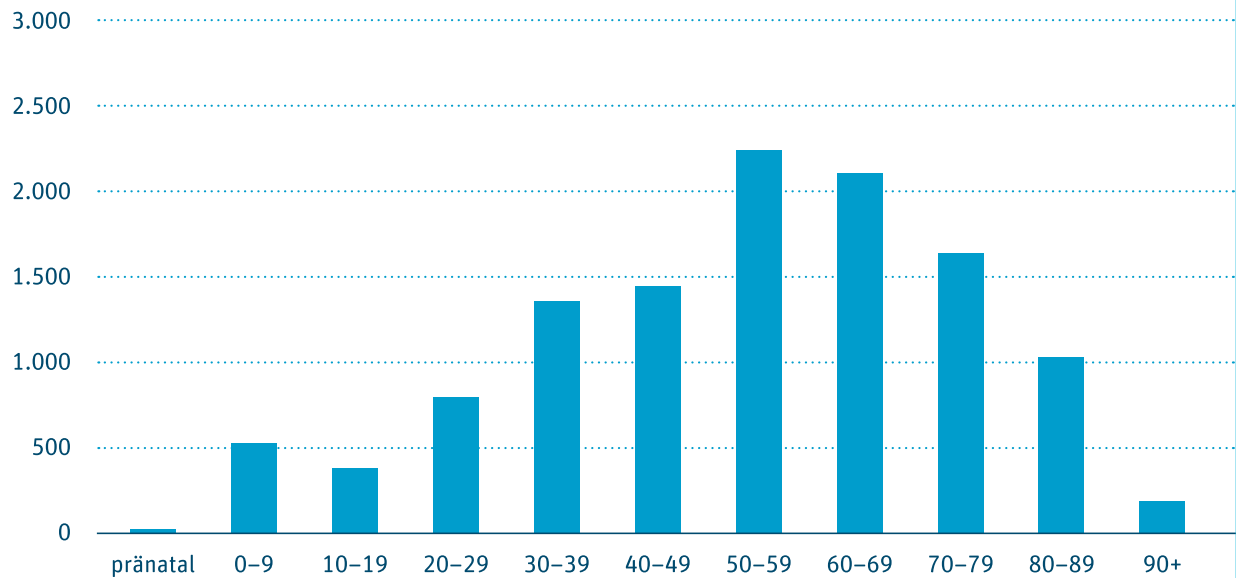
29 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

