



Inhaltsverzeichnis

1. Ihre Gesprächspartner
2. Pressemitteilung
3. Statement Dr. Stefan Gronemeyer, Ltd. Arzt und stv. Geschäftsführer, MDS
4. Statement Prof. Dr. Astrid Zobel, Ltd. Ärztin Sozialmedizin, MDK Bayern
5. Statement Hardy Müller, Geschäftsführer, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
6. Informationsblatt „Was Sie als Patient wissen sollten“
7. Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK
8. Behandlungsfehlerbericht

Berlin, 6. Mai 2014



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

Hardy **Müller**

Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)

Moderation: Christiane Grote, MDS



Pressemitteilung

Behandlungsfehler: Medizinischer Dienst stellt Begutachtungsstatistik 2013 vor

Essen/Berlin, den 6. Mai 2014

Rund 14.600mal haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) im Jahr 2013 ein Gutachten bei einem vermuteten Behandlungsfehler erstellt. Das sind gut 2.000 mehr als im Vorjahr. Die Zahl der bestätigten Fehler ist dagegen etwas gesunken. Das geht aus der aktuellen Statistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung hervor, die der Medizinische Dienst heute in Berlin vorgestellt hat.

„Im Vergleich zu den Vorjahren hat die Zahl begutachteter Behandlungsfehlervorwürfe zugenommen – und zwar um 17 Prozent. Dies führen wir auf die Aufklärungsarbeit der vergangenen Jahre und die gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit, aber auch auf das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz zurück. Außerdem zeigen unsere Zahlen, dass die Patienten auf die Begutachtung durch den MDK vertrauen und sie als wichtiges Angebot annehmen“, so Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Die Zahl der bestätigten Fehler ist leicht zurück gegangen: Knapp 3.700mal kamen die Gutachterinnen und Gutachter des MDK zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler vorliegt (2012: 3.900). Ob dies ein Trend oder eine zufällige Schwankung sei, bleibe abzuwarten, so Gronemeyer.

Knapp 70 Prozent, nämlich 10.183 der 14.585 Behandlungsfehlervorwürfe des Jahres 2013 richteten sich gegen Krankenhäuser, gut 30 Prozent – 4.402 Fälle – betrafen einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin. Wie schon in den Vorjahren haben Patientinnen und Patienten die meisten Vorwürfe im Zusammenhang mit Operationen erhoben. Die chirurgischen Fächer Orthopädie/Unfallchirurgie und die Allgemeinchirurgie waren am häufigsten mit Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert, gefolgt von Zahnmedizin und Gynäkologie. „Im Verhältnis zur Zahl der Vorwürfe werden die meisten Behandlungsfehler aber in der Pflege und in der Zahnmedizin bestätigt. Auch dies entspricht dem Bild der Vorjahre“, erläutert Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin des MDK Bayern, der die Daten aller MDK gemeinsam mit dem MDS ausgewertet hat. „Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität insgesamt oder auf besonders fehlerträchtige Facharztgruppen oder Behandlungen sind aber nicht möglich“, so Zobel. Bei den vorgestellten Zahlen handele es sich um absolute Zahlen, die in Relation zur Gesamtzahl der Behandlungen im jeweiligen Fach gesehen werden müssten.



Ziel: Fehlerprävention und Sicherheitskultur

„Die Summe der Begutachtungen, wie sie in der MDK-Statistik zur Begutachtung von Behandlungsfehlern zum Ausdruck kommt, ist eine unverzichtbare Quelle, damit alle Akteure im Gesundheitswesen aus diesen Vorgängen lernen“, ist Hardy Müller, Geschäftsführer des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) überzeugt. Ziel sei es, aus den Daten und dokumentierten Fehlern zu lernen. Er forderte den Ausbau einer „Sicherheitskultur“ in der gesundheitlichen Versorgung.

Viele Behandlungsfehler wären vermeidbar, ist auch MDS-Vize Gronemeyer überzeugt. „Wir müssen endlich dahin kommen, dass auch in Deutschland die längst bekannten Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit flächendeckend und konsequent umgesetzt werden. Und wenn dennoch ein Fehler passiert, werden wir als Medizinische Dienste alles dafür tun, um geschädigte Patientinnen und Patienten interessenneutral zu unterstützen.“

Hintergrund

Behandlungsfehlervorwürfe werden im MDK durch spezialisierte Gutachterteams bearbeitet. Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK gehen bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler 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.

Der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)** ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und der Pflegeversicherung. Er ist auf Landesebene als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert.

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



**Statement von Dr. Stefan Gronemeyer,
Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS,
anlässlich des Pressegesprächs
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinischer Dienst veröffentlicht Ergebnisse 2013“**

am 6. Mai 2014 in Berlin,

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,

selbst wer sorgfältig arbeitet, dem kann ein Fehler passieren. Dies ist auch im Gesundheitswesen so und wird sich nie ganz vermeiden lassen. Vermeiden lässt sich aber, dass Patientinnen und Patienten, die den Verdacht haben, dass bei ihrer Behandlung etwas schief gelaufen ist, ohne Unterstützung dastehen. Vermeiden lässt sich auch, dass Fehler tot geschwiegen werden und nichts daraus gelernt wird.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung – die MDK – unterstützen in jedem Jahr viele tausend Versicherte bei der Aufklärung vermuteter Behandlungsfehler. Mit aktuell über 14.500 Gutachten im Jahr 2013 sind die MDK in Deutschland nach wie vor der größte Gutachterdienst, wenn es um die Begutachtung möglicher Behandlungsfehler geht. Dies zeigt: die Medizinischen Dienste bieten mit ihrer Behandlungsfehlerbegutachtung den betroffenen Patientinnen und Patienten eine wichtige Unterstützung an, die auch sehr gut angenommen wird.

Heute informieren wir Sie zum dritten Mal über die Ergebnisse unserer Begutachtungen. Mit der regelmäßigen Berichterstattung wollen wir dazu beitragen, eine neue Sicherheitskultur im Gesundheitswesen voranzubringen, dass nämlich Fehler wirksam vermieden werden und dass, wenn Fehler passieren, daraus gelernt wird. Nach dem bekannten Motto „Daten für Taten“ wird Ihnen meine Kollegin, Frau Professorin Zobel, gleich Beispielfälle präsentieren, bei denen Sicherheitsmaßnahmen einen Schaden hätten vermeiden können.

Deutlicher Anstieg der Behandlungsfehlervorfürfe

Im Vergleich zu den Vorjahren hat die Zahl begutachteter Behandlungsfehlervorfürfe eindeutig zugenommen. Von 2012 auf 2013 betrug die Steigerung 17 %. Dabei ist der Anteil der bestätigten Fehler gesunken. In etwa 5 von 20 Fällen wurde der vermutete Behandlungsfehler durch das MDK-Gutachten bestätigt. Im Vorjahr war noch bei etwa 6 von 20 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt worden. Ob hier eine zufällige Schwankung oder ein Trend vorliegt, bleibt abzuwarten.

Den Anstieg bei den Behandlungsfehlervorfürfen führen wir auf die Aufklärungsarbeit der vergangenen Jahre und die gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit, aber auch auf das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz zurück. Das Patientenrechtegesetz hat den Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Unterstützung durch die Krankenkassen und den MDK bei Behandlungsfehlern gestärkt. Unsere Zahlen zeigen, dass die Patienten auf die Begutachtung durch den MDK vertrauen und diese als wichtiges Angebot annehmen.

