

PRESSEMITTEILUNG

Berlin/Essen, 20. August 2026

Vermeidbare Gesundheitsschäden verursachen Milliardenkosten – Einsparpotenziale durch mehr Patientensicherheit nutzen

Der Medizinische Dienst hat im vergangenen Jahr bundesweit 11.735 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In jedem 4. Fall (3.098 Fälle) stellten die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler mit Schaden fest. In 2.700 Fällen war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. In 97 Fällen hat der Fehler zum Tod geführt oder wesentlich dazu beigetragen. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung hervor, die der Medizinische Dienst heute in Berlin vorgestellt hat. Die Begutachtungszahlen zeigen nur einen kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Fehlergeschehens. Die Dunkelziffer ist hoch. Gesundheitspolitisches Handeln ist gefordert.

Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass es bei etwa 2 bis 4 Prozent der stationären Behandlungen zu vermeidbaren Schadensereignissen kommt. Auf Deutschland übertragen entspricht das einer Größenordnung von rund 350.000 bis 700.000 Ereignissen pro Jahr. Unsichere Versorgung verursacht nicht nur unnötiges menschliches Leid, sondern auch erhebliche unnötige Kosten. Dazu gehören zusätzliche Behandlungen, längere Krankenhausaufenthalte, dauerhafte Gesundheitsschäden und Pflegebedürftigkeit – mit erheblichen Folgekosten für das Gesundheitssystem. Die OECD schätzt, dass in hochentwickelten Ländern rund 15 Prozent der Kosten der stationären Versorgung für die Folgen vermeidbarer Schadensereignisse aufgewendet werden. Überträgt man diesen Schätzwert auf die Krankenhausaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, ergibt sich für 2025 eine Größenordnung von rund 16,7 Milliarden Euro.

„Wir diskutieren intensiv über steigende Beitragssätze, Finanzierungslücken und Einsparpotenziale. Dann müssen wir auch darüber sprechen, wie viele Ressourcen durch vermeidbare Schäden in Medizin und Pflege gebunden werden“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. „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.“

Pflicht zur Offenheit stärkt Patientenrechte und schafft Anreiz für Fehlerprävention

Systematische Maßnahmen zur Fehlervermeidung gilt es konsequent einzuführen und umzusetzen: Dazu gehören ein obligatorisches, pseudonymisiertes und sanktionsfreies Meldesystem für schwere aber eindeutig vermeidbare Schadensereignisse, sogenannte Never Events, sowie die Pflicht zur Offenheit der Leistungserbringenden. Behandelnde müssen gesetzlich verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten umgehend zu informieren,

wenn bei ihrer Behandlung etwas Unerwünschtes passiert ist und es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein Behandlungsfehler die Ursache sein könnte. Eine solche Informationspflicht stärkt nicht nur die Rechte der Betroffenen. Sie schafft auch einen zusätzlichen Anreiz, solche Ereignisse aufzuarbeiten und Maßnahmen zu ergreifen, damit sie sich nicht wiederholen. „Offenheit ist deshalb nicht nur ein Patientenrecht. Sie ist auch ein Instrument der Fehlerprävention“, sagt Gronemeyer.

Vergessenes OP-Material im Patienten, Medikamenten- und Seitenverwechslungen

In der Jahresstatistik 2025 stuften die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes 150 Fälle (2024: 134) als sogenannte Never Events ein. Dazu zählen schwerwiegende Medikationsfehler, unbeabsichtigt im Körper zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen wie Tupfer o.ä., Patienten- und Seitenverwechslungen, die zu erheblichen Schäden führen können. Immer wieder stellt der Medizinische Dienst in seinen Gutachten die gleichen folgenschweren Fehler fest. Wenn solche Fehler geschehen, dann weist das eindeutig auf Risiken im Versorgungsprozess hin, denen systematisch nachgegangen werden muss, um weitere Schadensfälle zu verhindern.

Sanktionsfreies Meldesystem hilft Fehler zu vermeiden

Never Events sind für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen wichtig und werden daher in vielen Ländern erfolgreich für die Prävention genutzt. Deutschland hinkt hinterher. International anerkannte Konzepte zur systematischen Fehlervermeidung sollten auch hierzulande eine Selbstverständlichkeit in der Versorgung sein. Die Meldung von Never Events dient ausschließlich der Verbesserung der Patientensicherheit und ist frei von Haftungsfragen. Das muss gesetzlich garantiert sein.

Vorwürfe in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

In der aktuellen Jahresstatistik des Medizinischen Dienstes beziehen sich zwei Drittel aller erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe auf Leistungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (7.633 Fälle). Ein Drittel (4.073 Fälle) entfällt auf den ambulanten Bereich.

Betrachtet man die Fachgebiete, ergibt sich folgendes Bild: 29,6 Prozent der Vorwürfe (3.476 Fälle) betreffen die Orthopädie und Unfallchirurgie; 10,6 Prozent die Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.246 Fälle); 9,4 Prozent die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.099 Fälle); 8,9 Prozent die Zahnmedizin (1.043 Fälle) und 8,2 Prozent die Allgemein- und Viszeralchirurgie (961 Fälle). 6,6 Prozent der Vorwürfe beziehen sich auf Pflege (776 Fälle). 26,7 Prozent der Vorwürfe entfallen auf 29 weitere Fachgebiete (3.134 Fälle).

„Die Häufung in einzelnen Bereichen lässt keinerlei Rückschlüsse auf die Sicherheit in einem Fachbereich zu. Eine Häufung im Fachgebiet zeigt, dass Patientinnen und Patienten auf Behandlungsergebnisse reagieren, wenn diese nicht ihren Erwartungen entsprechen und sie deshalb ein Schadensereignis vermuten“, erläutert Dr. Christine Adolph, Leitende Ärztin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern.

