

JAHRESSTATISTIK 2018

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft



IMPRESSUM

Herausgeber und Bearbeitung

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

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089 67008-0

Telefax: 089 67008-444

E-Mail: Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

Internet: www.mdk-bayern.de

Satz/Layout

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

www.bestpage-rheinruhr.de

Mai 2019

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

vor 20 Jahren erschien in den USA der vielbeachtete Bericht „To Err is Human: Building a Safer Health System“, der Behandlungsfehler in Krankenhäusern in den Fokus nahm und damit Ausgangspunkt für zahlreiche Konzepte und Initiativen zur Förderung der Patientensicherheit war. Auch zwei Jahrzehnte später hat das Thema nicht an Bedeutung verloren. Man muss sich immer wieder die Frage stellen, was man aus gemachten Fehlern lernen und wie man diese in Zukunft vermeiden kann.

In diesem Sinne präsentieren die Medizinischen Dienste bereits zum achten Mal die Jahresergebnisse der von ihnen erstellten medizinischen Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern. Damit leisten sie einen Beitrag für mehr Transparenz über Umfang und Art von Behandlungsfehlern im deutschen Gesundheitssystem.

Die Sachverständigengutachten der Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) dienen der Klärung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob aus dem Fehler ein Schaden entstanden ist. Damit unterstützen sie die Patientinnen und Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte. Es ist unbekannt, wie viele Versicherte einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler überhaupt nachgehen. Dementsprechend bleibt unklar, wie viele Patientinnen und Patienten hierzulande insgesamt durch Behandlungsfehler geschädigt werden und um welche Fehler es sich handelt. Es ist von einer relevanten Dunkelziffer auszugehen, die eine Verallgemeinerung der vorliegenden Daten verbietet.

Um die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie die Sicherheitskultur in der Medizin nachhaltig zu verbessern, bedarf es wesentlich mehr Transparenz über Behandlungsfehler. Sowohl die Akteure im Gesundheitswesen als auch die Patientinnen und Patienten sollten deshalb immer wieder für das Thema Patientensicherheit sensibilisiert werden. Denn je mehr wir über Fehler und ihre Ursachen wissen, umso besser lassen sie sich vermeiden.

Allen Gutachterinnen und Gutachtern danken wir dafür, dass sie sich in sorgfältiger und oft mühevoller Detailarbeit der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen widmen und ihre Ergebnisse für die bundeseinheitliche Darstellung aufbereiten.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, danken wir für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2018 und hoffen, dass wir damit Anregungen und Denkanstöße für mehr Patientensicherheit geben können.

Essen/München im Mai 2019



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



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

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	5
1.1	Hintergrund	5
1.2	Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse	6
2	Ergebnisse	7
2.1	Übersicht	7
2.1.1	Haftungsvoraussetzungen	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 Sektor und Anzahl der Vorwürfe	16
2.4	Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)	17
2.5	Verantwortungsbereich/Medizinischer Zusammenhang	18
2.5.1	Übersicht	18
2.5.2	Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde	19
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
3	Fazit	27

1 EINLEITUNG

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

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die MDK-Gemeinschaft aller Behandlungsfehlerwürfe 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 seitdem weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens 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

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht nach den zum Behandlungszeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Behandlung unterlassen oder mit mangelnder Sorgfalt ausgeführt wird. Er liegt auch vor, wenn ein Eingriff vorgenommen wird, der individuell nicht indiziert war. Alle Bereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung, von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und auch die Dokumentation können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Geschädigte 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 Behandlungsfehlerwurfs und dem Durchsetzen eventuell daraus entstehender Schadenersatzansprüche zu unterstützen. Zuvor bestand zwar die Möglichkeit, nicht jedoch eine Verpflichtung dazu. Die Krankenkasse ist behilflich bei der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls. Sie 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 fachärztlichen Sachverständigen veranlasst oder externe Fachärztinnen und Fachärzte werden mit der Begutachtung des Behandlungsfehlerwurfs beauftragt.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen Gutachterinnen und Gutachter unter anderem medizinische Leitlinien auf Basis der Evidenzbasierten Medizin (EbM) heran sowie andere wissenschaftliche Ausarbeitungen, die den aktuellen Stand der Medizin zum Zeitpunkt der Behandlung widerspiegeln. Die Bewertung des Behandlungsfehlerwurfs erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls des Betroffenen. Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK werten die Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemein-verständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für Betroffene,

sondern im Fall einer späteren Klage auch für die mit dem Fall juristisch Befassten, sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers wird zusätzlich begutachtet, ob der Schaden, der von Patienten- oder Krankenkassen-Seite geltend gemacht wird, sich in den vorgelegten Befunden bestätigt. Anschließend wird die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden geprüft. Mit der Begutachtung wird aus medizinischer Sicht dargelegt, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der Sachverhalt insgesamt wird dabei gutachterlich neutral nachvollzogen und bewertet.

Trotz der Stärkung der Patientenrechte durch das Patientenrechtegesetz liegt die Beweispflicht weiterhin auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Es kann im Einzelfall zu Beweiserleichterungen bzw. zur Beweislastumkehr kommen bei Aufklärungsfehlern, Befunderhebungsfehlern, einem sogenannten groben Behandlungsfehler, einem Dokumentationsfehler oder bei einem voll beherrschbaren Risiko. Dies könnte dazu führen, dass ein festgestellter Behandlungsfehler im juristischen Verfahren schon ohne weiteren Nachweis als direkte Ursache für einen Schaden angenommen wird – es sei denn, medizinisch-wissenschaftliche Gründe sprechen absolut dagegen.

Damit sind die Begutachtungen des MDK bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. Zwar kann in den meisten Fällen der bestehende Verdacht nicht bestätigt bzw. sogar ausgeschlossen werden, aber gerade dieses Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Erläuterungen sind für betroffene Patientinnen und Patienten genauso wichtig. Dann ist klar, dass eine schicksalhafte Komplikation oder ein ungünstiger Heilungsverlauf einen Schaden verursacht haben, nicht aber ein Fehler in der Behandlung.

1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse

Die Falldaten werden von jedem 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 14.133 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2018) 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 Fehlervorwürfe erhoben werden, die im Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Diese Ergebnisse stellen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum veröffentlicht wird. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der 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 Patientenseite und Leistungserbringern (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen) bzw. Haftpflichtversicherungen reguliert oder vor Gerichten verhandelt. Zusammenhängende inhaltliche Berichte werden jedoch zusätzlich nur von den Ärztekammern vorgelegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Fallzahlen von Ärztekammern und MDK nur in geringem Maße überschneiden.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die Anzahl der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Litigation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang 2018 im Weißbuch Patientensicherheit des APS (Aktionsbündnis Patientensicherheit) umfassend dargelegt¹. Auch daraus ergibt sich, dass Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler oder für den Stand der Patientensicherheit angesehen werden können, unabhängig davon, an welcher Stelle sie vorgebracht werden.

2 ERGEBNISSE

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 14.133 vorgeworfenen Fälle:

Eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten ist zu prüfen.