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

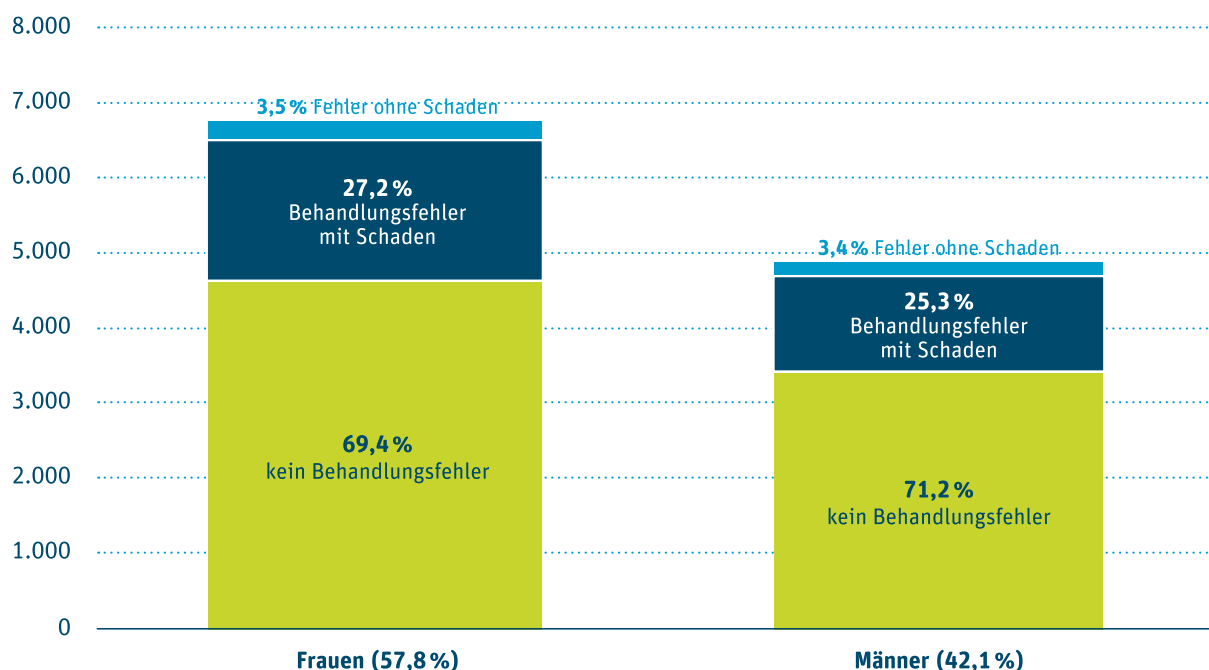


Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

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

Anzahl Behandlungsfehlergutachten 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. Die Geschlechtsangabe „divers“ wurde im Jahr 2025 in 14 Fällen erfasst.

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.

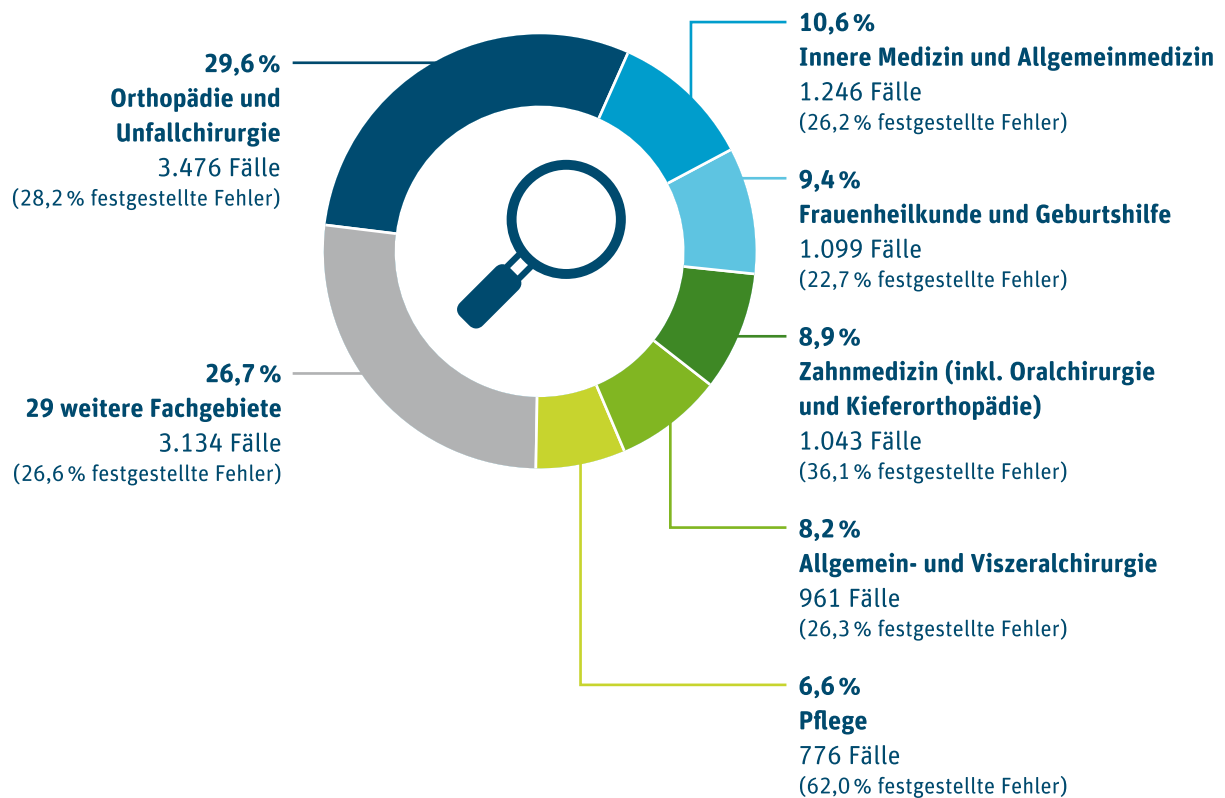
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber 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	3.476	981	28,2 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.099	250	22,7 %
Zahnmedizin	890	334	37,5 %
Pflege	776	481	62,0 %
Viszeralchirurgie	528	133	25,2 %
Neurochirurgie	447	122	27,3 %
Allgemeinchirurgie	433	120	27,7 %
Innere Medizin	399	113	28,3 %
Augenheilkunde	371	91	24,5 %
Urologie	353	73	20,7 %
Innere Medizin und Kardiologie	284	63	22,2 %
HNO-Heilkunde	254	50	19,7 %
Neurologie	228	63	27,6 %
Gefäßchirurgie	216	51	23,6 %
Anästhesiologie	212	71	33,5 %
Allgemeinmedizin	210	69	32,9 %
Kinder- und Jugendmedizin	207	64	30,9 %
Innere Medizin und Gastroenterologie	185	39	21,1 %
Herzchirurgie	154	29	18,8 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	124	41	33,1 %
Psychiatrie und Psychotherapie	117	13	11,1 %
