

PRESSEMITTEILUNG

Berlin/Essen, den 25. Juni 2020

MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung: Vertrauen schaffen durch mehr Patientensicherheit

14.553 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) 2019 erstellt. In jedem vierten Fall wurde ein Fehler bestätigt. Das geht aus der Begutachtungsstatistik hervor, die heute in Berlin vorgestellt wurde. Die Medizinischen Dienste appellieren gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit dafür, anonyme Fehlermeldesysteme zu nutzen und gezielte Sicherheitsmaßnahmen umzusetzen. Gerade während der Corona-Pandemie gelte es, die Fehler von morgen zu vermeiden. Im Fokus stehen der Infektionsschutz von Patienten und Personal sowie die Vermeidung von Unterversorgung.

Im vergangenen Jahr haben die MDK im Auftrag der Krankenkassen 14.553 medizinische Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Die Anzahl der Gutachten ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen und liegt damit auf dem Niveau der Vorjahre. In jedem vierten Fall (3.688) wiesen die Gutachterinnen und Gutachter einen Fehler nach. In jedem fünften Fall (2.953) bestätigte der MDK, dass der Fehler den erlittenen Schaden auch verursacht hat. Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich zu etwa einem Drittel auf den Bereich der ambulanten Versorgung und zu zwei Dritteln auf das Krankenhaus. Die Häufigkeit gutachterlich festgestellter Fehler im ambulanten und stationären Bereich unterscheidet sich kaum.

Verteilung auf Fachgebiete erlaubt keine Rückschlüsse

Unverändert zu den Vorjahren werden die meisten Fehlvorwürfe in den operativen Fächern Orthopädie, Unfallchirurgie und der Allgemeinchirurgie erhoben. „Daraus sind aber keine Rückschlüsse auf die Sicherheit in den jeweiligen Bereichen möglich. Es ist vielmehr so, dass Patienten in diesen Fächern mögliche Fehler leichter erkennen können als in anderen“, erläutert Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS.

Weder die Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler noch die Verteilung auf bestimmte medizinische Fachgebiete sind repräsentativ für das Versorgungsgeschehen. „Aus wissenschaftlichen Studien ist jedoch bekannt, dass die tatsächliche Anzahl vermeidbarer Schäden durch Behandlungsfehler wesentlich höher liegt, als es unsere Zahlen vermuten lassen. Wir sehen nur die Spitze des Eisbergs“, sagt Gronemeyer.

Neue Herausforderungen während der Pandemie meistern

Während der Corona-Pandemie ist das Gesundheitssystem einem erheblichen Stresstest unterworfen. Patienten und Pflegebedürftige müssen vor Infektionen geschützt und Erkrankte behandelt werden. Die enormen Leistungen der Beschäftigten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung verdienen vorbehaltlose Anerkennung. Aber auch in Zeiten der Pandemie muss die Patientensicherheit mitgedacht und umgesetzt werden. „Es ist daher zu begrüßen, dass das Aktionsbündnis Patientensicherheit spezielle anonyme Fehlermeldesysteme für die Beschäftigten im Gesundheitswesen geschaffen hat, um Pandemie-bedingte Fehler frühzeitig erkennen und Sicherheitsmaßnahmen ableiten zu können. Sie sollten von möglichst vielen Einrichtungen genutzt werden“, sagt Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin beim MDK Bayern.

Aus den aktuellen Erfahrungen werde aber auch deutlich, dass die Fokussierung auf das Infektionsgeschehen die Patientensicherheit auch auf andere Weise gefährden kann. „Denn die Verzögerung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen hat ebenfalls negative Auswirkungen und kann Leiden und Gesundheitsschäden verursachen“, erklärt Zobel. Patienten können zu Schaden kommen, wenn Krebstherapien verschoben oder Schlaganfälle, Herzinfarkte und seelische Leiden zu spät behandelt werden. Trotz der Herausforderung durch die Pandemie sollten alle Patienten zeitgerecht medizinisch versorgt werden.

Coping-Strategie: Mit dem Virus leben lernen

„Wir gehen davon aus, dass es in dem Tunnelblick, den Corona verursacht hat, eine Unterversorgung anderer Patientengruppen gab – darauf haben wir schon sehr früh hingewiesen. Uns hat bewegt, dass wir nicht darauf hoffen dürfen, dass die Pandemie binnen einiger Wochen oder weniger Monate vorüber ist“, sagt Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit. Deshalb sollte eine Strategie entwickelt werden, wie das Versorgungssystem langfristig aufzustellen ist. Dafür sei ein koordinierter Plan notwendig, bei dem die regionalen Entscheider im Gesundheitswesen zusammengebracht werden sollten. „Das ist eine Chance für eine kluge, sektorenübergreifende regionale Versorgung – Kooperation statt Konkurrenz“, erläutert Hecker.

Wenn dauerhaft speziell separierte Kapazitäten für die Versorgung von Covid-19-Patienten nötig seien, so sei klar, dass die Krankenhäuser Patienten mit anderen Erkrankungen nicht in der gleichen Zahl und nicht an den gleichen Orten wie vorher versorgen können. Ein weiterer wichtiger Punkt seien die Entlassungsprozesse: Die Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen müsse ganz neu gedacht werden.

Bessere Daten und Never Events bedeutsam für Sicherheitskultur

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit weist darauf hin, dass die Datenlage zu unerwünschten vermeidbaren Ereignissen in der Gesundheitsversorgung nach wie vor nicht

ausreiche und die Nutzung der Fehlermeldesysteme noch unzureichend sei. „Sogar zu den Ereignissen mit Patientenschaden, die in der Regel vermeidbar sind, den sogenannten Never Events, gibt es in Deutschland keine Zahlen“, kritisiert Hecker.

Sorge bereitet dies auch den Medizinischen Diensten, die seit Jahren eine nahezu unveränderte Anzahl sogenannter Never Events in der Begutachtungsstatistik verzeichnen. Darunter sind eindeutig definierte und zu vermeidende Schadensereignisse wie Seitenverwechslungen, Medikationsfehler und Ähnliches zu verstehen, die zu gravierenden Schäden führen können. Meistens weisen solche Fehler auf unzureichende Sicherheitsvorkehrungen in der Versorgung hin. „Die Schaffung einer nationalen Never-Event-Liste, verbunden mit einer anonymen Meldepflicht, hat sich in zahlreichen Ländern bewährt und sollte auch in Deutschland umgesetzt werden“, sagt Gronemeyer. Für die systematische Fehlervermeidung seien die gezielte Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen und das Zählen der Schadensereignisse entscheidend. Denn nur dann könne man feststellen, ob die Maßnahmen zu weniger Fehlern und zu weniger Schäden führen.

Hintergrund

Spezielle Gutachterteams des MDK prüfen Vorwürfe von Behandlungsfehlern im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. Die Gutachterinnen und Gutachter gehen dabei der Frage nach, ob die Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard und in aller Sorgfalt abgelaufen ist. Liegt ein Behandlungsfehler vor, wird außerdem geprüft, ob der Schaden, den der Versicherte erlitten hat, durch den Fehler verursacht worden ist. Nur dann sind Schadenersatzforderungen aussichtsreich. Auf der Basis des MDK-Gutachtens können die Betroffenen entscheiden, welche weiteren Schritte sie unternehmen wollen. Versicherten entstehen durch die MDK-Begutachtung keine zusätzlichen Kosten.

Pressekontakt:

Michaela Gehms
Mobil: +49 172 3678007
m.gehms@mds-ev.de

Dorothee Buschhaus
0201 8327137
d.buschhaus@mds-ev.de

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

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

**Pressekonferenz:
„MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung:
Vertrauen schaffen durch mehr Patientensicherheit“**

25. Juni 2020 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

die Medizinischen Dienste veröffentlichen heute zum neunten Mal ihre Jahresstatistik zur Begutachtung von Behandlungsfehlern. Wir wollen damit wieder einen Beitrag leisten, damit aus Fehlern gelernt wird und Patientinnen und Patienten nicht erneut durch die gleichen Fehler zu Schaden kommen. Die Medizinischen Dienste veröffentlichen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern in Deutschland. Deshalb ist es uns wichtig, auch in diesem Jahr Transparenz herzustellen und die Kontinuität unserer Berichterstattung fortzusetzen. Auch wollen wir für eine Stärkung der Fehlervermeidung und Sicherheitskultur werben. Denn gerade während der Corona-Pandemie steigen die Anforderungen an die Patientensicherheit.

Medizinische Dienste üben Solidarität mit den Beschäftigten in der Versorgung

Die Beschäftigten in den Krankenhäusern, Arztpraxen und im öffentlichen Gesundheitsdienst haben in den vergangenen Monaten Enormes geleistet. Es galt, Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen vor den Gefahren der aufkommenden Welle der Corona-Pandemie zu schützen und die Erkrankten zu behandeln. Zu Recht sehen wir eine hohe gesellschaftliche und politische Anerkennung dieses Engagements. Die Medizinischen Dienste zeigen ihre Solidarität mit den Beschäftigten vor Ort. Zeitweise haben über 800 Ärztinnen, Ärzte, Pflegefachkräfte und weiteres Personal aus den Medizinischen Diensten über Wochen freiwillige Unterstützungseinsätze in der medizinischen und pflegerischen Versorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst geleistet.

Jeder vierte Behandlungsfehlerverdacht wird bestätigt

Im vergangenen Jahr, also vor der Corona-Pandemie, hat der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) im Auftrag der Krankenkassen 14.553 medizinische Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Die Anzahl der Gutachten ist im Vergleich zu 2018 leicht gestiegen und liegt damit auf dem Niveau der Vorjahre. 2019 wiesen die Gutachterinnen und Gutachter in jedem vierten Fall (25,3 %) einen Fehler nach.

In jedem fünften Fall (20,3 %) bestätigte der MDK, dass der Fehler auch Ursache für den Schaden war. Letzteres ist wichtig für die Betroffenen, denn nur dann bestehen Chancen auf Schadenersatz.

Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich zu etwa einem Drittel auf den Bereich der ambulanten Versorgung und zu zwei Dritteln auf das Krankenhaus. Die Häufigkeit gutachterlich festgestellter Fehler im ambulanten und stationären Bereich unterscheidet sich kaum. Unverändert zu den Vorjahren werden die meisten Fehlvorwürfe in den operativen Fächern Orthopädie, Unfallchirurgie und der Allgemeinchirurgie erhoben. Daraus lassen sich aber keine Rückschlüsse auf die Sicherheit in den jeweiligen Bereichen ziehen. Es ist vielmehr so, dass Patienten in diesen Fächern mögliche Fehler leichter erkennen können als in anderen.

Weder die Anzahl der in der Begutachtung festgestellten Behandlungsfehler noch die Verteilung auf bestimmte medizinische Fachgebiete sind repräsentativ. Vielmehr ist aus wissenschaftlichen Studien bekannt, dass die tatsächliche Anzahl vermeidbarer Schäden durch Behandlungsfehler wesentlich höher liegt, als es die vom MDK begutachteten Fälle vermuten lassen. Was wir sehen, ist die Spitze des Eisbergs.