Zur bisherigen Bilanz des Patientenrechtegesetzes gehört auch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben zur Einführung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Klinik und Praxis in seine Richtlinien aufgenommen hat. Dies begrüßen wir ausdrücklich als wichtigen Baustein auf dem Weg zu einer neuen Sicherheitskultur. Allerdings bleibt abzuwarten, ob diese Instrumente das halten, was man sich von ihnen verspricht. Denn aus unserer Sicht droht hier eine Zersplitterung von Fehlermeldesystemen, wenn diese nicht einheitlich und strukturiert miteinander verknüpft sind. Daher bleibt abzuwarten, ob diese Fehlermeldesysteme jetzt in der Praxis auch so gut und flächendeckend umgesetzt und genutzt werden, dass sie tatsächlich helfen, Fehler zu vermeiden.

Maßnahmen zur Vermeidung von Behandlungsfehlern nicht ausreichend umgesetzt

Das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn hat 2012 festgestellt, dass das Thema Risikomanagement zwar in vielen Kliniken in Deutschland diskutiert wird. Bei der praktischen Umsetzung hinkt Deutschland dann aber anderen Ländern, wie beispielsweise der Schweiz, deutlich hinterher. Dies ist nicht nachvollziehbar, da inzwischen für viele Methoden und Verfahren wissenschaftlich gut belegt ist, dass sie erfolgreich Fehler vermeiden helfen. Zum Beispiel: OP-Checklisten, regelmäßige Notfall- und Teamtrainings oder das kritische Hinterfragen der Medikamente, die vor allem ältere Patienten gleichzeitig nehmen und die manchmal gravierende unerwünschte Wirkungen zeigen. Das sind alles empfohlene Vorschläge, die aber in Deutschland noch zu wenig eingesetzt werden.

Zusammenfassend möchte ich festhalten:

- Der Bedarf nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlervorfürfen ist gestiegen. Mehr als 14.500 Gutachten haben die MDK für betroffene Patientinnen und Patienten erstellt. In jedem vierten Fall wurde ein Fehler bestätigt. Das zeigt: Behandlungsfehler und Mängel bei der Patientensicherheit sind und bleiben ein wichtiges Thema.
- Die Rechte der Patienten gesetzlich zu stärken, das war ein wichtiger Schritt. Jetzt muss es darum gehen, wirksame Vorgehensweisen zur Verbesserung der Patientensicherheit verbindlich umzusetzen.

- Viele Behandlungsfehler wären vermeidbar. Das zentrale Stichwort lautet „Sicherheitskultur“. Der erforderliche Kulturwandel dahin aber ist bestenfalls eingeleitet. Wirkungsvolle, anerkannte Maßnahmen zur Fehlervermeidung und ein klinikbezogenes Risikomanagement müssen in Deutschland endlich flächendeckend und konsequent umgesetzt werden.
- Die Medizinischen Dienste unterstützen den Prozess hin zu einer neuen Sicherheitskultur und leisten mit ihrer Begutachtung und Beratung sowie mit der jährlichen Berichterstattung einen wichtigen Beitrag auf diesem Weg.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



**Statement von Prof. Dr. Astrid Zobel,
Leitende Ärztin Sozialmedizin des MDK Bayern,
anlässlich des Pressegesprächs
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinischer Dienst veröffentlicht Ergebnisse 2013“
am 6. Mai 2014 in Berlin,**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Patientinnen und Patienten sich an einen Arzt oder an eine Ärztin wenden, haben sie einen Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard. Das heißt: die Behandlung muss angemessen, sorgfältig, richtig und zeitgerecht durchgeführt werden. Ist dies nicht der Fall, sprechen Mediziner und Juristen von einem Behandlungsfehler.

Doch auch wenn die Behandlung angemessen, sorgfältig, richtig und zeitgerecht war, kann eine Komplikation eintreten, die einen Schaden nach sich zieht. Ob es sich im Einzelfall um eine solche Komplikation oder um einen Behandlungsfehler handelt, kann nur mit Hilfe eines medizinischen Sachverständigengutachtens geklärt werden. Diese Expertise bieten die Medizinischen Dienste (MDK) für alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland mit etwa 70 Millionen Versicherten. In der Begutachtung treffen die MDK auch auf eine Reihe von Fällen, in denen sie zwar einen Schaden feststellen und einen Behandlungsfehler bestätigen, der gefundene Fehler aber nicht die Ursache des konstatierten Schadens ist.

Insgesamt 14.585 Gutachten haben die MDK im Jahr 2013 zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Dabei ging es auch um Vorwürfe in der Zahnmedizin und der Pflege. Die Frage: „Liegt ein Behandlungsfehler vor?“ bejahten die MDK-Gutachter in jedem vierten Fall (25,3 %). Bei zwei von drei dieser bestätigten Behandlungsfehler kamen die MDK-Gutachter zu der Einschätzung, dass der Behandlungsfehler auch kausal für den Schaden verantwortlich ist.

Die meisten Vorwürfe betreffen Kliniken

70 % der *Vorwürfe* betrafen Behandlungen in Krankenhäusern, 30 % bezogen sich auf Behandlungen durch einen niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin. Eine wesentliche Ursache für diese Verteilung liegt darin, dass sich die meisten Behandlungsfehlervorwürfe auf chirurgische Eingriffe beziehen, und die meisten Operationen finden nun einmal im Krankenhaus statt.

Bei den *bestätigten Behandlungsfehlern* zeigt sich hingegen kein Unterschied zwischen dem ambulanten und stationären Bereich: Von den 4.402 Vorwürfen gegen niedergelassene Ärzte und den 10.183 Vorwürfen im stationären Bereich wurde jeweils jeder vierte Vorwurf bestätigt.

Wie bereits angedeutet sind es die operativen Fächer, in denen Patientinnen und Patienten die meisten Vorwürfe erheben – und zwar unabhängig vom Versorgungssektor: So beziehen sich die meisten Fehlvorwürfe auf Behandlungen in der Orthopädie und in der Unfallchirurgie, gefolgt von der Allgemeinchirurgie und der Zahnmedizin. Erst dann folgen die Innere Medizin und die Gynäkologie. Dies hat nach unserer Erfahrung damit zu tun, dass die Folgen eines Behandlungsfehlers in diesen Fächern für die Patienten leichter wahrnehmbar sind.

Zum Beispiel: Ein Patient liegt nach der Implantation eines künstlichen Kniegelenkes im Krankenhaus und kann auch nach Wochen und viel Training nicht wie erhofft und vorausgesagt, wieder besser und schmerzfreier gehen. Beim Zimmernachbarn, der zur selben Zeit ebenfalls ein „neues Knie“ bekommen und dasselbe Trainingsprogramm absolviert hat, beobachtet er aber bereits eine deutliche Verbesserung. Hier liegt der Gedanke naturgemäß nahe, dass ein Fehler bei der OP die Ursache für den „schlechteren Verlauf sein könnte. Bei einer erfolglosen medikamentösen Behandlung ist die Situation für den Patienten meist deutlich schwieriger einzuschätzen.

