

## Pressekonferenz

### „Begutachtung von Behandlungsfehlern:

### Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2014“

#### Inhaltsverzeichnis

1. Ihre Gesprächspartner
2. Pressemitteilung
3. Statement Dr. Stefan Gronemeyer,  
Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer, MDS
4. Statement Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin, MDK Bayern
5. Statement PD Dr. Max Skorning, Leiter Patientensicherheit, MDS
6. Behandlungsfehlerbericht der Medizinischen Dienste - Jahresstatistik 2014
7. Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK
8. „Was Sie als Patient wissen sollten“ – Ratgeber-Papier zur Behandlungsfehler-Begutachtung

## Ihre Gesprächspartner

Dr. Stefan **Gronemeyer**  
Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer,  
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

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

PD Dr. Max **Skorning**  
Leiter Patientensicherheit, MDS

Moderation: Michaela Gehms, MDS

## PRESSEMITTEILUNG

Berlin/Essen, den 20. Mai 2015

# Behandlungsfehler-Begutachtung der Medizinischen Dienste: Trend zu mehr Vorwürfen hält an

**14.663 Behandlungsfehlervorwürfe haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) 2014 begutachtet. In jedem vierten Fall bestätigten die Gutachter den Verdacht der Patienten. Das geht aus der Jahresstatistik der Behandlungsfehler-Begutachtung hervor, die heute in Berlin vorgestellt wurde. Der Medizinische Dienst fordert einen offenen Umgang mit Fehlern und eine neue Sicherheitskultur.**

„Die Zahl der begutachteten Behandlungsfehlervorwürfe ist anhaltend hoch – insoweit können wir als Medizinischer Dienst keine Entwarnung geben“, sagt Dr. Stefan Grone-meyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS. Im Jahr 2014 gingen die MDK-Gutachter in 14.663 Fällen einem Behandlungsfehlervorwurf nach. Das ist knapp mehr als im Jahr zuvor mit 14.585 Fällen. Ebenso stieg die Zahl der bestätigten Fehler mit 3.796 Fällen leicht an (2013: 3.687.) „Auch bei größter Sorgfalt passieren Fehler im Kran-kenhaus, in der Arztpraxis und in der Pflege. Uns geht es um einen offenen Umgang mit Fehlern, damit die Patienten entschädigt werden. Zudem müssen die Fehler systematisch analysiert werden, damit sie in Zukunft vermieden werden können. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, welche Umstände zum Fehler geführt haben.“

Knapp zwei Drittel der Behandlungsfehlervorwürfe betrafen Behandlungen in Krankenhäu- sern. Ein Drittel bezog sich auf Vorwürfe gegen einen niedergelassenen Arzt. Die meisten Behandlungsfehlervorwürfe bezogen sich jedoch auf chirurgische Eingriffe. 7.845 Fälle ste- hen in direktem Zusammenhang mit Operationen. „Dies hat nach unserer Erfahrung damit zu tun, dass bei einem postoperativen Behandlungsverlauf, der nicht den Erwartungen ent- spricht, der Verdacht auf einen Behandlungsfehler nahe liegt, während Fehler bei der Me- dikation von Patienten oft nicht wahrgenommen werden“, erläutert Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin des MDK Bayern.

In der aktuellen Statistik der MDK-Gemeinschaft standen 7.845 Fälle in direktem Zusam- menhang mit einem operativen Eingriff. Ein Behandlungsfehler wurde in 24,3 % der Fälle gutachterlich festgestellt.

Die höchste Quote an bestätigten Behandlungsfehlern findet sich jedoch nicht in der Chi- rurgie. Am häufigsten wurde ein Fehlvorwurf in der Pflege bestätigt (57,8 % von 590 Fäl- len), gefolgt von der Zahnmedizin mit 39,2 % von 1.419 Fällen, der Allgemeinchirurgie mit 27,5 % von 1.642 Fällen sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 27,0 % von 1.144 Fällen. „Die Zahlen der MDK-Gemeinschaft spiegeln jedoch nicht die Behandlungsqualität wider, da sie nicht die Gesamtzahl der Behandlungen und Behandlungsfehler repräsentie- ren. Zudem ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, weil Fehler zum einen nicht im- mer als solche zu Tage treten und somit weder für Patienten noch für Behandler erkennbar sind. Zum anderen sind Patienten vermutlich oft nicht in der Lage oder können sich nicht entschließen, einem Fehlerverdacht nachzugehen“, macht Zobel deutlich.

Der Medizinische Dienst weist ausdrücklich auf vielfältige Möglichkeiten der Fehlervermei- dung hin. Dies verdeutlichte auch der Leiter Patientensicherheit beim MDS, PD Dr. Max

Skorning, am Beispiel der „Never Events“. Dies sind Ereignisse, die einerseits folgenschwer und andererseits sehr gut vermeidbar sind. „Wenn zum Beispiel bei Operationen immer eine standardisierte OP-Checkliste genutzt wird, dann kann einfach verhindert werden, dass offensichtliche Probleme und bekannte Risiken im Einzelfall übersehen werden. Besteht eine solche Routine nicht, dann liegt es nahe, dass doch folgenschwere Fehler aufgrund von Verwechslungen oder Missverständnissen geschehen können. Daher ist die Auswertung der „Never Events“ ein sehr wertvoller Ansatz zur Prävention“, erläutert Skorning. 2014 stellten die MDK-Gutachter bundesweit 209 „Never Events“ fest. Um besser aus Fehlern lernen zu können, sollten Beispiele aus dem Ausland aufgegriffen und alle erkannten Behandlungsfehler auch in Deutschland registriert werden.

### **Hintergrund**

Spezielle Gutachterteams prüfen in den MDK Vorwürfe von Behandlungsfehlern. Die Gutachter gehen dabei der Frage nach, ob die Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard abgelaufen ist. Liegt ein Behandlungsfehler vor, wird außerdem geprüft, ob der Schaden, den der Patient erlitten hat, durch den Fehler verursacht worden ist. Nur dann sind Schadensersatzforderungen aussichtsreich. Auf der Basis des MDK-Gutachtens kann der Patient entscheiden, welche weiteren Schritte er unternimmt. Die MDK-Begutachtung umfasst neben der Beurteilung von Fehlern in der Medizin auch Fehler in der Zahnmedizin und Pflege. Gesetzlich Versicherten entstehen durch die Begutachtung keine zusätzlichen Kosten. Beauftragt werden die MDK durch die Krankenkassen.

---

Der **Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS)** berät den GKV-Spitzenverband in medizinischen und pflegerischen Fragen. Er koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MDK.

Die **Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)** ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und der Pflegeversicherung. Er ist auf Landesebene als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert.

---

**Statement von Dr. Stefan Gronemeyer,  
Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS**

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

**am 20. Mai 2015 in Berlin**

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

Anrede,

die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben im vergangenen Jahr 14.663 Gutachten wegen des Verdachts auf Behandlungsfehler erstellt (Vergleich 2013: 14.585). Die Zahl der Vorwürfe ist damit gegenüber dem Vorjahr noch einmal leicht angestiegen. Das heißt, die Zunahme dieser Fälle, die 2013 nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes deutlich zu beobachten war, setzt sich im Trend fort. Wie im Vorjahr bestätigten die MDK-Gutachterinnen und Gutachter die Behandlungsfehlervorwürfe in jedem vierten Fall.

Ohne dramatisieren zu wollen: Die Zahlen sprechen dafür, dass von einer Entwarnung keine Rede sein kann. Die Zahlen zeigen auch, dass sich offenbar immer mehr Patientinnen und Patienten dafür entscheiden, den Weg der Aufklärung zu gehen, wenn sie einen Behandlungsfehlerverdacht haben. Das Angebot der Medizinischen Dienste, die Aufklärung mit einem Sachverständigengutachten zu unterstützen, wird weiterhin sehr gut genutzt. Die MDK sind in diesem Bereich der Gutachtendienst mit den höchsten Fallzahlen.

Klar ist: Auch bei größter Sorgfalt passieren Fehler. Das ist in der Medizin nicht anders als in anderen Lebens- oder Arbeitsbereichen. Wir wissen alle, dass Fehler gemacht werden bei der Behandlung im Krankenhaus, in der Arztpraxis und in der Pflege. Die Frage ist, wie kann den Geschädigten geholfen werden und was können wir tun, um künftig Fehler zu vermeiden?

Uns geht es nicht so sehr um die Frage: Wer hat einen Fehler gemacht? Sondern: Wo ist der Fehler passiert? Was war das für ein Fehler und warum ist er passiert? Die Fehlervermeidung ist das wichtigste Ziel unserer Begutachtungsstatistik. Indem wir mit unserer jährlichen Pressekonferenz die Behandlungsfehler zum Thema machen, wollen wir aktiv dazu beitragen, eine neue Sicherheitskultur in der Medizin voranzubringen. Wenn Fehler passiert sind, sollen sie offen benannt werden, damit man die Betroffenen entschädigen und den Fehler analysieren kann. Denn nur so kann vermieden werden, dass immer wieder die gleichen Fehler gemacht werden.

Neu ist in diesem Jahr, dass wir noch detaillierter über die Art des Fehlers und die Schwere des entstandenen Schadens berichten können. Einzelheiten dazu werden Ihnen meine Kollegin Professor Zobel und mein Kollege PD Dr. Max Skorning erläutern.

Anrede,

Immer wieder wird gefragt, wie die jährlich tendenziell ansteigende Zahl von jetzt 14.663 begutachteten Behandlungsfehlervorwürfen und von 3.796 gutachterlich festgestellten Fehlern insgesamt einzuordnen ist. Im Vergleich zu den vielen Operationen und Behandlungen, die in Deutschland durchgeführt werden, mag die Zahl zunächst gering erscheinen. Wissenschaftliche Studien sagen jedoch, dass nur ein sehr geringer Teil der Fehler überhaupt bekannt und nachverfolgt wird. Die Zahlen aus unserer Statistik stellen also mit hoher Wahrscheinlichkeit die Spitze eines Eisbergs dar.

Warum ist die Dunkelziffer so hoch? Zum einen ist bei vielen unerwünschten Ereignissen für den Patienten überhaupt nicht zu erkennen, dass es sich um einen Fehler handeln könnte. Das gilt zum Beispiel für eine falsche Medikamentenkombination, die zu einem Nierenversagen führt. Im Vergleich zu einer Operation auf der falschen Seite ist so etwas schwer zu erkennen. Es ist auch davon auszugehen, dass es einige Patienten gibt, die zwar einen Verdacht haben, die diesem aber nicht nachgehen.

### **Die Medizinischen Dienste unterstützen Patientinnen und Patienten im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts**

Wir möchten die Patienten ermutigen, nachzufragen und das Gespräch mit dem Arzt zu suchen. Und wenn sie weiterhin Zweifel haben, dann sollten sie sich an ihre Krankenkasse wenden, die den MDK mit der Begutachtung beauftragen kann. Dies hat zwei Vorteile für den Patienten: Der Patient weiß nach einem Gutachten verlässlich, ob ein Fehler gemacht wurde oder nicht. Und wenn sich die Vermutung des Patienten bestätigt, so ist das MDK-Gutachten eine wichtige und gute Voraussetzung, um mögliche Schadensersatzansprüche gegenüber Klinik oder Praxis durchsetzen zu können. Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen entstehen durch das Gutachten keine Kosten.

Vor gut zwei Jahren wurde mit dem Patientenrechtegesetz die Unterstützung für die Patientinnen und Patienten verbessert. Das Thema Behandlungsfehler wurde dadurch öffentlich mehr diskutiert. Der Anstieg der Behandlungsfehlervorwürfe ist daher auch auf eine bessere Information und Aufklärung zurückzuführen. Aber nur wenn es in Zukunft selbstverständlicher wird, dass gut informierte Patientinnen und Patienten den Anstoß geben, um einem begründeten Verdacht nachzugehen, dann werden wir mehr Transparenz erreichen. Bislang spielt sich das Meiste unter der Wasseroberfläche ab – um im Bild vom Eisberg zu bleiben.

Transparenz entsteht auch dadurch, dass festgestellte Fehler landesweit erfasst und dokumentiert werden. In Ländern wie den USA, England oder Irland sind dazu sogenannte Behandlungsfehlerregister verbindlich vorgeschrieben. In Deutschland gibt es derzeit keine übergreifende systematische Erfassung und Dokumentation von Behandlungsfehlern. Wir setzen uns daher im Aktionsbündnis Patientensicherheit gemeinsam mit anderen Akteuren dafür ein, dass Behandlungsfehler in Deutschland besser erfasst werden. Mit einem Behandlungsfehlerregister könnte man im Idealfall auch feststellen, ob Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern in der Praxis tatsächlich erfolgreich sind.