Besonderen Anlass zur Sorge gibt die seit Jahren nahezu unveränderte Häufigkeit sog. „Never Events“. Dies sind eindeutig definierte Schadensereignisse wie Seitenverwechslungen, Medikationsfehler oder zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen. Sie führen meist zu gravierenden Schäden und wären durch entsprechende Sicherheitsmaßnahmen sicher zu vermeiden. Das sind Ereignisse, die daher nie passieren sollten.

In der Pandemie steigen die Anforderungen an die Patientensicherheit

Insbesondere zu Beginn der Pandemiewelle in Deutschland zeigten sich zahlreiche Versorgungs- und Hygieneprobleme, die bei besserer Vorbereitung wahrscheinlich vermeidbar gewesen wären. Es ist zu befürchten, dass es dadurch sowohl bei Patienten als auch beim Gesundheitspersonal zu gesundheitlichen Schäden gekommen ist. Zu nennen sind Infektionen wegen fehlender persönlicher Schutzausrüstung und Testkapazitäten oder Schäden durch Verzicht auf dringende Behandlungen bei Notfall- oder Krebspatienten. Sei es, weil Patienten aus Angst vor einer Corona-Infektion keine Hilfe gesucht haben oder weil sie mit Verweis auf die Pandemie abgewiesen wurden.

Diese Beispiele zeigen zum einen, dass es gerade in der Pandemie besonders um die Sicherheit von Patienten und Personal geht. Die Anforderungen an die Patientensicherheit sind in der Pandemie noch einmal deutlich höher, als es im Gesundheitsbereich ohnehin der Fall ist. Zum anderen zeigt sich hier ganz deutlich, dass es bei Problemen mit der Patientensicherheit meist nicht um das Versagen einzelner Ärzte oder Pflegenden geht, sondern um Schwächen eines Systems, in dem der Sicherheitsaspekt immer noch zu kurz kommt. Klar geworden ist, dass zur Patientensicherheit auch die Sicherheit der Behandelnden und Pflegenden und eine intensive Aufklärung der Versicherten zum richtigen Verhalten bei nicht

Corona bedingten Erkrankungen gehören. Hier muss jetzt Vertrauen zurückgewonnen werden.

Sicherheitskultur stärken – nicht trotz, sondern gerade in Pandemiezeiten

Dies kann gelingen durch eine erkennbare Stärkung der Sicherheitskultur in Medizin und Pflege. Das Prinzip ist einfach: Aus Fehlern zu lernen ist der Kern einer echten Sicherheitskultur. Damit könnten wir heute die Behandlungsfehler von morgen vermeiden. Wenn für Patientinnen und Patienten sichtbar wird, dass in Praxis und Klinik die richtigen Sicherheitsstandards zum Infektionsschutz und zur Vermeidung von Fehlern umgesetzt werden, werden die Patienten solche Einrichtungen auch wieder aufsuchen, um sich dort adäquat behandeln zu lassen.

Um aus Fehlern lernen zu können, muss man sie nur erst einmal kennen und analysieren. Deshalb ist Sicherheitskultur auch Meldekultur. Es besteht weiterhin der Bedarf, die Fehlervermeidung in Deutschland klarer zu strukturieren und verbindlicher zu machen. Insbesondere die Schaffung einer nationalen Never-Event-Liste, verbunden mit einer anonymen Meldepflicht für diese Ereignisse, hat sich in zahlreichen Ländern bereits bewährt und sollte auch in Deutschland umgesetzt werden. Gerade vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie ist an Politik und Ärzteschaft zu appellieren, die Anstrengungen für die Fehlervermeidung deutlich zu intensivieren. Die Medizinischen Dienste werden dazu gerne ihren Beitrag leisten und ihre Erfahrungen einbringen.

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

**Pressekonferenz:
„MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung:
Vertrauen schaffen durch mehr Patientensicherheit“**

25. Juni 2020 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

die Corona-Krise stellt eine Ausnahmesituation dar, die mit außergewöhnlichen Aufgaben nicht nur für das Gesundheitssystem verbunden ist. Die bisherige Entwicklung zeigt, dass vieles, was unternommen worden ist, erfolgreich war. Die Zahl der Neuinfektionen konnte nachhaltig gesenkt werden. Das Gesundheitssystem hat sich gut auf die Pandemie eingestellt, und das ist erfreulich. Allen, die nach wie vor engagiert an der Bewältigung der Krise arbeiten, möchten wir unsere Anerkennung ausdrücken.

Das Thema Patientensicherheit ist immer aktuell – so auch in Pandemiezeiten. Wie aus der dargestellten MDK-Begutachtungsstatistik für das Jahr 2019 ersichtlich ist, können sich Behandlungsfehler bereits unter normalen Bedingungen ereignen.

In Zeiten der Krise, mit außerordentlichen personellen, organisatorischen und apparativen Belastungen, wird das Versorgungssystem einem zusätzlichen Stresstest unterworfen. Deshalb gilt es gerade dann, die Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und Angehörigen aller anderen Heilberufe zu unterstützen, um eine sichere Patientenversorgung zu ermöglichen. Und es ist wichtig für das Vertrauen der Patientinnen und Patienten, die Sicherheitsmaßnahmen transparent zu machen.

Mitarbeitersicherheit bedeutet Patientensicherheit

Wer Sicherheit für Patientinnen und Patienten schaffen will, muss die Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Blick haben. Am Beispiel der Corona-Pandemie wird deutlich: Mitarbeitersicherheit bedeutet Patientensicherheit. Ohne ausreichenden Schutz kann sich eine Krankenschwester bei Patienten anstecken und wiederum andere Patienten infizieren. Der Corona-bedingte Ausfall von Ärztinnen und Ärzten kann auch zu Versorgungsengpässen in Krankenhäusern, Notfallambulanzen und Arztpraxen führen.

Im Zusammenhang mit Covid-19 stellt das Aktionsbündnis Patientensicherheit in Kooperation mit Inworks, dem Institut für Patientensicherheit und Teamtraining (InPASS) und der

Gesellschaft für Risiko-Beratung (GRB) aktuell ein Corona-spezifisches, freiwilliges und anonymes Meldesystem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung. Solche CIRS-Systeme (Critical Incident Reporting Systems) sind dazu da, mögliche Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen.

Gemeldet werden können z. B. Infektionsrisiken wie der Fall eines Patienten mit Symptomen einer Corona-Infektion, aber negativem Testergebnis. In so einem Fall muss durch Etablierung entsprechender Standards eine erneute Testung gewährleistet werden. Bis zum sicheren Ausschluss einer Infektion müssen Personal und andere Patientinnen und Patienten vor einer möglichen Ansteckung geschützt werden.

Fehleranalyse heißt Fehler vermeiden

Das Corona-spezifische Fehlermeldesystem kann zur besseren Bewältigung der aktuellen Krise beitragen. Fehlermeldesysteme sind jedoch nicht nur in Pandemiezeiten wichtig. Die Wahrnehmung und Aufarbeitung von Fehlern ist wesentlicher Bestandteil einer Sicherheitskultur. Durch Erkennung und Reduktion von Risiken wird die Patientensicherheit gestärkt.

Je mehr Einrichtungen sich an anonymen Fehlermeldesystemen beteiligen, desto breiter wird die Informationsbasis und desto zuverlässiger sind die daraus gewonnenen Erkenntnisse. Dabei ist ein zentrales System sinnvoll, weil Meldungen gebündelt und einrichtungsübergreifend ausgewertet werden können. Aus diesen Auswertungen können dann Sicherheitshinweise – sogenannte Safety Alerts – abgeleitet und in konkrete Sicherheitsmaßnahmen umgesetzt werden. Fehler von heute erkennen, heißt Fehler von morgen vermeiden.

Patientensicherheit bedeutet an alle Patienten zu denken

Aus den Erfahrungen mit der aktuellen Corona-Pandemie wird aber auch deutlich, dass eine ausschließliche Fokussierung auf das Infektionsgeschehen die Patientensicherheit auch gefährden kann. Denn die Verschleppung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen hat ebenfalls negative Auswirkungen und kann Leiden, Gesundheitsschäden und möglicherweise sogar den Tod verursachen. Beispielsweise können Patientinnen und Patienten zu Schaden kommen, wenn Therapien von Krebserkrankungen verschoben oder Schlaganfälle und Herzinfarkte zu spät behandelt werden. Trotz der Herausforderung durch eine Pandemie müssen ALLE Patientinnen und Patienten zeitgerecht medizinisch versorgt werden. Auch seelisches Leid und psychische Erkrankungen durch die Verschiebung von Behandlungen dürfen keinesfalls vergessen werden. Die Bevorzugung einer Patientengruppe gegenüber anderen ist unethisch.

Behandlungsfehlerverdacht nachgehen

Noch ein Hinweis zur Behandlungsfehler-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Bei einem Behandlungsfehlerverdacht können sich Patientinnen und Patienten an ihre

Krankenkasse wenden. Diese unterstützt die Versicherten bei der Klärung und beauftragt den MDK mit der Begutachtung. Das genaue Vorgehen ist in dem Flyer beschrieben, der Ihrer Pressemappe beiliegt.

**Statement von Dr. Ruth Hecker,
Vorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

**Pressekonferenz:
„MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung:
Vertrauen schaffen durch mehr Patientensicherheit“**

- Es gilt das gesprochene Wort -

25. Juni 2020 in Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

im internationalen Vergleich steht die Gesundheitsversorgung in Deutschland in vielen Bereichen gut da. Dennoch gibt es Verbesserungsbedarf. Insbesondere unser Umgang mit vermeidbaren unerwünschten Ereignissen ist noch längst nicht optimal. Auch wenn das Thema Patientensicherheit mittlerweile stärker im Bewusstsein der Menschen – und auch in der Politik – angekommen ist, bleibt noch sehr viel zu tun!

APS setzt sich für mehr Patientensicherheit ein

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ist *DAS* Netzwerk, das eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland fördert. Seit 2005 besteht das APS als gemeinnütziger Verein. Mittlerweile hat es sich als wichtigste Organisation für die Förderung der Patientensicherheit in Deutschland etabliert. Unsere Mitglieder setzen sich zusammen aus Patientenorganisationen, Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Selbstverwaltung, Krankenkassen, Krankenhäusern, Bundesländern, Versicherern, Industrie, Beratungsunternehmen sowie Einzelpersonen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens.

Doch was tun wir konkret? Wir entwickeln Handlungsempfehlungen z. B. auch für Patienten: „Reden ist der beste Weg“. In dieser Empfehlung geben wir Patienten und Patientinnen konkrete handlungsleitende Hilfen, wie sie mit Ärzten und Pflegekräften Kontakt aufnehmen können, wie sie mit ihnen sprechen können, wenn sie der Meinung sind, dass etwas schief gelaufen ist. Wir erarbeiten interdisziplinär und interprofessionell Handlungsempfehlungen, wie man ganz konkret die Patientensicherheit in der Klinik und in der Arztpraxis umsetzen kann.