„Fehler bei chirurgischen Eingriffen sind für Patienten in der Regel leichter zu erkennen als zum Beispiel Medikationsfehler. Deshalb werden Fehler bei Operationen eher vorgeworfen als bei anderen Behandlungen.“

In der Jahresstatistik 2025 sind 11.735 Verdachtsfälle zu knapp 1.000 verschiedenen Diagnosen erfasst. Die Vorwürfe betreffen fehlerhafte Behandlungen bei Hüft- und Kniegelenksverschleiß, Knochenbrüchen, Gallensteinen, Zahnwurzelbehandlungen und vieles andere mehr.

Hintergrund

Wenn Patientinnen und Patienten einen Verdacht auf einen Behandlungsfehler haben, können sie sich an ihre Krankenkasse wenden. Diese kann 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 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 Krankenhausaussgaben 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.

Pressekonferenz

Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2025 zur Behandlungsfehlerbegutachtung vor

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

– Es gilt das gesprochene Wort –

Berlin, 20. August 2026

Anrede,

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach dem anerkannten fachlichen 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 den erlittenen Schaden ist. Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, dies in Sachverständigengutachten zu klären.

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 2025 haben die Medizinischen Dienste bundesweit 11.735 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Dabei ging es um medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Leistungen.

In 26,4 Prozent der Fälle (3.098) stellten die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler mit Schaden fest (2024: 3.301). In 23 Prozent der Fälle (2.700) konnte der Medizinische Dienst nachweisen, dass der Behandlungsfehler ursächlich für den erlittenen Schaden war (2024: 2.825). Nur dann, wenn die Kausalität nachgewiesen ist, haben Patientinnen und Patienten Anspruch auf Schadensersatz.

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

Schaut man sich die Behandlungsfehlervorwürfe nach Sektoren an, kommt man zu folgenden Ergebnissen: Zwei Drittel der Vorwürfe (7.633) beziehen sich auf Behandlungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern. Ein Drittel der Vorwürfe (4.073) ist dem ambulanten Bereich zuzuordnen.

Wesentliche Ursache für diese Verteilung ist, dass sich die meisten Behandlungsfehlervorwürfe auf operative Eingriffe beziehen. Da Operationen vorwiegend in Kliniken stattfinden, sind stationäre Fälle häufiger von einem Behandlungsfehlerverdacht betroffen als Eingriffe im ambulanten Bereich.

Fehler gibt es in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

Wertet man die Behandlungsfehlervorwürfe nach Fachgebieten aus, dann erhält man folgendes Bild: 29,6 Prozent aller Vorwürfe (3.476 Fälle) bezogen sich auf Orthopädie und Unfallchirurgie; 10,6 Prozent auf Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.246 Fälle); 9,4 Prozent auf Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.099 Fälle). 8,9 Prozent der Vorwürfe entfielen auf Zahnmedizin (1.043 Fälle); 8,2 Prozent auf die Allgemein- und Viszeralchirurgie (961 Fälle) und 6,6 Prozent auf die Pflege (776 Fälle). 26,7 Prozent (3.134 Fälle) der Vorwürfe bezogen sich auf 29 weitere Fachgebiete.

Ein Beispiel aus der aktuellen Jahresstatistik beschreibt den Fall eines 17-jährigen Jungen, der mit einer komplizierten Handverletzung ins Krankenhaus kommt: Geplant ist, in nur einer Operation zwei verschiedene Verletzungen des Patienten zu versorgen. Fälschlicherweise wird bei dem Eingriff aber nur eine der beiden Verletzungen behandelt. Die andere wird vergessen. Im Ergebnis muss der junge Patient noch einmal operiert werden, um auch die zweite Verletzung zu versorgen.

Im Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie werden am häufigsten Behandlungsfehler vorgeworfen. Die Häufung in einzelnen Bereichen lässt jedoch keinerlei Rückschlüsse auf die Sicherheit in dem jeweiligen Fachbereich zu. Sie sagt auch nichts über die jeweilige Fehlerquote aus. Eine Häufung im Fachgebiet zeigt lediglich, dass Patientinnen und Patienten auf Behandlungsergebnisse reagieren, wenn diese nicht ihren Erwartungen entsprechen und sie daher eher ein Schadensereignis vermuten.

Macht zum Beispiel eine Patientin nach einer Hüftoperation die Erfahrung, dass ihre Zimmernachbarin, die ebenfalls eine neue Hüfte erhalten hat, viel schneller wieder auf die Beine kommt als sie selbst, dann kann das zu einem Behandlungsfehlerverdacht führen.

Voraussetzung für die Begutachtung eines Behandlungsfehlers ist, dass sie von den Patienten selbst überhaupt bemerkt werden können: Fehler bei Operationen können meistens

leichter erkannt werden als zum Beispiel Medikationsfehler. Daher werden Behandlungsfehler häufiger bei Operationen als bei anderen Behandlungen vorgeworfen.

In der Jahresstatistik 2025 liegen den 11.735 Vorwürfen knapp 1.000 unterschiedliche Diagnosen zugrunde. Sie reichen von Hüft- und Kniegelenksverschleiß über Knochenbrüche, Krebserkrankungen, grauem Star bis hin zu Zahnerkrankungen und Gallensteinen.

Ein weiteres Fallbeispiel aus der Jahresstatistik 2025: Bei einer 55-jährigen Patientin fällt in der Mammographie ein krebsverdächtiger Befund in der linken Brust auf. Diese Information geht verloren. Dem Krebsverdacht wird nicht nachgegangen; eine Gewebeentnahme zur Abklärung unterbleibt. Die Brustkrebsdiagnose wird erst ein Jahr später gestellt, die Therapie verspätet eingeleitet. Daraus resultiert ein bleibender Gesundheitsschaden.

Ein Drittel Dauerschäden, zwei Drittel der Schäden sind vorübergehend

Bei knapp zwei Drittel (62,0 Prozent) der begutachteten Fälle sind vorübergehende Schäden entstanden. Das veranschaulicht unser drittes Beispiel: Eine Patientin (63 Jahre) ist wegen einer Lungenerkrankung im Krankenhaus. Sie erhält ein Medikament, das die Immunabwehr beeinflusst (Methotrexat). Im Entlassbrief steht eine widersprüchliche Dosierungsangabe (tägliche statt wöchentlicher Einnahme). Dies wird weder vom entlassenden Klinikarzt noch vom verordnenden Hausarzt bemerkt. Ergebnis: Die Überdosierung bleibt unbemerkt bis die Patientin Beschwerden entwickelt.