Allerdings: eine hohe Zahl an Vorwürfen bedeutet nicht automatisch eine hohe Zahl an Behandlungsfehlern. So finden sich bei den *bestätigten Behandlungsfehlern* die höchsten Quoten nicht in der Orthopädie/Unfallchirurgie. Über alle Fächer hinweg werden in unserer Statistik die meisten Vorwürfe in der Pflege bestätigt, gefolgt von der Zahnmedizin. Dies entspricht dem Bild der Vorjahre.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle darauf, dass sich aus diesen Zahlen nicht auf die Gesamtzahl aller Behandlungsfehler schließen lässt. Die Dunkelziffer ist hoch, weil Fehler entweder nicht als solche zu Tage treten – und somit weder für den Patienten noch für den Behandler erkennbar sind – oder weil Patienten sich nicht dazu entschließen können, einem Fehlerverdacht nachzugehen.

Genauso wie es nicht möglich ist, aufgrund dieser Zahlen auf die Gesamtzahl der Behandlungsfehler zu schließen, kann auch nicht direkt geschlussfolgert werden, dass einzelne Fachgebiete oder Behandlungen besonders risikobehaftet bzw. fehleranfällig wären. Denn bei den vorgestellten Zahlen handelt es sich um absolute Zahlen, die in Relation zur Gesamtzahl der Behandlungen im jeweiligen Fach gesehen werden müssen.

Vorwürfe häufig bei Knie- und Hüftgelenksarthrose

Bezogen auf einzelne Krankheiten sind es am häufigsten Patientinnen und Patienten mit einer Behandlung wegen einer Kniegelenks- oder Hüftgelenksarthrose, die vermuten, dass ein Behandlungsfehler stattgefunden hat. Dahinter rangieren Fehlervermutungen bei der Behandlung von Zahnerkrankungen. Die MDK-Gutachter bestätigen absolut die meisten Behandlungsfehlervermutungen bei den Zahnkrankheiten, dann folgen der Hüftgelenks- und Kniegelenksverschleiß. Ein anderes Bild bietet sich, wenn man die *Bestätigungsquoten* betrachtet: Hier finden sich die höchsten Quoten bestätigter Behandlungsfehler beim Dekubitus, gefolgt von Zahnkaries und dem Bruch des Oberschenkels

Mehr Patientensicherheit durch Standardisierung

Für die Gewährleistung von Patientensicherheit ist es unentbehrlich, dass wesentliche diagnostische oder therapeutische Schritte hundertprozentig sichergestellt werden. Dabei können standardisierte Prozesse, z. B. durch schriftliche oder graphische Festlegungen bzw. Darstellungen von Behandlungsschemata oder sogar starke Formalisierungen durch eine Checkliste, wichtige Hilfestellungen leisten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



**Statement von Hardy Müller,
Geschäftsführer Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.,
anlässlich des Pressegesprächs
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinischer Dienst veröffentlicht Ergebnisse 2013“
am 6. Mai 2014 in Berlin,**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Daten für Taten:

Angebote und Aktivitäten des AktionsbündnisPatientensicherheit e.V.

Die Erstellung von Gutachten zu Vorwürfen über Behandlungsfehler ist für einzelne Patientinnen und Patienten ein wichtiges Hilfsmittel zur Klärung des eigenen Verdachtes auf einen Behandlungsfehler. Die Summe der Begutachtungen, wie sie in der heute präsentierten Statistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Ausdruck kommt, ist aber auch eine unverzichtbare Quelle, damit alle Akteure im Gesundheitswesen aus diesen Vorgängen lernen. Insofern liefert diese Statistik der Begutachtung "Daten für Taten für uns alle".

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), gegründet 2005, arbeitet mit dem Ziel, das Risikomanagement in der Gesundheitsversorgung auszubauen und dafür ein wachsendes Bewusstsein zu schaffen. Dabei nutzt das APS diese Daten für Taten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist APS-Mitglied und hat das Aktionsbündnis heute zur Präsentation der Behandlungsfehlerstatistik eingeladen. Hierfür bedanken wir uns sehr.

Auch auf der Basis von Behandlungsfehler-Daten hat das APS Handlungsempfehlungen entwickelt. International übereinstimmend werden Instrumente zur Beförderung der Patientensicherheit empfohlen. Hierunter zählen z. B. der Betrieb eines Fehlermelde- und Lernsystems in Krankenhäusern und Praxen, der Einsatz von Checklisten vor einer Operation, die Beförderung von Teamtrainings und Simulationstechniken oder die Sicherstellung von Möglichkeiten zur angemessenen Hand-Hygiene.

Um zukünftig besser aus den Daten zu den Behandlungsfehlern lernen zu können, bedarf es einer strukturierten Erhebung, Beurteilung und regelhaften Information. Die der Öffentlichkeit jährlich präsentierten Daten des MDK und der ärztlichen Gutachter- und Schlichtungsstellen geben Auskunft über Häufigkeiten, über die medizinische Disziplin und die jeweiligen Bereiche. Aber sie erlauben nur partiell die gewünschte Ursachenanalyse, um daraus Vermeidungskonzepte konkret zu entwickeln. Eine Abstimmung der Datensätze der verschiedenen Datenhalter erfolgt nicht. Es handelt sich eher um „Stichproben“ als um eine umfassende Erfassung.

Die Arbeitsgemeinschaft Behandlungsfehlerregister des APS – Mitglieder sind unter anderem Vertreter des MDS, MDK, Gutachterstellen der Landesärztekammern, Haftpflichtversicherer – befasst sich seit Jahren mit dieser Problematik und hat konkrete erste Lösungsvorschläge erarbeitet.

Beispielhaft wurden mit Unterstützung der oben genannten Institutionen in Form eines „Kerndatensatzes“ relevante Daten zusammengetragen, analysiert, bewertet und publiziert (diagnostische Probleme und Fehler bei der Versorgung von Frakturen, Thromboseprophylaxe, Behandlungsfehler in der Hüftendoprothetik sowie geburtsassoziierte Schäden). Aufgrund dieser Erfahrungen wäre vorstellbar, dass den Betreibern von derartigen „Schadensregistern“ ein Kerndatensatz zur Datenerfassung und eine kategorisierte Auswertung vorgeschlagen wird, damit abgestimmte Aussagen zur Häufigkeit, Relevanz und Ursachen publiziert und die Entwicklung von spezifischen Vermeidungskonzepten vorangetrieben werden kann.

Sicherheitskultur muss gestärkt werden

Wie weit Maßnahmen des Risikomanagements in den deutschen Kliniken umgesetzt sind, wurde erstmalig im Jahr 2010 vom Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Universität Bonn in einer systematischen Befragung aller deutschen Krankenhäuser zum Einführungsstand des klinischen Risiko-Managements erhoben. Damals hatten knapp die Hälfte der befragten Kliniken ein Fehlermelde- und Lernsystem im Einsatz, nur eine Minderzahl von empfehlenswerten Maßnahmen wurde eingesetzt. Seitdem wurde das Risikomanagement in den Krankenhäusern ausgebaut. Zur Dokumentation des aktuellen Standes fordert das APS ein Update der Untersuchung, um auf dieser Basis eventuell weiter bestehende Defizite zu identifizieren und tätig werden zu können.

Neben der Fakten-Analyse und der Entwicklung von konkreten Maßnahmen benötigen wir für die Umsetzung der Empfehlungen und den Ausbau der Patientensicherheit eine Sicherheitskultur. Unter Sicherheitskultur verstehen wir einen Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen und Werten bei allen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Die Entwicklung dieser Kultur erfordert eine Plattform. Das APS bietet diese Plattform.

Patientensicherheit geht alle an

Die satzungsgemäßen Ziele des APS bestehen in der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit sowie im Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung (§2 APS-Satzung).

Heute zählt das APS 469 Mitglieder, circa die Hälfte davon Einzelpersonen. Die andere Hälfte setzt sich zusammen aus allen relevanten Organisationen des Gesundheitswesens.