Zu unseren weiteren Projekten gehört unter anderem die Entwicklung der Lernpotenziale einrichtungsübergreifender Fehlermeldesysteme (LüFMS). Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Erfahrungen und Fehlern zu stärken und so einen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit in der medizinischen Versorgung zu leisten. Um Berichts- und Lernsysteme auch in die ambulanten Praxen zu bringen, haben wir das Projekt CIRSforte entwickelt. Mit Kampagnen stärken wir zudem das Bewusstsein für Themen der Patientensicherheit in der Öffentlichkeit.

Auch auf die aktuelle Corona-Krise haben wir zusammen mit unseren Partnern reagiert: Auf der Covid-19-CIRS-Plattform sammeln wir gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern Hinweise auf mögliche Sicherheitsprobleme rund um das Thema Corona. Akteure des Gesundheitswesens können hier kritische Ereignisse melden und sich über Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten informieren. Dies sind z. B. die fehlende Schutzausrüstung, das Nichteinhalten von Hygienevorschriften oder die mangelnde Einweisung von Pflegekräften in Beatmungsgeräte.

Aus Fehlern lernen

Trotz der Erfolge, die wir mit unseren Partnern bereits erreichen konnten: Fehler in der Medizin passieren jeden Tag. Sie passieren bei der Diagnose, der Medikation, bei Operationen oder beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung, um nur einige Beispiele zu nennen. Sie passieren Ärzten, Pflegekräften und Apothekern. Es geht hier nicht um Schuldzuweisungen. Fehler in der Gesundheitsversorgung geschehen praktisch nie absichtlich und sehr selten aus Fahrlässigkeit. Sie können aber zu Patientenschäden führen, und hier ist jeder vermeidbarer Schaden ein Schaden zu viel. In der Regel sind Fehler und Fehler mit Schadensereignissen Folge von systemisch-organisatorischen Defiziten, die diese verursachen oder zumindest zulassen. Sehr selten liegen diese Fehler an mangelnder medizinischer Fachlichkeit.

Wichtig ist es, aus den aufgetretenen Fehlern und deren Ursachen zu lernen und sich untereinander auszutauschen. Doch hier liegt das Problem: Denn die Datenlage zu unerwünschten vermeidbaren Ereignissen in der Gesundheitsversorgung ist immer noch dünn. Dass es sich um ein relevantes Problem handelt, ist dennoch unbestritten. So wird davon ausgegangen, dass es bei etwa zwei bis vier Prozent der Krankenhausfälle zu unerwünschten Ereignissen kommt, die vermeidbar gewesen wären – das sind immerhin zwischen einer halben und einer Million Fälle pro Jahr (Quelle: Schrappe et al., *Agenda Patientensicherheit*, hrsg. v. Aktionsbündnis Patientensicherheit, Witten 2007). Wie gesagt: Das sind nur Schätzungen, keine eindeutig dokumentierten Daten – zu unserem Bedauern schon gar keine dazu, ob dank unserer aller Anstrengungen die Fälle rückläufig sind oder ob sie sogar aufgrund der wachsenden Komplexität im Gesundheitswesen zunehmen.

Was wir also brauchen, sind mehr Daten. Fehlermeldesysteme existieren zwar. Sie werden aber noch nicht umfassend und optimal eingesetzt und dienen darüber hinaus dem wichtigen Zweck, qualitativ über Fehlerursachen Auskunft zu geben, aber nicht dazu, quantitativ über Fehlerhäufigkeiten oder gar -häufungen Aufschluss zu geben. Sogar zu den Ereignissen mit Patientenschaden, die höchstwahrscheinlich verhinderbar sind, den sogenannten Never Events, gibt es in Deutschland keine Zahlen. Never Events sind definiert als Ereignisse, die verhinderbar sind, wenn Sicherheitsbarrieren wirksam implementiert sind. Ein Beispiel dafür sind Instrumente, die unbeabsichtigt im Operationsgebiet verblieben sind.

Wir haben im APS eine Arbeitsgruppe zu diesen Never Events eingerichtet, die diese definiert und Präventionsmaßnahmen vorschlägt. Wir hoffen, damit diese Ereignisse in Zukunft noch deutlich zu verringern. Wir schlagen auch eine anonyme Sammlung dieser Ereignisse vor,

damit wir sehen können, ob sie zunehmen oder durch entsprechende Maßnahmen weniger werden.

Neue Kultur der Kommunikation gefordert

Mindestens ebenso wichtig ist ein offener Umgang mit unerwünschten vermeidbaren Ereignissen und Behandlungsfehlern. Wir plädieren daher für eine neue Kultur der Kommunikation. Da ich selbst Ärztin bin, weiß ich aus eigener Erfahrung, wie schwer es ist, sich selbst und anderen Fehler einzugestehen – schließlich geht es um viel mehr als nur einen verkorksten Haarschnitt oder eine misslungene Charge Backwaren. Es gilt: Wir müssen darüber sprechen, dass es normal ist, dass Fehler passieren und manchmal daraus Patientenschäden entstehen können. Wir sprechen von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, aber wenn wir ehrlich sind: Fehler werden nie zu hundert Prozent vermeidbar sein. Trotzdem müssen alle Anstrengungen unternommen werden, sie so weit wie möglich zu reduzieren. Dazu gehören Transparenz, Ehrlichkeit und Selbstbewusstsein, um auch auf organisatorische und Systemdefizite hinzuweisen (Speak up) und sich selbst gegenüber kritisch zu sein. Dazu ist es auch interessant zu wissen, dass viele betroffene Patienten die mangelnde Aufklärung und Ehrlichkeit als besonders belastend erleben. Offenheit und eine klare Aufarbeitung dessen, was geschehen ist, kann sicherlich nicht körperliche Schäden heilen, psychologisch jedoch wichtig sein. Zudem ist ein offener Umgang mit Behandlungsfehlern Voraussetzung für deren Dokumentation, die Ursachenforschung und die Möglichkeit, diese Fehler und Schäden in Zukunft zu vermeiden.

Coping-Strategie

Haben wir aus der Covid-Krise gelernt? Wir wissen, dass es in dem Corona-Tunnel eine Unterversorgung anderer Patientengruppen gab – darauf hat das APS schon sehr früh hingewiesen. Uns hat bewegt, dass wir nicht darauf hoffen dürfen, dass die Pandemie binnen einiger Wochen oder weniger Monate vorüber ist. Notfallmaßnahmen und die Ad-hoc-Umstellung von Behandlungskapazitäten waren heroische Leistungen, aber es ist nicht möglich, über viele Monate oder gar Jahre hinweg die Versorgung im Ausnahmezustand zu belassen. Deshalb haben wir die Entwicklung einer Coping-Strategie angeregt, also eines koordinierten Plans, wie es mit dem Gesundheitswesen unter Bedingungen einer fortgesetzten Pandemiedrohung weiter gehen kann. Wir müssen die regionalen Entscheider im Gesundheitswesen zusammenbringen. Dies ist die Chance für eine kluge sektorenübergreifende regionale Versorgung. Kooperation statt Konkurrenz. Wenn dauerhaft speziell separierte Kapazitäten für die Versorgung von Corona-Patienten nötig sind, ist klar, dass beispielsweise die Krankenhäuser erst einmal nicht Patienten mit anderen Erkrankungen in der gleichen Zahl und an den gleichen Orten wie vorher versorgen können. Die Entlassungsprozesse und insbesondere die Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen müssen ganz neu gedacht werden. Wir benötigen zukünftig ebenso eine ausreichende Vorhaltung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln, Medizintechnik und Geräten sowie ausreichend qualifiziertes Personal. Ich werde nicht müde, hier auf den Pflegepersonalmangel aufmerksam zu machen. Denn Personaluntergrenzen wurden vorübergehend ausgesetzt und die tägliche erlaubte Arbeitszeit auf 12 Stunden heraufgesetzt, während gleichzeitig in anderen

Krankenhäusern oder Einrichtungen des Gesundheitswesens über Kurzarbeit diskutiert wurde. Im Sinne der erwähnten Coping-Strategie müssen wir hier schnell Gegenmaßnahmen ergreifen.

Denn nicht nur die Patienten sind dadurch erhöhten Risiken ausgesetzt, auch die Gesundheit der Mitarbeitenden ist gefährdet. Die Erfahrungen aus Italien und anderen Brennpunkten der Covid-19-Pandemie zeigen, dass außergewöhnliche physische und psychische Belastungen traumatisierend wirken können: Wir sprechen hier von „second victims“. Umfragen zufolge neigen die Betroffenen zu Schlafstörungen, Schuldgefühlen, Zweifeln an den eigenen Fähigkeiten und sogar zu Depressionen oder erhöhtem Medikamenten- und Alkoholkonsum. Das APS hat dieses Phänomen bereits in einer Handlungsempfehlung aufgegriffen, um Betroffene zu unterstützen. Denn es liegt in unserer aller Verantwortung, die Helferinnen und Helfer nicht allein zu lassen!

Sie sehen: „Mitarbeitersicherheit ist Patientensicherheit“ ist kein Slogan, sondern Realität. Als Aktionsbündnis für Patientensicherheit werden wir unseren Fokus in Zukunft verstärkt auf dieses Thema richten – zum Schutz der Mitarbeitenden UND der Patienten.

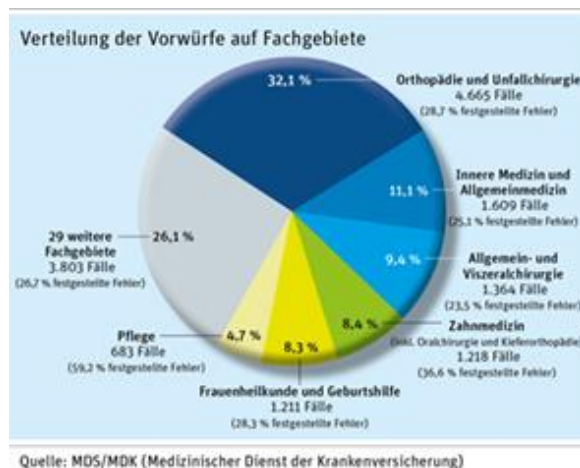
In der gegenwärtigen Krise wird das Problem, das uns schon seit vielen Jahren beschäftigt, überdeutlich: Viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind chronisch überlastet. Die Teams, in denen sie arbeiten, sind manchmal instabil. Patientensicherheit kann nur gelingen, wenn die Personen sich in ihrer Tätigkeit und in ihrem Umfeld sicher fühlen. Hierzu gehört ausreichend und gut ausgebildetes Personal, ein Team, das auf Augenhöhe miteinander arbeitet, wo man aufeinander „aufpasst“ und die Möglichkeit hat, offen über Fehler und seine Belastungen zu reden. Die kürzlich getroffene Entscheidung der WHO trägt dieser Erkenntnis Rechnung: Sie hat den diesjährigen Welttag der Patientensicherheit unter das Motto „Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety“ gestellt.

Pressekonferenz

„MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung:

Vertrauen schaffen durch mehr Patientensicherheit“

Diese Grafiken sind hochauflösend auf www.mds-ev.de unter „Presse“ verfügbar:



JAHRESSTATISTIK 2019

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

Juni 2020

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) veröffentlichen zum neunten Mal ihre Jahresstatistik zur Begutachtung von Behandlungsfehlern. Die medizinischen Sachverständigengutachten der MDK helfen den Patientinnen und Patienten bei der Klärung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob daraus ein Schaden entstanden ist. Damit unterstützen sie im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung die Versicherten bei der Wahrung ihrer Patientenrechte.