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

Fehler
4.006

Schaden
3.497

Kausalität
2.799

7

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

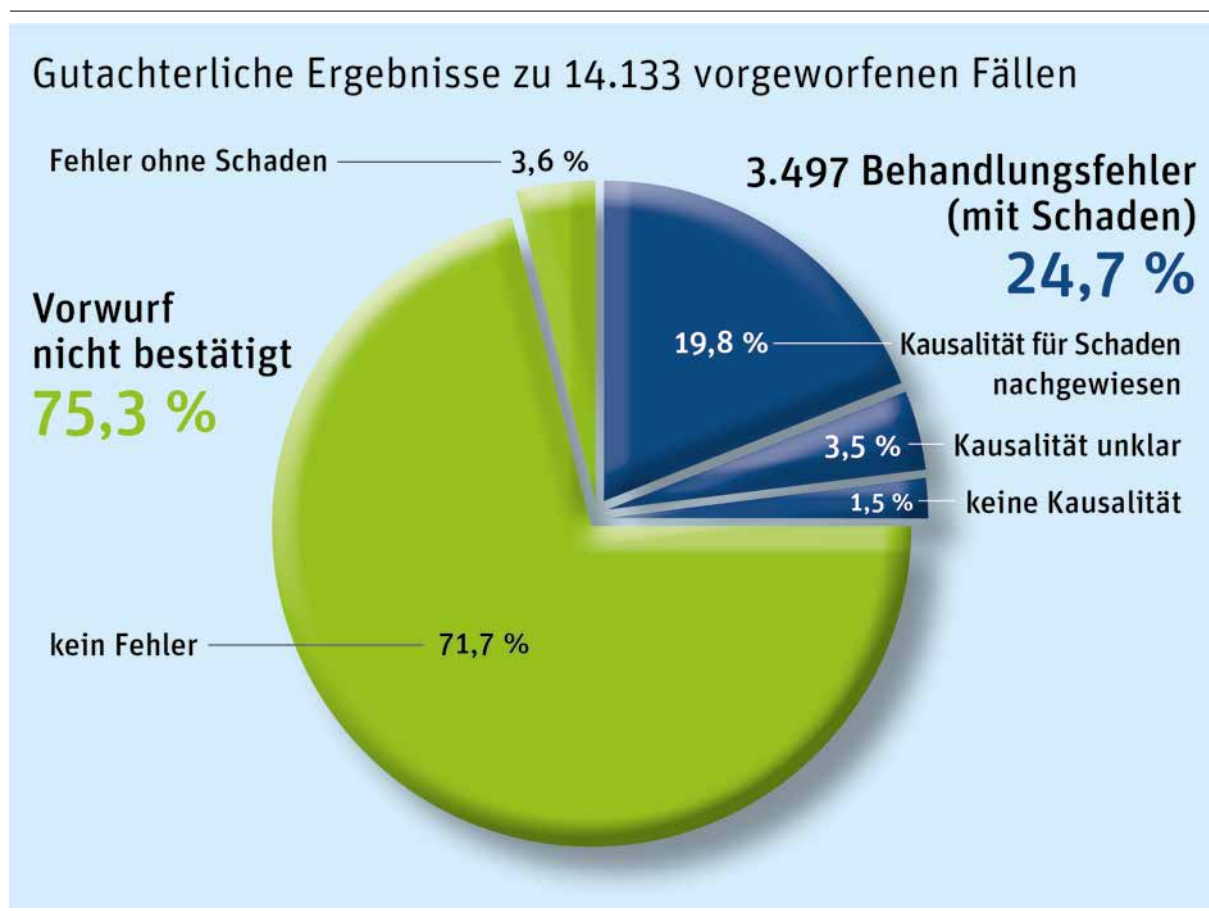
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und besteht darin, dass dieser von einem Fehler in der Behandlung verursacht worden sei. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet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

Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden mehr Fälle begutachtet (2017: n = 13.519). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2017: n = 3.778), der Fehler mit Schaden (2017: n = 3.337) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2017: n = 2.690) ist ebenfalls angestiegen. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus jedoch keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden.

¹ Matthias Schrappe. APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin. 617 Seiten. 2018 | 1. Auflage. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 978-3-95466-410-8 (ISBN). Zum Download verfügbar unter: www.aps-ev.de, siehe u. a. Kapitel 3.4. „Der zentrale Begriff der Haftungslücke (Litigation Gap)“, Seite 301 ff.

Jeder Fehler hat ein Schadenpotenzial, auch wenn es sich glücklicherweise nicht immer verwirklicht. Die Zahl der festgestellten Fehler (auch unabhängig von Schaden und Kausalität) ist deshalb wichtig für die Patientensicherheit, denn es sollte grundsätzlich aus Fehlern gelernt werden. Diesem Ziel dienen auch sogenannte „Fehlermeldesysteme“ (auch „Lern- und Berichtssysteme“ oder „CIRS“ = Critical Incident Reporting Systems genannt), bei denen der Schaden nicht im Fokus steht und zumeist nur Fehler ohne Schaden bzw. sonstige Risiken gemeldet werden. Alle Risiko- oder fehlerbehafteten Ereignisse können dazu in solchen Systemen anonym und freiwillig von Beschäftigten im Gesundheitswesen gemeldet werden ohne Betrachtung eines möglichen Schadens. Das Lernen aus gutachterlich bestätigten Behandlungsfehlern und das Lernen aus anonym gemeldeten Risiken und Fehlern ist eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenkausalität²



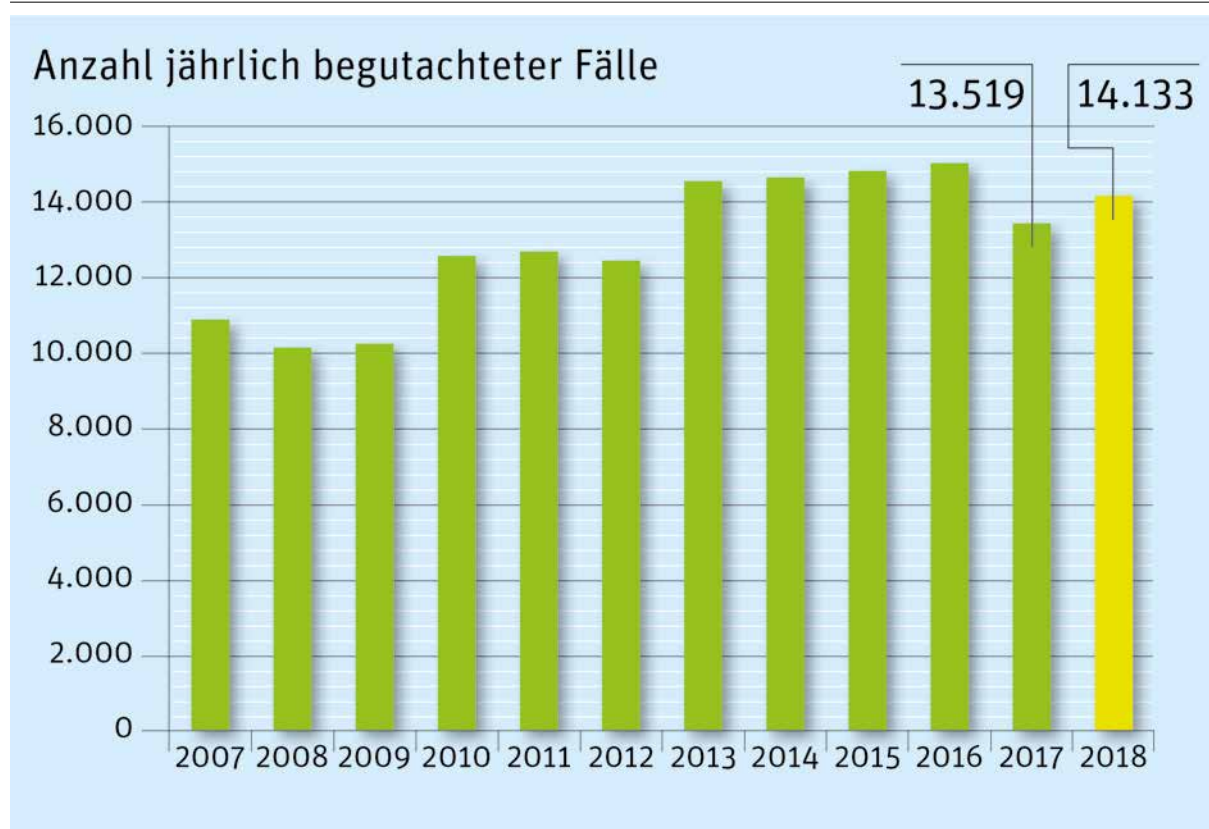
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Blau dargestellt sind hier die festgestellten Fehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Kausalität (der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden) stellt. Wenn ein Behandlungsfehler gutachterlich gesehen wird, jedoch kein Schaden objektivierbar ist, entfällt die Frage nach diesem Kausalzusammenhang. Ein vom Patienten erhobener Vorwurf, der mit Haftungs- und Schadenersatzansprüchen verknüpft ist, kann dann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden. Grün dargestellt sind die Begutachtungsergebnisse, in denen der Vorwurf nicht bestätigt werden kann, weil entweder kein Fehler vorliegt oder aber kein Schaden entstanden ist.