Radiologie	115	62	53,9 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	93	26	28,0 %
Kieferorthopädie	90	20	22,2 %
Kinderchirurgie	76	36	47,4 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	68	15	22,1 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	67	11	16,4 %
Oralchirurgie	63	23	36,5 %
Innere Medizin und Nephrologie	32	11	34,4 %
Innere Medizin und Pneumologie	32	6	18,8 %
Thoraxchirurgie	31	10	32,3 %
Sonstiges (z.B. Pharmakologie)	24	7	29,2 %
Innere Medizin und Angiologie	17	5	29,4 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	11	5	45,5 %
Innere Medizin und Rheumatologie	10	2	20,0 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	9	4	44,4 %
Pathologie	9	3	33,3 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Strahlentherapie	9	2	22,2 %
Klinische Pharmakologie	3	–	0,0 %
Hygiene und Umweltmedizin	2	–	0,0 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	2	–	0,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	2	1	50,0 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2	1	50,0 %
Arbeitsmedizin	1	–	0,0 %
Humangenetik	1	–	0,0 %
Laboratoriumsmedizin	1	1	100,0 %
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1	1	100,0 %
Nuklearmedizin	1	–	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	–	–	
Neuropathologie	–	–	
Transfusionsmedizin	–	–	
Gesamt	11.735	3.503	29,9 %