Über diese individuelle Unterstützungsleistung hinaus ist es von großer Bedeutung, die Erkenntnisse aus der Begutachtung für die Verbesserung der Patientensicherheit in der medizinischen Versorgung zu nutzen. Nur aus Fehlern, die man kennt, kann man lernen und daraus Präventionsmaßnahmen ableiten.

Mit der Veröffentlichung der Zahlen wollen die Medizinischen Dienste Transparenz über Umfang und Art der Behandlungsfehler im Gesundheitssystem herstellen und Impulse für Verbesserungen der Patientensicherheit geben. Die vorliegende Statistik stellt – auch wenn es sich nicht um repräsentative Zahlen handelt – die umfangreichste Datenerhebung zu diesem Thema in Deutschland dar. Nach wie vor ist unbekannt, wie viele Patientinnen und Patienten einem Behandlungsfehlervorwurf nachgehen. Unbekannt ist auch, wie viele Behandlungsfehler hierzulande überhaupt geschehen und wie viele Menschen dadurch geschädigt werden. Wissenschaftliche Studien haben jedoch immer wieder gezeigt, dass von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

Sowohl die Akteure im Gesundheitswesen als auch die Patientinnen und Patienten sollten immer wieder für das Thema Patientensicherheit sensibilisiert werden. Einerseits wollen wir die Versicherten ermutigen, bei einem Behandlungsfehlerverdacht die Unterstützungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Andererseits gilt es, die Ursachen für Fehler zu analysieren und die Erkenntnisse daraus für die Patientensicherheit zu nutzen.

Allen Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste 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 2019 und hoffen, dass wir damit Anregungen und Denkanstöße für mehr Patientensicherheit geben können.

Essen/München im Juni 2020



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	Behandlungsfehler vorwürfe 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 Behandlungsfehlerverdachtes mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse der Betroffenen. Sie ist interessenneutral und für diese nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die MDK-Gemeinschaft aller Behandlungsfehlervorfälle 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, aber genauso, wenn z. B. 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 Behandlungsfehlervorwurfes und dem Durchsetzen eventuell daraus entstehender Schadenersatzansprüche zu unterstützen. Zuvor bestand zwar die Möglichkeit, nicht jedoch eine Verpflichtung dazu. Die Krankenkasse ist behilflich bei der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls, beschafft die notwendigen Fallunterlagen und veranlasst in der Regel eine medizinische Begutachtung durch den zuständigen MDK. Der MDK kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Durch den MDK wird eine interne Begutachtung mit eigenen Sachverständigen veranlasst oder externe Fachärztinnen und Fachärzte werden mit der Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfes 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 Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, handschriftliche bzw. elektronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls der Patientin oder des Patienten. Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinver-

ständlicher 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, besteht. 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.

Die Beweispflicht liegt 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 hätte beispielsweise zur Folge, 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 der Mehrzahl der Fälle der bestehende Verdacht nicht bestätigt 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 14.553 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2019) 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 in einem 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 sehr 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 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, wo sie vorgebracht werden.

2 ERGEBNISSE

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 14.553 vorgeworfenen Fälle:

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

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

Fehler
4.274

Schaden
3.688

Kausalität
2.953

7

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

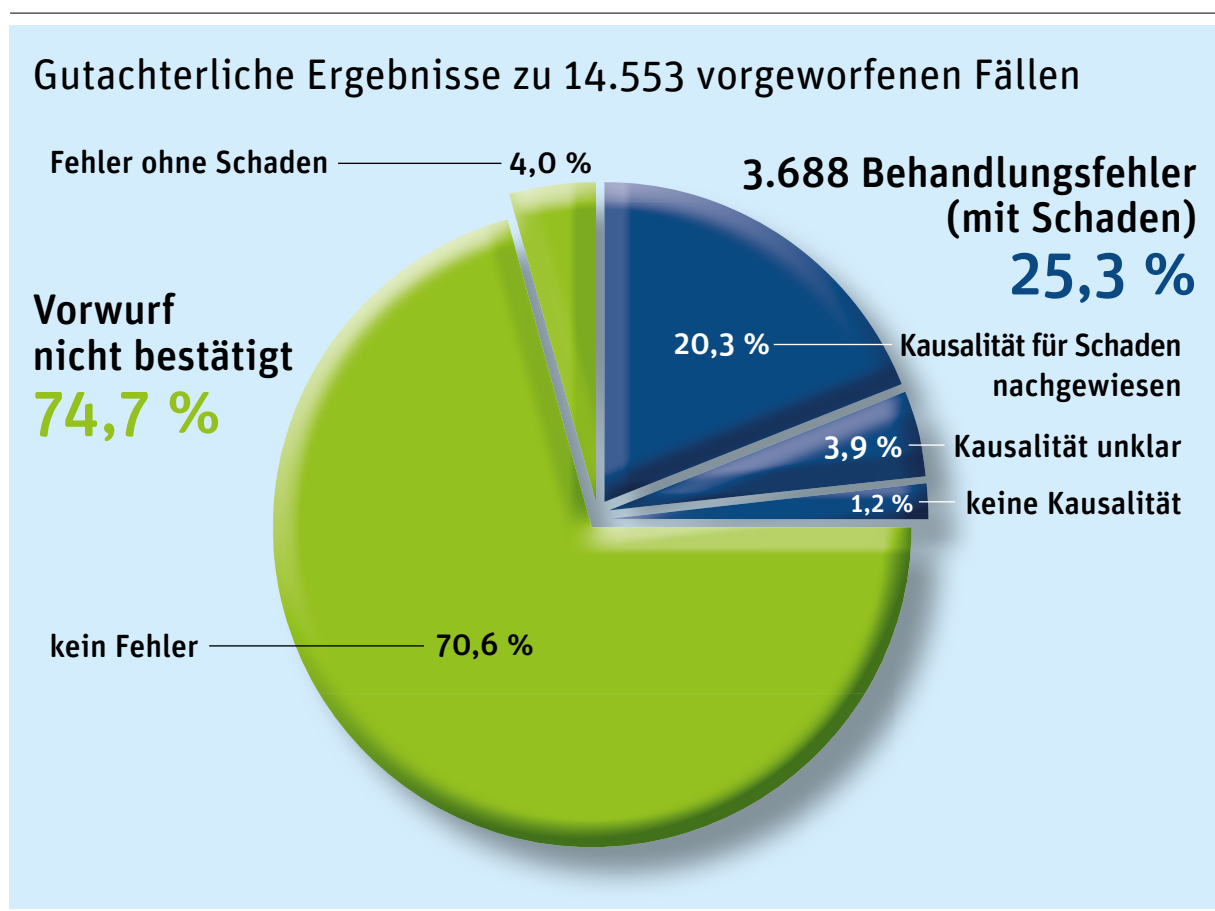
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und besteht darin, dass dieser von einem Fehler in der Behandlung verursacht worden sei. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet 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 (2018: n = 14.133). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2018: n = 4.006), der Fehler mit Schaden (2018: n = 3.497) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2018: n = 2.799) 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 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.

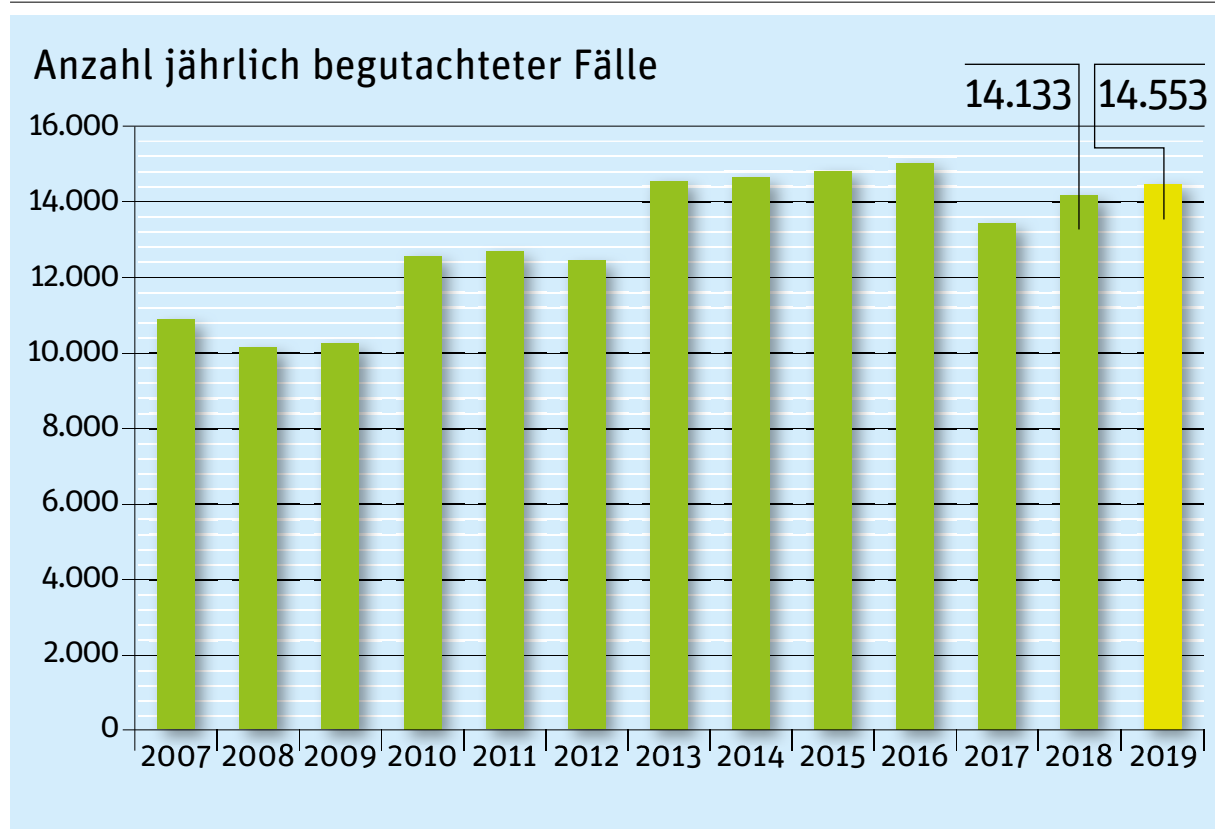
Bei allen vorgeworfenen Fehlern mit vorliegendem Schaden stellt sich die Frage nach der Kausalität. Hier kann es vor Gericht zu einer Beweislastumkehr kommen, z. B. bei einem groben Behandlungsfehler. Die

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

Gutachten mit Kausalität des Fehlers für den Schaden („kausale Fehler“; n = 2.953 bzw. 20,3 % der begutachteten Vorwürfe) bieten dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weiter Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:



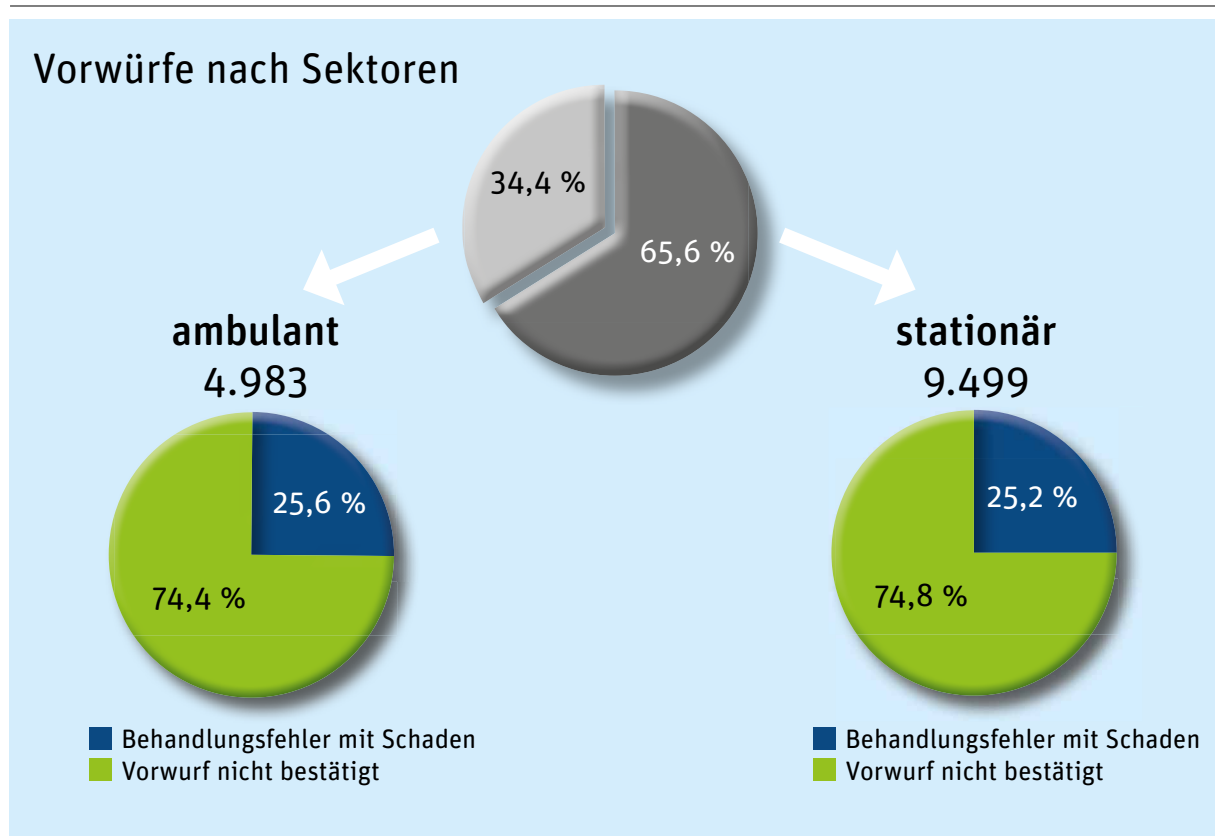
Der Bedarf an Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat über die Jahre insgesamt zugenommen. Im Vergleich zu den Begutachtungszahlen vor zehn Jahren ist ein Zuwachs von rund 40 % zu verzeichnen. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 sowie der zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern war die Zahl der Begutachtungen von 2012 auf 2013 sprunghaft um 17 % angestiegen. In den darauf folgenden Jahren hat sich ein Plateau ausgebildet bei nur geringfügiger weiterer Zunahme, so dass in 2016 die Gutachtenanzahl um 3,5 % über dem Niveau des Jahres 2013 lag. Von 2016 auf 2017 war die Zahl der Begutachtungen mit einem Rückgang von 10,4 % erstmals seit 2012 rückläufig. Seitdem ist die Zahl der Begutachtungen wieder angestiegen. Im Vergleich zu 2018 ist ein Zuwachs in Höhe von 3 % zu verzeichnen.

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 unbekannten 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:

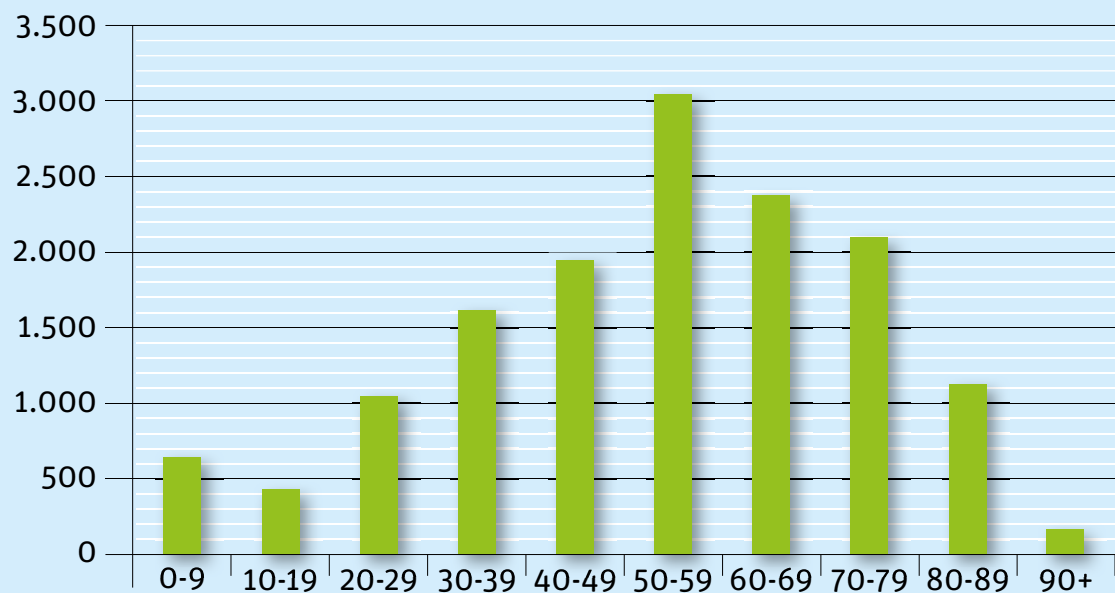
71 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

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

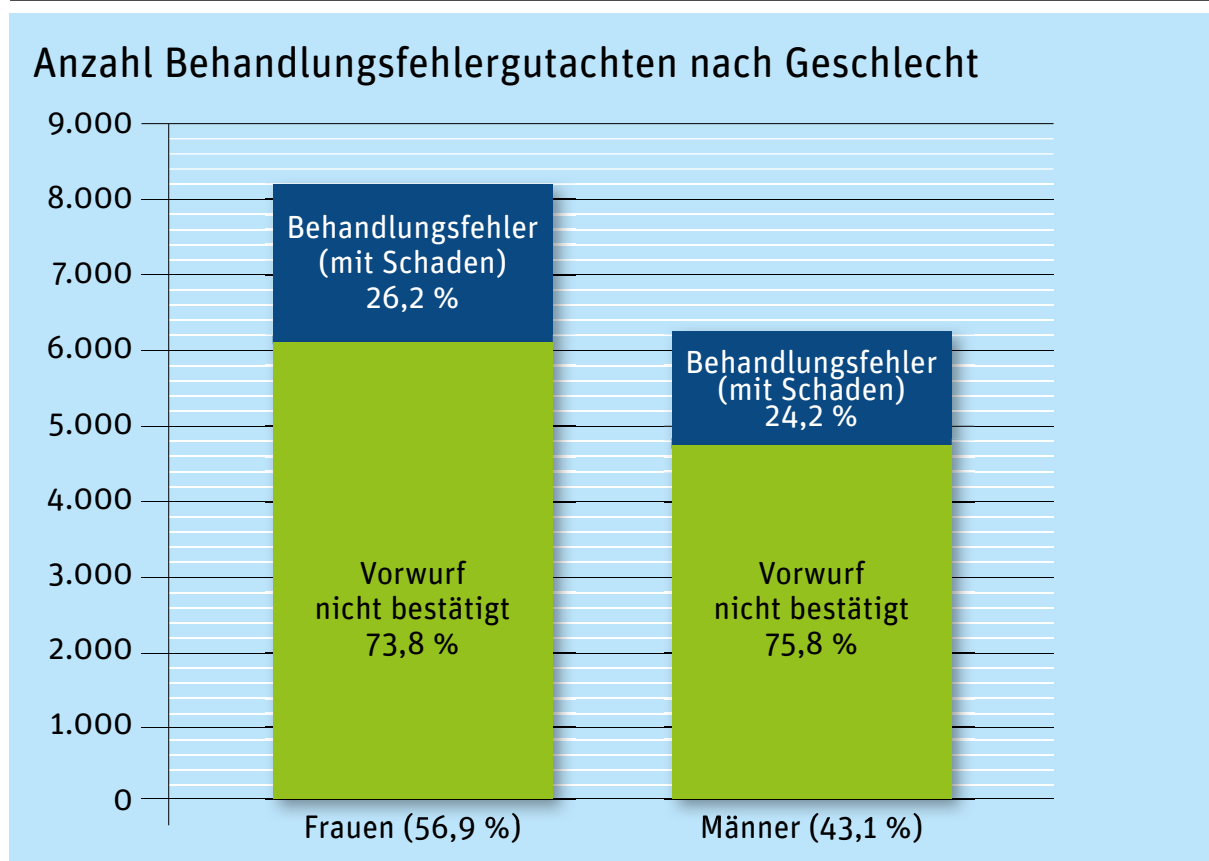
Fallzahlen bezogen auf die Altersdekade der Patientinnen/Patienten im Jahr der Ereignisse



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.

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 Gesundheitsberichterstattung³ wird auf eine „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) verwiesen, in der Frauen ihre Gesundheit insgesamt als schlechter einschätzen als Männer.