² In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

Bei allen vorgeworfenen Fehlern mit vorliegendem Schaden stellt sich die Frage nach der Kausalität. Hier kann es vor Gericht zu einer Beweislastumkehr kommen, zum Beispiel bei einem groben Behandlungsfehler. Die Gutachten mit Kausalität des Fehlers für den Schaden („kausale Fehler“; n = 2.799 bzw. 19,8 % der begutachteten Vorwürfe) bieten die Möglichkeit, Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

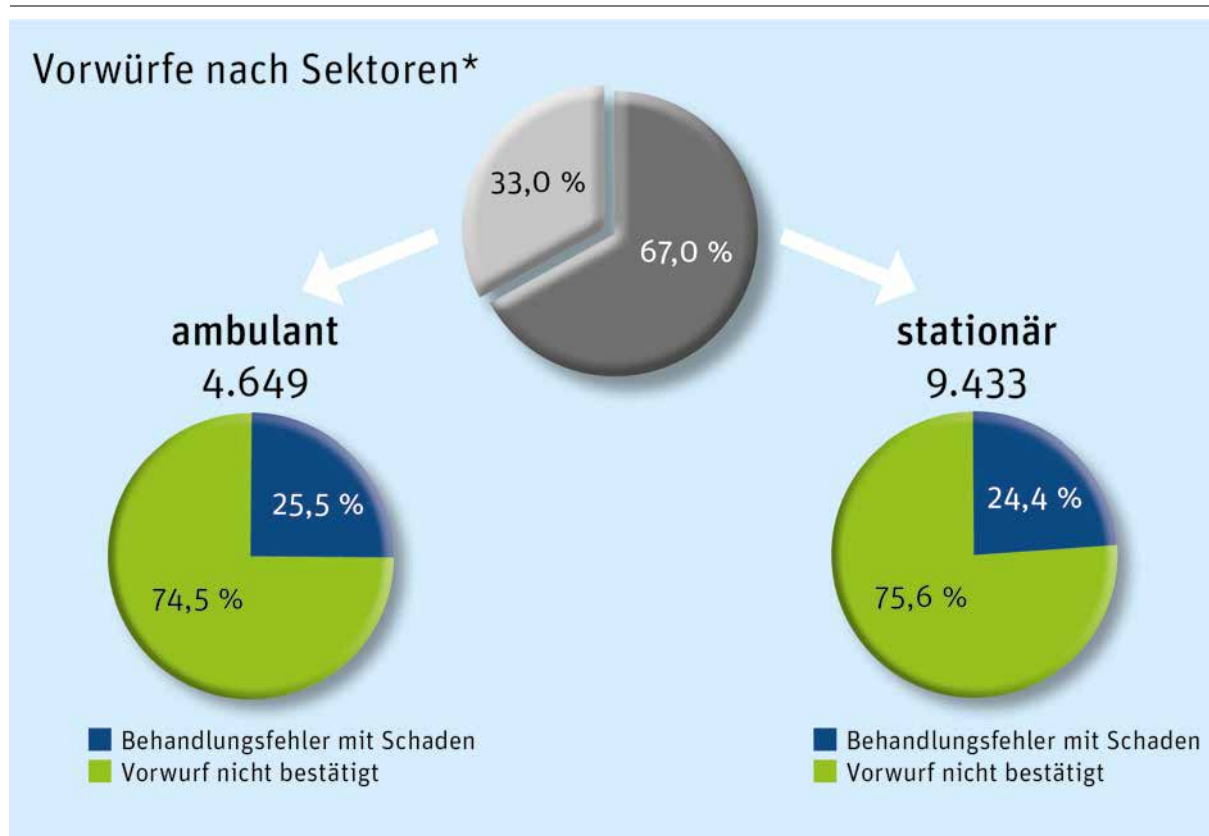
Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht hat über die Jahre insgesamt zugenommen. Im Vergleich zu den Begutachtungszahlen vor zehn Jahren ist ein Zuwachs von etwa 40 % zu verzeichnen. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes 2013 sowie der zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern war die Zahl der Begutachtungen angestiegen. In den Folgejahren hat sich nahezu ein Plateau ausgebildet. Von 2016 auf 2017 war die Zahl der Begutachtungen erstmals seit 2012 rückläufig (10,4 %). Im Jahr 2018 ist die Zahl der Begutachtungen wieder angestiegen (um 4,5 % im Vergleich zu 2017), wobei das Niveau der „Plateauphase“ zwischen 2013 und 2016 nicht ganz erreicht ist.

Auch hier ist zu beachten, dass aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Daten keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden können. Die Zahl der tatsächlichen Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl der begutachteten sowie der entschädigten bzw. bestätigten Behandlungsfehler wird nicht erfasst. Die Medizinischen Dienste fordern deshalb seit Jahren eine repräsentative bzw. vollständige Erfassung dieser Fälle.

Neben der unbekanntem Anzahl der tatsächlich stattfindenden und dabei für Patientinnen und Patienten erkennbaren Fehler hängt die Anzahl der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen vom Vorwurfs-

verhalten der Betroffenen und dem Umgang der Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer mit dem Fall ab. Melden sich Geschädigte nicht bei ihrer Krankenkasse, weil Sie sich entweder nicht imstande fühlen ihre Ansprüche weiter zu verfolgen oder davon ausgehen, dass es sich ohnehin um ein aussichtsloses Unterfangen handelt, dann wird es vielfach nicht zu einer Begutachtung kommen. Sofern frühzeitig nach einer Schädigung zwischen Geschädigten, Leistungserbringern und Haftpflichtversicherung eine Einigung erzielt wurde, erhält die Krankenkasse ebenfalls häufig keine Kenntnis von dem Fall. Zusätzlich kann die Zahl der Begutachtungen weiteren (auch zufallsbedingten) Schwankungen unterworfen sein.

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



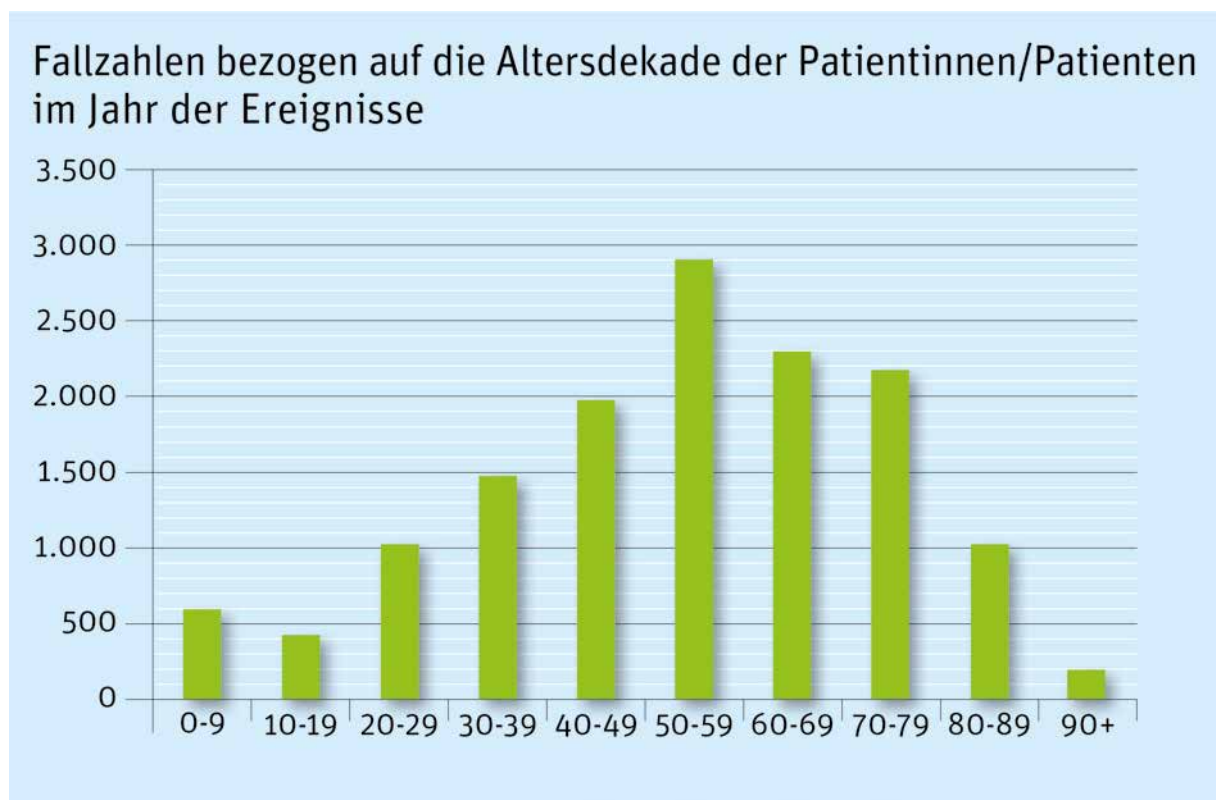
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

*51 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. Nach wie vor werden etwa zwei Drittel der Begutachtungen zu stationärer Behandlung (v. a. Krankenhausbehandlung) erstellt und ein Drittel entfällt auf ambulant versorgte Fälle.

Details zur Verteilung der Fälle auf Behandlungsorte innerhalb der Sektoren sind in Kapitel 2.3 dargestellt.