---

Jetzt möchte ich an Frau Professorin Zobel weitergeben, die Ihnen die Einzelergebnisse unserer Jahresstatistik vorstellen wird.

Anrede,

Abschließend möchte ich zusammenfassen, welche Schlussfolgerungen und Erkenntnisse aus unserer Begutachtungsstatistik 2014 zu ziehen sind:

**Fazit: Maßnahmen zur Fehlervermeidung reichen noch nicht aus**

- Auch im vergangenen Jahr haben viele Tausende Patientinnen und Patienten ein qualifiziertes Sachverständigengutachten des MDK erhalten. In jedem vierten Fall wurde ein Behandlungsfehler festgestellt. Behandlungsfehler und Patientensicherheit sind und bleiben wichtige Themen, die jede und jeden von uns betreffen können.
- Die tendenziell weiter ansteigenden Fallzahlen sprechen dafür, dass immer mehr Patientinnen und Patienten einem Behandlungsfehlerverdacht nachgehen. Der Bedarf an gutachterlicher Unterstützung durch den MDK wird daher auch in Zukunft bestehen.
- Die Information und Aufklärung der Betroffenen muss weiter verbessert werden, auch um mehr Transparenz über das Fehlergeschehen herzustellen.
- Die Medizinischen Dienste werden die Fehleranalyse aus den ihnen zur Verfügung stehenden Daten weiter ausbauen und darüber berichten.
- Mit der Begutachtung des Einzelfalls und der systematischen Fehleranalyse unterstützen die Medizinischen Dienste sowohl den einzelnen Betroffenen als auch die Fehlervermeidung und Patientensicherheit insgesamt.
- Sinnvoll wäre eine umfassende Registrierung der Behandlungsfehler, um eine systematische Fehler- und Ursachenanalyse voranbringen zu können. Das gilt ganz besonders für die „Never-Events“. Denn diese Fehler sind besonders folgenschwer und gleichzeitig einfach zu verhindern.
- Es mangelt nicht an erprobten Maßnahmen zur Fehlervermeidung. Wir haben kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Umsetzungsproblem. Anerkannte Maßnahmen wie OP-Checklisten, regelmäßige Notfall- und Teamtrainings oder das kritische Hinterfragen der Medikamente, die vor allem ältere Patienten oft gleichzeitig einnehmen und die manchmal gravierende unerwünschte Wirkungen haben, werden noch nicht systematisch und flächendeckend eingesetzt.
- Die Medizinischen Dienste unterstützen den Prozess hin zu einer neuen Sicherheitskultur. Sie leisten mit ihrer Begutachtung und Beratung sowie mit der jährlichen Berichterstattung einen wichtigen Beitrag auf diesem Weg.

**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.

---

**Statement von PD Dr. Max Skorning,  
Leiter Patientensicherheit, MDS**

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

**am 20. Mai 2015 in Berlin**

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

Anrede,

um bestmöglich aus Fehlern lernen zu können, muss bekannt sein: Welche Arten von Fehlern sind geschehen und welche Schäden sind daraus entstanden. In der vorliegenden Jahresstatistik 2014 haben wir genauere Informationen zu den Fehlerarten und zur Schadensschwere erfasst. Außerdem haben wir Erkenntnisse über besonders berichtenswerte Ereignisse, sogenannte „Never Events“, die zuvor nicht statistisch erfasst wurden.

Zunächst zur Fehlerart: 77 % der festgestellten Fehler beruhen darauf, dass eine indizierte Maßnahme entweder gar nicht oder falsch durchgeführt wurde. Das sind die Schwerpunkte bei der Analyse der Fehlerart. In 12 % der Fälle bestand der Fehler im Umsetzen einer falschen, also nicht indizierten Maßnahme. Beispielsweise wurde ein Medikament verordnet, obwohl es aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll war oder eine bekannte Allergie dagegen vorlag. In 11 % der Fälle ist zwar eine korrekte Maßnahme eingeleitet worden, aber zu spät, wenn z.B. bei einem Schlaganfall deutlich verzögert eine Computertomographie erfolgt und deshalb wichtige Zeit für die Therapie verloren geht.

Welche Schäden sind den Patienten durch diese Fehler insgesamt entstanden? Zwei von drei betroffenen Patienten erlitten nur vorübergehend einen Schaden. Das heißt sie mussten wegen des Fehlers behandelt werden oder sie verblieben länger als ursprünglich vorgesehen im Krankenhaus. Das betraf 1.828 Patienten.

Etwa bei jedem dritten betroffenen Patienten hat der Fehler jedoch einen dauerhaften Schaden verursacht – 1.022 Fälle insgesamt. Die Folgen des Fehlers waren bei drei von hundert Patienten so erheblich, dass sie verstorben sind oder der Fehler wesentlich dazu beigetragen hat. Das war bei 92 Patienten, die von den MDK im vergangenen Jahr begutachtet worden sind, der Fall.

Eingangs hatte ich von besonders berichtenswerten Ereignissen, den sogenannten „Never Events“ gesprochen. Diese Ereignisse sind einerseits folgenschwer und andererseits fast immer vermeidbar. Um Ihnen ein Beispiel zur Veranschaulichung zu nennen: Wenn ein Patient mit einem Stift an der richtigen OP-Stelle markiert wird und dies mehrfach kontrolliert wird, dann verhindert man auf sehr einfache Weise, dass jemand an der falschen Seite operiert wird. Das ist einfach umsetzbar und kann sehr sinnvoll dazu beitragen, dass ein folgenschwerer Fehler verhindert wird. Tritt eine Verwechslung trotzdem auf, dann liegt es

nahe, dass bei der OP solche Routinen, Checklisten und ähnliches nicht konsequent verwendet wurden. Daher ist es ein sehr wertvoller Ansatz zur Prävention, wenn man sich diese besonderen Ereignisse genau anschaut. Weitere Beispiele für Never Events sind verwechselte Medikamente, nach Operationen versehentlich zurückbleibende Fremdkörper, und vor allem auch Pflegefehler, die zu schwerem Dekubitus oder zu Stürzen führen.

2014 hatten die MDK-Gutachter erstmals die Möglichkeit, diese Ereignisse für die Auswertung zu benennen. In 209 Fällen wurden Never Events festgestellt. An erster Stelle der Never Events steht mit 67 Fällen der hochgradige Dekubitus. Das ist ein Druckgeschwür, das bei bettlägerigen Patienten eine schwere Wunde hervorruft. Wenn sich so etwas bei stationär versorgten Patienten entwickelt, dann kann man in der Regel von einem systematischen Fehler ausgehen. Der Patient wurde z. B. nicht frühzeitig als Risikopatient erkannt und daher unterblieben notwendige Präventionsmaßnahmen.

Die Fehler, die einem Never Event zugrunde liegen, sind nicht per se „schwerer“ oder unverständlicher als andere. Sie sagen auch gar nichts über das individuelle Versagen von Einzelnen aus. Meist geht es um ein systematisches Problem in einem Versorgungsprozess, das gelöst werden kann, indem die richtigen Standards und etablierte Patientensicherheitsmaßnahmen angewendet werden. Deshalb gilt in diesen Fällen besonders: „Aus jedem Fehler muss gelernt werden“. Das ist eine unabdingbare Basis für mehr Patientensicherheit.

Anrede,

„Transparenz!“ ist in aller Munde. Keine Qualitätsdiskussion endet ohne diese Forderung. Eine neue Sicherheitskultur, in der alle Fehler offen genannt und auch analysiert werden, ist im Sinne der Patientensicherheit unverzichtbar. Fehlertransparenz ist ein Fundament der Sicherheitskultur, das in Deutschland weiter ausgebaut werden muss. Wir haben in Deutschland ein enorm leistungsfähiges, modernes und zu vielen Aspekten vorbildliches Gesundheitssystem. Aber ein Fehlerregister, wie andere Länder es haben, fehlt uns bislang. Es wäre eine wichtige Innovation im Gesundheitswesen, um nicht nur die Patienten, sondern auch das medizinische Personal besser vor Fehlern zu schützen.

„Bestmögliche Fehlerprävention erfordert maximale Fehlertransparenz.“



Jahresstatistik 2014

---

# Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft

## IMPRESSUM

### **Herausgeber**

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)

Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089 67008-0

Telefax: 089 67008-444

E-Mail: [Hauptverwaltung@mdk-bayern.de](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

Internet: [www.mdk-bayern.de](http://www.mdk-bayern.de)

### **Bearbeitung**

Prof. Dr. Martin Grotz, MDK Niedersachsen

Ingo Kowalski, MDS

Dr. Katrin Richter, MDK Sachsen

PD Dr. Max Skorning, MDS

Mai 2015

## Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

niemand macht absichtlich Fehler. Gleichwohl passieren sie. Das ist im Gesundheitssystem nicht anders als in anderen Lebens- und Arbeitsbereichen. Mit der Veröffentlichung unserer Jahresstatistik 2014 zur Behandlungsfehler-Begutachtung möchten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) aktiv dazu beitragen, Transparenz herzustellen und Verbesserungen für eine neue Sicherheitskultur in unserem Gesundheitswesen anregen. Denn nur wenn offen über Fehler gesprochen wird und diese analysiert werden, lassen sie sich künftig vermeiden.

Die Sicherheit der Patienten ist ein wichtiges Anliegen, für das sich die MDK einsetzen. Denn jeder Fehler ist einer zu viel. Die tendenziell ansteigende Zahl von zuletzt 14.663 erstellten Gutachten im Jahr 2014 zeigt, dass die MDK als Experten zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen einen zunehmend wichtigen Beitrag in diesem Bereich leisten. Die Ärztinnen und Ärzte der MDK klären in einem sachverständigen, interessenneutralen und für die Versicherten kostenfreien Gutachten, ob tatsächlich ein Fehler vorlag und ob dem Patienten dadurch auch ein Schaden entstanden ist. Diese fachärztliche Beurteilung ist für die Patienten von großer Bedeutung – und zwar nicht nur, weil sie damit die Möglichkeit haben, Schadenersatzansprüche geltend zu machen. Mit dem Gutachten erhalten Patienten auch Gewissheit darüber, ob der erlittene Schaden auf einen Behandlungsfehler oder eine schicksalhafte Komplikation zurückzuführen ist. Auch diese Erkenntnis kann für die Patienten von großer Wichtigkeit sein.

Wir möchten den Weg der Transparenz weiter beschreiten und wünschen uns, dass eine offene Sicherheitskultur in der Medizin selbstverständlicher wird. Wir hoffen, mit unserer Statistik einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung zu leisten. Wir wünschen uns aber auch, dass bereits vorhandene Präventionsansätze bekannter werden und flächendeckend zur Anwendung kommen.

An dieser Stelle danken wir allen Gutachterinnen und Gutachtern, die sich in der Begutachtung, Datenerfassung und Erstellung der vorliegenden Jahresstatistik 2014 mit großem Einsatz engagiert haben. Wir sind sicher, dass wir mit jedem weiteren begutachteten und analysierten Einzelfall der angestrebten Sicherheitskultur und der Verwirklichung der Rechte der Patientinnen und Patienten ein Stück näher kommen.

Essen/München im Mai 2015



Dr. med. Stefan Gronemeyer, MHA  
Leitender Arzt und stv. Geschäftsführer, MDS



Prof. Dr. med. Astrid Zobel, MBA  
Ltd. Ärztin Bereich Sozialmedizin, MDK Bayern

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1	Hintergrund.....	5
1.2	Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse .....	6
<b>2</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>7</b>
2.1	Übersicht.....	7
2.1.1	Feststellung „haftungsbegründende Kausalität“ .....	7
2.1.2	Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität .....	8
2.1.3	Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle.....	9
2.1.4	Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor .....	10
2.1.5	Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden .....	11
2.1.6	Behandlungsfehler nach Geschlecht.....	12
2.2	Fachgebiete.....	13
2.2.1	Übersicht .....	13
2.2.2	Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle .....	13
2.3	Versorgungsebene/Ort .....	15
2.3.1	Übersicht .....	15
2.3.2	Auflistung der Behandlungsorte nach Anzahl der Vorwürfe .....	16
2.4	Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) .....	17
2.5	Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang .....	19
2.5.1	Übersicht .....	19
2.5.2	Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde .....	20
2.6	Maßnahmen (OPS-Schlüssel).....	21
2.7	Fehlerarten .....	22
2.8	Schaden.....	23
2.8.1	Übersicht .....	23
2.8.2	Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index).....	23
2.9	Besondere Ereignisse („Never Events“) .....	25
<b>3</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>27</b>

# 1 Einleitung

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) unterstützen die Patientinnen und Patienten\* bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachtes mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse des Betroffenen, ist interessenneutral und für ihn nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die MDK-Gemeinschaft aller Behandlungsfehler-vorwürfe an: stationär, ambulant, Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege.