Bei einem knappen Drittel (32,7 Prozent) der begutachteten 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 oder wenn, wie im Fall der Patientin mit Brustkrebs, ein unumkehrbarer Gesundheitsschaden verursacht wird.

Ein Behandlungsfehler kann auch so schwer sein, dass lebensrettende Maßnahmen notwendig werden.

In Fällen (97 Fälle) hat ein Fehler zum Tod der Patientin oder des Patienten geführt oder wesentlich dazu beigetragen.

Anrede,

abschließend möchte ich Ihnen noch einen Überblick über die Never Events geben – also die schwerwiegenden vermeidbaren Schadensereignisse, die wir jedes Jahr in unserer Statistik sehen und die durch entsprechende Präventionsmaßnahmen in jedem Fall zu

verhindern wären. Für die Fehlervermeidung sind die Never Events von besonders großer Bedeutung.

Never Events in der Jahresstatistik 2025

Die Gutachterinnen und Gutachter haben im vergangenen Jahr 150 Never Events festgestellt (2024: 134 Fälle). In knapp 50 Fällen kam es zu Verwechslungen, in 35 Fällen wurde Fremdmaterial in den Körpern der Patientinnen und Patienten vergessen und in 25 Fällen gab es Medikationsfehler, die Schäden verursacht haben.

Auch der zuvor geschilderte Fall der Patientin, die durch eine Überdosierung geschädigt wurde, findet sich in der Never Event- Tabelle wieder: Methotrexat ist ein Medikament, das bei verschiedenen Erkrankungen eingesetzt wird. Bei den meisten Krankheitsbildern und insbesondere im ambulanten Bereich wird es regelhaft nur einmal wöchentlich gegeben. Höhere Dosierungen sind in der Regel der Therapie von schweren Krebserkrankungen vorbehalten und erfordern eine engmaschige Überwachung.

Für Methotrexat zur wöchentlichen Anwendung gibt es mehrere risikominimierende Maßnahmen: zum Beispiel die einzelne Verblisterung des Medikaments, deutliche Warnhinweise auf der Packung, eine Patientenkarte und eine ganz eindeutige Verschreibung mit Nennung des Wochentags, an dem das Medikament eingenommen wird.

Unser Fallbeispiel zeigt, dass alle diese Maßnahmen nicht gegriffen haben. Da der Schaden durch Sicherheitsmaßnahmen vermeidbar gewesen wäre, gehört dieses Beispiel zu den sogenannten Never Events. Allein in unserer Statistik sind im vergangenen Jahr 4 Fälle mit diesem Fehler gelistet.

Gutachten des Medizinischen Dienstes sind wichtige Unterstützung

Wenn Behandlungsfehler geschehen, ist das für die Patientinnen und Patienten und für ihre Angehörigen enorm belastend. Um das Geschehene verstehen und verarbeiten zu können, hilft oftmals das Sachverständigengutachten des Medizinischen Dienstes. Erste Anlaufstelle für die Geschädigten ist die gesetzliche Krankenkasse.

Nach dem Patientenrechtegesetz ist sie verpflichtet, die Versicherten bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen. Die Krankenkasse kann den Medizinischen Dienst beauftragen, ein fachärztliches Gutachten zu erstellen. Sollte sich bestätigen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, 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 weiterhin so groß ist.

Faktenblatt: Gesundheitsökonomische Auswirkungen mangelnder Patientensicherheit

Warum entstehen Kosten durch Behandlungsfehler?

Wenn Patientinnen und Patienten einen Behandlungsfehler erleiden, dann ist das nicht nur mit viel menschlichem Leid verbunden, sondern es entstehen auch Kosten für das Gesundheitssystem. Zum einen können erneute Eingriffe erforderlich sein: Untersuchungen und Behandlungen müssen wiederholt werden. Patientinnen und Patienten sind zudem länger arbeitsunfähig, als sie es wären, wenn die Behandlung fehlerfrei erfolgt wäre. Möglicherweise sind auch Gesundheitsschäden, die durch Behandlungsfehler verursacht wurden, kurz- oder langfristig zu behandeln. Im schlimmsten Fall sind Kosten für bleibende Invalidität oder Pflegebedürftigkeit von der Solidargemeinschaft zu tragen. Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass es allein bei 2 bis 4 Prozent der stationären Fälle zu vermeidbaren Schadensereignissen kommt. Das entspräche 350.000 bis 700.000 Fällen pro Jahr.¹ Viele dieser vermeidbaren Schäden könnten durch Präventionsmaßnahmen wie zum Beispiel die Einführung einer Meldepflicht für Never Events verhindert werden.

Wie hoch werden die gesundheitsökonomischen Kosten geschätzt?

Die Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) hat 2017 in dem vielbeachteten Bericht „*The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*“ geschätzt, dass in hochentwickelten Ländern allein in der stationären Versorgung rund 15 Prozent der Kosten für die Folgen von vermeidbaren Schadensereignissen aufgewendet werden.

Nach vorläufigen Ergebnissen des Bundesgesundheitsministeriums beliefen sich die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2025 auf rund 111,4 Milliarden Euro². Legt man den OECD-Schätzwert von 15 Prozent zugrunde, ist davon auszugehen, dass im Jahr 2025 allein in der gesetzlichen Krankenversicherung schätzungsweise etwa 16,7 Milliarden Euro Kosten durch vermeidbare Schadensereignisse in der stationären Versorgung entstanden sind.

¹ Quelle: Berechnung MD Bund bezogen auf 17,5 Mio. Krankenhausfälle nach Schrappe, Matthias (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. 1. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

² Quelle: Finanzentwicklung der GKV im 1.-4. Quartal 2025 – Bundesministerium für Gesundheit

Die Gesamtkosten für die stationäre Versorgung in Deutschland (alle Kostenträger zusammen) beliefen sich im Jahr 2024 auf 128,4 Milliarden Euro (bereinigte Zahlen, ohne Kosten für Ambulanzen, Forschung und Wissenschaft)³. Legt man den OECD-Schätzwert von 15 Prozent zugrunde, sind im Jahr 2024 allen Kostenträgern gemeinsam circa 19,3 Milliarden Euro an Kosten durch vermeidbare Schadensereignisse in der stationären Versorgung entstanden.

