

Mit mehr Patientensicherheit zu weniger Behandlungsfehlern

DIE MEDIZINISCHEN DIENSTE haben im vergangenen Jahr Gutachten zu 13 059 Behandlungsfehler-Verdachtsfällen erstellt. In jedem vierten Fall (3221 Fälle) wurde ein Behandlungsfehler mit einem Schaden bestätigt, in jedem fünften Fall war der Fehler auch Ursache für den erlittenen Schaden (2696 Fälle). Die Ergebnisse aus 2022 ähneln denen der Vorjahre.

Wer sich aufgrund einer Erkrankung oder einer Verletzung in eine Einrichtung des Gesundheitswesens begibt, vertraut darauf, eine den aktuellen fachlichen Standards entsprechende Behandlung zu bekommen. Doch überall, wo Menschen arbeiten, passieren mitunter auch Fehler. Viele Betroffene beklagen erhebliche Hürden bei der Nachverfolgung unerwünschter Zwischenfälle. Als medizinische Laien stehen viele von ihnen den Behandelnden und ihren Haftpflichtversicherungen relativ hilflos gegenüber.

Dieses Ungleichgewicht sollen die Behandlungsfehler-Gutachten der Medizinischen Dienste zumindest ein Stück weit ausgleichen. Denn auch wenn das Gutachten zu dem Ergebnis kommt, dass der erhobene Vorwurf unberechtigt ist und das Vorliegen eines Behandlungsfehlers nicht bestätigt werden kann, hilft dies den Betroffenen, das Geschehene einzuordnen und als unabwendbare Komplikation zu begreifen. Stellt das Gutachten allerdings einen durch einen Behandlungsfehler verursachten Schaden fest, haben Versicherte Aussicht auf Schadensersatz und können mithilfe des Gutachtens weitere rechtliche Schritte einleiten. Versicherte profitieren davon, dass sie das Gutachten des Medizinischen Dienstes nicht selbst bezahlen müssen und die Bearbeitungszeit vergleichsweise gering ist (im Durchschnitt drei Monate ab Eingang aller für den Fall relevanten Unterlagen).

Ergebnisse der Begutachtung 2022

Die aktuellen Zahlen der Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung 2022 ähneln denen der Vorjahre: So wurden 2022 insgesamt 13 059 Fälle vermuteter Behandlungsfehler begutachtet, ein Fehler war in 3685 Fällen (28,2%) nachweisbar. In 3221 Fällen (24,7%) wurde ein Schaden

festgestellt, der in 2696 Fällen (20,6%) auch ursächlich auf den festgestellten Fehler zurückzuführen war.

Die Vorwürfe verteilen sich ungefähr im Verhältnis 1:2 auf den ambulanten (4208 Fälle) und den stationären (8827 Fälle) Sektor. Bei der Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete zeigt sich wie in den Jahren zuvor, dass die meisten Gutachten im Bereich der operativ-chirurgischen Fachgebiete angefertigt wurden. Dies ist jedoch nicht darauf zurückzuführen, dass Fehler hier besonders oft auftreten, sondern liegt vermutlich vorrangig daran, dass Fehler in einem operativ-chirurgischen Kontext von den Versicherten etwas leichter identifiziert werden können. Die Anzahl tatsächlich auftretender Behandlungsfehler in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ist unbekannt, die Studienlage lässt jedoch eine hohe Dunkelziffer vermuten.

Einen besonderen Stellenwert haben jedes Jahr die sogenannten »Never Events«. Gemeint sind besonders schwerwiegende und eindeutig definierte Schadensereignisse, die durch geeignete Sicherheitsbarrieren sicher vermeidbar wären. Dazu gehören beispielsweise Patienten- und Seitenverwechslungen, schwerwiegende Medikationsfehler oder unbeabsichtigt zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen. Solche Ereignisse treten zwar sehr selten auf, haben jedoch ein großes Schadenspotenzial und deuten vielfach darauf hin, dass allgemeine Sicherheitsvorkehrungen (z. B. Patienten-Identifikationsbänder, um Verwechslungen zu vermeiden, oder Zählkontrollen von OP-Materialien, damit nichts im Körper zurückbleibt) in der betreffenden Gesundheitseinrichtung vernachlässigt werden.