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 nun weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens beim Patienten und über den vorliegenden Fehler. Durch die jährliche Veröffentlichung werden die wichtigsten Ergebnisse transparent dargestellt und können als Grundlage für tiefer gehende Ursachenanalysen sowie gezielte Untersuchungen zur Fehlerprävention und Fortentwicklung der Sicherheitskultur genutzt werden.

## 1.1 Hintergrund

Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Der Begriff bezeichnet unterschiedliche Arten ärztlichen Fehlverhaltens: Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische 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 Versorgung, von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und auch die Dokumentation können betroffen sein von einem Behandlungsfehler.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Patienten sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem Ende Februar 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 Behandlungsfehlervorwurfes 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 MDK. Der MDK kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Durch den MDK wird eine interne Begutachtung mit eigenen Fachärzten veranlasst oder ein externer Facharzt mit der Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfes beauftragt.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen die 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 Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z.B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, vom Arzt geführte handschriftliche bzw. elektronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls des Patienten. Die Gutachter des MDK werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinverständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für den Patienten, sondern im Fall einer späteren Klage auch für Anwälte und Richter sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers untersucht der Gutachter zusätzlich, ob der

---

\* Wir bitten um Verständnis dafür, dass aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit im Folgenden darauf verzichtet wurde, bei Berufs- und Personenbezeichnungen jeweils die weibliche und die männliche Form gleichzeitig zu nennen. Die männliche Form schließt grundsätzlich die weibliche mit ein.

Schaden, den der Patient oder seine Krankenkasse geltend machen, besteht. Anschließend prüft er die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden. Er legt aus medizinischer Sicht dar, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der Sachverhalt insgesamt wird dabei durch den fachärztlichen Gutachter neutral nachvollzogen und bewertet.

Trotz der Stärkung der Patientenrechte durch das Patientenrechtegesetz liegt die Beweispflicht weiterhin beim Patienten. Nur bei unterlassener Aufklärung, unterlassener Befunderhebung, einem sogenannten groben Behandlungsfehler oder einem Dokumentationsfehler kann die Beweislastumkehr greifen. Dies hätte zur Folge, dass der festgestellte Fehler schon ohne weiteren Nachweis als direkte Ursache für den Schaden angenommen wird, es sei denn, medizinisch-wissenschaftliche Gründe sprechen absolut dagegen.

Damit sind die Begutachtungen des MDK bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. Zwar kann in der Mehrzahl der Fälle der bestehende Verdacht nicht bestätigt bzw. sogar ausgeschlossen werden, aber gerade dieses Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Erläuterungen sind für den betroffenen 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 MDK nach Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens in eine Datenbank eingegeben. Das Zusammenführen der regional erfassten, anonymisierten Daten und deren Auswertung übernimmt der MDS.

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 14.663 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2014) von einem der insgesamt 15 MDK 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 Fehlvorwürfe erhoben werden, die allerdings in einem Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Diese Ergebnisse stellen nach unserem Wissen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum vorliegt. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft 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 Patienten und Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte) 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 MDK nur in sehr geringem Maße überschneiden.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Litigation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang in seinem aktuellen Gutachten „Qualität 2030“ umfassend dargelegt<sup>1</sup>. Auch daraus ergibt sich, dass Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler angesehen werden können, unabhängig davon wo sie vorgebracht werden.

---

<sup>1</sup> Matthias Schrappe. Qualität 2030. siehe Seite 26 (Zusammenfassung zu Punkt 32) und 138 ff. ISBN 978-3-95466-140-4. Zum Download verfügbar unter [www.gesundheitsstadt-berlin.de](http://www.gesundheitsstadt-berlin.de) (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

## 2 Ergebnisse

### 2.1 Übersicht

#### 2.1.1 Feststellung „haftungsbegründende Kausalität“

**Begutachtung der 14.663 vorgeworfenen Fälle:**

Jeweils eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten!

Liegt ein **Fehler** vor, der einen **Schaden verursacht** hat?

**Fehler** ✓  
4.282

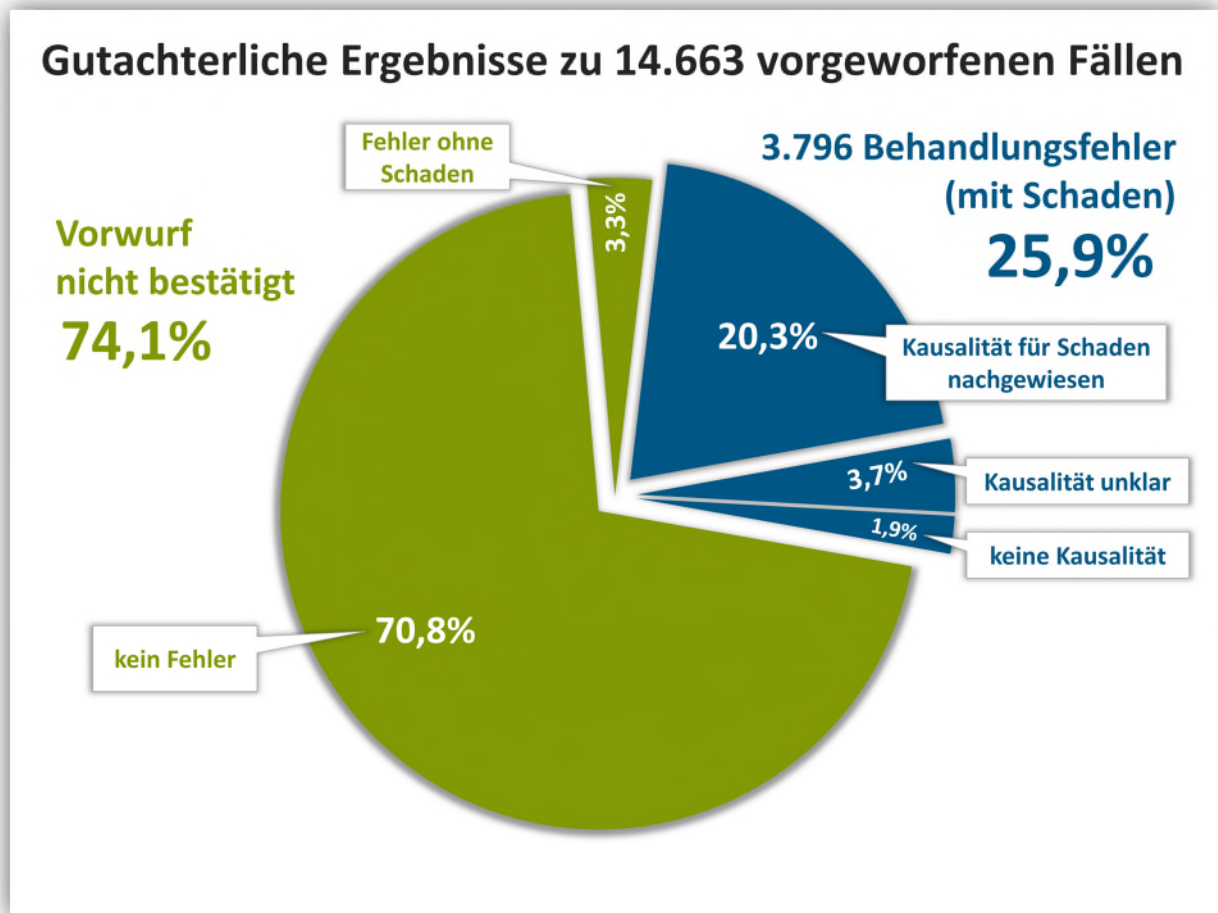
**Schaden** ✓  
3.796

**Kausalität** ✓  
2.970

#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

Der Vorwurf des Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und besteht darin, dass dieser von einem Fehler in der Behandlung verursacht worden sei. Der Gutachter hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – den vorgeworfenen Fall bearbeiten und schrittweise beantworten, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich (kausal) auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl hinterlegt 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.

## 2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität



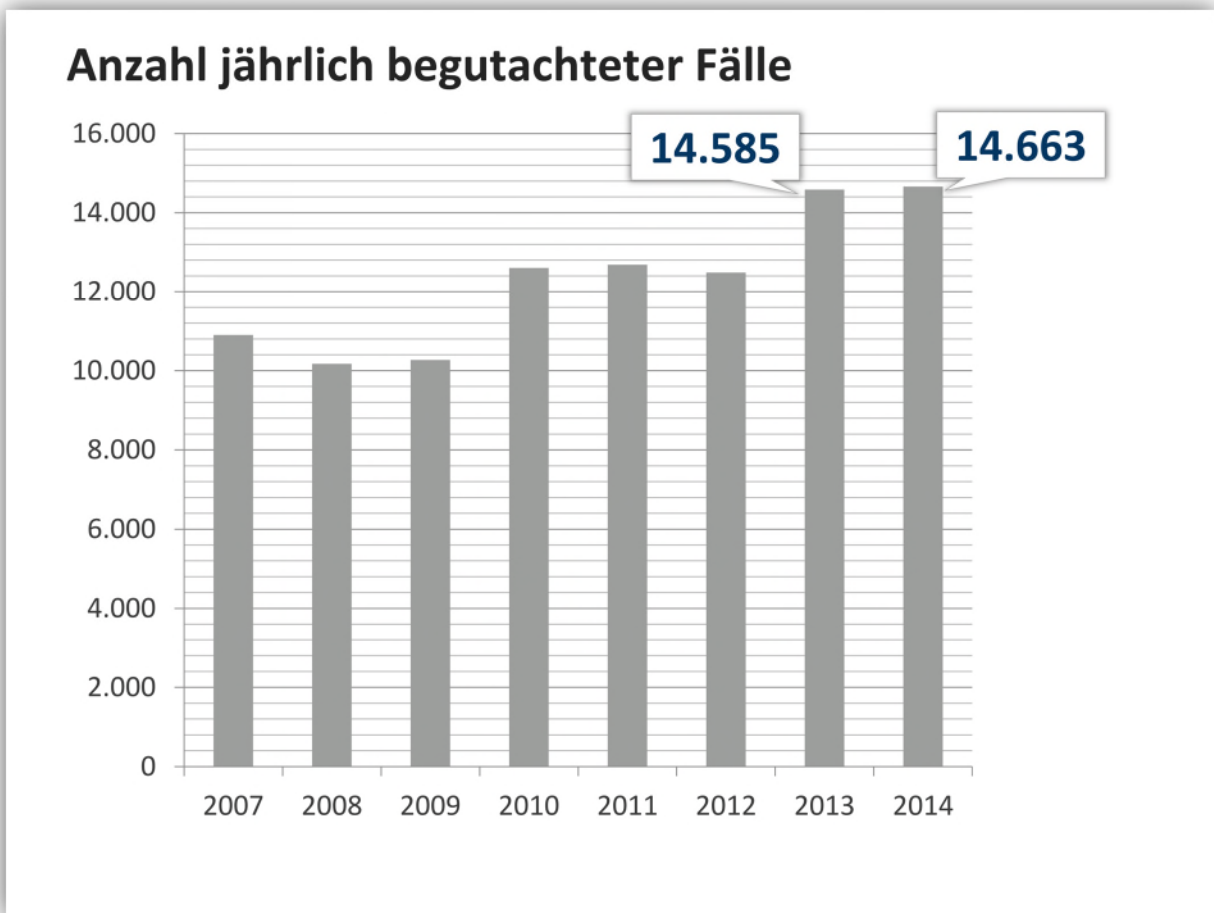
#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Die Anzahl der durch die MDK erstellten Erstgutachten im Jahr 2014 betrug 14.663 und lag damit auf Vorjahresniveau (2013: 14.585 Gutachten). Insgesamt konnten hierunter 4.282 Fehler festgestellt werden, siehe 3.1.1.

Im oben stehenden Diagramm 2.1.2 blau dargestellt sind die Fehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Kausalität (der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden) stellt. Wird zwar ein Behandlungsfehler gutachterlich gesehen, es ist jedoch kein Schaden objektivierbar, dann entfällt die Frage nach diesem Kausalzusammenhang und der vom Patienten erhobene Vorwurf kann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden.