Wie hoch werden die Kosten in der gesamten Versorgung geschätzt?

Der OECD-Report aus dem Jahr 2022 „*The economics of patient safety: From analysis to action*“ kommt unter Berücksichtigung von Fällen aus dem ambulanten Bereich und der stationären Langzeitpflege zum Ergebnis, dass etwa 12,6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in hochentwickelten Ländern auf unsichere Versorgung zurückzuführen sind. Schaut man sich die gesundheitsökonomischen Auswirkungen der vermeidbaren Schadensereignisse an, so geht man von Folgekosten in Höhe von 8,7 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit aus.

Überträgt man diese Schätzung auf die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland von rund 352 Milliarden Euro im Jahr 2025, entspräche dies einer Größenordnung von etwa 31 Milliarden Euro.

Stand: August 2026

³ Quelle: Kosten der Krankenhäuser nach Bundesländern - Statistisches Bundesamt

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.

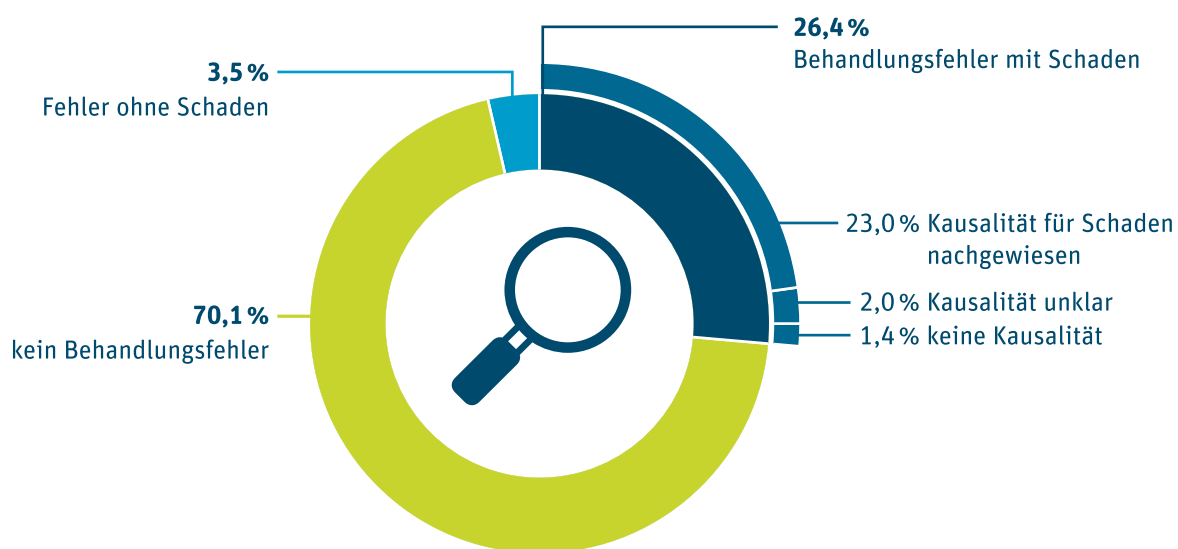
Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden etwa konstant viele Fälle begutachtet (2024: n = 12.304). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2024: n = 3.731), der Fehler mit Schaden (2024: n = 3.301) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2024: n = 2.825) variieren nur geringfügig. Aufgrund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



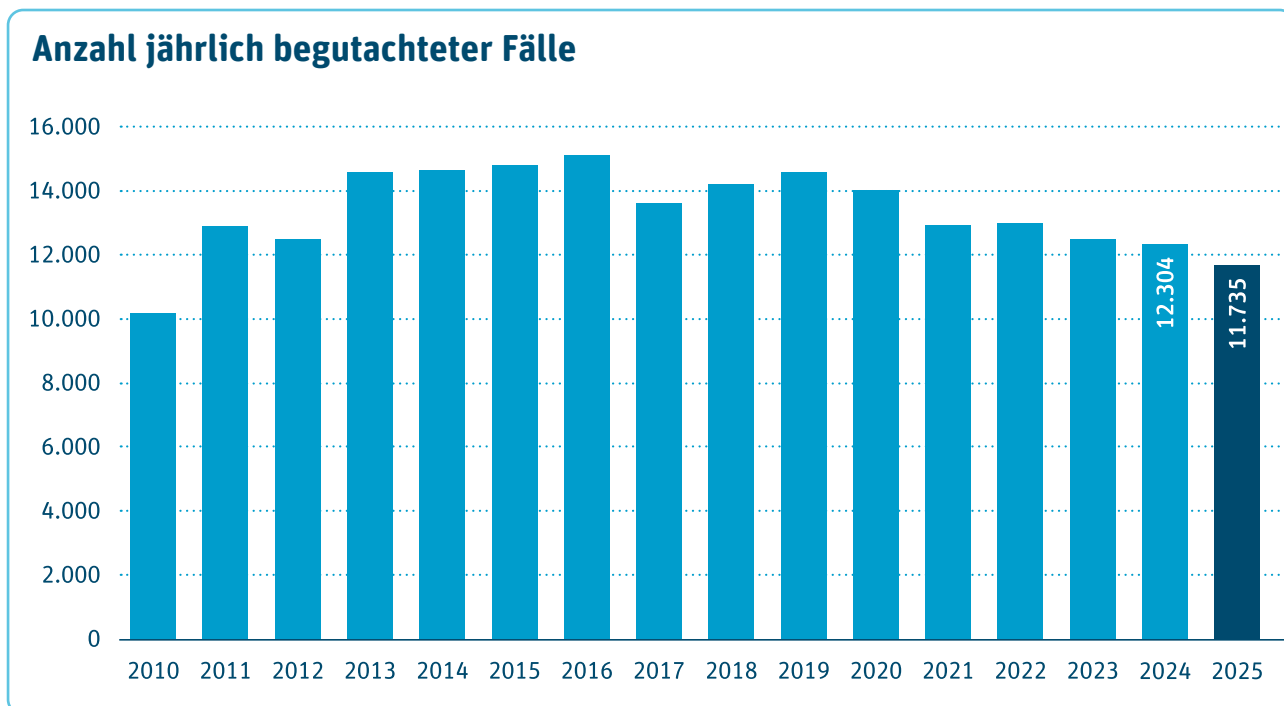
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

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.