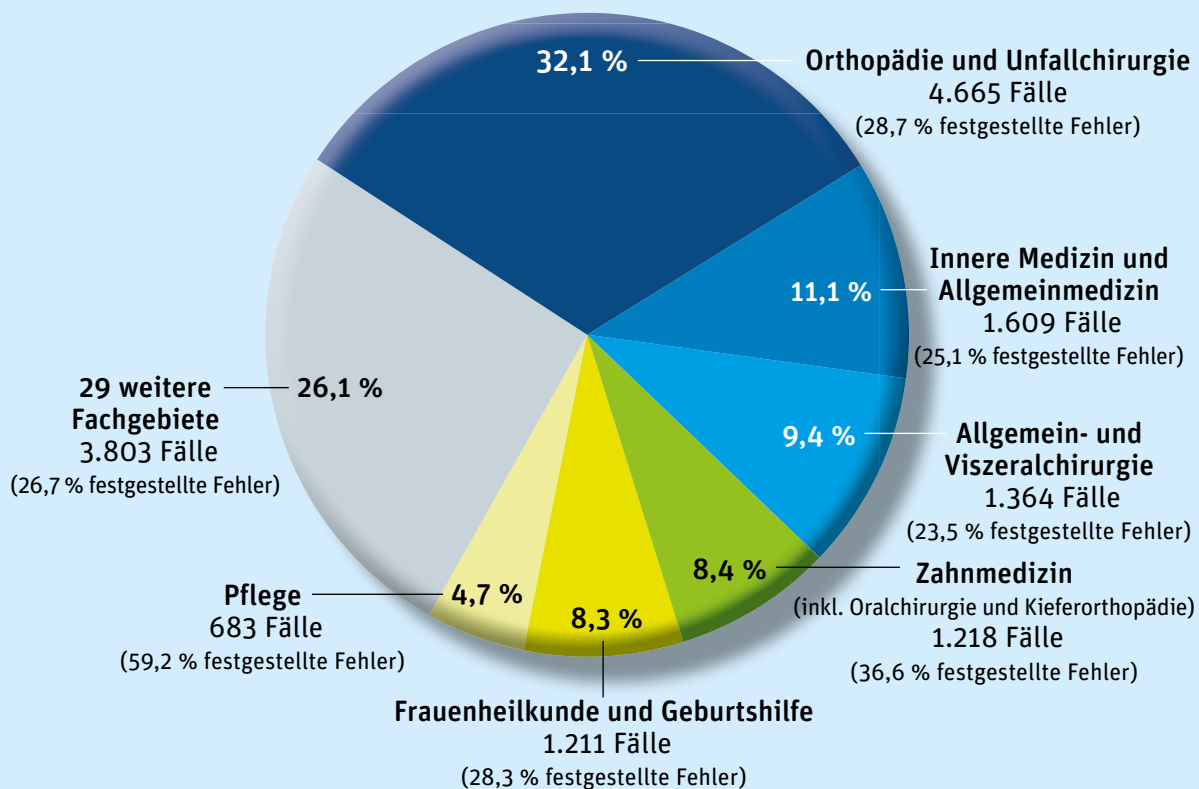
Es kann auf Basis dieser Daten jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass bei Frauen insgesamt mehr Behandlungsfehler vorkommen.

³ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. „Gesundheit in Deutschland“. 2015. Zum Download verfügbar unter (zuletzt abgerufen am 04.06.2020): www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf Fachgebiete



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

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Orthopädie und Unfallchirurgie	4.665	1.341	28,7 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.211	343	28,3 %
Zahnmedizin	1.055	392	37,2 %
Viszeralchirurgie	704	164	23,3 %
Pflege	683	404	59,2 %
Allgemeinchirurgie	660	157	23,8 %
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	653	134	20,5 %
Neurochirurgie	539	143	26,5 %
Urologie	434	101	23,3 %
Augenheilkunde	399	115	28,8 %
HNO-Heilkunde	302	77	25,5 %
Gefäßchirurgie	301	75	24,9 %
Neurologie	298	57	19,1 %
Anästhesiologie	271	70	25,8 %
Innere Medizin und Kardiologie	271	62	22,9 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Allgemeinmedizin	244	88	36,1 %
Kinder- und Jugendmedizin	221	85	38,5 %
Innere Medizin und Gastroenterologie	198	52	26,3 %
Herzchirurgie	197	37	18,8 %
Radiologie	151	75	49,7 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	125	30	24,0 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	122	35	28,7 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	118	34	28,8 %
Psychiatrie und Psychotherapie	117	23	19,7 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	107	34	31,8 %
Kieferorthopädie	92	24	26,1 %
Oralchirurgie	71	30	42,3 %
Kinderchirurgie	55	20	36,4 %
Innere Medizin und Nephrologie	55	14	25,5 %
Thoraxchirurgie	50	9	18,8 %
Innere Medizin und Pneumologie	32	5	15,6 %
Innere Medizin und Angiologie	22	9	40,9 %
Innere Medizin und Rheumatologie	17	3	17,6 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	16	6	37,5 %
Nuklearmedizin	13	3	23,1 %
Strahlentherapie	11	2	18,2 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	10	3	30,0 %
Pathologie	9	3	33,3 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	8	0	0,0 %
Arbeitsmedizin	3	0	0,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	3	2	66,7 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3	2	66,7 %
Transfusionsmedizin	3	0	0,0 %
Hygiene und Umweltmedizin	2	0	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	1	1	100 %
Humangenetik	1	0	0,0 %
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1	0	0,0 %
Neuropathologie	1	0	0,0 %
Klinische Pharmakologie	1	1	100 %
Laboratoriumsmedizin	0	0	/
Sonstige (z. B. Pharmakologie)	27	9	33,3 %

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

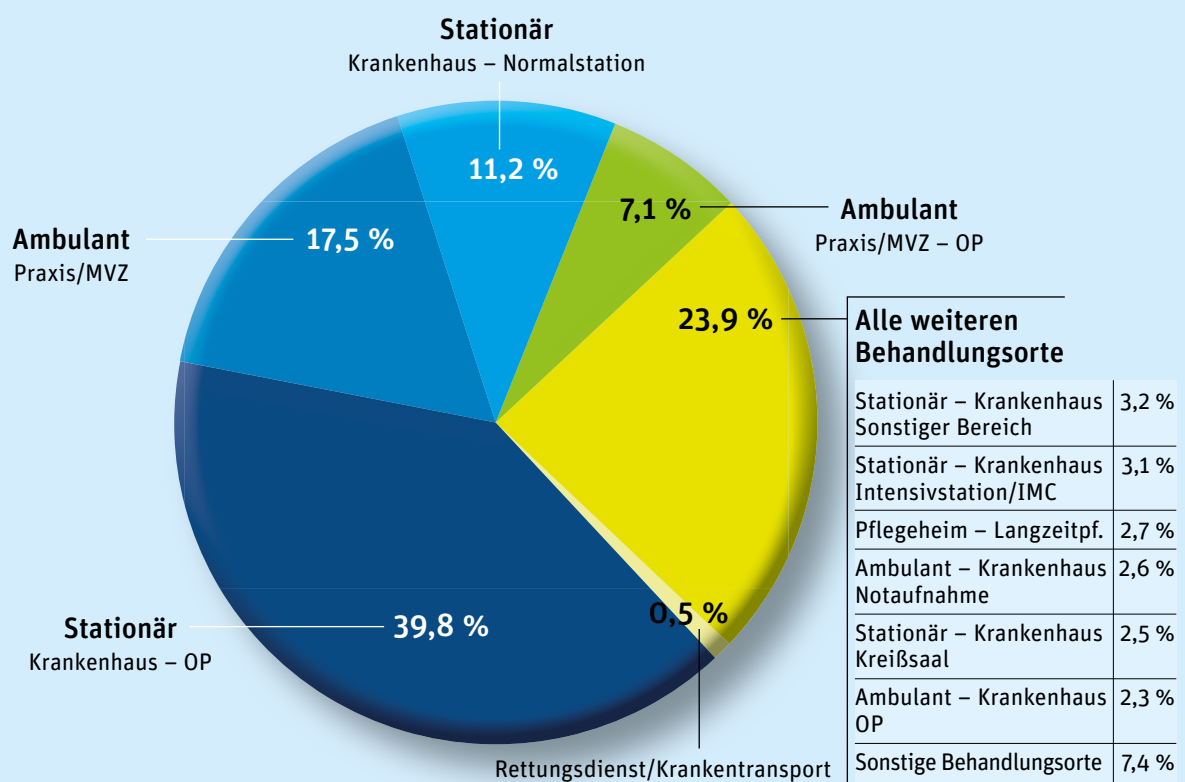
Vergleich mit dem Vorjahr (2018) festzustellen, z. B. Zunahmen in der Viszeralchirurgie (Fälle: + 14,8 %) und in der Orthopädie und Unfallchirurgie (Fälle: + 7,3 %/festgestellte Fehler: + 15,2 %) oder eine Abnahme in der Inneren Medizin (Fälle: - 17,6 %/festgestellte Fehler: - 13,5 %). Dennoch können hier zahlreiche unsystematische und zufällige Einflussfaktoren vorliegen. Angesichts der beschriebenen Grundlagen der Datenerhebung können aus der Momentaufnahme keine direkten Rückschlüsse auf die Entwicklung der Patientensicherheit und der Qualität in einem Fachgebiet gezogen werden. Die Daten können lediglich als Anhaltspunkt 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 die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine höhere Gefährdung oder Fehlerhäufigkeit lässt sich daraus 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 einfach für Patientinnen und Patienten anhand der vorliegenden Beschwerden 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

Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Ambulant	Praxis/MVZ – sonstiger Bereich	2.550	829	32,5 %
	Praxis/MVZ – OP	1.031	313	30,4 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	456	195	42,8 %
	Krankenhaus – OP	338	80	23,7 %
	Sonstiger Bereich	288	88	30,6 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	194	55	28,4 %
	Hausbesuch	53	16	30,2 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	27	8	29,6 %
	Häusliche Pflege	18	1	5,6 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	16	6	37,5 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	5	2	40,0 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	5	1	20,0 %
	Geburtshaus	1	0	0,0 %
	Hausgeburt	1	0	0,0 %
Stationär	Krankenhaus – OP	5.788	1.341	23,2 %
	Krankenhaus – Normalstation	1.636	557	34,0 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	471	130	27,6 %
	Pflegeheim – Langzeitpflege	390	253	64,9 %
	Krankenhaus – Intensivstation/IMC	377	102	27,1 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	364	112	30,8 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	229	84	36,7 %
	Rehaklinik	132	46	34,8 %
	Sonstiger Bereich	51	11	21,6 %
	Pflegeheim – Kurzzeitpflege	36	20	55,6 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	17	4	23,5 %
	Krankenhaus – Innerklinischer Transport	5	1	20,0 %
	Geburtshaus	3	2	66,7 %
	Rettungsdienst/Krankentransport	71	17	23,9 %

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 vorgeworfene Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es bei der Begutachtung nicht möglich, dies exakt zu differenzieren, sodass 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. Der prozentuale Anteil der festgestellten Fehler ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Wie sich in Abschnitt 2.2 zeigte, steht ein erheblicher Teil der Vorwürfe sowie der festgestellten Fehler weiterhin im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten. Ähnlich betreffen die Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler auch räumlich häufig den Operationsbereich, insbesondere im stationären Sektor.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	560	123	22,0 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	488	112	23,0 %
K02	Zahnkaries	384	134	34,9 %
S72	Bruch des Oberschenkels	337	108	32,0 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	308	120	39,0 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	257	122	47,5 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	226	69	30,5 %
S82	Bruch des Unterschenkels	223	86	38,6 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	219	84	38,4 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	208	65	31,3 %
S52	Bruch des Unterarmes	207	95	45,9 %
M54	Rückenschmerzen	194	62	32,0 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	178	48	27,0 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	170	41	24,1 %
H25	Grauer Star	166	43	25,9 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	164	39	23,8 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	157	27	17,2 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	153	33	21,6 %
K80	Gallensteine	152	37	24,3 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	148	47	31,8 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	141	21	14,9 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	136	40	29,4 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	133	29	21,8 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	119	33	27,7 %
C50	Brustkrebs	116	39	33,6 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	116	37	31,9 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	115	56	48,7 %
K40	Leistenhernie	106	17	16,0 %
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	89	39	43,8 %
D25	Leiomyom des Uterus	88	26	29,5 %

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.