Im direkten Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der kausalen Fehler (20,3% in 2014 vs. 17,4% in 2013, bezogen auf alle Fälle) leicht angestiegen. Geringfügige Schwankungen waren auch in den Vorjahren festzustellen (2012: 21,7%; 2011: 24,1%). Direkte Rückschlüsse und Tendenzen lassen sich allerdings nicht daraus ableiten.

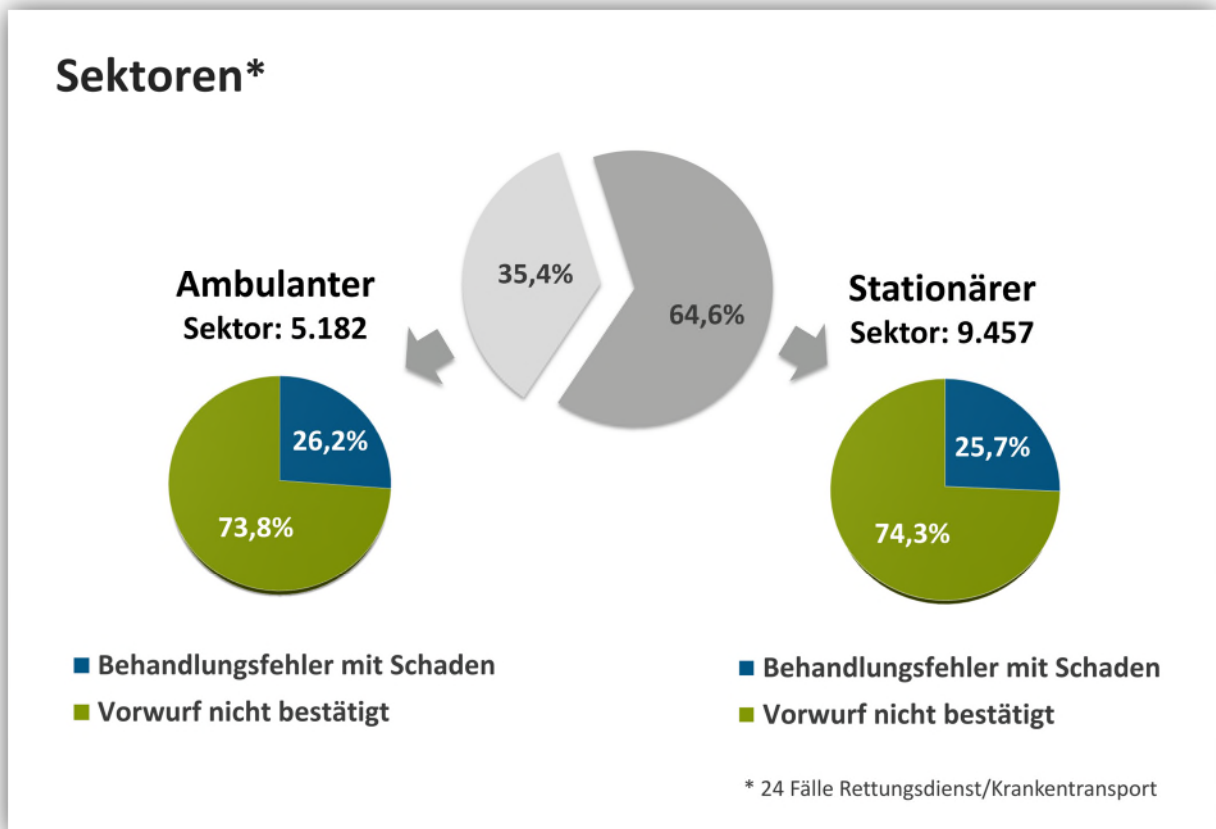
### 2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



#### **Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:**

Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 sowie der zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern war die Zahl der Vorwürfe von 2012 auf 2013 um 17% angestiegen. Im Jahr 2014 bleibt sie auf diesem Niveau. Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht ist folglich weiterhin hoch.

## 2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



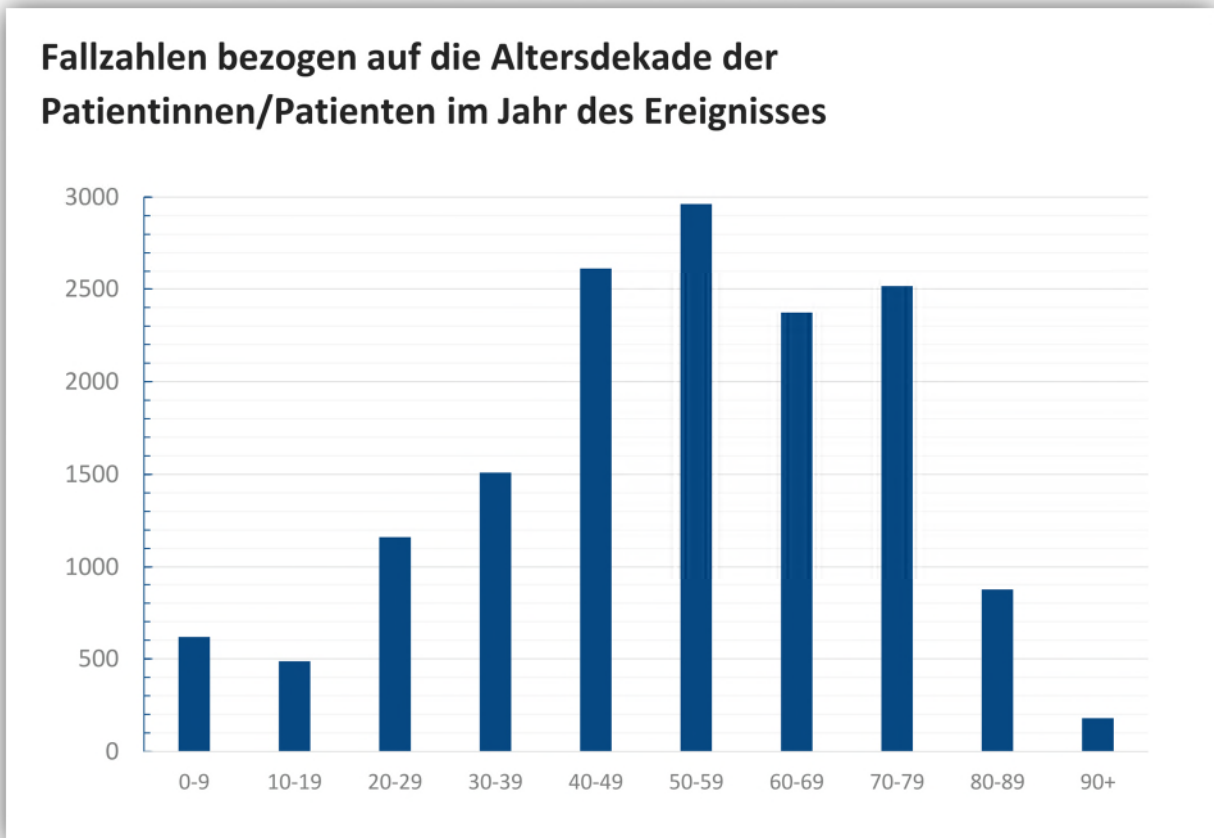
### Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

Details zur Verteilung der Fälle innerhalb der Sektoren finden Sie in Kapitel 2.3.

Es hat im direkten Vergleich zu 2013 eine geringfügige Verschiebung hin zum ambulanten Sektor stattgefunden (2013: 4.402 Fälle entsprechend 30,2% im ambulanten Sektor vs. 2014: 5.182 Fälle entsprechend 35,4% aller Vorwürfe im ambulanten Sektor).

Dennoch werden fast zwei Drittel aller Vorwürfe im stationären Bereich erhoben – dabei überwiegend zur Krankenhausbehandlung.

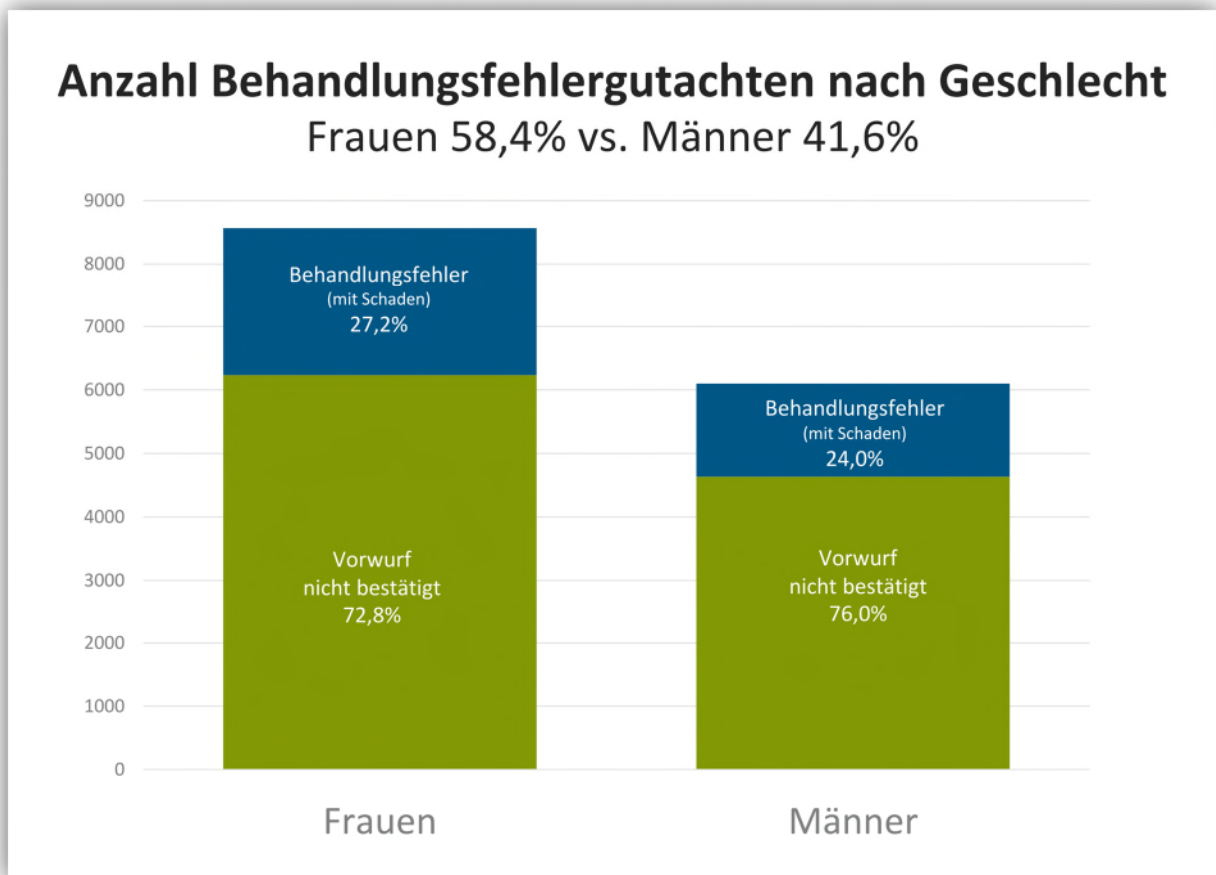
## 2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



### **Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:**

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht in etwa den Vorjahren und passt dazu, dass in den höheren Altersgruppen insgesamt häufiger behandelt und operiert wird.

## 2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht



### Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

Wie in den Vorjahren werden von Frauen (bzw. bei Patientinnen) mehr Behandlungsfehlervorwürfe erhoben. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt. Auch an dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Daten zu den im Auftrag der Krankenkassen begutachteten Behandlungsfehlervorwürfen nicht repräsentativ sind. Es kann deshalb nicht geschlussfolgert werden, dass bei Frauen mehr Behandlungsfehler vorkommen würden oder dass Frauen bei der medizinischen Versorgung gefährdeter wären als Männer. Nur zu einem Teil ist der Unterschied bedingt durch die Anzahl vorgeworfener Fehler im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, siehe Kapitel 2.2. Ohne dieses Fachgebiet (n = 13.519 verbliebene Fälle) würden dennoch 55,7% der Vorwürfe Frauen betreffen.