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.

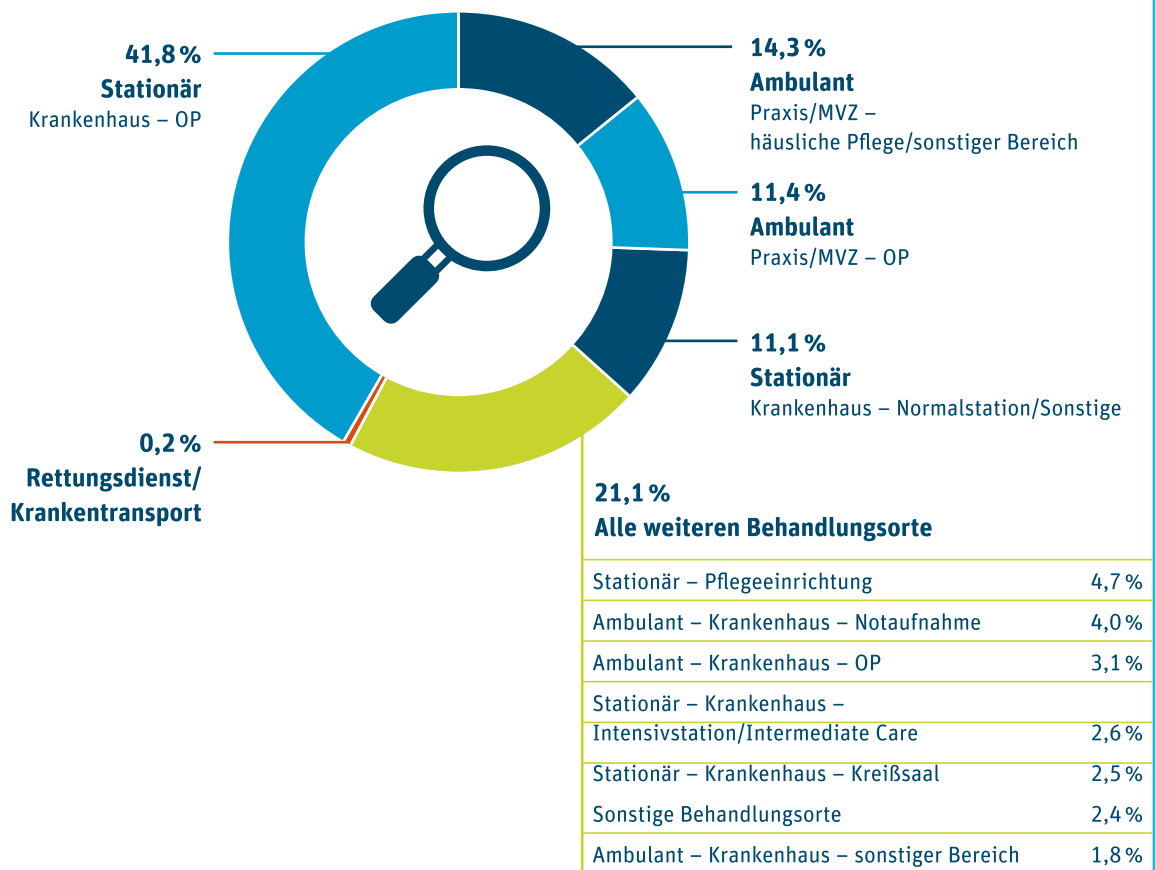
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine 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 – häusliche Pflege/sonstiger Bereich	1.678	534	31,8 %
	Praxis/MVZ – OP	1.343	435	32,4 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	472	205	43,4 %
	Krankenhaus – OP	369	111	30,1 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	211	64	30,3 %
Stationär	Krankenhaus – OP	4.907	1.114	22,7 %
	Krankenhaus – Normalstation/Sonstige	1.297	451	34,8 %
	Pflegeeinrichtung	554	356	64,3 %
	Krankenhaus – Intensivstation/Intermediate Care	302	79	26,2 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	289	52	18,0 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	212	73	34,4 %
	Rehaklinik	72	25	34,7 %
Rettungsdienst/Krankentransport		29	4	13,8 %