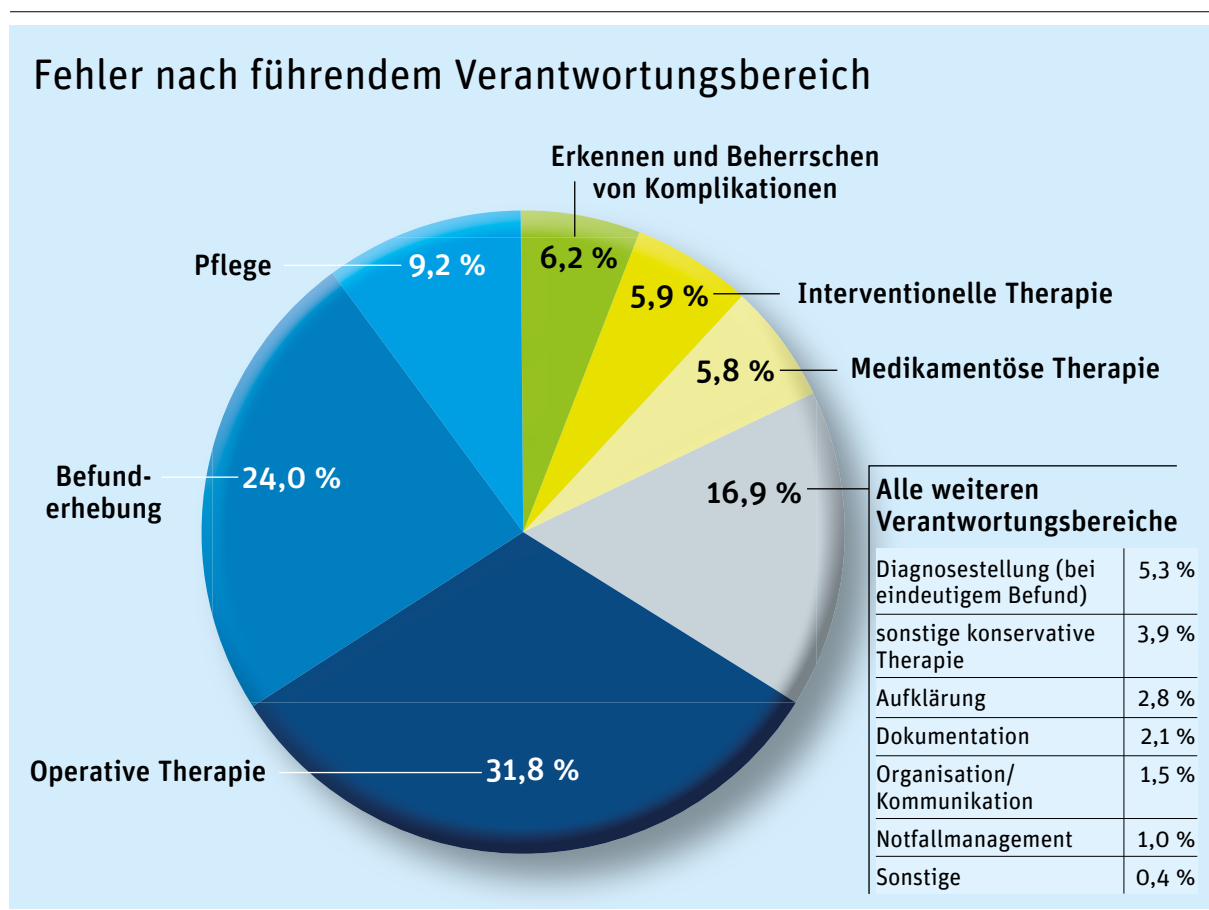
Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

Hier dargestellt sind die „TOP 30“ gemessen an der Anzahl von Vorwürfen. Diese machen allerdings nur 41,6 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 2,8 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.059 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		2.474	1.025	41,4 %	
	davon	Bildgebung	750	363	48,4 %	
		körperliche Untersuchung	515	254	49,3 %	
		diagnostische Intervention	303	97	32,0 %	
		Labor	135	70	51,9 %	
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)		480	225	46,9 %	
Aufklärung			239	121	50,6 %	
Therapie	Medikamentöse Therapie		796	250	31,4 %	
	davon	Dosierung	134	57	42,5 %	
		Applikation(sweg)	57	15	26,3 %	
		bekannte Allergie	22	15	68,2 %	
		Verwechslung	16	10	62,5 %	
	Operative Therapie		6.563	1.361	20,7 %	
	davon	OP-Technik	4.646	800	17,2 %	
		Nachsorge	413	142	34,4 %	
		Lagerung	123	51	41,5 %	
	Intervention		1.151	254	22,1 %	
	davon	Technik der Durchführung	656	101	15,4 %	
		Nachsorge	60	19	31,7 %	
		Lagerung	31	18	58,1 %	
	sonstige konservative Therapie		828	166	20,0 %	
	Erkennen und Beherrschen von Komplikationen			899	266	29,6 %
	Notfallmanagement			137	42	30,7 %
	davon	Notfallsituation zu spät erkannt	39	15	38,5 %	
		Atemwegsmanagement/Beatmung	25	6	24,0 %	
		zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt	23	10	43,5 %	
		Reanimation	17	1	5,9 %	
		sonst. Herz-Kreislauftherapie	6	1	16,7 %	
		mangelhafte Blutungskontrolle	2	2	100 %	
Pflege			714	394	55,2 %	
	davon	Durchführung	571	306	53,6 %	
		Planung	143	88	61,5 %	
Organisation/Kommunikation			96	63	65,6 %	
	davon	Schnittstellenmanagement	30	20	66,7 %	
		Entlassungsmanagement	14	7	50,0 %	
Dokumentation			97	89	91,8 %	
Hygiene			31	0	0,0 %	
Medizinprodukte*			48	18	37,5 %	

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 2.5:

*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
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	142
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	133
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	106
5-233	Zahnersatz	99
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	99
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	80
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	59
5-230	Zahntentfernung	58
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	44
5-786	Operative Knochenverbindungen (Osteosynthese) an anderen Knochen (Zusatzcode)	42
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	38
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	37
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	37
5-231	Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie)	36
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	35
5-683	Entfernung der Gebärmutter	34
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	33
5-749	Andere Kaiserschnittentbindung	30
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	30
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	28
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	28
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	27
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	24
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	24
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	23
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	22
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	22
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	20
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	20
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	20
5-894	Lokale Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	20

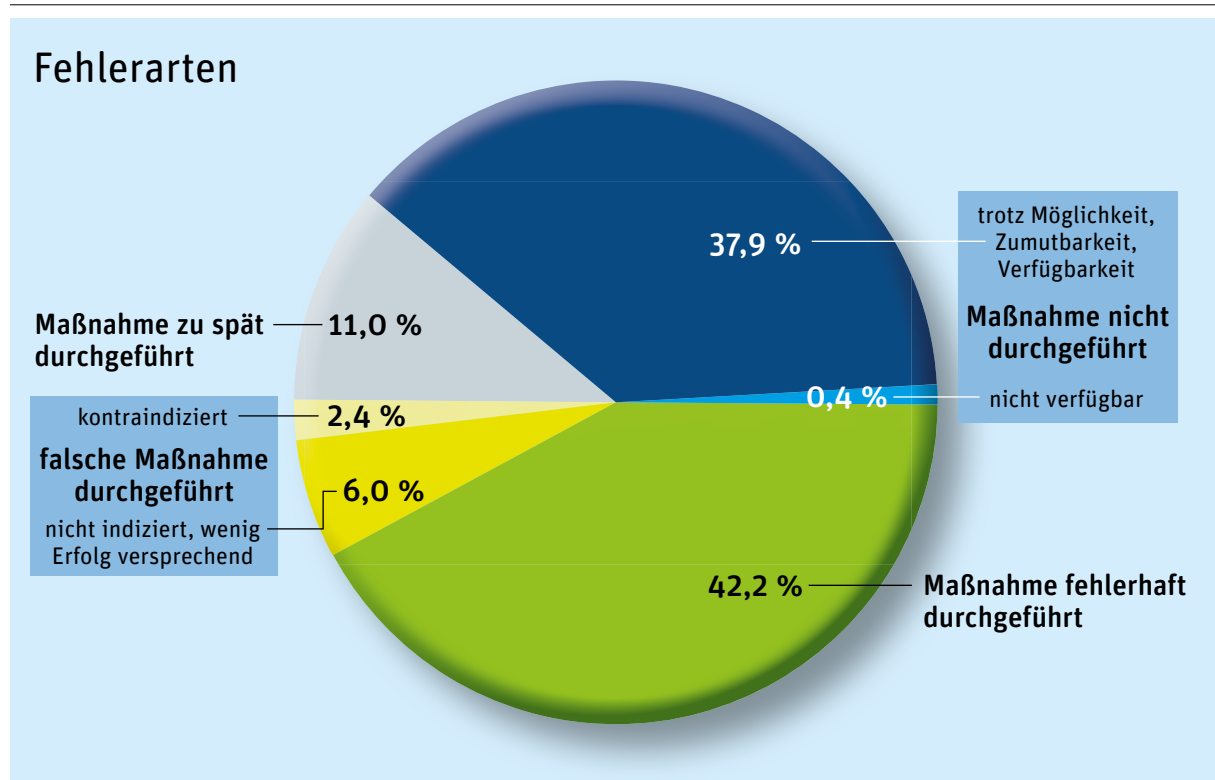
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.449 Fällen (30,6 %) 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 1.475 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, sodass 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 1.450 Fälle von allen Fehlern aus (33,9 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 19 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 508 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:

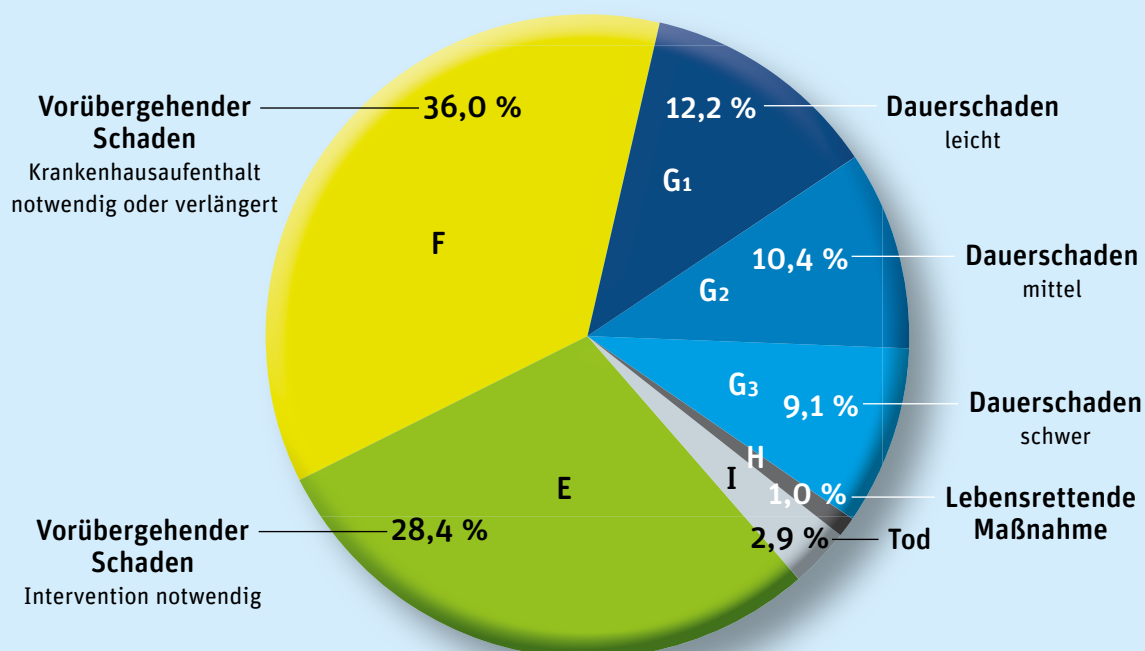
Die Daten sind bezogen auf 4.274 festgestellte Fehler.