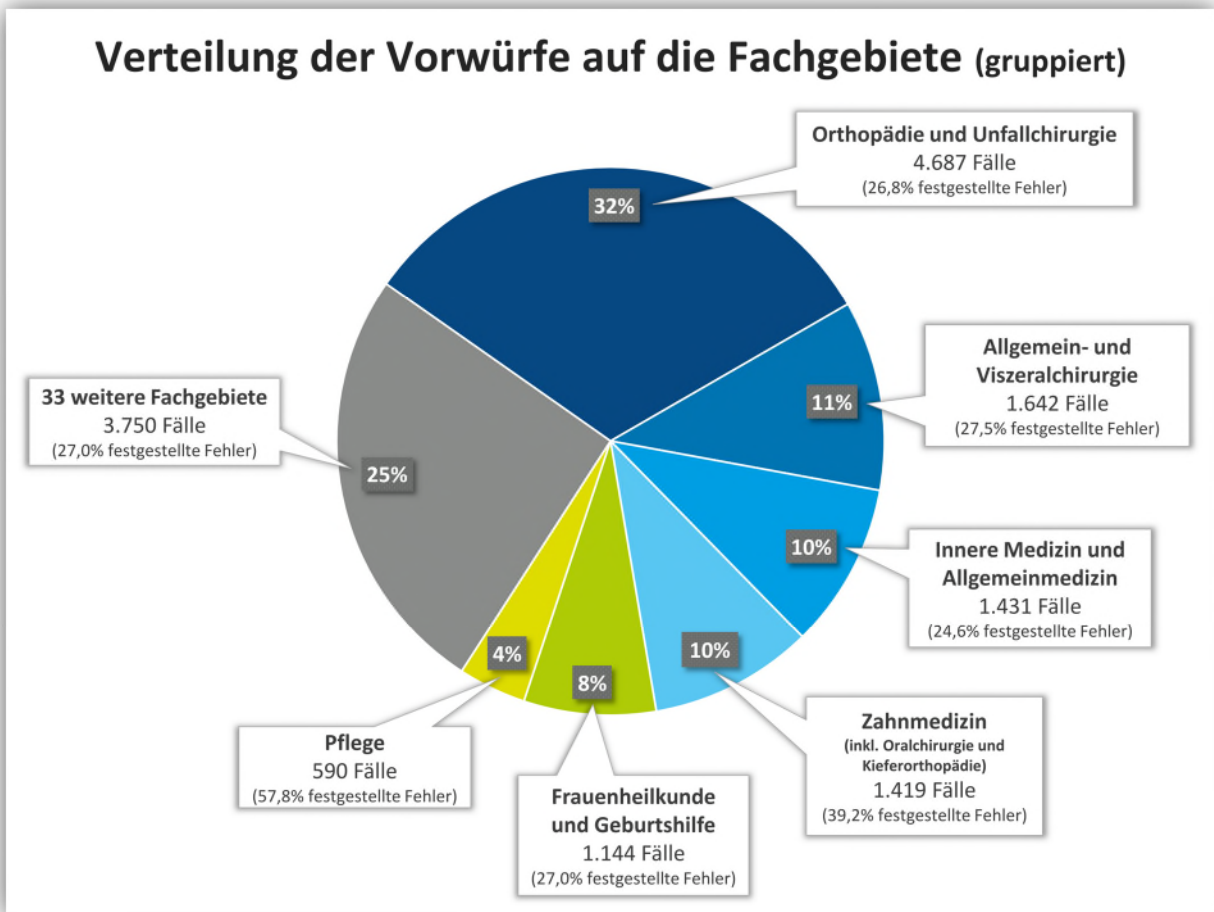
Eine aktuelle Befragung des Allensbach-Instituts im Auftrag des Roland-Konzerns kam zu dem Ergebnis, dass Frauen häufiger als Männer befürchten, „dass ein Arzt bei einer Behandlung oder OP einen Fehler macht“ (59% vs. 49%)<sup>2</sup>. In einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage der Techniker Krankenkasse wurde gefragt, ob es innerhalb der letzten zehn Jahre zu einem vermuteten Fehler bei einer medizinischen Behandlung oder Untersuchung gekommen sei. Dies bejahten 21% der Frauen und 15% der Männer<sup>3</sup>. Bei aller Vorsicht in der Interpretation würden diese Befragungsergebnisse zumindest zu den vorliegenden Daten in der Weise passen, dass Frauen entsprechend häufiger einen Behandlungsfehler vermuten und vorwerfen, wenn sie bei einer medizinischen Behandlung einen Schaden erlitten haben. Wie die Ergebnisse der Begutachtung zeigen, sind diese Vorwürfe aber mindestens genauso häufig zutreffend wie bei Männern und entsprechend begründet.

<sup>2</sup> Roland Rechtsreport 2015. Zum Download verfügbar unter [www.roland-konzern.de](http://www.roland-konzern.de) (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

<sup>3</sup> TK-Meinungspuls Gesundheit 2014. ISBN 978-3-9813762-6-5. Zum Download verfügbar unter [www.tk.de](http://www.tk.de) (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

## 2.2 Fachgebiete

### 2.2.1 Übersicht



### 2.2.2 Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Orthopädie und Unfallchirurgie	4.687	1.258	26,8%
Allgemein- und Viszeralchirurgie	1.642	452	27,5%
Zahnmedizin	1.183	476	40,2%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.144	309	27,0%
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	600	170	28,3%
Pflege	590	341	57,8%
Neurochirurgie	531	155	29,2%
Augenheilkunde	492	106	21,5%
Urologie	424	132	31,1%
HNO-Heilkunde	327	65	19,9%
Neurologie	310	66	21,3%
Gefäßchirurgie	251	59	23,5%
Anästhesiologie	241	62	25,7%
Innere Medizin und Kardiologie	237	44	18,6%
Allgemeinmedizin	232	51	22,0%
Kinder- und Jugendmedizin	210	84	40,0%
Herzchirurgie	181	38	21,0%

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Innere Medizin und Gastroenterologie	147	35	23,8%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	131	31	23,7%
Oralchirurgie	128	58	45,3%
Radiologie	120	50	41,7%
Psychiatrie und Psychotherapie	114	26	22,8%
Kieferorthopädie	108	22	20,4%
Plastische und Ästhetische Chirurgie	106	23	21,7%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	99	39	39,4%
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	80	14	17,5%
Kinderchirurgie	57	34	59,6%
Thoraxchirurgie	53	13	24,5%
Innere Medizin und Pneumologie	49	13	26,5%
Innere Medizin und Angiologie	32	9	28,1%
Innere Medizin und Nephrologie	30	7	23,3%
Nuklearmedizin	22	9	40,9%
Strahlentherapie	21	1	4,8%
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	12	7	58,3%
Innere Medizin und Rheumatologie	12	2	16,7%
Pharmakologie und Toxikologie	7	3	42,9%
Physikalische und rehabilitative Medizin	7	1	14,3%
Hygiene und Umweltmedizin	6	4	66,7%
Pathologie	6	3	50,0%
Arbeitsmedizin	4	0	0,0%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3	0	0,0%
Klinische Pharmakologie	3	0	0,0%
Transfusionsmedizin	3	2	66,7%
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1	0	0,0%
Neuropathologie	1	0	0,0%
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	0	-/-
Humangenetik	0	0	-/-
Laboratoriumsmedizin	0	0	-/-
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0	0	-/-
Sonstige	19	8	42,1%

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

### Ergänzungen/Kommentar zu 2.2:

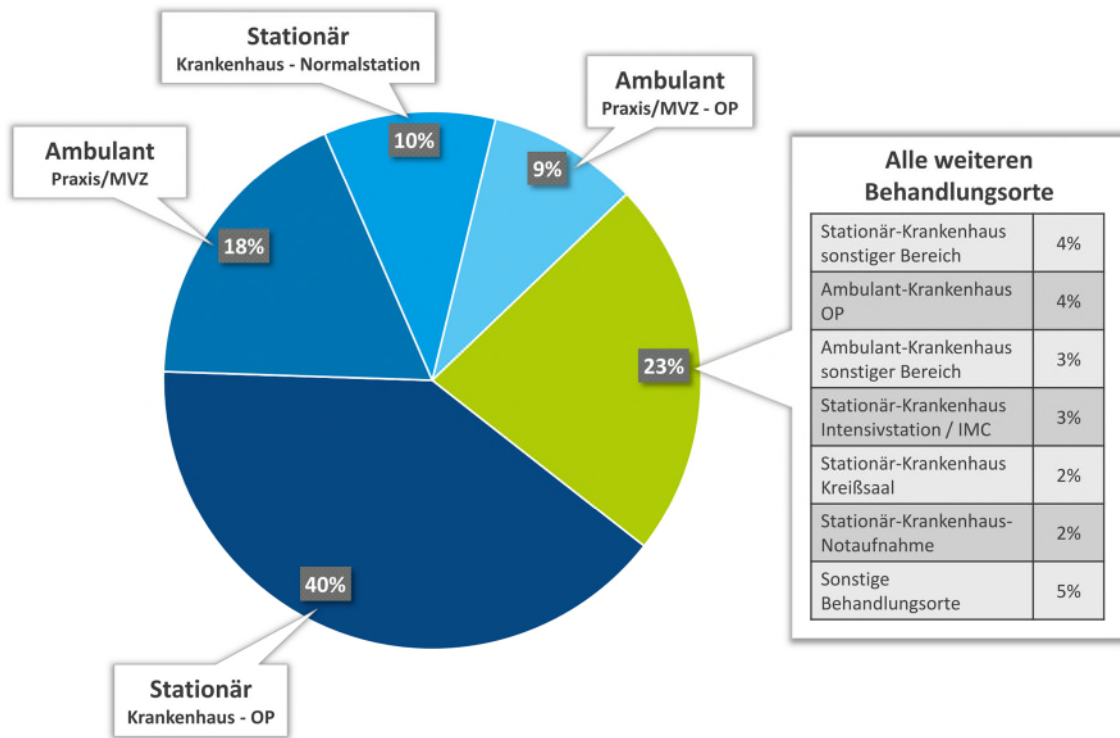
Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich ähnlich auf die einzelnen Fachgebiete wie in den vergangenen Jahren. Einen Schwerpunkt bilden die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind.

Die dargestellte Quote bildet in gewisser Weise die „Treffsicherheit“ des Vorwurfes ab, zumindest bei den Fachgebieten mit einer hohen Anzahl (>100) an Vorwürfen. Wie in den Vorjahren fällt auf, dass insbesondere in der Pflege und in der Zahnmedizin hohe Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies darauf zurück, dass Pflegefehler und Fehler in der Zahnbehandlung leichter für den Patienten anhand der vorliegenden Beschwerden (Schäden) erkennbar sind. Ein Rückschluss auf die Sicherheit oder die allgemeine Fehlerhäufigkeit in einem Fachgebiet ist darüber hinaus nicht möglich.

## 2.3 Versorgungsebene/Ort

### 2.3.1 Übersicht

#### Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



### 2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote*
<b>Ambulant</b>	Praxis/MVZ	2.629	871	33,1%
	Praxis/MVZ - OP	1.330	408	30,7%
	Krankenhaus - OP	574	133	23,2%
	Krankenhaus - sonstiger Bereich	433	155	35,8%
	Sonstiger Bereich	123	32	26,0%
	Hausbesuch	37	16	43,2%
	Praxis/MVZ - Aufwachraum	23	6	26,1%
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	18	6	33,3%
	Krankenhaus - Aufwachraum	15	5	33,3%
<b>Stationär</b>	Krankenhaus - OP	5.859	1.338	22,8%
	Krankenhaus - Normalstation	1.518	602	39,7%
	Krankenhaus - sonstiger Bereich	649	185	28,5%
	Krankenhaus - Intensivstation/IMC	378	113	29,9%
	Krankenhaus - Kreißsaal	290	77	26,6%
	Krankenhaus - Notaufnahme	278	111	39,9%
	Pflegeheim	263	151	57,4%
	Rehaklinik	133	43	32,3%
	Krankenhaus - Aufwachraum	44	14	31,8%
	Sonstiger Bereich	31	8	25,8%
	Krankenhaus - Innerklinischer Transport	14	5	35,7%
<b>Rettungsdienst/Krankentransport</b>		24	3	12,5%

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum, OP: Operationssaal, IMC: Intermediate Care Station

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.3:

Die Gutachter nehmen eine Einschätzung vor, welchem Behandlungsort der (vorgeworfene) Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es im Rahmen der Begutachtung nicht möglich, dies exakt zu differenzieren, so dass Ungenauigkeiten entstehen können bzw. der Behandlungsort „Sonstiger Bereich“ im jeweiligen Versorgungssektor ausgewählt wurde. „Sonstige Bereiche“ können aber auch Labore, Funktionsbereiche (z.B. Endoskopie, Poliklinik), häusliche Versorgung und weitere sein. Die Quote (Anteil festgestellter Fehler) ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Der Großteil der Vorwürfe (n = 7.845; 53,5%, davon festgestellte Fehler bei n = 1.904; 24,3%) und auch ein wesentlicher Teil aller festgestellten Fehler (n = 1.904; 44,5%) steht nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betrifft auch räumlich den Operationssaal. In besonderem Maße gilt dies für das Krankenhaus im stationären Sektor, aber auch ambulant spielt das perioperative Umfeld eine erhebliche Rolle mit 37,5% der Vorwürfen (n = 1.942) und 33,8% der festgestellten Fehler (n = 552).