Apotheker- und Ärztekammern, Krankenhäuser und Klinikverbände, Pflegeverbände, Krankenkassen, Patientenvertretungen u.a. finden sich auf einer Plattform zur gemeinsamen Arbeit an mehr Patientensicherheit zusammen.

Der Vorstand, die Organe des APS und die Mitglieder in den Arbeitsgruppen engagieren sich ehrenamtlich. Finanziert wird der Verein durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und eine öffentliche Projektförderung. Die Arbeitsgruppen des APS erstellen Handlungsempfehlungen zum Ausbau der Patientensicherheit. Wir laden alle Interessierten zur Mitarbeit ein.

All diese Aufgaben erfordern eine tragfähige und nicht nur temporäre Finanzierung. Denn: Patientensicherheit ist eine öffentliche Aufgabe und geht alle an. Das APS fordert daher eine Basisfinanzierung von Anliegen der Patientensicherheit. Die aktuelle Initiative im Rahmen der Vorbereitungen der 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) mit dem Ziel, die Arbeiten des APS zu unterstützen begrüßen wir daher ausdrücklich.

Patientensicherheit verdient mehr Aufmerksamkeit und unser weiteres Engagement.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Begutachtung des Medizinischen Dienstes bei vermuteten Behandlungsfehlern

Was Sie als Patient wissen sollten

Was ist ein Behandlungsfehler?

Wenn eine ärztliche, zahnärztliche oder pflegerische 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, ist Ihre Krankenkasse ein erster Ansprechpartner. Diese arbeitet eng mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zusammen. Der MDK erstellt ein fachärztliches Gutachten. Dieses klärt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob dieser Fehler 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 Patientin oder 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?
- 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 Ärztinnen und 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 Ihrer Akten und Dokumente. Dieses gleichen sie anschließend mit den Standards ab, die zum Zeitpunkt der Behandlung galten. Dabei ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate ziehen.

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 Patientinnen und Patienten ist das Gutachten des MDK kostenfrei.



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 wird 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.

Welche Ursachen kann ein Behandlungsfehler haben?

Die Ursachen für einen Behandlungsfehler können vielfältig sein. Deshalb spielen bei der Begutachtung alle Bereiche ärztlicher Tätigkeit eine Rolle: Neben der Diagnosestellung sowie den diagnostischen und therapeutischen Eingriffen werden auch Therapiemanagement, Aufklärung und pflegerische Maßnahmen untersucht. Genauso können Mängel in der Organisation, Dokumentation und bei Medizinprodukten ursächlich für einen Behandlungsfehler sein.

Was hat sich durch das Patientenrechtegesetz 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 Einstellungsvoraussetzung.

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

Behandlungsfehler-Begutachtung
der MDK-Gemeinschaft

Jahresstatistik 2013



Bearbeitung:

Dr. Ingeborg Singer, MDK Bayern (Leitung)

Prof. Dr. Martin Grotz, MDK Niedersachsen

PD Dr. Heike Klotzbach, MDK Thüringen

Ingo Kowalski, MDS

Prof. Dr. Ralf Lemke, MDK Nordrhein

PD Dr. Dimitrios Psathakis, MDK Nord

PD Dr. Max Skorning, MDS

Herausgeber:

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes

Bund der Krankenkassen e.V.

Theodor-Althoff-Str. 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

Mai 2014



MDK Bayern



MDS

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Hintergrund	4
Methodik	5
Ergebnisse 2013	6
1 Übersicht	6
2 Fachgebiete	9
3 Diagnosen	11
4 Diagnosen nach Altersgruppen	15
5 Operationen und Prozeduren	20
6 Fehlerarten	24
Ausblick	25



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 und ist für diesen unentgeltlich sowie interessenneutral.

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

Seit 2009 werden wesentliche Inhalte der Gutachten in einer einheitlichen Datenbank qualitativ und quantitativ erfasst. Durch die jährliche Veröffentlichung der Daten werden die wichtigsten Ergebnisse transparent dargestellt und können als Grundlage für tiefer gehende Ursachenanalysen sowie gezielte Untersuchungen zur Fehlerprävention genutzt werden.

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 eigentlich gebotene medizinische Behandlung unterlassen wird, aber auch, wenn ein Eingriff vorgenommen wird, der individuell nicht indiziert war.

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 Behandlungsfehlerwurfes 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.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen die Gutachter unter anderem medizinische Leitlinien auf der Basis der Evidenzbasierten Medizin (EbM) heran

* 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.



sowie andere wissenschaftliche Ausarbeitungen, die den aktuellen Stand der Medizin widerspiegeln. Die Bewertung des Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z.B. Operations-/Pflegerberichte, Laborwerte, vom Arzt geführte handschriftliche bzw. elektronische Karteikarte) 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 dargestellt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers untersucht der Gutachter zusätzlich, ob der Schaden, den der Patient oder seine Krankenkasse geltend machen, überhaupt 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 Gutachter interessenneutral 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 greift die Beweislastumkehr. Dies kann zur Folge haben, 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.

Methodik

Die Falldaten werden von jedem MDK direkt nach Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens in eine lokale Datenbank eingegeben. Das Zusammenführen der regional erfassten, anonymisierten Daten und deren Auswertung wurden für das Berichtsjahr 2013 von einer Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft unter Leitung von MDK Bayern und MDS in Kooperation vorgenommen.

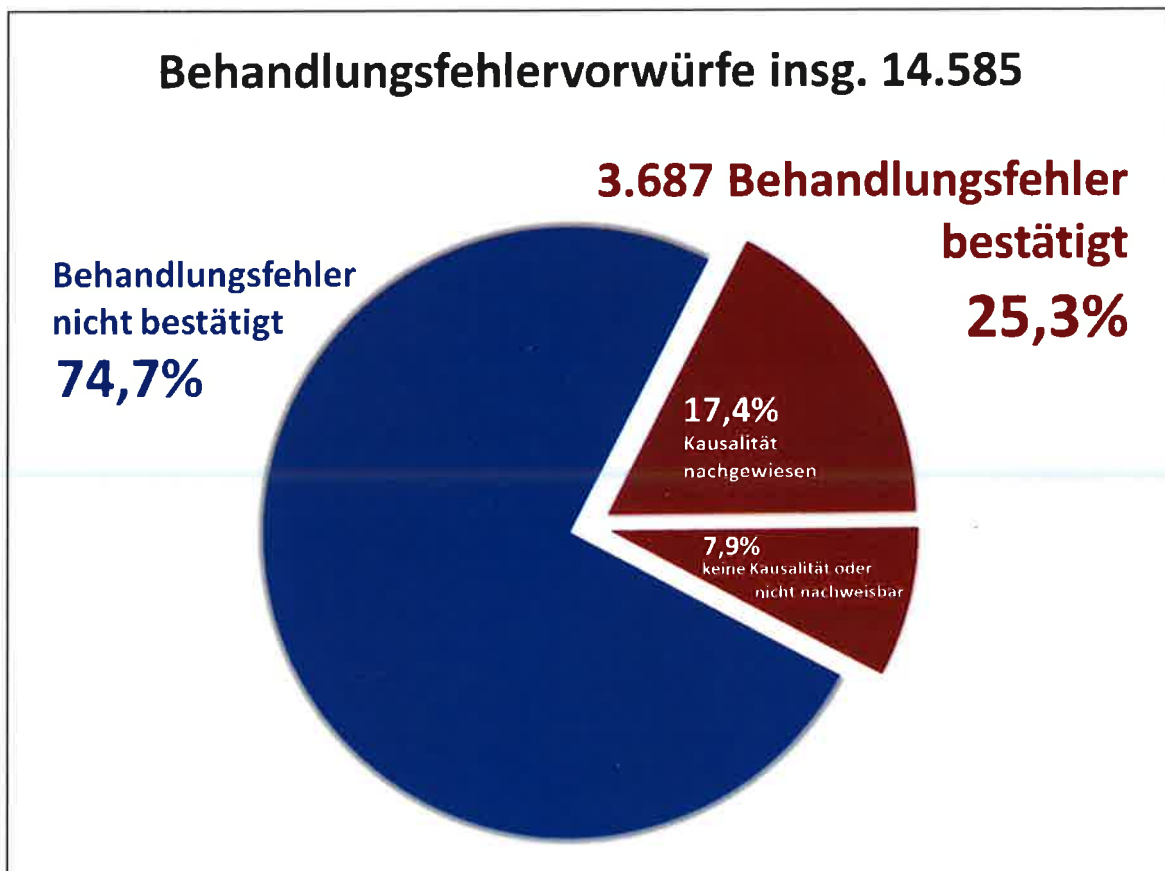
Der folgenden Darstellung liegen 14.585 begutachtete Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2013) von den 15 MDK bearbeitet wurden. Die Auswertung erfolgte differenziert nach Behandlungsfehlervorwürfen und gutachterlich bestätigten Behandlungsfehlern. Zusätzlich erfolgte eine Analyse nach den Kategorien Patientenalter, Versorgungssektor (ambulant/stationär), Fachgebiet, Behandlungsanlass (Diagnose nach dem ICD-Code; International Classification of Diseases), Therapie (OPS-Schlüssel; Operationen- und Prozedurenschlüssel) sowie Fehlerart/Verantwortungsbereich.