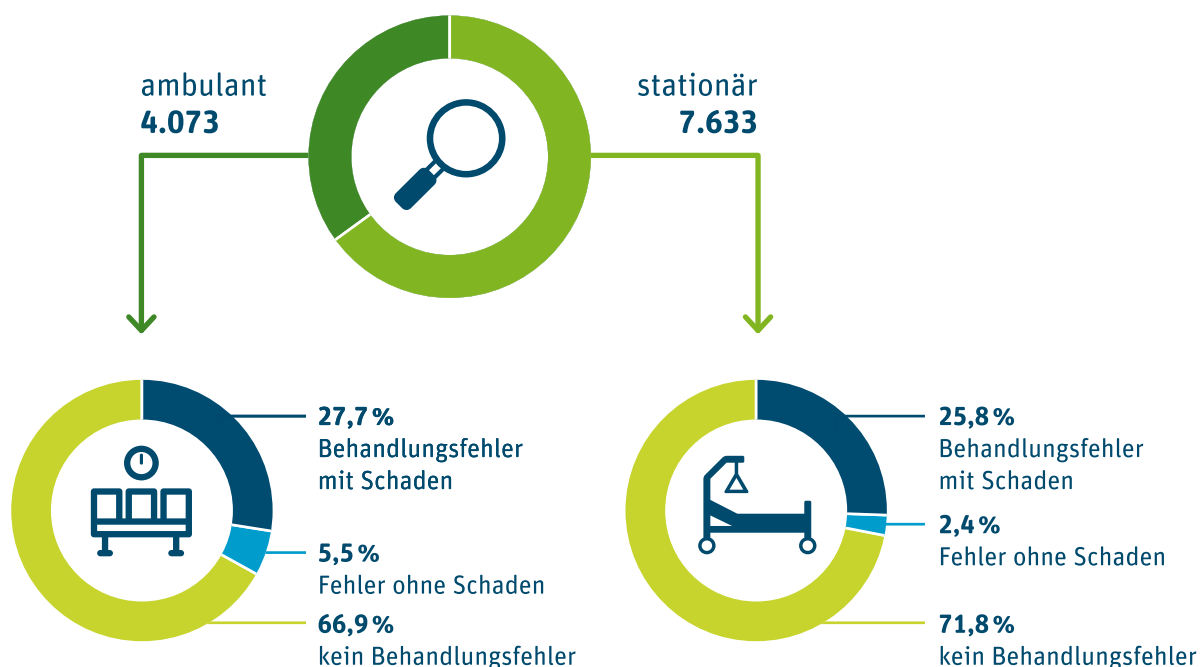
Zu beachten ist hierbei, dass aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Daten keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden können. Die Zahl der tatsächlich auftretenden Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl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

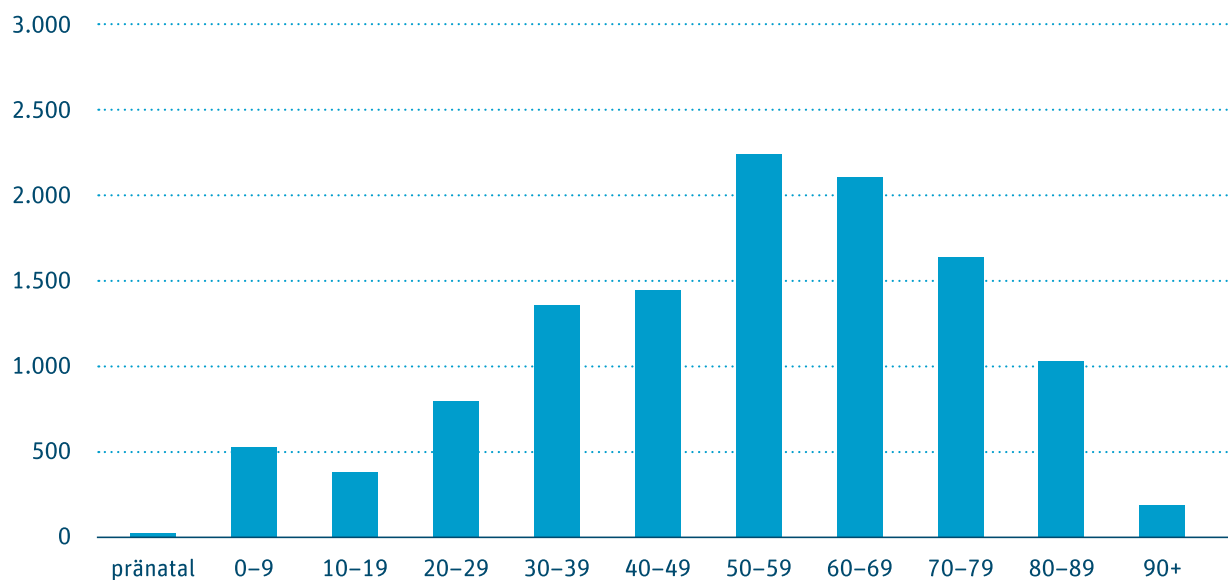
29 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