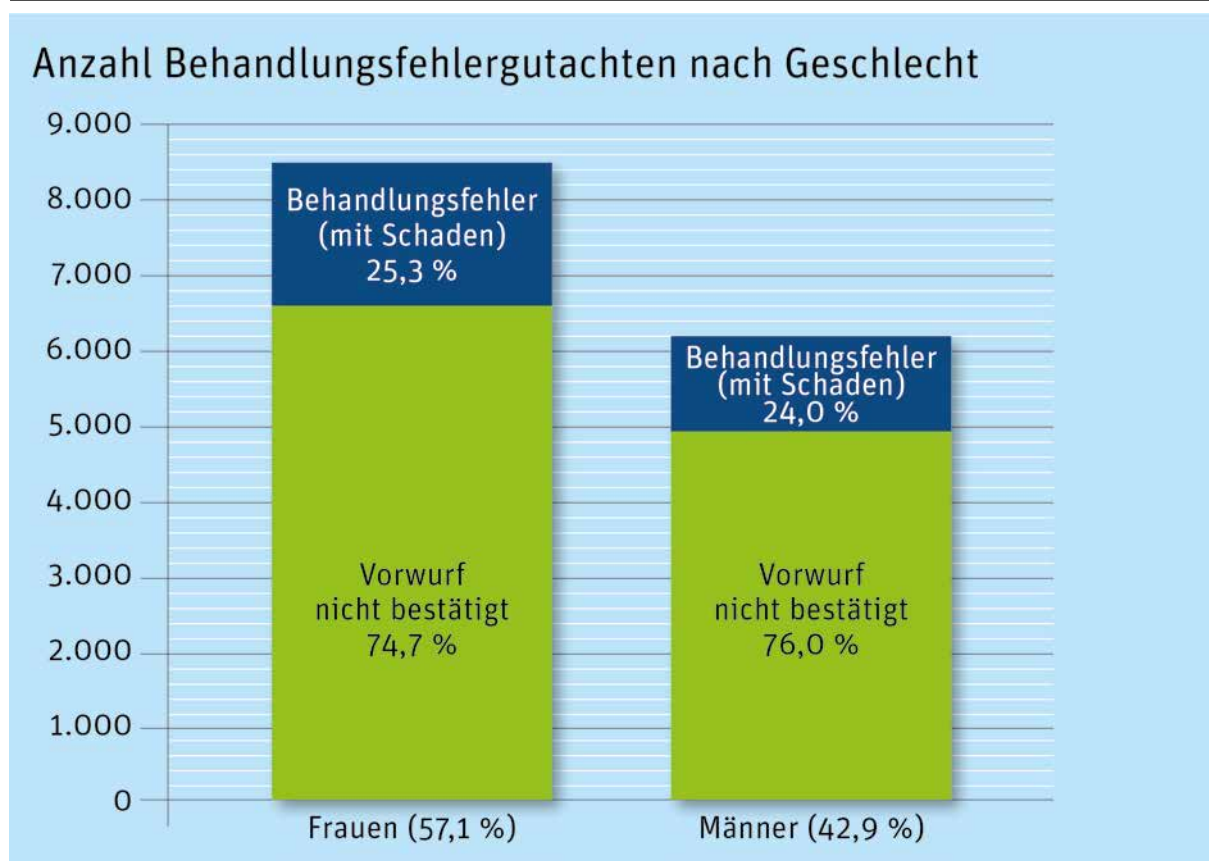
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

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

2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

Mit leichten jährlichen Schwankungen zeigt sich über die vergangenen Jahre konstant, dass mehr Begutachtungen bei Patientinnen durchgeführt werden. Die Ursachen dafür sind nicht vollständig bekannt. Die Quote bestätigter Vorwürfe ist bei Frauen ebenfalls weiterhin geringfügig höher.

Die Unterschiede können zu einem geringen Anteil durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erklärt werden. Ein weiterer Grund ist der etwas höhere Frauenanteil (ca. 52 %) in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie bereits in den Vorjahren erwähnt, könnten sich zusätzliche Einflussfaktoren auswirken:

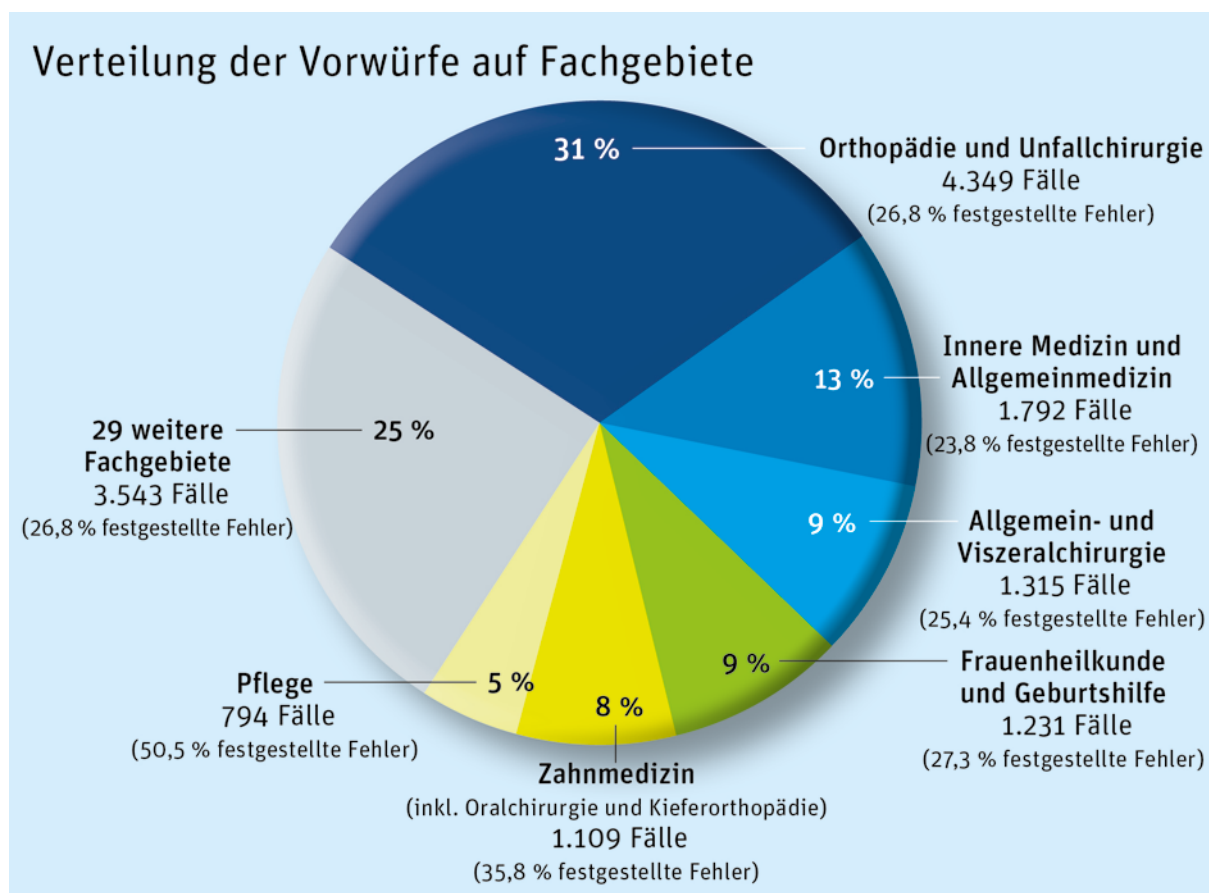
- Es gibt Hinweise, dass Frauen eher Behandlungsfehler vermuten, siehe Befragungen des Allensbach-Instituts und der Techniker-Krankenkasse (vgl. Jahresstatistik 2014).
- In Übereinstimmung mit unseren Daten zeigt beispielsweise eine Studie aus den Niederlanden, dass dort beim Hüftgelenkersatz ebenfalls erheblich mehr Frauen Behandlungsfehlervorwürfe über einen Zehnjahreszeitraum erhoben haben (vgl. Jahresstatistik 2015).
- In der Gesundheitsberichterstattung⁴ wird auf eine Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) verwiesen, in der Frauen ihre Gesundheit insgesamt als schlechter einschätzen als Männer.

Es kann auf Basis dieser Daten jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass bei Frauen insgesamt mehr Behandlungsfehler vorkommen.

⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. „Gesundheit in Deutschland“. 2015. Zum Download verfügbar unter (zuletzt abgerufen 23.05.2018): www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

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	4.349	1.164	26,8 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.231	336	27,3 %
Zahnmedizin	943	358	38,0 %
Pflege	794	401	50,5 %
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	792	155	19,6 %
Allgemeinchirurgie	702	164	23,4 %
Viszeralchirurgie	613	170	27,7 %
Neurochirurgie	519	131	25,2 %
Augenheilkunde	397	95	23,9 %
HNO-Heilkunde	350	78	22,3 %
Urologie	318	62	19,5 %
Gefäßchirurgie	296	88	29,7 %
Innere Medizin und Kardiologie	289	77	26,6 %
Neurologie	287	75	26,1 %
Anästhesiologie	247	63	25,5 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Innere Medizin und Gastroenterologie	228	57	25,0 %
Allgemeinmedizin	226	67	29,6 %
Kinder- und Jugendmedizin	187	79	42,2 %
Herzchirurgie	158	27	17,1 %
Radiologie	150	86	57,3 %
Psychiatrie und Psychotherapie	113	28	24,8 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	107	28	26,2 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	106	27	25,5 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	99	25	25,3 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	93	23	24,7 %
Kieferorthopädie	93	15	16,1 %
Oralchirurgie	73	24	32,9 %
Innere Medizin und Nephrologie	58	20	34,5 %
Kinderchirurgie	56	17	30,4 %
Innere Medizin und Pneumologie	49	10	20,4 %
Thoraxchirurgie	48	9	18,8 %
Innere Medizin und Angiologie	30	10	33,3 %
Nuklearmedizin	18	4	22,2 %
Strahlentherapie	15	4	26,7 %
Innere Medizin und Rheumatologie	14	4	28,6 %
Pathologie	14	8	57,1 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	14	2	14,3 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	13	3	23,1 %
Pharmakologie und Toxikologie	5	2	40,0 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	4	1	25,0 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4	0	0,0 %
Arbeitsmedizin	3	1	33,3 %
Humangenetik	1	0	0,0 %
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1	0	0,0 %
Klinische Pharmakologie	1	0	0,0 %
Transfusionsmedizin	1	1	100 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	0	/
Hygiene und Umweltmedizin	0	0	/
Laboratoriumsmedizin	0	0	/
Neuropathologie	0	0	/
Sonstige	24	7	29,2 %

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.2:

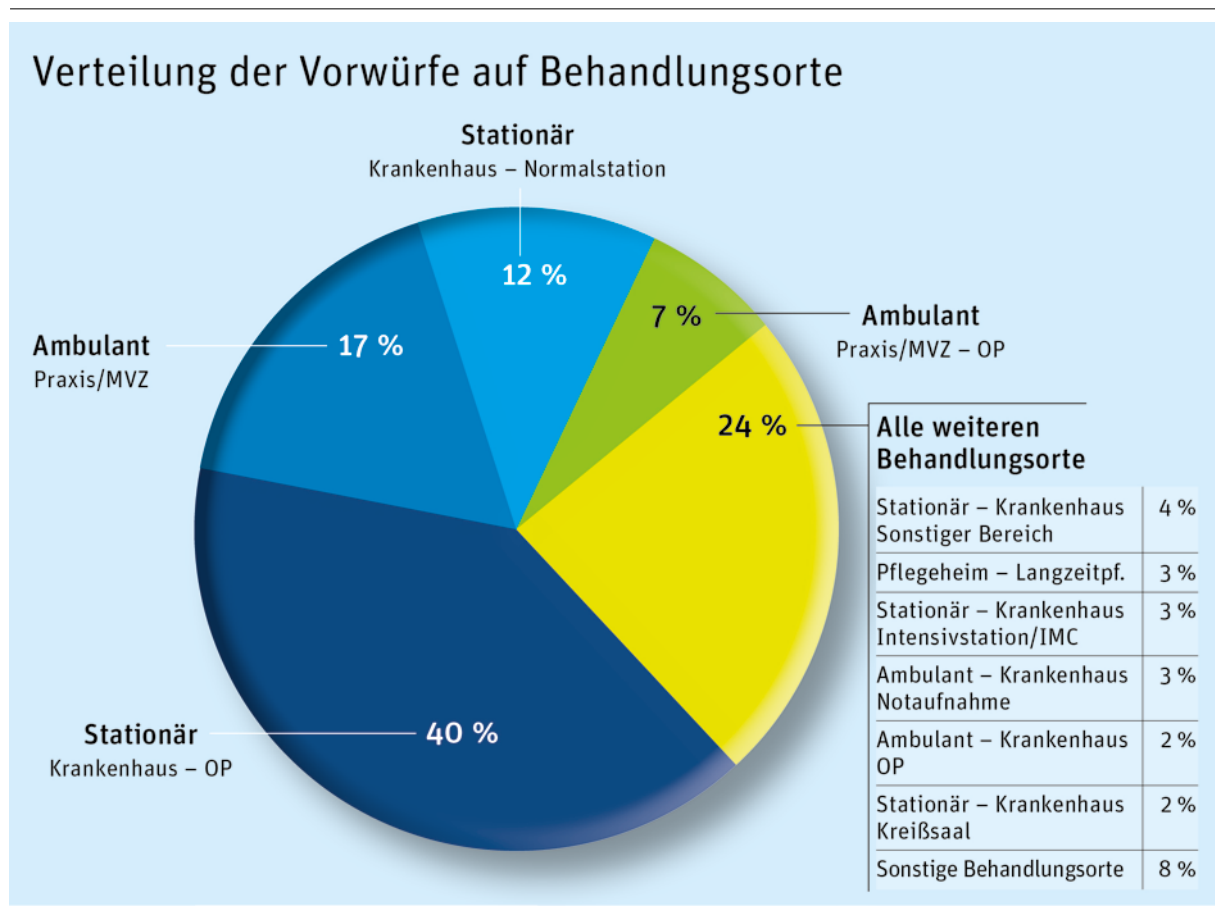
Gerade in den Fachgebieten mit einer größeren Anzahl an Begutachtungen ähneln die Daten denen der Vorjahre. Es sind zwar vereinzelt auch auffällige Änderungen bei Fällen/festgestellten Fehlern im direkten

Vergleich mit dem Vorjahr (2017) festzustellen, zum Beispiel Zunahmen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (+18,3 %/+19,6 %) und in der Pflege (+19,8 %/+21,5 %) oder eine Abnahme in der Urologie (-25,2 %/-41,5 %). Dennoch können hier zahlreiche unsystematische und zufällige Einflussfaktoren vorliegen. Angesichts der vorbeschriebenen Grundlagen der Datenerhebung können aus dieser „Momentaufnahme“ keine direkten Rückschlüsse auf die Entwicklung von Patientensicherheit und Qualität in einem Fachgebiet gezogen werden. Die Daten können nur als Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen dienen. Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für Betroffene einfacher zu erkennen sind. Eine höhere Gefährdung oder Fehlerhäufigkeit lässt sich aus diesen Begutachtungsdaten nicht unmittelbar ableiten.

Die dargestellte Quote bildet in gewisser Weise die „Treffsicherheit“ des Vorwurfes ab, zumindest bei den Fachgebieten mit einer hohen Anzahl an Vorwürfen. Wie in den Vorjahren fällt auf, dass insbesondere in der Pflege und Zahnmedizin höhere Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies grundsätzlich darauf zurück, dass Pflegefehler und Fehler in der Zahnbehandlung leichter für Patientinnen und Patienten anhand der vorliegenden Beschwerden (Schäden) erkennbar sind. Auch die Höhe dieser Quote ist deshalb kein Hinweis auf eine besondere Gefährdung in einem Fachgebiet.

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Ambulant	Praxis/MVZ – sonstiger Bereich	2.465	814	33,0 %
	Praxis/MVZ – OP	924	249	26,9 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	381	145	38,1 %
	Krankenhaus – OP	327	84	25,7 %
	Sonstiger Bereich	227	70	30,8 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	187	64	34,2 %
	Hausbesuch	55	15	27,3 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	36	6	16,7 %
	Häusliche Pflege	19	4	21,1 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	11	2	18,2 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	7	4	57,1 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	5	1	20,0 %
	Hausgeburt	5	2	40,0 %
	Geburtshaus	0	0	/
	Stationär	Krankenhaus – OP	5.594	1.248
Krankenhaus – Normalstation		1.683	523	31,1 %
Krankenhaus – sonstiger Bereich		520	147	28,3 %
Pflegeheim – Langzeitpflege		442	229	51,8 %
Krankenhaus – Intensivstation/IMC		383	104	27,2 %
Krankenhaus – Kreißsaal		324	97	29,9 %
Krankenhaus – Notaufnahme		232	88	37,9 %
Rehaklinik		142	38	26,8 %
Pflegeheim – Kurzzeitpflege		60	32	53,3 %
Sonstiger Bereich		33	11	33,3 %
Krankenhaus – Aufwachraum		15	6	40,0 %
Geburtshaus		3	1	33,3 %
Krankenhaus – Innerklinischer Transport		2	0	0,0 %
Rettungsdienst/Krankentransport		51	22	43,1 %