Ergebnisse 2013

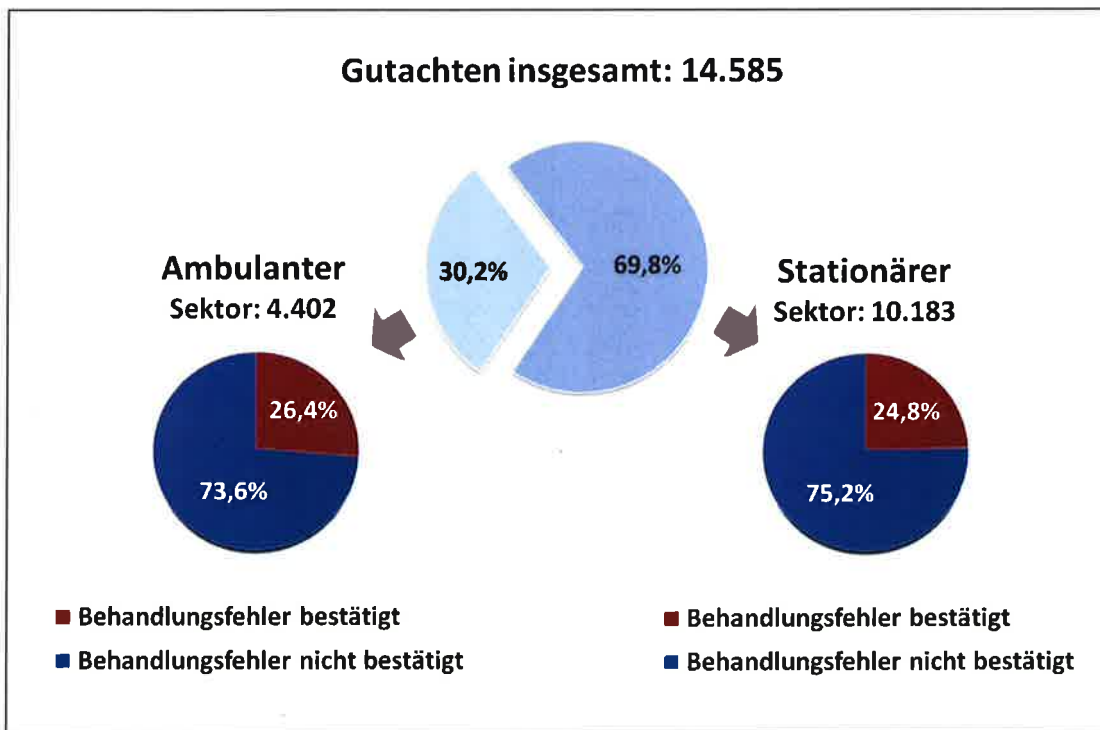
1 Übersicht

1.1 Behandlungsfehlervorwürfe: Anzahl, Bestätigung und Schadenskausalität

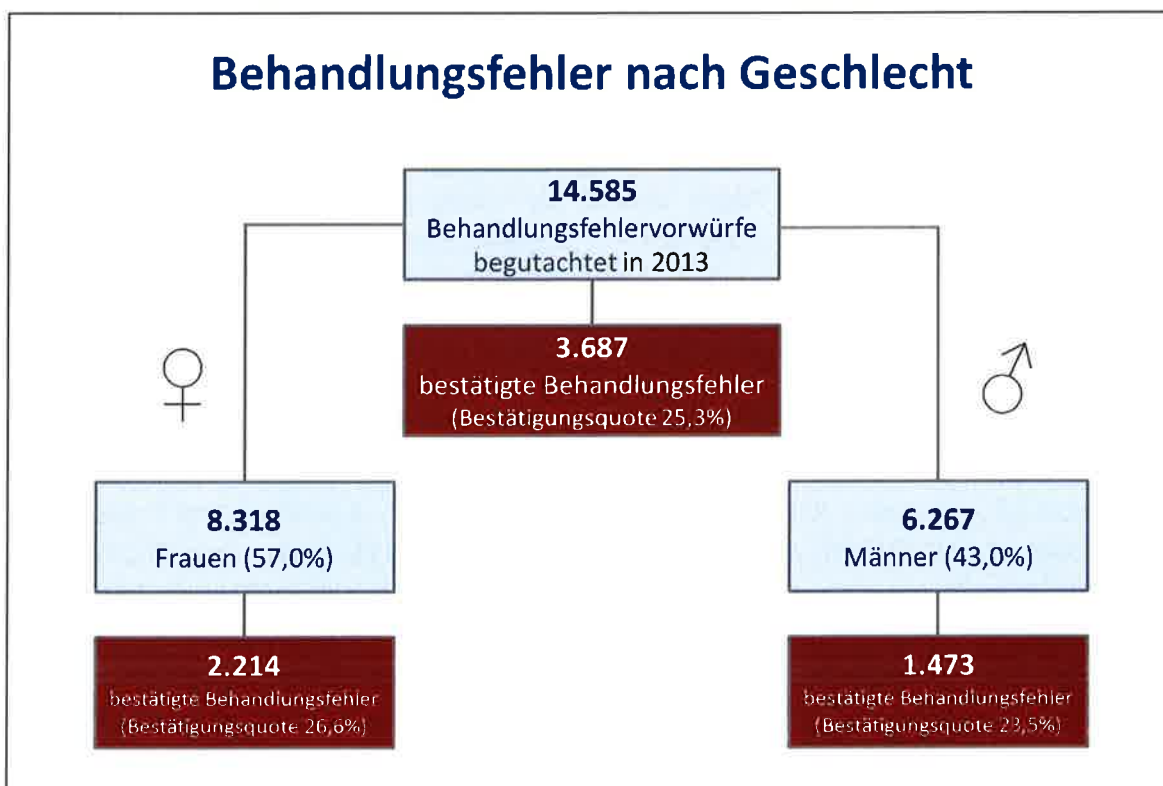




1.2 Behandlungsfehler gesamt und nach Versorgungssektor (ambulant/stationär)

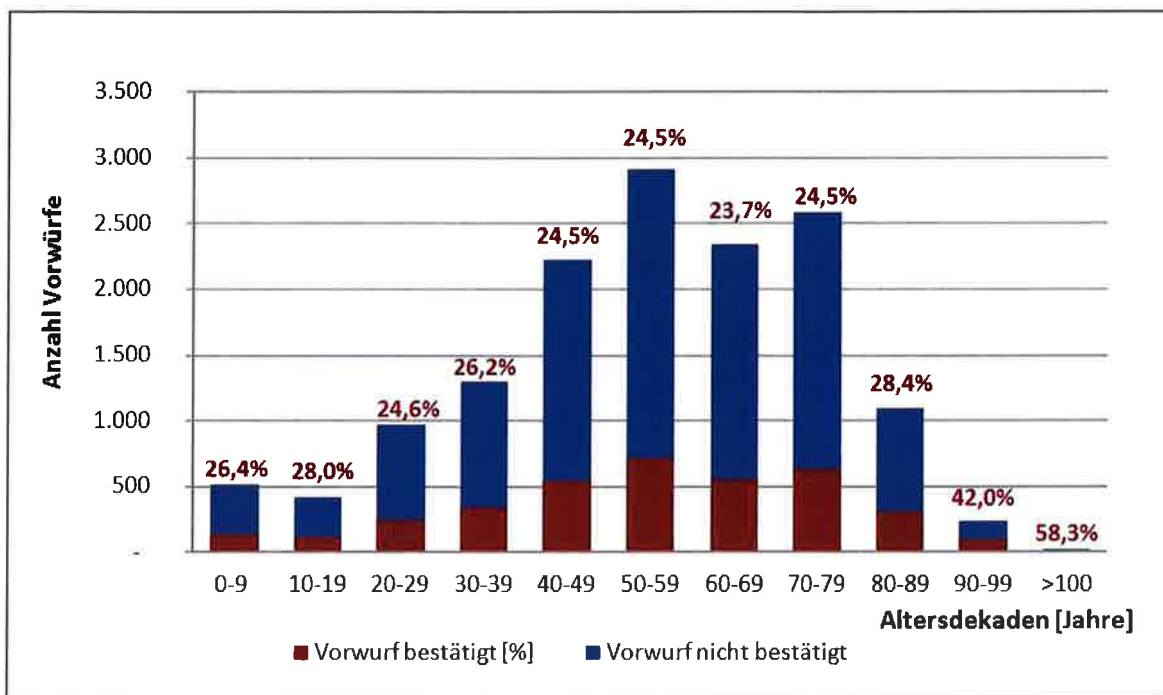


1.3 Behandlungsfehlervorwürfe gesamt und Bestätigung nach Geschlecht





1.4 Anzahl Behandlungsfehlervorwürfe und Bestätigungsquote nach Altersgruppen



Die in den Abbildungen 1.1 bis 1.4 dargestellten Ergebnisse zeigen im Vergleich zum Vorjahr eine um 17% gestiegene Gesamtanzahl von Vorwürfen. Wir führen diese Steigerung u.a. auf das Anfang 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz zurück, das im Jahresverlauf in der Weise gewirkt hat, dass Patienten bei einem für sie selbst nicht nachvollziehbaren Gesundheitsschaden dazu ermutigt wurden, ihre Rechte wahrzunehmen und eine Überprüfung ihrer Behandlung vornehmen zu lassen.

Die absolute Zahl der bestätigten Fehler hingegen ist um 7% gesunken. Das bedeutet verhältnismäßig in etwa, dass 2013 bei fünf von 20 Vorwürfen ein Fehler bestätigt wurde, in 2012 hingegen in sechs von 20 Fällen. Sowohl zur Anzahl der Vorwürfe als auch zu den bestätigten Behandlungsfehlern muss aber vor weiteren Interpretationen gewarnt werden. Hier ist zunächst die Entwicklung in den Folgejahren abzuwarten. Unverändert wird bei gut zwei Drittel der bestätigten Fehler dieser gutachterlich auch als ursächlich (kausal) für den entstandenen Schaden angesehen.

Nach wie vor werden im stationären Sektor doppelt so viele Vorwürfe erhoben wie im ambulanten. Die in den Vorjahren bestehende Tendenz zu einer geringfügig höheren Bestätigungsquote im ambulanten Sektor ist 2013 nicht mehr gegeben. Erneut war der Frauenanteil bei Behandlungsfehlervorwürfen etwas höher. Die Ursache für diesen Geschlechterunterschied ist nicht bekannt. Noch etwas ausgeprägter als in den Vorjahren liegt der Schwerpunkt der Begutachtung – in Bezug auf die Fallzahlen – in den mittleren und höheren Lebensdekaden, in denen jedoch ebenso die meisten Behandlungen stattfinden.



2 Fachgebiete

2.1 Bestätigungsquoten in den 10 Fachgebieten mit der höchsten Anzahl an Vorwürfen – gesamt