## 2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

### Übersicht der häufigsten Behandlungsanlässe (korrekte ex-post-Diagnose) mit Vorwürfen

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	590	131	22,2%
M16	Hüftgelenksverschleiß	550	129	23,5%
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	414	184	44,4%
K02	Zahnkaries	354	139	39,3%
S72	Bruch des Oberschenkels	323	128	39,6%
S82	Bruch des Unterschenkels	237	85	35,9%
S52	Bruch des Unterarmes	206	86	41,7%
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	202	93	47,5%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	201	40	19,9%
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	192	72	37,5%
M54	Rückenschmerzen	191	61	31,9%
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	189	70	37,0%
M75	Schulterläsion/-verletzung	179	17	9,5%
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	173	44	25,4%
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	158	40	25,3%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	157	29	18,5%
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	154	41	26,6%
C50	Brustkrebs	152	45	29,6%
H25	Grauer Star	151	31	20,5%
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	142	36	25,3%
K80	Gallensteine	140	46	32,9%
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	139	23	16,5%
M19	Sonstiger Gelenkverschleiß	136	31	22,8%
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	128	55	43,0%
K40	Leistenhernie	122	23	18,9%
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	119	25	21,0%
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	113	27	23,9%
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	109	46	42,2%
K05	Zahnfleischentzündung	107	41	38,3%
G56	Nervenerkrankungen der oberen Extremität	91	27	29,7%
D25	Gutartiger Tumor der Gebärmutter (Leiomyom)	90	19	21,1%
K57	Ausstülpungen der Darmwand (Divertikulose)	85	32	37,6%
O80	Geburt (spontan, Einling)	85	21	24,7%

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

**Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:**

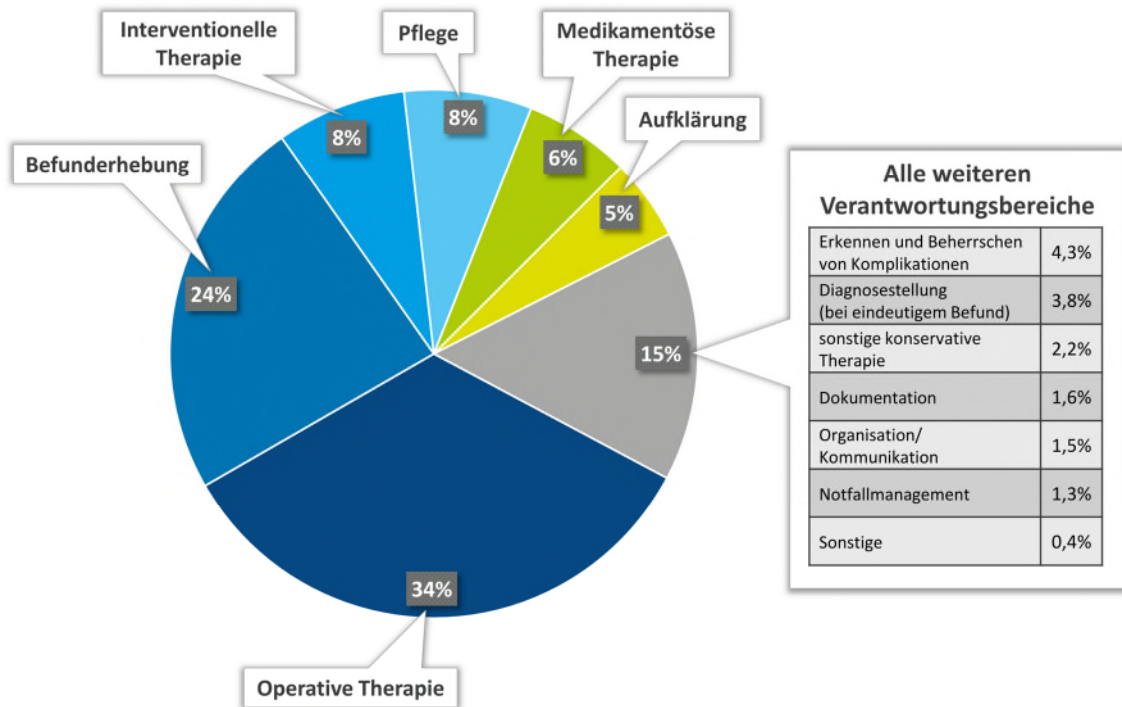
Dargestellt sind alle Behandlungsanlässe mit über 80 Vorwürfen (n=33). Diese machen allerdings nur 43,5% aller vorgeworfenen Fälle und nur 3,2% aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.032 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

Der operative/chirurgische Fokus vieler Vorwürfe und Fehler bildet sich auch hier ab. Allerdings wird genauso deutlich, dass vorgeworfene Behandlungsfehler in Bezug auf die Behandlungsanlässe ein sehr breites und heterogenes Spektrum betreffen.

## 2.5 Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang

### 2.5.1 Übersicht

#### Fehler nach führendem Verantwortungsbereich (gruppiert)



## 2.5.2 Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

Verantwortungsbereich / medizinischer Zusammenhang		Fälle*	festgestellte Fehler	Quote	
<b>Diagnose</b>	Befunderhebung	2640	1008	38,2%	
	davon	Bildgebung	846	395	46,7%
		körperliche Untersuchung	659	260	39,5%
		diagnostische Intervention	314	85	27,1%
		Labor	160	80	50,0%
Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	357	162	45,4%		
<b>Aufklärung</b>		433	214	49,4%	
<b>Therapie</b>	Medikamentöse Therapie	899	279	31,0%	
	davon	Applikation(sweg)	173	51	29,5%
		Dosierung	143	62	43,4%
		bekannte Allergie	26	13	50,0%
		Verwechslung	23	10	43,5%
	Operative Therapie	6761	1452	21,5%	
	davon	OP-Technik	4.857	843	17,4%
		Nachsorge	518	190	36,7%
		Lagerung	121	40	33,1%
	Intervention	1360	341	25,1%	
	davon	Technik der Durchführung	729	154	21,1%
Nachsorge		139	54	38,8%	
Lagerung		40	15	37,5%	
sonstige konservative Therapie	599	95	15,9%		
<b>Erkennen und Beherrschen von Komplikationen</b>		534	186	34,8%	
<b>Notfallmanagement</b>		178	57	32,0%	
davon	Atemwegsmanagement/Beatmung	26	4	15,4%	
	Reanimation	19	10	52,6%	
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	13	1	7,7%	
	mangelhafte Blutungskontrolle	2	0	0,0%	
	Notfallsituation zu spät erkannt	45	17	37,8%	
	zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt	32	16	50,0%	
<b>Pflege</b>		609	335	55,0%	
davon	Planung	232	170	73,3%	
	Durchführung	377	165	43,8%	
<b>Organisation/ Kommunikation</b>		105	64	61,0%	
davon	Schnittstellenmanagement	40	32	80,0%	
	Entlassungsmanagement	12	9	75,0%	
<b>Dokumentation</b>		76	70	92,1%	
<b>Hygiene</b>		48	1	2,1%	
<b>Medizinprodukte</b>		51	18	35,3%	

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

\*Informationen fehlend zu 13 Vorwürfen ohne Fehler

### Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

Durch die Auswertung zu den Verantwortungsbereichen wird klar, dass ein gutes Drittel aller festgestellten Fehler die OP-Technik bzw. Durchführung der Operation betreffen. Ein weiteres Viertel aller Fehler sind Befunderhebungsfehler. Schon auf nur diese beiden medizinischen Zusammenhänge entfällt mehr als die Hälfte aller festgestellten Fehler.

## 2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

### Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

OPS	Bezeichnung	fest- gestellte Fehler
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	190
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	139
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	112
5-233	Zahnersatz	100
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben	68
5-230	Zahntfernung	67
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	54
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruches	48
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	45
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	45
5-231	Operative Zahntfernung (durch Osteotomie)	42
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	42
5-511	Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	42
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	42
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	41
5-781	Operation mit Durchtrennung und ggf. Umstellung eines Knochens (Korrekturosteotomie)	34
5-839	Andere* Operationen an der Wirbelsäule (*andernorts nicht aufgeführt)	33
5-683	Entfernung der Gebärmutter	32
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	32
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	31
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	28
5-786	Operatives Verbinden von Knochen(brüchen) (Osteosyntheseverfahren)	28
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	26
5-808	Operative Gelenkversteifung (Arthrodesse)	25
5-787	Entfernung von Material zur operativen Verbindung von Knochen (Osteosynthesematerial)	24
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	24
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	21
8-020	Therapeutische Injektion	21
1-650	Dickdarmspiegelung	20
5-530	Operativer Verschluss einer Leistenhernie	20

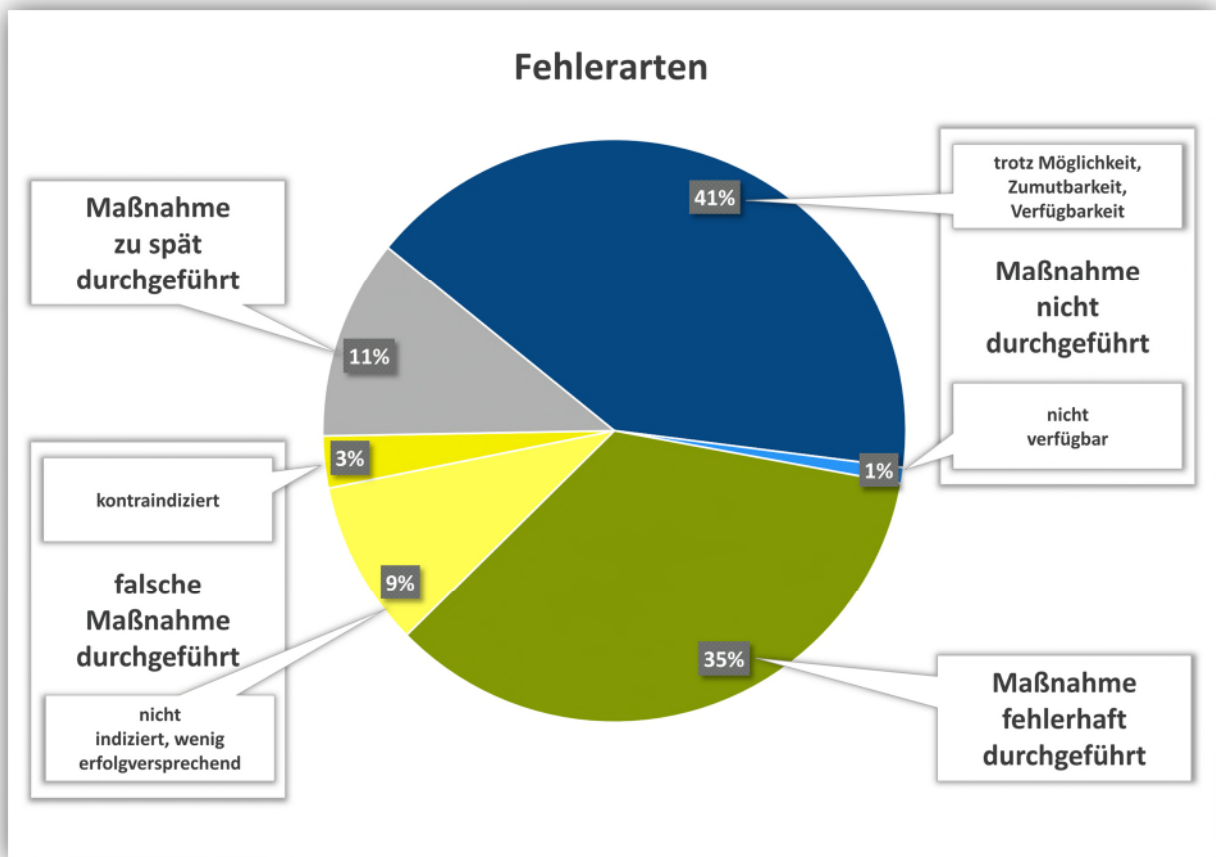
#### Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.270 Fällen (29,1%) steht keine nach OPS-Schlüssel kodierte Maßnahme in direktem Zusammenhang mit dem Vorwurf bzw. es liegt keine Kodierung vor.