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

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.3:

Die Gutachterinnen und Gutachter nehmen eine Einschätzung vor, welchem Behandlungsort der (vorgeordnete) Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es bei 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) und weitere sein. Die Quote (Anteil festgestellter Fehler) ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Die Verteilung bildet sich ebenfalls ähnlich ab wie zuvor. Ein erheblicher Teil der Vorwürfe (n = 6.878; 48,7 %) sowie der festgestellten Fehler (n = 1.593; 39,8 %) stehen weiterhin nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betreffen auch räumlich den Operationsbereich, insbesondere gilt dies für den stationären Sektor im Krankenhaus.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	518	108	20,8 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	491	104	21,2 %
K02	Zahnkaries	335	124	37,0 %
S72	Bruch des Oberschenkels	320	105	32,8 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	297	120	40,4 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	296	94	31,8 %
S82	Bruch des Unterschenkels	219	81	37,0 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	208	44	21,2 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	203	56	27,6 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	196	54	27,6 %
S52	Bruch des Unterarmes	192	68	35,4 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	180	73	40,6 %
M54	Rückenschmerzen	172	46	26,7 %
H25	Grauer Star	170	35	20,6 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	167	42	25,1 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	148	33	22,3 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	143	26	18,2 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	143	24	16,8 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	139	30	21,6 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	137	38	27,7 %
K80	Gallensteine	136	35	25,7 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	133	35	26,3 %
C50	Brustkrebs	125	43	34,4 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	124	24	19,4 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	121	32	26,4 %
K40	Leistenhernie	107	23	21,5 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	105	48	45,7 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	95	27	28,4 %
I21	Akuter Herzinfarkt	94	28	29,8 %
G56	Erkrankung/Schädigung eines Nerven am Arm	84	25	29,8 %

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

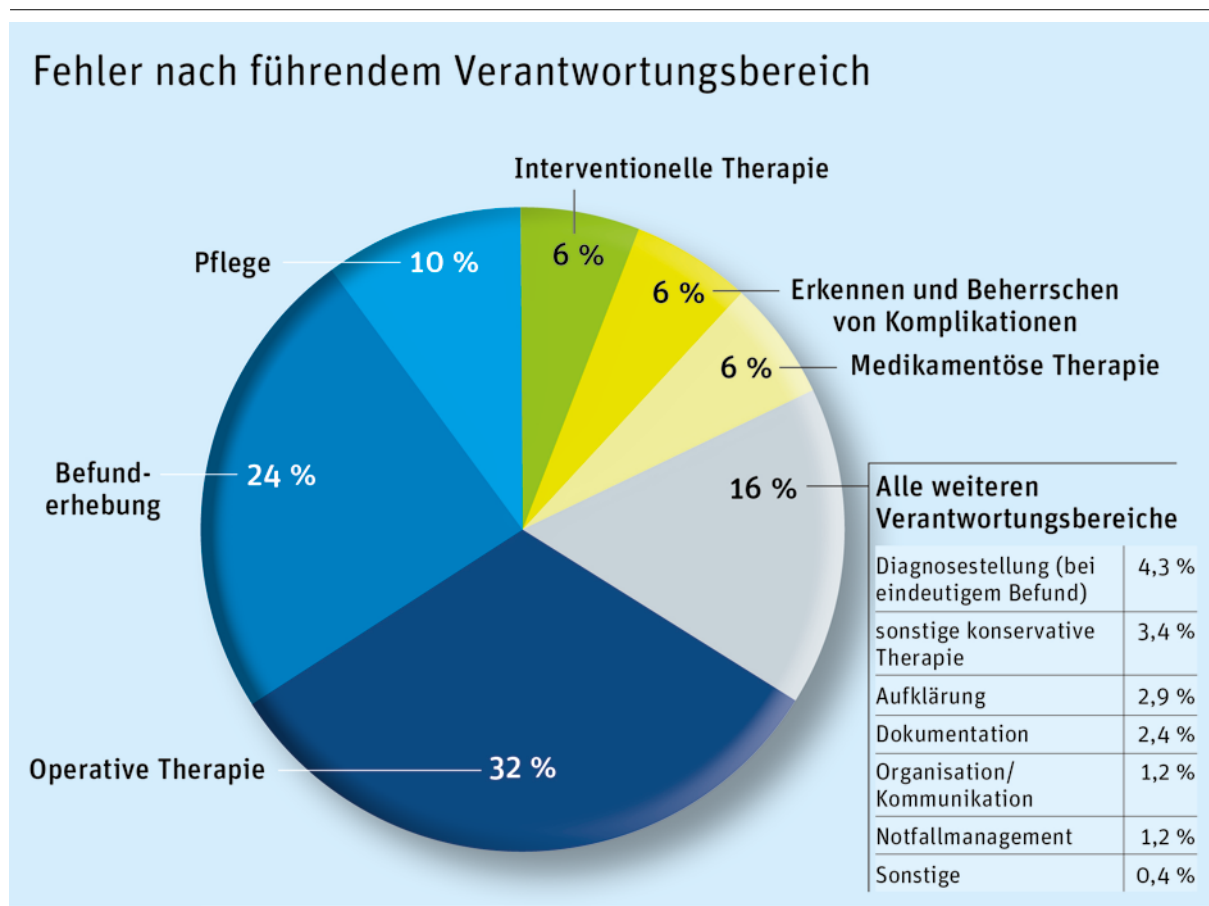
Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

Hier dargestellt sind die „TOP 30“ gemessen an der Anzahl von Vorwürfen. Diese machen allerdings nur 41,0 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 2,9 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.039 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

Die wesentlichen Ergebnisse sind im Vergleich zu den Vorjahren wenig verändert. Wiederholt bildet sich der operative/chirurgische Fokus vieler Vorwürfe und Fehler auch hier ab. Die Fälle, die in einer Rangfolge der Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler oben stehen, zeigen zwar eine gewisse Häufung an, man kann allerdings nicht von deutlichen Schwerpunkten sprechen. Das begutachtete Vorwurfs- und Fehlergeschehen betrifft letztlich die gesamte Breite der medizinischen Versorgung.

2.5 Verantwortungsbereich/Medizinischer Zusammenhang

2.5.1 Übersicht



2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang		Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Diagnose	Befunderhebung	2.378	979	41,2 %
	davon			
	Bildgebung	721	347	48,1 %
	körperliche Untersuchung	494	219	44,3 %
	diagnostische Intervention	283	92	32,5 %
	Labor	121	76	62,8 %
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	437	172	39,4 %
Aufklärung		238	116	48,7 %
Therapie	Medikamentöse Therapie	825	232	28,1 %
	davon			
	Dosierung	145	51	35,2 %
	Applikation(sweg)	73	23	31,5 %
	bekannte Allergie	21	12	57,1 %
	Verwechslung	14	12	85,7 %
	Operative Therapie	6.198	1.265	20,4 %
	davon			
	OP-Technik	4.394	731	16,6 %
	Nachsorge	336	98	29,2 %
	Lagerung	104	46	44,2 %
	Intervention	1.182	257	21,7 %
	davon			
	Technik der Durchführung	656	99	15,1 %
	Nachsorge	64	20	31,3 %
	Lagerung	31	13	41,9 %
	sonstige konservative Therapie	769	136	17,7 %
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen		889	243	27,3 %
Notfallmanagement		115	47	40,9 %
	davon			
	Notfallsituation zu spät erkannt	22	14	63,6 %
	zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt	22	9	40,9 %
	Reanimation	18	8	44,4 %
	Atemwegsmanagement/Beatmung	18	3	16,7 %
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	4	2	50,0 %
	mangelhafte Blutungskontrolle	1	0	0,0 %
Pflege		798	393	49,2 %
	davon			
	Durchführung	518	267	51,5 %
	Planung	280	126	45,0 %
Organisation/Kommunikation		85	50	58,8 %
	davon			
	Schnittstellenmanagement	26	19	73,1 %
	Entlassungsmanagement	10	4	40,0 %
Dokumentation		104	95	91,3 %
Hygiene		24	1	4,2 %
Medizinprodukte*		36	17	47,2 %

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis. Sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab (unabhängig von Schaden und Kausalität), bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Daten fehlend zu n = 55 Vorwürfen (0,4 %) und n = 3 Fällen (0,07 %) mit festgestellten Fehlern.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

*Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte sind zumeist keine Behandlungsfehler, weil Anwender bei ordnungsgemäßem Gebrauch auf die Sicherheit des Produktes vertrauen können müssen. Diese Daten lassen entsprechend keinen Rückschluss auf die Qualität und Sicherheit von Medizinprodukten zu.