Fachgebiet	Anzahl Vorwürfe	Bestätigte Fälle	Bestätigungsquote [%]
1. Orthopädie und Unfallchirurgie	4.231	1.065	25,2
2. Chirurgie	2.591	556	21,4
3. Zahnmedizin (inkl. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)	1.454	467	32,1
4. Innere Medizin	1.301	257	19,7
5. Gynäkologie und Geburtshilfe	1.181	262	22,2
6. Pflege	638	325	50,9
7. Neurochirurgie	508	136	26,8
8. Augenheilkunde	451	87	19,3
9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	373	55	14,7
10. Urologie	350	75	21,4



2.2 Bestätigungsquoten in den 10 Fachgebieten mit der höchsten Anzahl an Vorwürfen – ambulant

Fachgebiet	Anzahl Vorwürfe	Bestätigte Fälle	Bestätigungsquote [%]
1. Zahnmedizin (inkl. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)	1.277	425	33,3
2. Orthopädie und Unfallchirurgie	999	251	25,1
3. Chirurgie	491	96	19,6
4. Innere Medizin	340	54	15,9
5. Augenheilkunde	280	62	22,1
6. Gynäkologie und Geburtshilfe	240	68	28,3
7. Allgemeinmedizin	201	62	30,8
8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	104	20	19,2
9. Urologie	76	19	25,0
10. Neurologie	66	20	30,3

2.3 Bestätigungsquoten in den 10 Fachgebieten mit der höchsten Anzahl an Vorwürfen – stationär

Fachgebiet	Anzahl Vorwürfe	Bestätigte Fälle	Bestätigungsquote [%]
1. Orthopädie und Unfallchirurgie	3.232	814	25,2
2. Chirurgie	2.100	460	21,9
3. Innere Medizin	961	203	21,1
4. Gynäkologie und Geburtshilfe	941	194	20,6
5. Pflege	624	318	51,0
6. Neurochirurgie	482	131	27,2
7. Urologie	274	56	20,4
8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	269	35	13,0
9. Neurologie	224	42	18,8
10. Anästhesie und Intensivmedizin	216	65	30,1

Hinsichtlich der ermittelten Bestätigungsquoten muss grundsätzlich darauf hingewiesen werden, dass diese keine gesicherten Aussagen zur Behandlungsqualität in einzelnen Fachgebieten erlauben. Die Bestätigungsquoten spiegeln lediglich die Treffsicherheit der



jeweiligen Vorwürfe wider und damit in gewisser Weise auch die „Erkennbarkeit“ bzw. die „Nachweisbarkeit“ eines Fehlers. Die Reihenfolge der am häufigsten von Fehlervorwürfen betroffenen Fachgebiete entspricht sowohl insgesamt als auch sektorenbezogen weitgehend der Statistik aus 2012.