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum, OP: Operationssaal

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	430	105	24,4 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	376	86	22,9 %
K02	Zahnkaries	320	111	34,7 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	299	160	53,5 %
S72	Bruch des Oberschenkels	262	77	29,4 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	255	96	37,6 %
S52	Bruch des Unterarmes	184	72	39,1 %
S82	Bruch des Unterschenkels	183	73	39,9 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	177	46	26,0 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	174	59	33,9 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	169	40	23,7 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	164	72	43,9 %
H25	Grauer Star	156	25	16,0 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	151	32	21,2 %
M54	Rückenschmerzen	130	45	34,6 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	124	32	25,8 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	123	21	17,1 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	116	30	25,9 %
K80	Gallensteine	115	27	23,5 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	111	32	28,8 %
C50	Brustkrebs	103	39	37,9 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	103	22	21,4 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	100	33	33,0 %
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	97	79	81,4 %
K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	89	33	37,1 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	89	49	55,1 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenks	85	19	22,4 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	84	35	41,7 %
M19	Sonstige Arthrose	80	20	25,0 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	79	13	16,5 %

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:

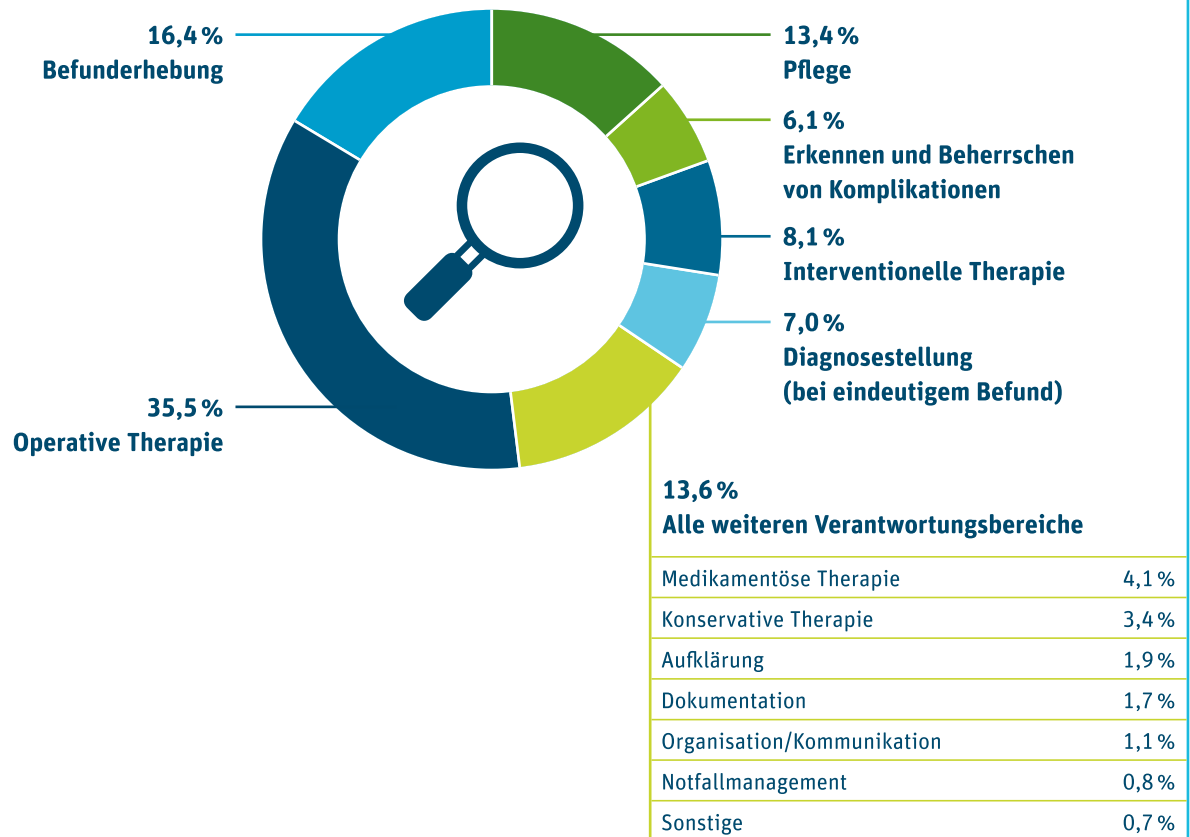
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 42 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 994 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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		1.339	575	42,9 %
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)		576	244	42,4 %
Therapie	Operative Therapie		5.727	1.242	21,7 %
	davon	Indikation	380	176	46,3 %
		OP-Technik	4.194	732	17,5 %
		Lagerung	84	36	42,9 %
		Nachsorge	375	131	34,9 %
		sonstiges	694	167	24,1 %
	Intervention		1.247	282	22,6 %
	davon	Indikation	142	66	46,5 %
		Technik der Durchführung	591	93	15,7 %
		Lagerung	25	12	48,0 %
		Nachsorge	92	25	27,2 %
		sonstiges	397	86	21,7 %
	Konservative Therapie		580	120	20,7 %
	Medikamentöse Therapie		432	143	33,1 %
	Sicherungsaufklärung zur Therapie		22	15	68,2 %
Pflege			765	468	61,2 %
	davon	Planung	94	67	71,3 %
		Durchführung	573	369	64,4 %
		Sonstiges	98	32	32,7 %
Dokumentation			66	58	87,9 %
Organisation/Kommunikation			64	37	57,8 %
Aufklärung			113	66	58,4 %
Medizinprodukte*			14	8	57,1 %
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen			708	215	30,4 %
Notfallmanagement			74	29	39,2 %
Hygiene			8	1	12,5 %

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.

* 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 Hüftgelenkprothese	98
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahns	86
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	74
5-233	Zahnersatz	72
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	72
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	57
5-230	Zahmentfernung	54
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	41
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	33
5-683	Entfernung der Gebärmutter	32
5-231	Operative Zahmentfernung (durch Osteotomie)	31
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	30
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie)	30
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	28
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	28
5-470	Entfernung des Blinddarms	26
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	25
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	24
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	22
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapsel-Band-Apparat des Kniegelenks	22
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	21
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	21
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	21
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	19
5-841	Operationen an Bändern der Hand	19
5-786	Operationen an anderen Knochen: Osteosyntheseverfahren	18
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	18
5-792	Offene Reposition eines Mehrfragment-Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	16
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	15
5-795	Offene Reposition eines Bruchs an kleinen Knochen	15