2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

OPS	Bezeichnung	fest- gestellte Fehler
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	127
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	111
5-233	Zahnersatz	97
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	94
5-230	Zahnentfernung	62
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	60
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	53
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	53
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	45
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	45
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	42
5-839	Anderer Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	41
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	39
5-786	Operative Knochenverbindungen (Osteosynthese) an anderen Knochen (Zusatzcode)	34
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	31
5-683	Entfernung der Gebärmutter	31
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	29
5-749	Anderer Kaiserschnittentbindung	27
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	26
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	26
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	25
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	24
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	24
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	22

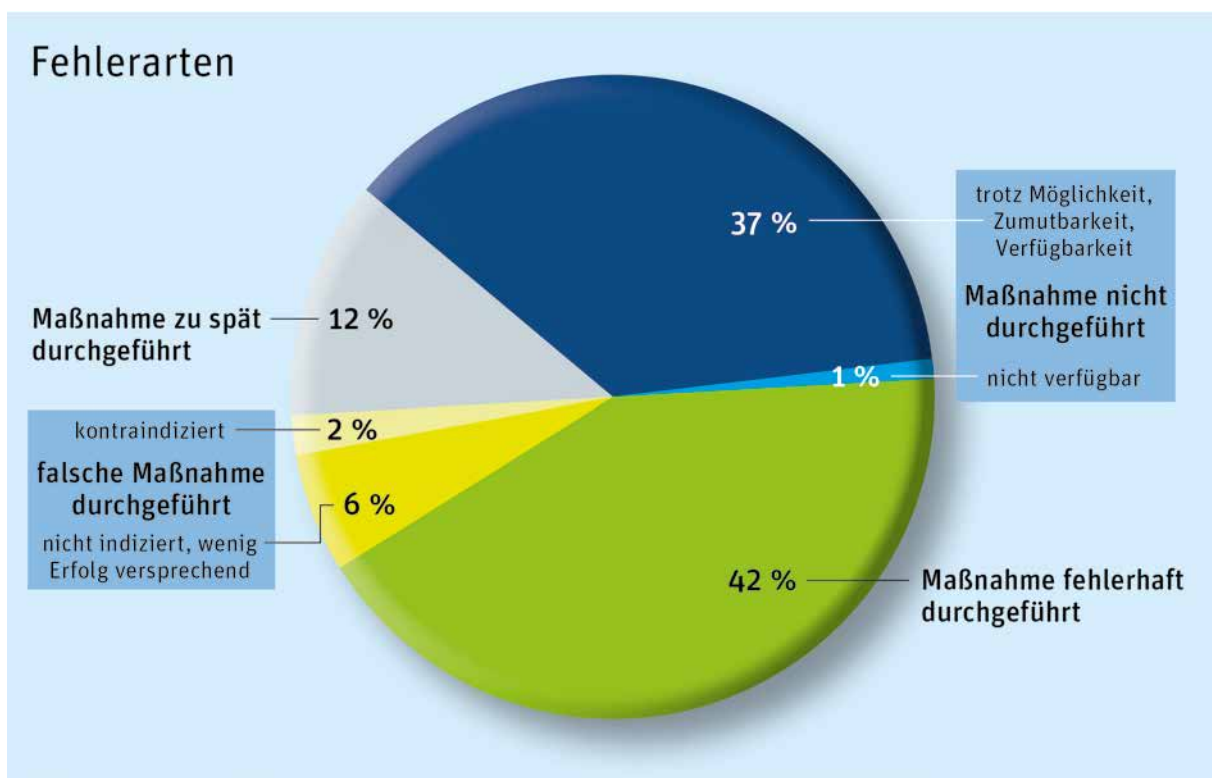
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.265 Fällen (30,2 %) steht keine nach OPS-Schlüssel kodierbare Maßnahme in direktem Zusammenhang mit dem Vorwurf. Entsprechend liegt zu diesen Vorwürfen keine OPS-Kodierung vor. Bei den festgestellten Fehlern betrifft dies 1.333 Fälle, die nicht im Zusammenhang mit einer OPS-Kodierung stehen. Die Darstellung der festgestellten Fehler in Bezug auf durchgeführte Operationen und Prozeduren ergänzt deshalb lediglich die Daten zu den „Verantwortungsbereichen“ aus dem vorhergehenden Kapitel 2.5.

Die von Fehlern betroffenen medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) – breit verteilt, so dass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 20-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.171 Fälle von allen Fehlern aus (29,2 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 20 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 507 unterschiedlichen nach OPS kodierbaren Maßnahmen festgestellt.

Rückschlüsse zur Versorgungsqualität und Sicherheit einer Maßnahme insgesamt können auf dieser Datenbasis nicht gezogen werden, insbesondere nicht im direkten Vergleich der hier gelisteten Operationen und Prozeduren untereinander.

2.7 Fehlerarten



Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

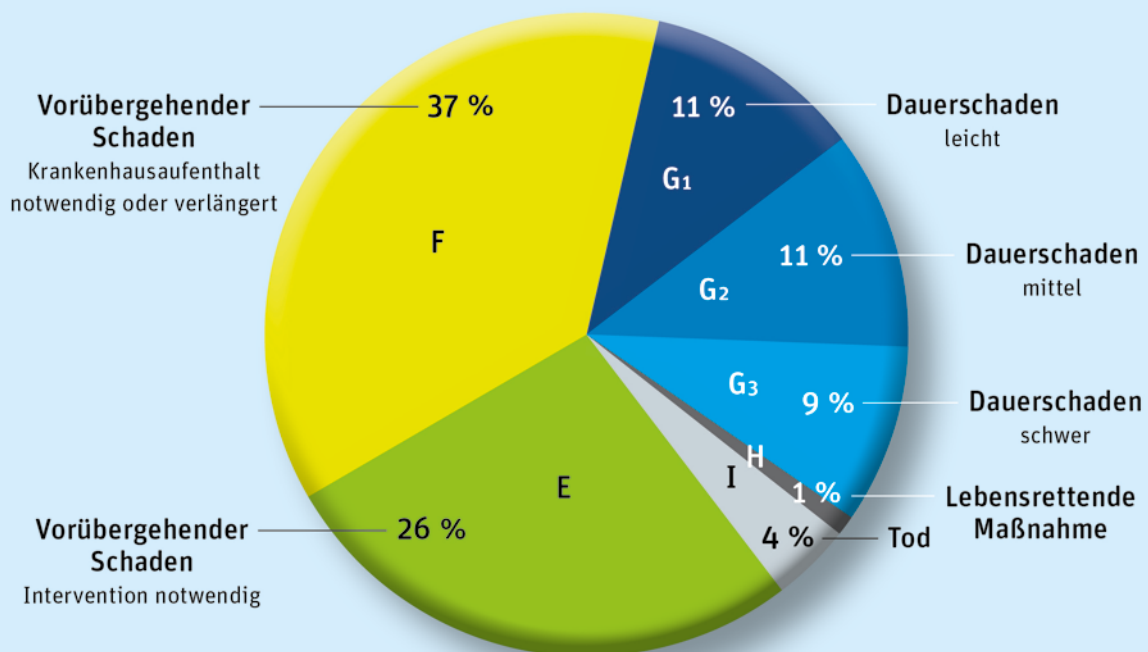
Die Daten sind bezogen auf 3.981 festgestellte Fehler (Angabe fehlend in n = 25 Fällen; 0,6 %).

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (38 %) oder fehlerhaft (42 %) 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 8 % keine herausragende Rolle. Etwas häufiger (12 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich mit den Vorjahren weitgehend unverändert ab.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht

Schaden bei kausalem Fehler (nach MERP-Index von E bis I)



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

Schweregrad des Gesundheitsschadens		Anzahl	Kausalität nachgewiesen	Anteil kausaler an festgestellten Fehlern
Vorübergehender Schaden (MERP E, F)	mit Interventionsnotwendigkeit (E)	901	733	81,4 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.287	1.039	80,7 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G ₁)	376	303	80,6 %
	mittel (G ₂)	423	320	75,7 %
	schwer (G ₃)	313	258	84,4 %
lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		47	39	83,0 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		150	107	71,3 %
gesamt		3.497	2.799	80,0 %

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreitete „MERP-Index“ (NCC MERP; National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) verwendet. Ein Gesundheitsschaden kann hier in fünf Kategorien von E bis I eingeteilt werden.