3 Diagnosen

3.1 Die 10 häufigsten Behandlungsanlässe bei bestätigten Behandlungsfehlern – gesamt

ICD	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigte Fälle	Bestätigungsquote [%]
M17	Kniegelenksverschleiß	619	135	21,8
M16	Hüftgelenksverschleiß	621	130	20,9
K02	Zahnkaries	337	121	35,9
S72	Bruch des Oberschenkels	342	119	34,8
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	331	107	32,3
S82	Bruch des Unterschenkels	234	79	33,7
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	237	72	30,4
S52	Bruch des Unterarmes	199	69	34,7
L89	Dekubitus (Druckgeschwür)	161	62	38,5
M54	Rückenschmerzen	182	52	28,6



3.2 Die 10 häufigsten Behandlungsanlässe bei bestätigten Behandlungsfehlern – gesamt (ohne Zahnmedizin)

ICD	Bezeichnung	Bestätigte Fälle
M17	Kniegelenksverschleiß	135
M16	Hüftgelenksverschleiß	130
S72	Bruch des Oberschenkels	119
S82	Bruch des Unterschenkels	79
S52	Bruch des Unterarmes	69
L89	Dekubitus (Druckgeschwür)	62
M54	Rückenschmerzen	52
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	50
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	46
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	45



3.3 Die 10 häufigsten Behandlungsanlässe bei bestätigten Behandlungsfehlern – ambulant

mit Zahnmedizin			ohne Zahnmedizin		
ICD	Bezeichnung	Bestätigte Fälle	ICD	Bezeichnung	Bestätigte Fälle
K02	Zahnkaries	114	S52	Bruch des Unterarmes	23
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	96	H25	Grauer Star	22
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	70	S92	Bruch des Fußes	20
K05	Zahnfleischentzündung	28	M54	Rückenschmerzen	19
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	23	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	18
S52	Bruch des Unterarmes	23	S82	Bruch des Unterschenkels	16
H25	Grauer Star	22	G56	Nervenerkrankungen der oberen Extremität	14
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose*	22	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14
S92	Bruch des Fußes	20	C50	Brustkrebs	13
M54	Rückenschmerzen	19	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	13

* Hierbei handelt es sich vorwiegend um Routineuntersuchungen in der Zahnmedizin, bei denen ohne erkennbare Anamnese oder pathologische Befunde eine invasive Behandlung durchgeführt wurde.



3.4 Die 10 häufigsten Behandlungsanlässe bei bestätigten Behandlungsfehlern – stationär (mit Zahnmedizin*)

ICD	Bezeichnung	Bestätigte Fälle
M17	Kniegelenksverschleiß	131
M16	Hüftgelenksverschleiß	127
S72	Bruch des Oberschenkels	109
S82	Bruch des Unterschenkels	63
L89	Dekubitus (Druckgeschwür)	60
S52	Fraktur des Unterarmes	46
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	45
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	43
S42	Bruch der Schulter / des Oberarmes	40
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	33

* Eine gesonderte Darstellung ohne Zahnmedizin erübrigt sich, da zahnmedizinische Diagnosen unter den 10 häufigsten Behandlungsanlässen stationär nicht vorkommen.



4 Diagnosen nach Altersgruppen

4.1 Häufigster Behandlungsanlass bei Behandlungsfehlervorwürfen je Altersgruppe – gesamt (mit Zahnmedizin)

Alter [Jahre]	ICD	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigungsquote [%]
0-9	O80	Spontangeburt Einling	63	19,0
10-19	K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	48	27,1
20-29	K02/ K04	Zahnkaries / Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	57 / 57	24,6 / 22,8
30-39	K02	Zahnkaries	70	34,3
40-49	K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	82	41,5
50-59	M17	Kniegelenksverschleiß	159	17,6
60-69	M17	Kniegelenksverschleiß	166	22,9
70-79	M16	Hüftgelenksverschleiß	263	19,4
80-89	S72	Fraktur des Oberschenkels	96	36,5
> 90	S72	Fraktur des Oberschenkels	35	40,0



4.2 Häufigster Behandlungsanlass bei Behandlungsfehlervorwürfen je Altersgruppe – gesamt (ohne Zahnmedizin)

Alter [Jahre]	ICD	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigungsquote [%]
0-9	O80	Spontangeburt Einling	63	19,0
10-19	K35	Blinddarmentzündung	13	38,5
20-29	S83	Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	44	25,0
30-39	S83	Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	34	26,5
40-49	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	54	25,9
50-59	M17	Kniegelenksverschleiß	159	17,6
60-69	M17	Kniegelenksverschleiß	166	22,9
70-79	M16	Hüftgelenksverschleiß	263	19,4
80-89	S72	Fraktur des Oberschenkels	96	36,5
≥ 90	S72	Fraktur des Oberschenkels	35	40,0



4.3 Häufigster Behandlungsanlass bei Behandlungsfehlervorwürfen je Altersgruppe – ambulant (mit Zahnmedizin)

Alter [Jahre]	ICD	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigungsquote [%]
0-9	K02	Zahnkaries	10	30,0
10-19	K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	48	27,1
20-29	K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	53	24,5
30-39	K02	Zahnkaries	66	34,8
40-49	K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	70	40,0
50-59	K02	Zahnkaries	61	47,5
60-69	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	40	30,0
70-79	H25	Grauer Star	47	10,6
80-89	H25	Grauer Star	16	6,3
≥ 90	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2	50,0



4.4 Häufigster Behandlungsanlass bei Behandlungsfehlervorwürfen je Altersgruppe – ambulant (ohne Zahnmedizin)

Alter [Jahre]	ICD	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigungsquote [%]
0-9	O80	Spontangeburt Einling	5	40,0
10-19	S52	Fraktur des Unterarmes	6	66,7
20-29	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	13	53,8
30-39	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	12	25,0
40-49	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	22	4,5
50-59	M75	Schulterläsionen	23	8,7
60-69	H25	Grauer Star	38	26,3
70-79	H25	Grauer Star	47	10,6
80-89	H25	Grauer Star	16	6,3
≥ 90	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2	50,0



4.5 Häufigster Behandlungsanlass bei Behandlungsfehlervorwürfen je Altersgruppe – stationär (mit Zahnmedizin*)

Alter [Jahre]	ICD	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigungsquote [%]
0-9	O80	Spontangeburt Einling	58	17,2
10-19	K35	Blinddarmentzündung	12	33,3
20-29	S83	Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	32	28,1
30-39	S82	Bruch des Unterschenkels	28	42,9
40-49	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	47	23,4
50-59	M17	Kniegelenksverschleiß	150	17,3
60-69	M17	Kniegelenksverschleiß	157	23,6
70-79	M16	Hüftgelenksverschleiß	254	19,3
80-89	S72	Bruch des Oberschenkels	95	36,8
90-99	S72	Bruch des Oberschenkels	34	38,2

* Eine gesonderte Darstellung ohne Zahnmedizin erübrigt sich, da zahnmedizinische Diagnosen unter den 10 häufigsten Behandlungsanlässen stationär nicht vorkommen.