Sie können somit als Indikatoren für Schwachpunkte in der Sicherheitskultur einer Einrichtung gewertet werden. Gerade für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen sind Never Events besonders wichtig und werden in anderen Ländern längst erfolgreich für die Prävention genutzt.

Dr. Charlotte Hölscher ist Leiterin der Fachstelle Patientensicherheit beim Medizinischen Dienst Bund.
c.hoelscher@md-bund.de



Second Victims – die zweiten Opfer eines Behandlungsfehlers

Behandlungsfehler treffen oftmals nicht nur die Patientin oder den Patienten, sondern auch denjenigen, der sie verursacht hat. Nahezu alle im Gesundheitssystem Tätigen wollen helfen, nicht schaden. Wer eine Patientin oder einen Patienten fehlerhaft behandelt und damit schädigt, hat danach oftmals mit Schuldgefühlen und Selbstzweifeln zu kämpfen. Mitunter wird in der Folge eine Kündigung oder gar ein Ausstieg aus dem Beruf in Erwägung gezogen. Dieses Phänomen, auch als »Second-Victim-Phänomen« bezeichnet, gewinnt inzwischen eine zunehmende und durchaus berechnete Aufmerksamkeit. Auch hier werden entsprechende Fälle nicht erfasst, folglich gibt es keine belastbaren Zahlen, wie viele Beschäftigte im Gesundheitswesen nach einem Behandlungsfehler ihrem Beruf zeitweise oder für immer den Rücken kehren. Fest steht: In Zeiten des Fachkräftemangels kann sich unser Gesundheitssystem keine Personalverluste leisten. Eine Verbesserung der Patientensicherheit bedeutet also auch, das Risiko für Mitarbeitende, einen folgenschweren Fehler zu begehen zu senken.

Novellierung des Patientenrechtegesetzes

Der Sozialverband Deutschland e.V. hat im Februar vergangenen Jahres ein rechtswissenschaftliches Gutachten zum Stand der Patientenrechte vorgestellt. Darin konstatiert der Medizinrechtsexperte Prof. Dr. Thomas Gutmann weiterführenden gesetzlichen Regelungsbedarf, um die angestrebte Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten tatsächlich zu erreichen.

Zwar wurde die weitere Stärkung der Patientenrechte durch eine Novellierung des vor zehn Jahren in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellt, die Veröffentlichung von Eckpunkten lässt jedoch weiterhin auf sich warten.

Strategien zur Fehlererfassung und -prävention

Viele Initiativen zur Verbesserung der Patientensicherheit zielen darauf ab, Fehler zu erfassen, zu analysieren und Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung zu entwickeln. So hat das APS in Anlehnung an internationale Vorbilder bereits vor zwei Jahren eine an das deutsche Gesundheitssystem adaptierte Liste schwerwiegender unerwünschter Ereignisse (sogenannte SEVER) veröffentlicht, die durch einfache Maßnahmen sicher vermeidbar wären, aber das prinzipielle Risiko schwerer Schädigungen für Patientinnen und Patienten in sich bergen. Die systematische Erfassung und künftige Vermeidung von SEVER sei laut APS ein »erster Schritt zu einer ausgeprägten Sicherheitskultur«.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht einen Schritt weiter und formuliert in ihrem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030 sieben zentrale strategische Ziele, deren Erreichung mithilfe von Indikatoren ermittelt werden kann. Der Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen, die Patientinnen und Patienten täglich vor Schaden bewahren (Ziel 2), wird beispielsweise an der Anzahl der Länder, die ein System zur Meldung von Never Events eingeführt haben, gemessen.

Viele gesundheitspolitischen Akteure wie der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Stefan Schwartze, der Sozialverband Deutschland, aber auch der Medizinische Dienst Bund fordern seit langem die Einführung eines Meldesystems für Never Events. Aus Patientensicht ist es nicht akzeptabel, dass die Politik bislang keine echten Bestrebungen zeigt, dieses wichtige Ziel in Deutschland umzusetzen. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Ärztinnen und Ärzte müssen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen können, in der die Sicherheit an erster Stelle steht. Das sollte auch in unserem Land selbstverständlich sein. □