Zum Dauerschaden (MERP G) ist dabei ergänzend eine Beurteilung als „leicht“ (G1), „mittel“ (G2) oder „schwer“ (G3) eingefügt worden nach der folgenden orientierenden Festlegung:

- Als „leicht“ ist ein Dauerschaden dann zu beurteilen, wenn er die Patientin/den Patienten nicht in relevanter Weise im Alltag oder Berufsleben behindert.
- Ein Dauerschaden ist als „mittel“ zu bezeichnen, wenn die Patientin/der Patient zwar erkennbar einschränkt ist, jedoch ohne fremde Hilfe problemlos am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. (Nach deutscher Definition kann schon bei einem mittleren Dauerschaden eine Schwerbehinderung vorliegen.)
- Ein Dauerschaden ist „schwer“, wenn die Patientin/der Patient wesentlich beeinträchtigt ist im Alltag sowie in der normalen Lebensführung und/oder täglich die Hilfe anderer Personen dafür benötigt.

Im Vergleich zu den Vorjahren sind nur kleine Änderungen erkennbar.

Drei Viertel der kausalen Behandlungsfehler haben zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In vier von fünf Fällen (80,0 %) mit einem festgestellten Fehler und vorhandenem Schaden liegt nach gutachterlicher Sicht eine Kausalität des Fehlers für den Schaden vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadenfolgen.

Sofern bei verstorbenen Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser etwas seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (71,3 %). In 30 dieser 150 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um schwerstkranke Patientinnen und 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 13 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben	54
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	30
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	11
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	8
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	4
Fehlerhafte Applikation von Insulin	3
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	2
Tod oder schwerer Schaden durch Suizid/-versuch eines Patienten in stationärer Einrichtung	2
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	2
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	2
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit der Fixierung eines Patienten	2
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	1
Entlassung eines hilflosen Patienten/Kindes aus stationärer Einrichtung in die Hände einer nicht autorisierten Person	1
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	1
Flucht eines inhaftierten oder in einer geschlossenen Einrichtung untergebrachten Patienten	1
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	1
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	1
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Mangel bei einer Bluttransfusion (NHS: Fehltransfusion ABO-inkompatibel)	1
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	1
gesamt	141

Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Seit 2014 besteht für die Gutachterinnen und Gutachter bei der Erfassung des Datensatzes die Option, einzuschätzen, ob ein Fehler, der einen Gesundheitsschaden verursacht hat, als ein sogenanntes „Never Event“ angesehen werden kann. Hier dargestellt sind nicht alle definierten Never Events, sondern diejenigen, die auch im Rahmen der begutachteten Vorwürfe im Jahr 2018 als solche bewertet wurden.

Aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Erfassung können aus der oben dargestellten Anzahl keine direkten Rückschlüsse auf die allgemeine Häufigkeit oder die zeitliche Entwicklung solcher Never Events in Deutschland gezogen werden.

Bei Never Events handelt es sich um fehlerbedingte Schadenereignisse, die in der Regel einerseits besonders folgenschwer sind und andererseits als vermeidbar gelten durch bekannte Maßnahmen der Patientensicherheit (z. B. Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen). Never Events sind seltene Einzelereignisse, spielen jedoch eine besondere Rolle in der Sicherheitskultur. Das Auftreten eines Never Events zeigt dabei keineswegs einen besonders gravierenden Fehler eines Einzelnen an. Es weist vielmehr auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Schon ein einzelnes Ereignis kann somit einen unsicheren und entsprechend verbesserbaren Versorgungsprozess aufdecken. Unter anderem in den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind Never Events seit vielen Jahren definiert und werden regelhaft erfasst.

Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen. 5,0 % (142/2.799) der gutachterlich als kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden gesehenen Fehler entfallen auf die Never Events. Trotz Schwankungen zu Anzahl und Verteilung der einzelnen Ereignisse zeigt die Gesamtanzahl auch in 2018, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

Diese für alle Beteiligten besonders folgenschweren und belastenden Fehler können mit vergleichsweise einfachen und bekannten Methoden wirksam reduziert werden.

3 FAZIT

Die Jahresstatistik der Medizinischen Dienste über die Behandlungsfehlerbegutachtung des Vorjahres liegt nun im achten Jahr in Folge vor. Sie bietet Transparenz über die Anzahl, die Inhalte und die Ergebnisse in diesem wichtigen Begutachtungsfeld.

Nach Jahren mit teils erheblichen Fallzahlsteigerungen hatte es im Vorjahr (2017) einen Rückgang bei den Begutachtungszahlen gegeben. Nun haben die Begutachtungen im Jahr 2018 erneut zugenommen. Insgesamt ist über die letzten zehn Jahre ein etwa 40-prozentiger Anstieg zu verzeichnen. Die Arbeit der Medizinischen Dienste ist auch in diesem Begutachtungsfeld zunehmend gefragt. Dies ist als Zeichen des Vertrauens in die unabhängige und neutrale Arbeit der Medizinischen Dienste zu werten. Die Daten legen nahe, dass der Bedarf zur Aufklärung von Behandlungsfehler-Verdachtsfällen insgesamt zunimmt. Durch die Begutachtung des MDK erlangen jedes Jahr Patientinnen und Patienten in vielen tausenden Einzelfällen Gewissheit, ob ein Gesundheitsschaden durch einen Fehler in der Behandlung verursacht wurde oder nicht. Diese kostenfreie Unterstützung kann beruhigen und Vertrauen wieder herstellen oder, bei Bestätigung des Fehlerverdachts, auch die Basis für Schadenersatzforderungen, Schmerzensgeld und eine faire Regulierung sein.

Aus den einzelnen Fällen können alle Beteiligten lernen und die Daten liefern Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen und für die Fehlerprävention in Abteilungen, Praxen oder Fachgebieten. Die Verteilung der begutachteten Fälle auf die medizinischen Fachgebiete, auf die Zahnmedizin und die Pflege bildet sich seit Jahren ähnlich ab, genauso wie die Anteile der bestätigten Vorwürfe und der gutachterlich als kausal angesehenen Fehler. Im Fokus stehen tendenziell solche Fachgebiete, Operationen und Versorgungsmaßnahmen, bei denen zum einen hohe Fallzahlen in der Versorgung geleistet werden. Zum anderen sind in diesen Bereichen am einfachsten Fehler zu vermuten oder zu erkennen. Das bedeutet aber nicht, dass in diesen, zumeist operativen/chirurgischen Fachgebieten, auch die höchste Gefährdung zu verzeichnen wäre. In konservativen Fachgebieten oder beispielsweise in der Intensivmedizin sind Fehler für Geschädigte oftmals schwieriger zu erkennen und gerade dann werden Vorwürfe vermutlich seltener erhoben.

Die transparenten Informationen und Erkenntnisse zu den Fall- und den Fehlerkonstellationen sowie die Tatsache, dass dies der größte jährlich veröffentlichte Datensatz zu Behandlungsfehlern in Deutschland ist, werden gerne verwechselt mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen. Dann werden solche Daten fälschlicherweise als „Maßstab“ für die Häufigkeit oder Seltenheit von Behandlungsfehlern und damit für die Patientensicherheit herangezogen. Aber Behandlungsfehler(vorwürfe), die bei einem MDK im Auftrag einer Krankenkasse begutachtet werden, und tatsächlich vorgekommene Behandlungsfehler – das sind zweierlei Aspekte. Die Daten aus der Begutachtung sind genauso wenig repräsentativ für tatsächlich auftretende Fehler in der Versorgung wie Daten anderer Institutionen. Die Medizinischen Dienste berichten über die Inanspruchnahme eines gesetzlich verankerten Angebotes für Patientinnen und Patienten, nicht über die Entwicklung der Art und Anzahl von Behandlungsfehlern bzw. der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse. Es ist unklar, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland tatsächlich entwickelt und eine Ursache dafür ist, dass es kein verbindliches Monitoring für Behandlungsfehler bzw. vermeidbare unerwünschte Ereignisse gibt. Eine wichtige Erkenntnis bleibt aber, dass die Jahresstatistik einen Handlungsbedarf anzeigt. Die Medizinischen Dienste sehen immer wieder ähnliche bzw. die gleichen Fehlerkonstellationen in der Begutachtung.

Behandlungsfehler sind nicht ausschließlich als haftungsrechtlich zu lösende Einzelfälle zu sehen. Behandlungsfehler stellen auch für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte und weitere Beteiligte ein großes Problem dar und können nicht losgelöst vom Versorgungsgeschehen betrachtet werden. Jeder Fehler muss im Sinne einer künftigen Fehlervermeidung „zählen“, weshalb er auch tatsächlich „gezählt“ werden sollte. Die Medizinischen Dienste möchten weiterhin darauf hinarbeiten und dazu beitragen, ein systematisches Lernen aus Fehlern zu erreichen.