Die von Fehlern betroffenen konkreten medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe – breit verteilt. Alle häufiger als 20-mal betroffenen Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.476 Fälle von allen Fehlern aus. Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in weniger als 20 oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Vorwürfe wurden zu 891 verschiedenen Maßnahmen erhoben.

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



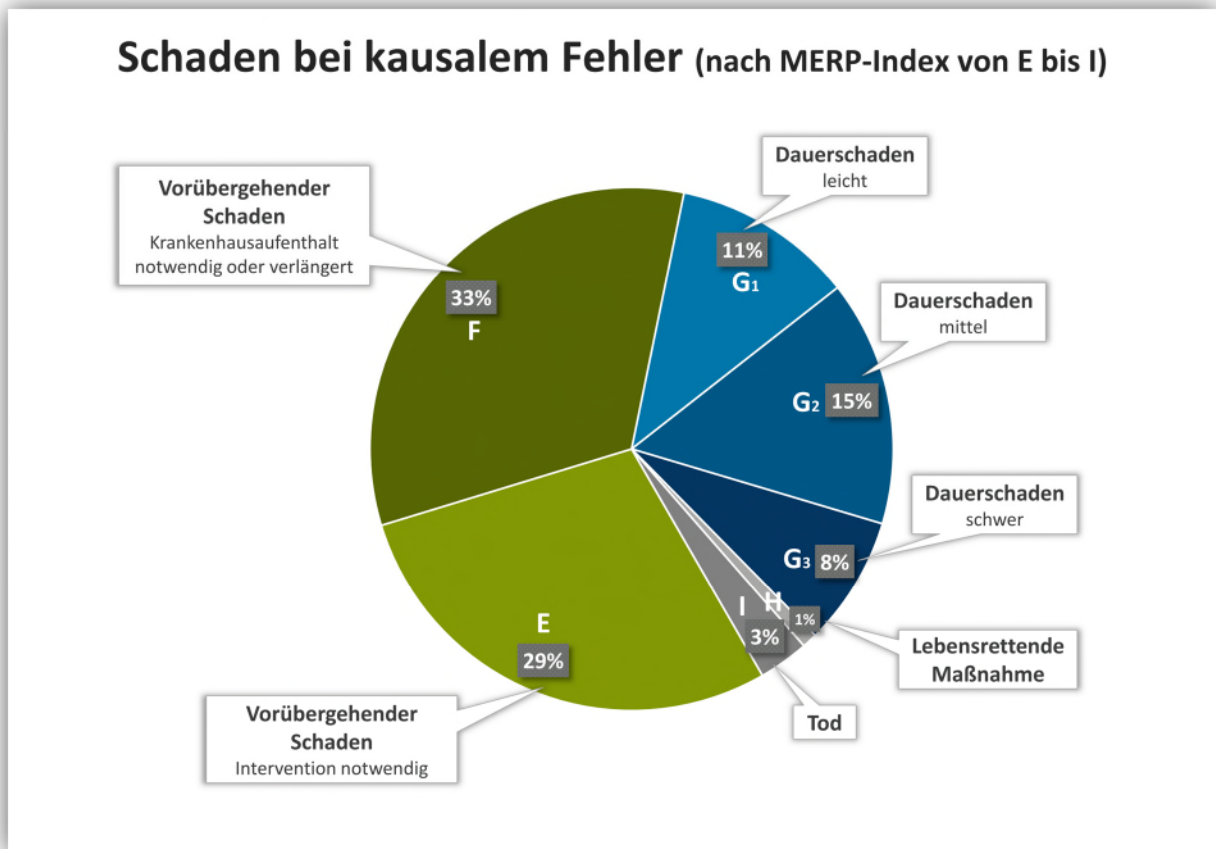
### **Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:**

Die Daten sind bezogen auf alle 4.282 festgestellten Fehler.

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (42%) oder fehlerhaft (35%) 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 12% keine herausragende Rolle. Fast genauso häufig konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät (11%), durchgeführt wurde.

## 2.8 Schaden

### 2.8.1 Übersicht



### 2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)

Schweregrad des Gesundheitsschadens		Anzahl	Kausalität nachgewiesen	Anteil kausaler an festgestellten Fehlern
<b>Vorübergehender Schaden (MERP E, F)</b>	mit Interventionsnotwendigkeit (E)	1.083	850	78,5%
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.231	978	79,5%
<b>Dauerschaden (MERP G)</b>	leicht (G <sub>1</sub> )	417	333	79,9%
	mittel (G <sub>2</sub> )	574	451	78,6%
	schwer (G <sub>3</sub> )	303	238	78,5%
<b>lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)</b>		33	28	84,8%
<b>Schaden mit Todesfolge (MERP I)</b>		155	92	59,4%
<b>gesamt</b>		<b>3.796</b>	<b>2.970</b>	<b>78,2%</b>

### **Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:**

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreitete und genutzte „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 den Patienten nicht in relevanter Weise im Alltag oder Berufsleben behindert.
- Ein Dauerschaden ist als "mittel" zu bezeichnen, wenn er den Patienten zwar erkennbar einschränkt, er 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 der Patient wesentlich beeinträchtigt ist im Alltag sowie in seiner normalen Lebensführung und/oder täglich die Hilfe anderer Personen dafür benötigt.

Der Großteil (73%) der kausalen Behandlungsfehler hat zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In 78,2% aller festgestellten Fehler mit Schaden liegt eine Kausalität vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadensfolgen. Bei verstorbenen Patienten, bei deren Versorgung ein Fehler festgestellt werden konnte, war dieser im Verhältnis etwas seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (59,4%). In 43 dieser 155 Fälle blieb es unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um schwerstkranke Patienten, bei denen in einer komplexen Situation bereits mehrere Umstände im Krankheitsverlauf vorliegen, die höchste Lebensgefahr bedeuten und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben führen. In 20 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben des Patienten identifiziert werden.

## 2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt (Krankenhaus/Pflegeheim) erworben	67
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	34
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil	25
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	17
falsche Operation/Maßnahme durchgeführt	13
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	13
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	9
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	6
Falsches Implantat, falsche Prothese	5
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	5
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	4
Tod oder schwerer Schaden aufgrund von Kontamination eines Medikamentes, Medizinproduktes	2
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	2
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Mangel bei einer Bluttransfusion (z.B. Fehltransfusion ABO-inkompatibel)	2
Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit med. Versorgung (v.a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser)	2
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten	1
Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde („Magensonde“) vor Nutzung nicht bemerkt	1
Tod oder schwerer Schaden durch eine Luftembolie (Eindringen von Luft ins Blutgefäßsystem mit Verstopfen einer Lungenarterie)	1
<b>gesamt</b>	<b>209</b>

### Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Es wurde im Datensatz für die Gutachter die Einschätzungsmöglichkeit gegeben, ob ein kausaler Fehler als ein sogenanntes „Never Event“ angesehen werden kann. Dabei handelt es sich um Schadenereignisse, die einerseits besonders folgenschwer und andererseits in der Regel sicher vermeidbar sind. „Never Events“ sind seltene Einzelereignisse, sie können aber dennoch eine wichtige Rolle spielen in der Sicherheitskultur, dem Gedanken „jeder Fehler zählt“ in besonderem Maße folgend. In den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind diese Ereignisse definiert und werden regelhaft bzw. sogar verpflichtend erfasst. Hier dargestellt sind nicht alle definierten „Never Events“, sondern diejenigen, die auch im Rahmen der begutachteten Vorwürfe im Jahr 2014 als solche bewertet wurden bzw. aufgetreten sind. Aus der oben dargestellten Anzahl kann kein unmittelbarer Rückschluss auf die Patientensicherheit insgesamt gezogen werden.

„Never Events“ gelten mit bekannten Maßnahmen der Patientensicherheit (z.B. durch Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen) als prinzipiell vollständig vermeidbar. **Das Auftreten eines solchen Einzelereignisses zeigt aber keineswegs einen besonders „schweren“ Fehler eines Einzelnen an!** Stattdessen weist es auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Das Ziel bei der Erfassung von „Never Events“ ist es aufzuzeigen, dass schon ein einzelnes Ereignis einen unsicheren und entsprechend

verbesserbaren Versorgungsprozess aufdecken kann. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen.

Dennoch zeigen diese Daten, dass solche Ereignisse in relevantem Ausmaß vorkommen und damit Handlungsbedarf vorliegt. Hierbei besteht in besonderem Maße das Potential mit oftmals vergleichsweise einfachen – und vor allem bekannten – Methoden schwerwiegende und für Patienten und Personal belastende Ereignisse wirksam zu reduzieren.

Zum Dekubitus und Stürzen in der stationären Versorgung zeigte aktuell eine Autorengruppe aus der Berliner Charité, dass diese Ereignisse mit forcierten Sicherheitsmaßnahmen erheblich reduziert werden können. Dafür wurden die Autoren im April 2015 mit dem 1. Platz beim Deutschen Preis für Patientensicherheit, vergeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., ausgezeichnet<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Deutscher Preis für Patientensicherheit. Preisträger 2015. Platz 1: Risikomanagement Dekubitus und Sturz an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Projektexposé online verfügbar auf der Homepage des Aktionsbündnis Patientensicherheit unter: [www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit/preistraeger-2015](http://www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit/preistraeger-2015) (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

### 3 Fazit

Die Anzahl der Behandlungsfehlervorwürfe, die über den Medizinischen Dienst begutachtet werden, ist in den vergangenen Jahren tendenziell gestiegen. In jedem vierten vorgeworfenen Fall haben die MDK-Gutachter einen Behandlungsfehlerverdacht bestätigt, bei dem gleichzeitig ein Gesundheitsschaden vorlag. In vier von fünf dieser Fälle sahen die Gutachter es als erwiesen an, dass der Schaden kausal auf den Fehler zurückzuführen ist. Insgesamt wurde also bei jedem fünften Behandlungsfehlervorwurf ein kausaler Fehler bestätigt.

Ein Maßstab für die Patientensicherheit oder ein repräsentatives Abbild aller stattfindenden Behandlungsfehler in Deutschland sind die vorliegenden Daten nicht. Dennoch beinhalten sie wichtige Informationen. So liegt ein Schwerpunkt in den operativ-chirurgischen Fachgebieten oder im direkten Zusammenhang mit einer Operation. Dies ist wahrscheinlich auch darin begründet, dass es für die Patienten in diesem Bereich näher liegt, unerwünschte Behandlungsergebnisse auf einen Fehler zurückzuführen. Sowohl die Vorwürfe als auch festgestellte und kausale Fehler betreffen letztlich fast die gesamte Bandbreite der Medizin. Von der hausärztlichen Versorgung und der zahnärztlichen Behandlung über ambulante Operationen und alle Facetten der Pflege bis hin zur Intensivstation – überall wo Menschen arbeiten, dort geschehen auch Fehler. Jeden einzelnen dieser Fehler zu vermeiden, dieser Aufgabe müssen sich alle an der Versorgung Beteiligten permanent stellen. Es gilt, aus allen Fehlern zu lernen und daraus Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Behandlungsfehler müssen hierfür eine wichtige Quelle sein.

Analog zu den Erkenntnissen aus Fehlermeldesystemen, Befragungen und wissenschaftlichen Untersuchungen ist eine größtmögliche Transparenz über erkannte Fehler eine Grundvoraussetzung für Patientensicherheit. Eine weitere besteht darin, das Wissen um die bereits vorhandenen und erwiesenermaßen wirksamen Präventionsmaßnahmen noch besser zu verbreiten und diese flächendeckend konsequent umzusetzen. Patienten und sämtliche Mitarbeiter in der medizinischen Versorgung müssen wirkungsvoll vor allem vor solchen Fehlern geschützt werden, die einerseits besonders folgenschwer, andererseits aber gut vermeidbar sind.

Die Medizinischen Dienste möchten weiterhin dazu beitragen, dass die Begutachtung nicht nur auf die Klärung eines Einzelfalles abzielt, sondern dass durch die Gesamtheit der Begutachtungsergebnisse und deren Analyse die Patientensicherheit in Deutschland weiter fortentwickelt wird.

## Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK

### Was ist ein Behandlungsfehler?

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine ärztliche, zahnärztliche und pflegerische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin gegen die Verpflichtung, die hieraus erwächst, verstößt, d.h. die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchführt, dann ist dies ein Behandlungsfehler.

Der Begriff umfasst unterschiedliche Arten von ärztlichem Fehlverhalten. So kann ein Behandlungsfehler unter anderem vorliegen, wenn eine Behandlung nicht den aktuellen medizinischen Standards entspricht, wenn eine eigentlich gebotene medizinische Behandlung unterlassen, eine unnötige durchgeführt oder wenn eine Diagnose trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt wird. Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler aufzuklären, ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate.

### Was hat sich durch das Patientenrechtegesetz (in Kraft seit 2013) verändert?

Gesetzlich Krankenversicherte können jetzt leichter als zuvor Hilfe durch ihre Krankenkassen bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen erhalten. Sie sind verpflichtet, ihre Mitglieder bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Zusätzliche Kosten entstehen den Versicherten dadurch nicht. Zudem sind die Informations- und Einsichtsrechte der Patienten gestärkt worden.

Nach wie vor allerdings liegt die Beweislast bei Behandlungsfehlern grundsätzlich beim Patienten. Lediglich bei groben Behandlungsfehlern sind die behandelnden Ärzte in der Pflicht nachzuweisen, dass der Fehler nicht die Ursache des eingetretenen Gesundheitsschadens war. Beweiserleichterung für Patienten gibt es außerdem bei Dokumentationsfehlern und so genannten Befunderhebungsfehlern. Ein Befunderhebungsfehler bedeutet, dass der Arzt wichtige Untersuchungen nicht durchgeführt hat, was Fehldiagnosen und -behandlungen nach sich gezogen hat.

### Was tun Krankenkassen für Patientinnen und Patienten, die sich mit einem Behandlungsfehlerverdacht an sie wenden?

Hat ein Patient den Verdacht auf einen Behandlungsfehler, sind die Krankenkassen erster Ansprechpartner. Bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen arbeiten die Krankenkassen eng mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) zusammen, die in ihrem Auftrag ein fachärztliches Gutachten erstellen. Dieses Gutachten ist für die Patienten kostenfrei. Kommt der MDK-Gutachter zu dem Ergebnis, dass der Verdacht auf einen Behandlungsfehler gerechtfertigt ist, hilft es dem Betroffenen, seine Ansprüche durchzusetzen.

---

## Ist ein Schlichtungsverfahren die Voraussetzung für ein Gutachten des MDK?

Nein, ein Schlichtungsverfahren ist keine Voraussetzung für ein MDK-Gutachten bei vermuteten Behandlungsfehlern. Das Schlichtungsverfahren ist vielmehr ein alternatives Vorgehen bei einem vermuteten Behandlungsfehler. Patienten können entweder den Weg über die Krankenkasse und den MDK beschreiten oder ein Schlichtungsverfahren bei den Ärztekammern beantragen. Im Gegensatz zum Schlichtungsverfahren kann ein MDK-Gutachten auch bei bereits laufenden gerichtlichen Auseinandersetzungen erstellt werden.

## Wie geht der MDK bei der Begutachtung eines Behandlungsfehlers vor?

Der MDK erstellt auf der Grundlage der Patienten- bzw. Krankenunterlagen sowie eines Gedächtnisprotokolls des Patienten ein medizinisches Sachverständigengutachten. Auch ohne besondere Begründung haben Patientinnen und Patienten das Recht, ihre Krankenunterlagen einzusehen. Dazu gehören zum Beispiel Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, die Karteikarte, die der Arzt angefertigt hat oder ein entsprechender Ausdruck aus dem Praxiscomputer.

Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK werten diese Unterlagen aus, stellen die Fakten des Behandlungsverlaufes in allgemeinverständlicher Sprache dar und bewerten sie. Aus dem Ergebnis muss erkennbar sein, ob aus Sicht des Gutachters ein Behandlungsfehler im Sinne eines nachweisbaren Verstoßes gegen den Facharztstandard, der zum Zeitpunkt der Behandlung galt, oder gegen allgemeine Sorgfaltspflichten des Arztes vorlag. Außerdem muss deutlich werden, ob ein Gesundheits- oder Körperschaden für den Patienten nachweisbar ist, der aus diesem Behandlungsfehler resultieren könnte.

Nur wenn beide Voraussetzungen – Behandlungsfehler und körperlicher Schaden – nachgewiesen sind, prüfen die Gutachter die Kausalität zwischen beiden: Sie müssen aus medizinischer Sicht belegen, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht.

## Wann haben Patienten Anspruch auf Schadensersatz?

Ein Schadensersatzanspruch aus einem Behandlungsfehler besteht für den Patienten nur dann, wenn der Behandlungsfehler auch tatsächlich zu einem Gesundheitsschaden geführt hat, das heißt ursächlich für diesen Schaden ist.

Wer einen solchen Schadensersatzanspruch geltend macht, muss dessen Voraussetzungen darlegen und im Streitfall beweisen (Beweislast). Die Patientin bzw. der Patient muss sowohl die Pflichtverletzung des Arztes als auch den Schaden an sich und die Tatsache, dass die Pflichtverletzung ursächlich für den Schaden war, beweisen (Kausalitätsbeweis). Der Kausalitätsbeweis stellt Patienten oft vor große Hürden. Neben rechtlichen sind insbesondere medizinische Fragen zu klären. Dazu dienen die Gutachten, die von MDK-Gutachtern im Auftrag der Krankenkassen oder von den Gutachterkommissionen der Ärztekammern erstellt werden.

Abweichendes gilt für sogenannte grobe Behandlungsfehler. Von einem groben Behandlungsfehler spricht man, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen hat. In diesem Fall ist der Patient vom Kausalitätsnachweis befreit. Er muss dann (lediglich) beweisen, dass ein grober Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser grundsätzlich zu dem Schaden, der eingetreten ist, geführt haben kann. Der Arzt müsste nun nachweisen, dass der grobe Behandlungsfehler in diesem Fall dennoch nicht zu dem Schaden geführt hat.

### Was bedeutet die Kausalität eines Behandlungsfehlers?

Stellen die Gutachter einen Behandlungsfehler fest und können gleichzeitig nachweisen, dass dieser Fehler die Ursache des gesundheitlichen Schadens war, sprechen die Experten von „nachgewiesener Kausalität“.

Doch nicht jeder Schaden ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Unerwünschte Behandlungsergebnisse können auch Begleiterscheinung der Behandlung an sich oder aber der Behandlung sein, die nicht zu umgehen sind. Es handelt sich dann um eine Komplikation, die trotz sorgfältiger Behandlung nach dem anerkannten Standard nicht zu vermeiden war. Über die Möglichkeit dieses Schadens muss der Patient aber in aller Regel zuvor angemessen aufgeklärt worden sein, ansonsten stellt auch die unzureichende oder fehlende Aufklärung unter Umständen einen Behandlungsfehler dar.

Und schließlich muss nicht jeder Behandlungsfehler die Ursache für einen eingetretenen körperlichen Schaden sein. Möglich ist, dass die Gutachter zwar ein Behandlungsfehler feststellen, dieser aber nicht im Zusammenhang mit dem Schaden, den der Patient beklagt, steht. In einem solchen Fall ist der Fehler „nicht kausal“ für den Schaden und es bestehen kaum Aussichten auf Schadensersatz.

### Wie lange dauert ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst?

Das hängt in erster Linie von der Komplexität des zu beurteilenden Falles ab. Im Schnitt dauert ein Behandlungsfehlergutachten durch den MDK drei Monate.

### Haben die Medizinischen Dienste überhaupt das notwendige Fachwissen?

Die Medizinischen Dienste verfügen über eine umfangreiche Fachkompetenz in Medizin und Pflege. So sind bei den MDK etwa 2.000 Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichen – auch seltenen – ärztlichen Qualifikationen tätig. Eine abgeschlossene Facharztausbildung ist Einstellungs voraussetzung.

MDK-Ärzte, die Behandlungsfehler begutachten, erhalten außerdem regelmäßige Schulungen im Arzthaftungsrecht und besitzen daher zusätzlich die notwendigen juristischen Grundkenntnisse. Außerdem steht ihnen ein breit gefächertes Literaturservice zur Verfügung, der unkompliziert den

Zugriff auf hochwertige Literatur verschiedener Jahrgänge ermöglicht und zur Ermittlung des jeweiligen medizinischen Standards zu verschiedenen Zeitpunkten dient.

Weiterhin achten die MDK darauf, dass bei Behandlungsfehlerbegutachtungen Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtung und mit entsprechender Qualifikation eingesetzt werden. Ist eine solche Qualifikation im MDK nicht vorhanden, werden externe Gutachter hinzugezogen. So erhalten die betroffenen Patienten eine fundierte fachärztliche, gutachterliche Unterstützung, ohne dass ihnen zusätzliche Kosten entstehen.

### 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 und der Geschädigte von den Umständen, die den Anspruch begründen, und der Person des Schädigers Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist nicht, bevor nicht der Patient als medizinischer Laie Kenntnis von Tatsachen erlangt hat, aus denen sich ergibt, dass der Arzt von dem üblichen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht 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 des Patienten spätestens nach 30 Jahren.

### Was passiert, wenn der MDK einen Behandlungsfehler bestätigt?

Zunächst erhält der Patient das Gutachten von seiner Krankenkasse. In der Regel bespricht der Patientenberater dann mit ihm das weitere Vorgehen. Wenn – was häufig der Fall ist – sowohl die Krankenkasse als auch der Patient Schadensersatzansprüche aus dem Gutachten ableiten, stellt sich die Frage, wer zuerst seine Forderungen geltend macht.

Wenn keine Verjährung droht, kann der Patient der Krankenkasse gewissermaßen den Vortritt lassen. In diesem Fall beginnen in der Regel außergerichtliche Verhandlungen mit dem Haftpflichtversicherer des beschuldigten Arztes. Bei einem Erfolg der Krankenkasse verbessert sich meistens auch die Verhandlungsposition des Patienten. Er kann dann ebenfalls in außergerichtliche Verhandlungen eintreten und einen Vergleich anstreben. Sind die Verhandlungen erfolglos, besteht noch die Möglichkeit der Zivilklage. Hierzu ist ein spezialisierter Anwalt unbedingt zu empfehlen.

### An welche Institutionen können sich Patientinnen und Patienten generell bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler wenden?

- Gesetzliche Krankenkassen
- Ärztliche Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern
- Anwälte für Medizinrecht
- Unabhängige Patientenberatungen und Verbraucherzentralen
- Verschiedene Interessengemeinschaften Medizingeschädigter

## Was Sie als Patient 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 aktuellen 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 Schadensersatzansprüche geltend machen wollen, sind Ihre Krankenkasse und Ihr behandelnder Arzt wichtige Ansprechpartner. Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, Patienten im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen (§ 66 SGB V). Um einen Vorwurf zu klären, beauftragt die Krankenkasse in der Regel den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung). Der MDK klärt mit einem fachärztlichen Gutachten, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und zu einem Schaden geführt hat.

### WAS BENÖTIGT DER MDK FÜR EIN GUTACHTEN?

#### → Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre Behandlung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Deshalb müssen Sie Ihre behandelnden 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 der Arzt angefertigt hat, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Sie haben als Patient 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 die 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? An welchem Ort/welchen Orten fand die Behandlung statt?
- Wer hat Sie behandelt? Bitte listen Sie möglichst alle Ärzte, Therapeuten und Krankenhausmitarbeiter in diesem Zusammenhang auf.
- Kann jemand Ihre Vermutung bestätigen (Angehörige, Zimmernachbarn, Ärzte, Pflegekräfte, o. a.)?
- Sind Sie zuvor in einem Aufklärungsgespräch darüber informiert worden, dass der Schaden, den Sie erlitten haben, auftreten kann?
- Haben Sie mit Ihrem Behandler über den Schaden gesprochen? Was hat er Ihnen erklärt?

## WIE GEHT DER MDK VOR?

Der MDK erstellt das Gutachten auf der Grundlage Ihrer Behandlungsunterlagen und Ihres Gedächtnisprotokolls. Um zu klären, ob bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten ist, rekonstruieren die Gutachter des MDK 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?

Der MDK erstellt das Gutachten im Auftrag Ihrer Krankenkasse und leitet es an diese weiter. Sie erhalten das Gutachten dann von Ihrer Krankenkasse.

## WAS KOSTET DAS GUTACHTEN?

Für gesetzlich versicherte Patienten ist das Gutachten des MDK kostenfrei.