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

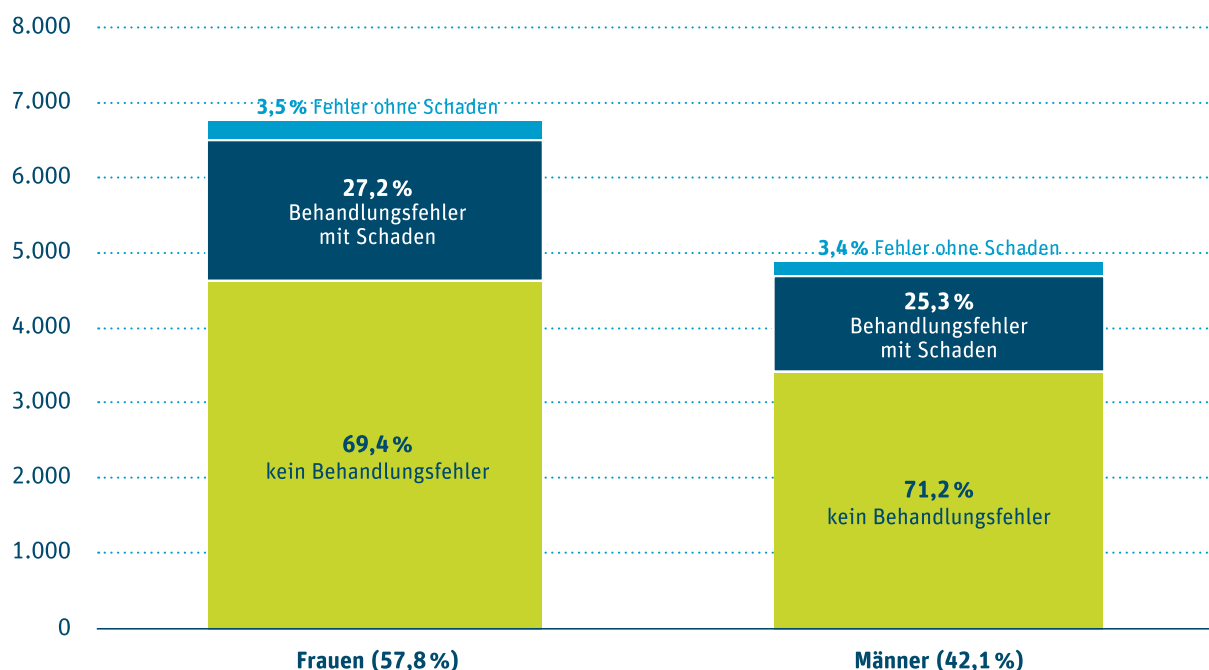


Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

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.

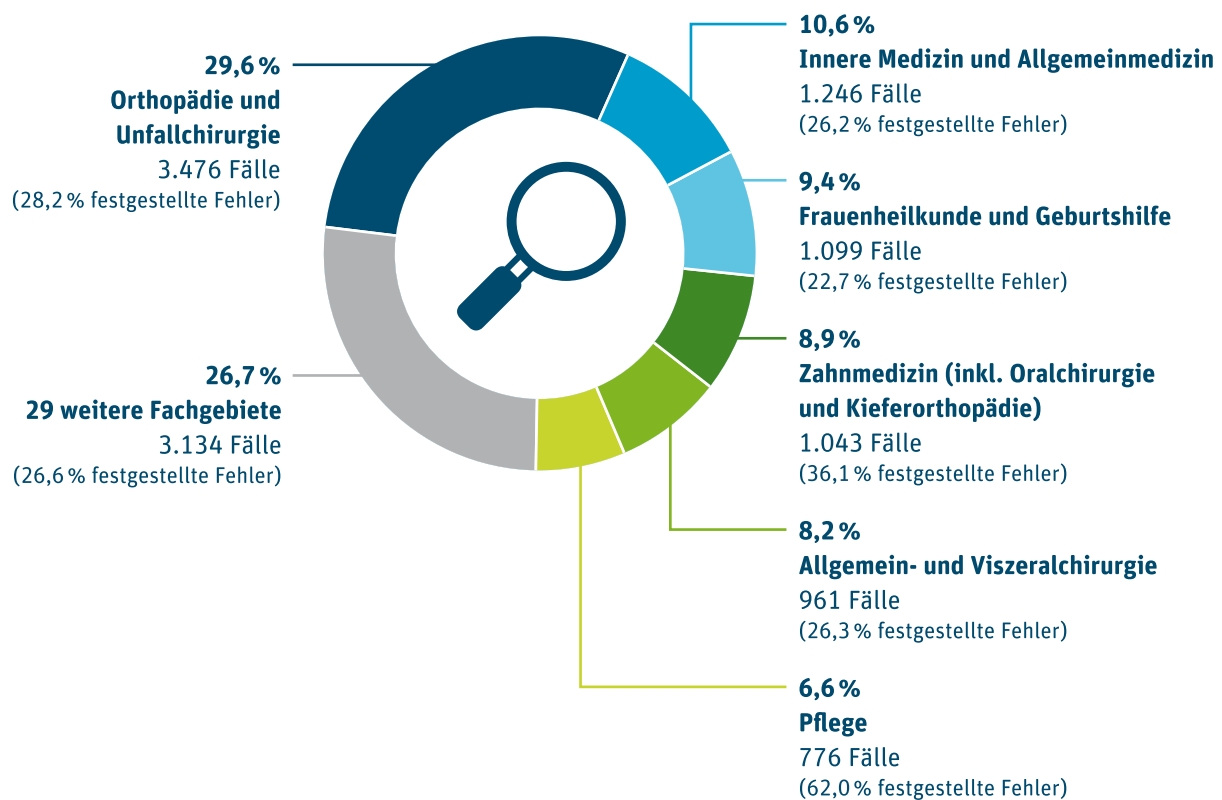
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber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