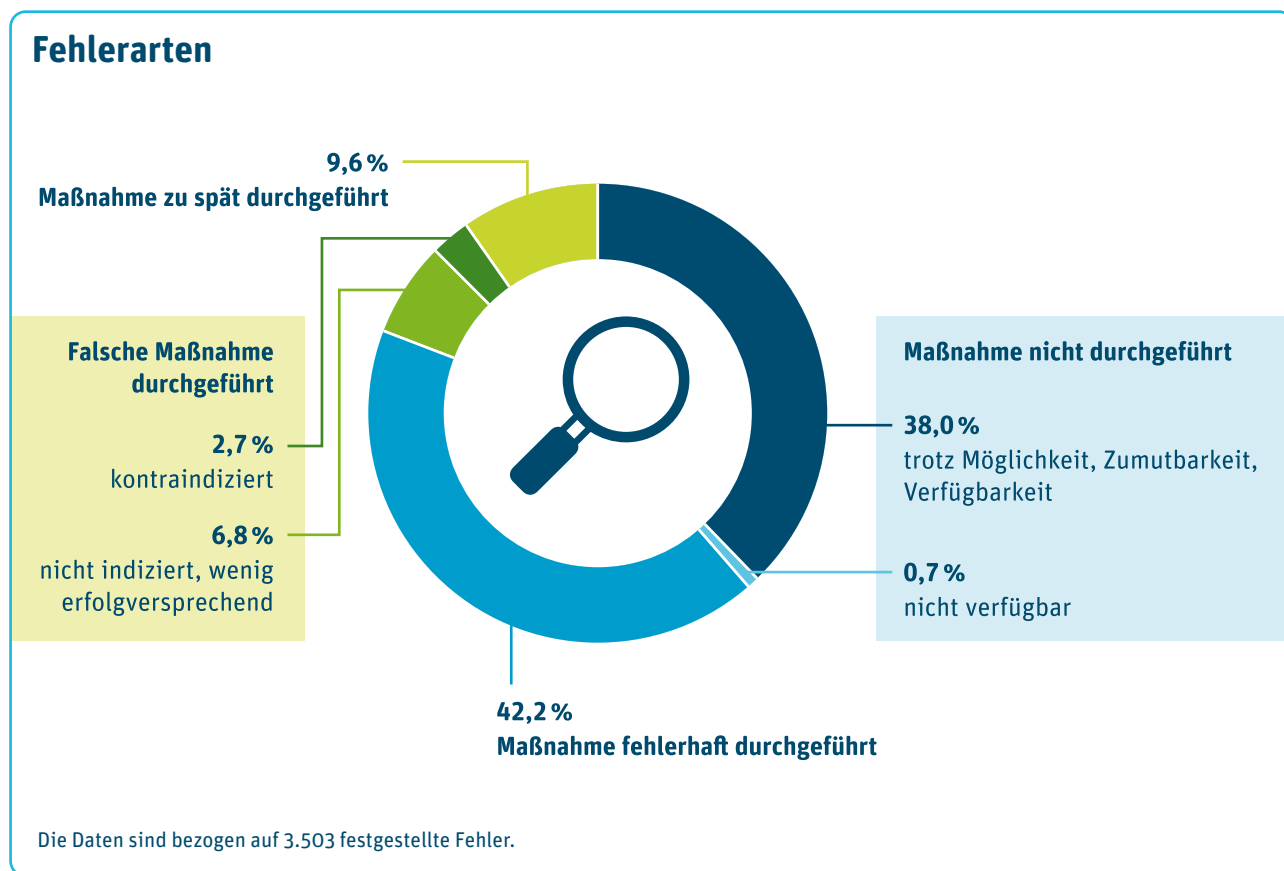
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 3.847 Fällen (32,8 %) 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 1.007 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 1.098 Fälle von allen Fehlern aus (30,5 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 14 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 440 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



