

**Statement von Prof. Dr. Astrid Zobel,
Leitende Ärztin Sozialmedizin, MDK Bayern**

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2014“**

am 20. Mai 2015 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

wenn Patientinnen und Patienten sich an einen Arzt oder an eine Ärztin wenden, haben sie Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard. Das heißt: Die Behandlung muss angemessen, sorgfältig, richtig und zeitgerecht sein. Ist dies nicht der Fall, dann sprechen Mediziner und Juristen von einem Behandlungsfehler. Doch auch bei fehlerfreien Behandlungen können Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten. Das bedeutet: Es kann ein Schaden entstehen, obwohl kein Behandlungsfehler vorliegt. Dies im Einzelfall zu untersuchen und zu unterscheiden, ist Sinn des medizinischen Sachverständigengutachtens bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler. Diese Expertise bieten die Medizinischen Dienste (MDK) für alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland mit etwa 70 Millionen Versicherten an.

Insgesamt 14.663 Gutachten haben die MDK im Jahr 2014 zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Dabei ging es um medizinische und zahnmedizinische Behandlungen sowie Kranken- und Altenpflege. Die Frage: „Liegt ein Behandlungsfehler vor und hat der Patient einen Schaden erlitten?“ bejahten die ärztlichen Gutachter der MDK in jedem vierten Gutachten (25,9 %) – das heißt in 3.796 Fällen. In jedem fünften Fall (20,3 %) stellten die MDK-Gutachter fest, dass der Behandlungsfehler auch die Ursache für den Schaden war – dies trifft auf 2.970 Fälle zu.

Die meisten Vorwürfe betreffen Kliniken und Operationen

Zwei Drittel der *Vorwürfe* betrafen Behandlungen in Krankenhäusern, ein Drittel bezog sich auf Behandlungen durch einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin. Eine wesentliche Ursache für diese Verteilung ist, dass sich die meisten Behandlungsfehlervorwürfe auf chirurgische Eingriffe beziehen. Da Operationen vorwiegend im Krankenhaus stattfinden, ist dieser Sektor häufiger von einem Behandlungsfehlerverdacht betroffen.

Bei den *gutachterlich festgestellten Behandlungsfehlern* zeigt sich relativ gesehen jedoch kein Unterschied zwischen dem ambulanten und stationären Bereich: Von den 5.182 Vorwürfen gegenüber niedergelassenen Ärzten und den 9.457 Vorwürfen im stationären Bereich wurde jeweils etwa jeder vierte Vorwurf bestätigt.

Wie bereits angedeutet wird ein Behandlungsfehlervorwurf viel häufiger nach einer Operation als nach einer medikamentösen Behandlung erhoben. Dies hat nach unserer Erfahrung damit zu tun, dass bei einem postoperativen Behandlungsverlauf, der nicht den Erwartungen entspricht, beim Patienten eher der Verdacht auf einen Fehler entsteht als wenn ein Fehler in der Medikation auftritt.

Ein Beispiel dafür ist die Situation eines ansonsten gesunden Patienten nach einem unfallbedingtem Knochenbruch. Wenn der Bettnachbar mit der gleichen Verletzung nach der Operation viel schnellere Fortschritte macht und der eigene Heilungsverlauf trotz identischem Trainingsprogramm verzögert ist, entsteht leicht der Verdacht, dass bei der Behandlung etwas „schief gelaufen“ sein könnte.

In der aktuellen Statistik der MDK-Gemeinschaft standen 7.845 Fälle in direktem Zusammenhang mit einem operativen Eingriff. Ein Behandlungsfehler wurde in 24,3 % dieser Fälle gutachterlich festgestellt. Die höchste Quote an bestätigten Behandlungsfehlern (Verhältnis der festgestellten Fehler zur Anzahl der Fehlervorwürfe) findet sich jedoch nicht in der Chirurgie. Am häufigsten wurde ein Fehlervorwurf in der Pflege bestätigt (57,8 % von 590 Fällen), gefolgt von der Zahnmedizin mit 39,2 % von 1.419 Fällen, der Allgemeinchirurgie (27,5 % von 1642 Fällen) sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (27,0 % von 1.144 Fällen). Eine hohe Zahl an Vorwürfen lässt also nicht auf eine hohe Zahl an tatsächlichen Behandlungsfehlern schließen, sondern sie spiegelt eher wider, wie Patienten Behandlungen erleben und unterschiedlich auf ein nicht den Erwartungen entsprechendes Ergebnis reagieren.

Andererseits kann aus einer hohen Bestätigungsquote nicht auf die Behandlungsqualität in diesem Fachgebiet geschlossen werden, da die Zahlen der MDK-Gemeinschaft nicht die Gesamtzahlen der Behandlungen und Behandlungsfehler repräsentieren. Es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, weil Fehler zum einen nicht immer als solche zu Tage treten – und somit weder für den Patienten noch für den Behandler erkennbar sind. Zum anderen sind Patienten vermutlich oft nicht in der Lage oder sie können sich nicht entschließen, einem Fehlerverdacht nachzugehen.

Mehr Patientensicherheit durch Analyse von Fehlern und Beinahe-Fehlern

Für die Patientensicherheit ist es unentbehrlich, Fehler zu analysieren und Fehlerquellen festzustellen. Dabei geht es nicht um Schuldzuschreibungen, sondern um die Entwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung. Die Etablierung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) in allen Krankenhäusern wird einen wichtigen Beitrag zur Fehlervermeidung leisten, wenn diese Systeme mit Leben gefüllt sind. Auch durch die Standardisierung kritischer Behandlungsprozesse und die Verwendung von Checklisten können Fehler verhindert werden. Mit dem flächendeckenden Einsatz von diesen bereits vorhandenen Instrumenten sowie der Anstrengung aller Akteure bei der Entwicklung neuer Verfahren wird ein wesentlicher Schritt zu mehr Patientensicherheit erfolgen.