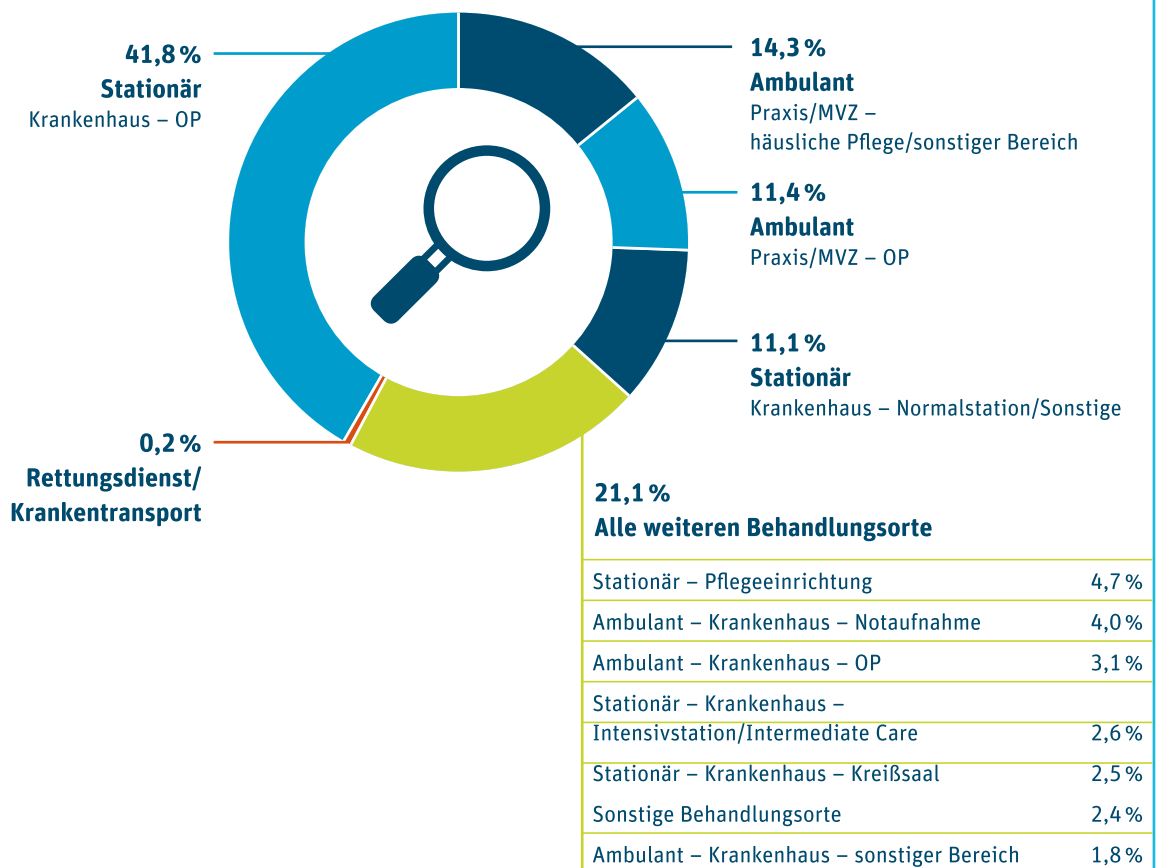
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine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

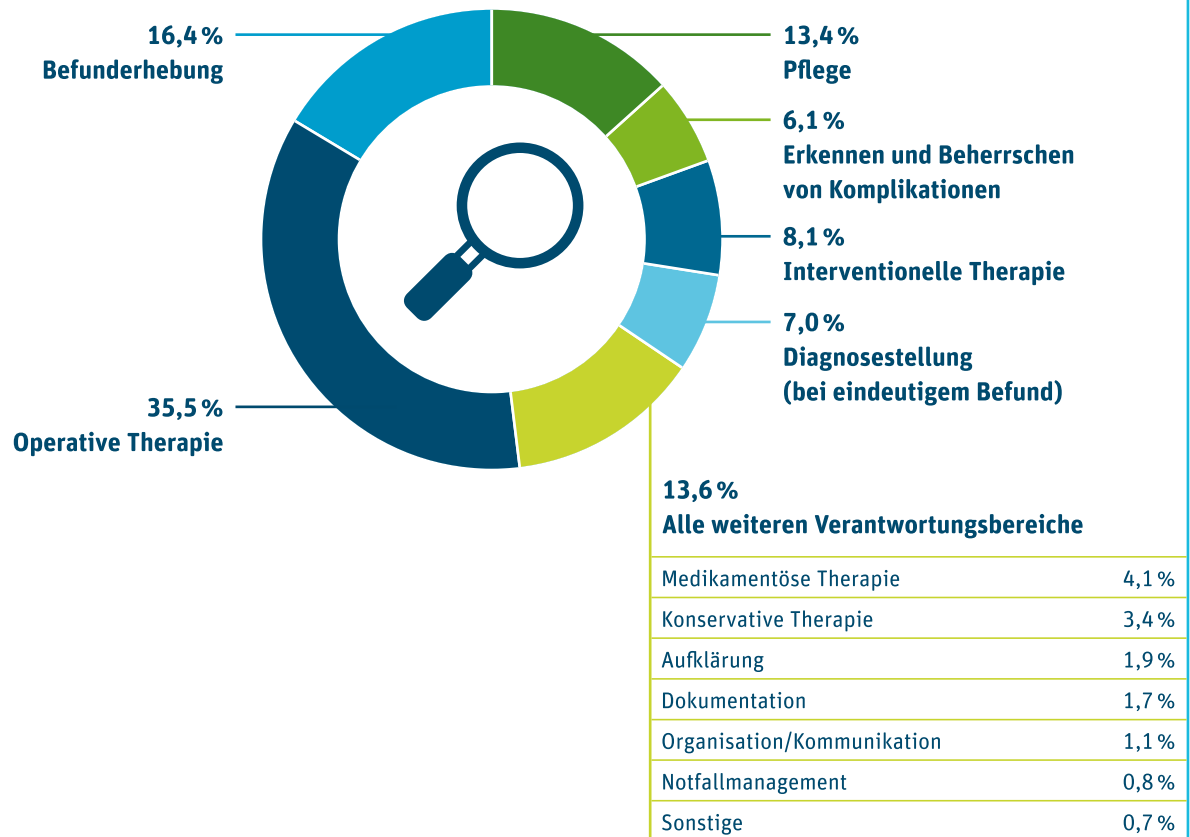
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 42 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 994 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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 Kniegelenkprothese	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