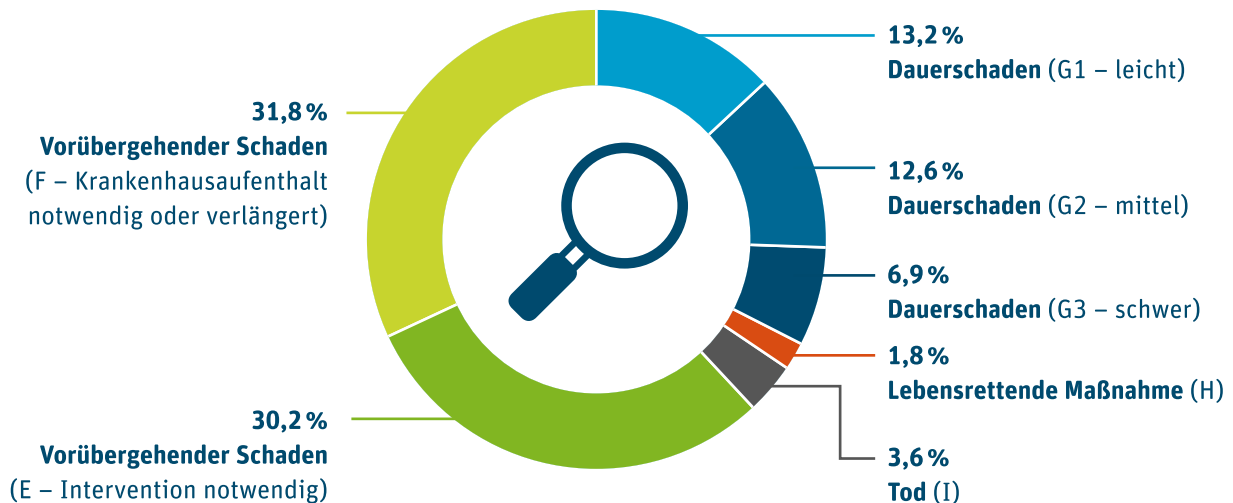
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (38,7 %) oder fehlerhaft (42,2 %) 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 9,5 % keine herausragende Rolle. Ähnlich selten (9,6 %) 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 2.700 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)	942	815	86,5 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	970	859	88,6 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	412	356	86,4 %
	mittel (G2)	392	339	86,5 %
	schwer (G3)	213	186	87,3 %
Lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		51	48	94,1 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		118	97	82,2 %
Gesamt		3.098	2.700	87,2 %

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 87,2 % der Fälle mit einem festgestellten Fehler und vorhandenem Schaden liegt nach gutachterlicher Sicht eine Kausalität des Fehlers für den Schaden vor.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Verwechslung	48
eines Körperteils	16
eines Eingriffs (z.B. Operation/invasive Maßnahme)	9
eines Medizinprodukts (z.B. Implantat/Prothese)	4
Sonstiges	19
Intraoperativ unbeabsichtigt/unbemerkt zurückgelassener Fremdkörper	35
Schaden durch einen Medikationsfehler , also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg oder Gabe trotz dokumentierter Allergie	25
Methotrexat	4
Sonstiges Medikament: Nennung möglich	21
Schaden in Zusammenhang mit der Verwendung eines Medizinprodukts	19
Verbrennungen durch atypischen Stromfluss bei Verwendung eines Elektrokauters	5
in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt/zweckentfremdet wurde	5
durch eine Luftembolie	2
in direktem Zusammenhang mit metallischen Materialien während einer MRT/Kernspin-Untersuchung	1
Sonstiges	6
Schaden durch fehlende Übermittlung oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung oder eines sonstigen Befunds (z.B. Konsil)	8
Schaden durch fehlerhafte, nicht begründete Unterversorgung mit Sauerstoff bzw. fehlendes Monitoring bei medizinischer Notwendigkeit	6
Unersetzlicher Verlust von biologischem Material (z.B. eines Transplantats, einer Probe)	3
Flucht oder Suizid/versuch eines Patienten von/in einer geschlossenen psychiatrischen Station	2
Verbrennungen/Verbrühungen im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung (z.B. durch Wärmflasche/Waschen mit zu heißem Wasser)	2
Schaden infolge einer Transfusion ABO-inkompatibler Blutprodukte oder infolge einer Transplantation unter Verwendung ABO-inkompatibler Organe, Gewebe, Gewebezubereitungen oder Zellen	1
Schaden in direktem Zusammenhang mit der Fixierung eines Patienten	1
Gesamt	150

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 2025 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 folgeschwer 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 % (150 von 2.700) 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 2025, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

Diese für alle Beteiligten – Geschädigte und Personal – besonders folgeschweren 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 Vertrauen wiederherstellen. Im Falle einer Bestätigung des Fehlerverdachts 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 Medizinischer Dienst möchten wir weiterhin darauf hinarbeiten und dazu beitragen, systematisches Lernen aus Fehlern zu erreichen.