5 Operationen und Prozeduren

5.1 Die 10 häufigsten Operationen/Prozeduren bei bestätigten Behandlungsfehlern – gesamt (mit Zahnmedizin)

OPS	Bezeichnung	Anzahl Vorwürfe	Bestätigte Fälle	Bestätigungsquote [%]
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	627	142	22,6
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	343	111	32,4
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	465	103	22,2
5-233	Zahnersatz	195	71	36,4
5-230	Zahnentfernung	206	64	31,1
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben, Nägeln	208	63	30,3
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	174	61	35,1
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	139	42	30,2
5-683	Entfernung der Gebärmutter	126	41	32,5
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	147	40	27,2



5.2 Die 10 häufigsten Operationen/Prozeduren bei bestätigten Behandlungsfehlern – gesamt (ohne Zahnmedizin)

OPS	Bezeichnung	Bestätigte Fälle
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	142
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	103
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben, Nägeln	63
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	61
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	42
5-683	Entfernung der Gebärmutter	41
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	40
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	35
5-839	Andere* Operationen an der Wirbelsäule	32
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	31

- * Unterschiedliche Operationen an der Wirbelsäule, die andernorts nicht im OPS-Katalog aufgeführt sind, z.B. Entfernung von Osteosynthesematerial, Implantation oder Revision von Bandscheibenendoprothesen, knöcherne Dekompression des Spinalkanals und weitere.



5.3 Die 10 häufigsten Operationen/Prozeduren bei bestätigten Behandlungsfehlern – ambulant

mit Zahnmedizin			ohne Zahnmedizin		
OPS	Bezeichnung	Bestätigte Fälle	OPS	Bezeichnung	Bestätigte Fälle
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	101	5-056	Freilegung eines Nerven	14
5-233	Zahnersatz	67	5-143	Entfernung der Linse am Auge (intrakapsulär)	14
5-230	Zahnentfernung	58	8-020	Therapeutische Injektion	14
5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	27	5-788	Operationen an Knochen des Mittelfußes und der Zehen	10
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	26	5-841	Operationen an Bändern der Hand	8
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	21	5-810	Arthroskopische Gelenkrevision	7
5-056	Freilegung eines Nerven	14	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	7
5-143	Entfernung der Linse am Auge (intrakapsulär)	14	5-144	Entfernung der Linse am Auge (extrakapsulär)	6
8-020	Therapeutische Injektion	14	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	6
5-788	Operationen an Knochen des Mittelfußes und der Zehen	10	5-900	Versorgung einer Hautverletzung	6



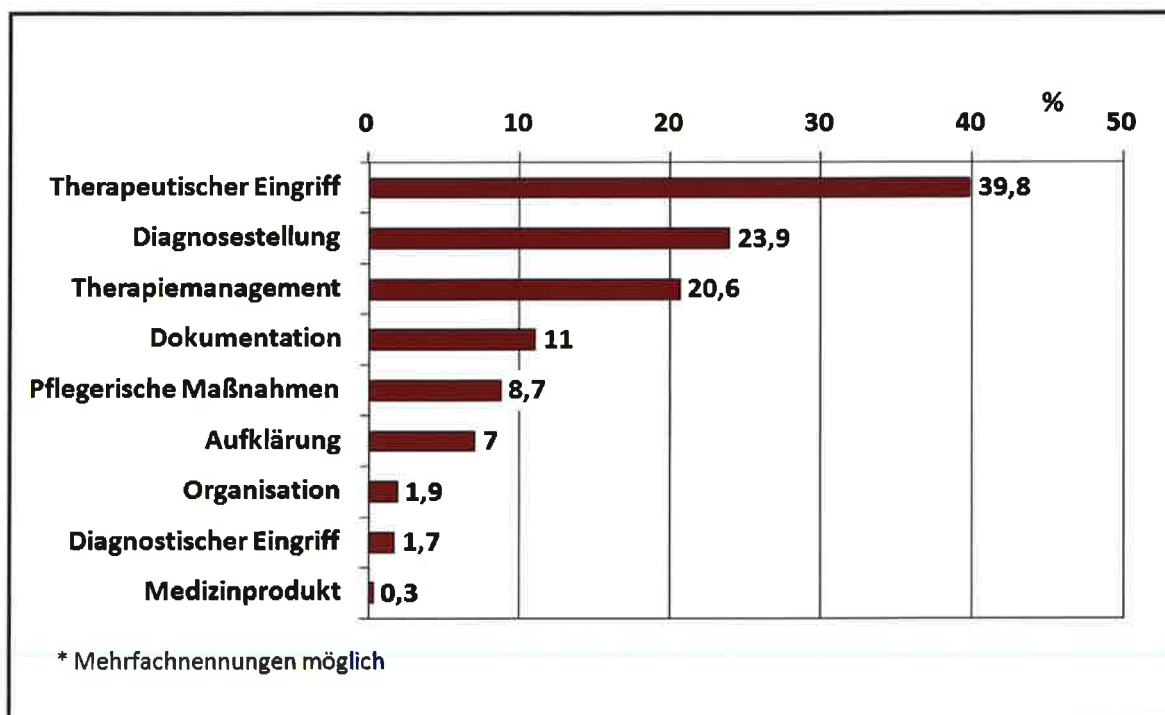
5.4 Die 10 häufigsten Operationen/Prozeduren bei bestätigten Behandlungsfehlern – stationär (mit Zahnmedizin*)

OPS	Bezeichnung	Bestätigte Fälle
5-820	Hüftgelenksprothese	140
5-822	Kniegelenksprothese	101
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	60
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben, Nägeln	58
5-683	Entfernung der Gebärmutter	41
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	38
5-821	Erneute Operation, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	38
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	35
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	31
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	30



6 Fehlerarten

6.1 Fehlerarten/Verantwortungsbereiche* bei bestätigten Behandlungsfehlern – gesamt



Das Verteilungsmuster der Verantwortungsbereiche entspricht weitgehend den Ergebnissen des Vorjahres.



Ausblick

Die vorliegende Jahresstatistik ergibt sich aufgrund der Inanspruchnahme der Medizinischen Dienste durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ. Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit insgesamt sind demnach auf dieser Basis nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Die Gesamtzahl der Behandlungsfehler in Deutschland und die der geschädigten Patienten ist unbekannt. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Dunkelziffer vor allem dadurch besteht, dass Fehler oftmals weder vom betroffenen Patienten noch vom Behandler erkannt werden und/oder es nicht zu einem entsprechenden Vorwurf kommt.

Die vorliegende Statistik ersetzt deshalb nicht gezielte Studien oder vertiefende Analysen über das Auftreten von Behandlungsfehlern, über die Vermeidbarkeit von Ereignissen und die Versorgungsqualität in einzelnen medizinischen Bereichen oder geographischen Regionen.

Das mittel- und langfristige Ziel dieser deskriptiven Darstellung besteht darin, die Ergebnisse zunehmend für Ursachenanalysen mit nachfolgender Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien und Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit nutzen zu können. Im Jahresverlauf 2013 wurde der zugrunde liegende Datensatz zu diesem Zweck für die Erfassung ab 2014 deutlich überarbeitet.