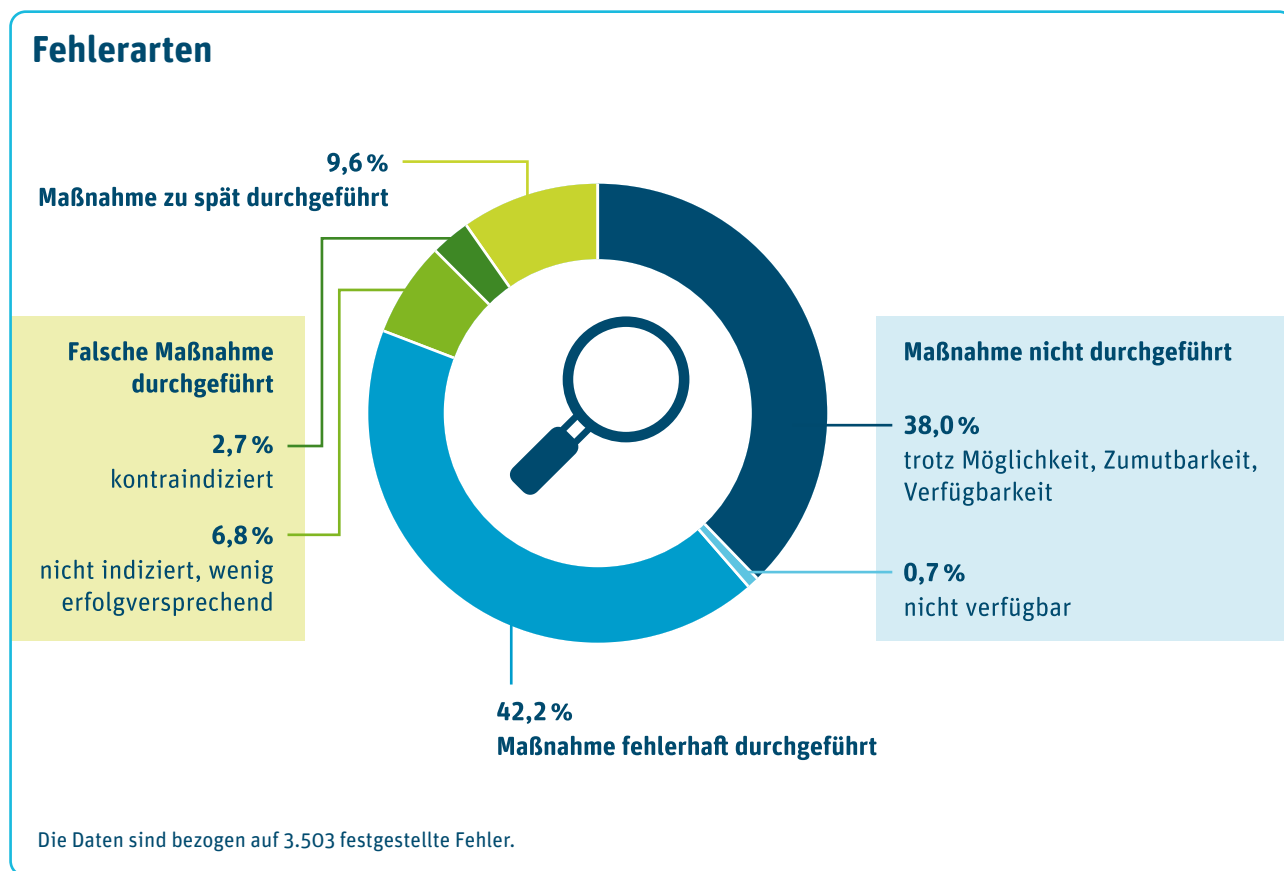
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

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



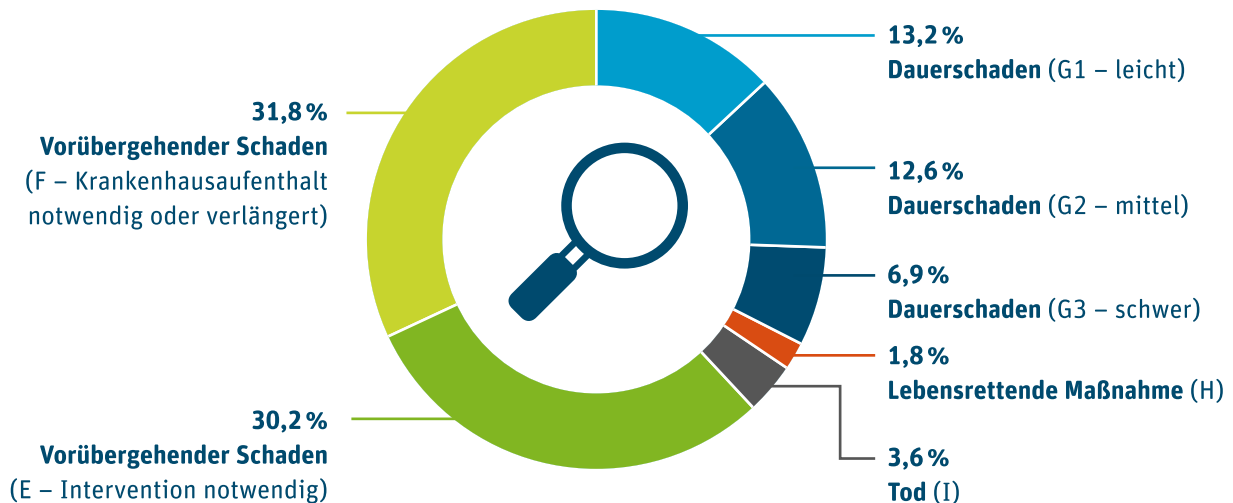
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

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.

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 Schadenersatzansprüche 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 dar und bewerten ihn vor dem Hintergrund des erhobenen Vorwurfes. Zur Beurteilung des Sachverhalts ziehen die Gutachterinnen und Gutachter medizinische Leitlinien und 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, 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 vermeidbar 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.

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

Stand: August 2026



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.