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (38,3 %) oder fehlerhaft (42,2 %) 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 8,5 % keine herausragende Rolle. Etwas häufiger (11,0 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich zu 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)	1.019	838	82,2 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.313	1.062	80,9 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	449	361	80,4 %
	mittel (G2)	397	307	77,3 %
	schwer (G3)	333	270	81,1 %
lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		37	30	81,1 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		140	85	60,7 %
Gesamt		3.688	2.953	80,1 %

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 (80,1 %) 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 seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (60,7 %). In 42 dieser 140 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um schwerstkranke Patienten, bei denen in einer komplexen Situation bereits mehrere Umstände im Krankheitsverlauf vorliegen, die höchste Lebensgefahr bedeuten und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben führen. In 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	53
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	22
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	16
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	9
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	8
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	5
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	4
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	3
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten (Verwechslung!)	1
Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde vor Nutzung nicht bemerkt	1
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	1
Tod oder schwerer Schaden durch eine Luftembolie	1
Suizid durch Erhängen (insb. bei psych. Patient an Duschkabine, Vorhangstange etc.)	1
Opioid-Überdosierung bei einem nicht mit Opioiden vorbehandelten Patienten	1
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit der Verwendung med. Gase (z.B. Sauerstoffanschluss liefert keinen Sauerstoff, Kontamination mit Fremdgasen o.ä.)	1
(Sexueller) Missbrauch an einem Patienten	1
Gesamt	128

Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Seit 2014 besteht für die 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 die Vorwürfe, die im Jahr 2019 bei der Begutachtung 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 folgeschwer 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 wird und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangt. 4,3 % (128/2.953) 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 2019, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

Diese für alle Beteiligten – Geschädigte und Personal – besonders folgeschweren 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 neunten Jahr hintereinander vor. Damit bieten wir Transparenz über die Anzahl, die Inhalte und die Ergebnisse in diesem wichtigen Begutachtungsfeld.

Die Arbeit der Medizinischen Dienste in diesem Begutachtungsfeld ist weiterhin stark gefragt und wir werten dies als Zeichen des Vertrauens in unsere unabhängige und neutrale Arbeit. Unsere 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. Im Falle einer Bestätigung des Fehlerverdachts kann das MDK-Gutachten eine wichtige Voraussetzung für Schadenersatzforderungen, Schmerzensgeld und eine faire Regulierung sein.

Aus den einzelnen Fällen können alle Beteiligten lernen. 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 bestätigten Fehler. Im Fokus stehen zwar tendenziell solche Fachgebiete, Operationen und Versorgungsmaßnahmen, bei denen zum einen hohe Fallzahlen in der Versorgung geleistet werden, zum anderen am einfachsten Fehler zu vermuten oder zu erkennen sind. 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 ist es für die Patientinnen und Patienten oftmals schwieriger, Fehler zu erkennen. Daher werden Vorwürfe in diesen Bereichen vermutlich seltener erhoben.

Die transparenten Informationen und Erkenntnisse zu den Fall- und 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. Behandlungsfehlervorwürfe, die bei einem MDK im Auftrag einer Krankenkasse begutachtet werden, und tatsächlich vorgekommene Behandlungsfehler – das sind zwei verschiedene Aspekte. Unsere Daten aus der Begutachtung sind genauso wenig repräsentativ für tatsächlich auftretende Fehler in der Versorgung wie Daten anderer Institutionen. Wir berichten über die Inanspruchnahme eines gesetzlich verankerten Angebotes an Patientinnen und Patienten und nicht über die Entwicklung der Art und Anzahl von Behandlungsfehlern bzw. der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse in Deutschland. Es ist uns wichtig, dies zu betonen. An dieser Stelle tritt ein Erkenntnisdefizit im deutschen Gesundheitswesen erneut hervor, auf das wir seit Jahren ebenfalls hinweisen: Es ist unklar, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland tatsächlich entwickelt. Eine Ursache dafür ist, dass es kein verbindliches Monitoring für Behandlungsfehler bzw. vermeidbare unerwünschte Ereignisse gibt. Unsere Daten zeigen einen Handlungsbedarf auf. Die Medizinischen Dienste sehen immer wieder ähnliche bzw. dieselben Fehlerkonstellationen in der Begutachtung.

Wir möchten uns weiter dafür einsetzen, dass Behandlungsfehler nicht ausschließlich als haftungsrechtlich zu lösende Einzelfälle gesehen werden. 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. Als Medizinische Dienste möchten wir weiterhin darauf hinarbeiten und dazu beitragen, systematisches Lernen aus Fehlern zu erreichen.

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 aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt gegen die Verpflichtung, die hieraus erwächst, verstößt, d.h. die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchführt, dann ist dies ein Behandlungsfehler. Gleiches gilt für Angehörige weiterer Gesundheitsberufe.

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

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

Haben Versicherte einen Verdacht auf einen Behandlungsfehler, dann sind die Krankenkassen erste Ansprechpartner. Sie sind nach dem Patientenrechtegesetz verpflichtet, Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen arbeiten die Krankenkassen eng mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) zusammen, die in ihrem Auftrag ein fachärztliches Gutachten erstellen. Dieses Gutachten ist für Versicherte kostenfrei. Kommt der MDK zu dem Ergebnis, dass der Verdacht auf einen Behandlungsfehler gerechtfertigt ist, kann das Gutachten den Betroffenen dabei helfen, ihre Ansprüche durchzusetzen.

Wie geht der MDK bei der Begutachtung eines Behandlungsfehlers vor?

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

Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK werten die Unterlagen aus, stellen den dokumentierten Behandlungsverlauf in allgemeinverständlicher Sprache dar und bewerten ihn vor dem Hintergrund des erhobenen Vorwurfes. Aus dem Ergebnis muss erkennbar sein, ob ein Behandlungsfehler im Sinne eines nachweisbaren Verstoßes gegen den fachlichen Standard, der zum Zeitpunkt der

Behandlung galt, oder gegen allgemeine Sorgfaltspflichten vorlag. Außerdem muss deutlich werden, ob ein Gesundheits- oder Körperschaden nachweisbar ist, der aus diesem Behandlungsfehler resultieren könnte.

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

Wann haben Versicherte Anspruch auf Schadenersatz?

Ein Schadenersatzanspruch aus einem Behandlungsfehler besteht für Patientinnen und Patienten nur dann, wenn der Behandlungsfehler einen Gesundheitsschaden verursacht hat. Wer einen solchen Schadenersatzanspruch geltend macht, muss dies im Streitfall beweisen (Beweislast). Die Patientin bzw. der Patient muss sowohl den Behandlungsfehler als auch den Schaden an sich und die Tatsache, dass der Fehler ursächlich für den Schaden war, beweisen (Kausalitätsbeweis). Der Kausalitätsbeweis stellt Betroffene oft vor große Hürden. Denn dabei sind nicht nur rechtliche, sondern auch medizinische Fragen zu klären. Dazu dienen die Gutachten, die von den MDK im Auftrag der Krankenkassen erstellt werden.

Bei groben Behandlungsfehlern kann die Beweislage zu Gunsten der Geschädigten etwas erleichtert sein. Von einem groben Behandlungsfehler spricht man, wenn eine Ärztin oder ein Arzt derart eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen hat, dass der Fehler nicht nachvollziehbar ist bzw. eindeutig nicht unterlaufen darf. Dann können Betroffene – im Rahmen einer Klage – vom Kausalitätsnachweis befreit werden. Sie müssen dann nur beweisen, dass ein grober Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser grundsätzlich zu dem Schaden, der eingetreten ist, geführt haben kann. Die Ärztin oder der Arzt müsste dagegen nachweisen, dass der grobe Behandlungsfehler dennoch nicht zu dem Schaden geführt hat.

Was bedeutet die Kausalität eines Behandlungsfehlers?

Stellen die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler fest und weisen sie nach, dass der Fehler die Ursache des gesundheitlichen Schadens war, spricht man von „nachgewiesener Kausalität“. Doch nicht jeder Schaden ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Unerwünschte Behandlungsergebnisse können auch Begleiterscheinung der Behandlung sein, die nicht zu vermeiden sind. Dann handelt es sich um Komplikationen, die trotz sorgfältiger Behandlung nach dem anerkannten Standard nicht zu verhindern sind. Über die Möglichkeit eines Schadens durch eine Komplikation müssen Patienten angemessen aufgeklärt worden sein, ansonsten stellt auch die unzureichende oder fehlende Aufklärung unter Umständen einen Fehler dar.

Und schließlich muss nicht jeder Behandlungsfehler die Ursache für einen eingetretenen körperlichen Schaden sein. Möglich ist, dass Sachverständige zwar einen Behandlungsfehler feststellen, dieser aber nicht im Zusammenhang mit dem Schaden steht. In einem solchen Fall ist der Fehler „nicht kausal“ für den Schaden, und es gibt keine Aussichten auf Schadenersatz. Genauso

ist es möglich, dass mit den vorliegenden Dokumenten die Kausalität des Fehlers für den Schaden nicht oder nicht ausreichend beweisbar ist. Auch dann besteht kaum Aussicht auf Schadenersatz.

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 das notwendige Fachwissen?

Die Medizinischen Dienste verfügen über eine umfangreiche Fachkompetenz in Medizin und Pflege. So sind bei den MDK über 2.400 Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichen – auch seltenen – ärztlichen Qualifikationen tätig. Eine abgeschlossene Facharztausbildung ist Einstellungs-voraussetzung.

Gutachterinnen und Gutachter, die Behandlungsfehlervorwürfe begutachten, erhalten regelmäßige Schulungen im Arzthaftungsrecht und besitzen auch die notwendigen medizinrechtlichen Grundkenntnisse. Außerdem steht ihnen ein breit gefächelter Literaturservice zur Verfügung, über den sie auf hochwertige Literatur zugreifen und den jeweiligen medizinischen Standard zu verschiedenen Zeitpunkten ermitteln können.

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 Fachärztinnen und Fachärzte als Sachverständige hinzugezogen. So erhalten die Betroffenen eine fundierte fachärztliche, gutachterliche Unterstützung, ohne dass ihnen zusätzliche Kosten entstehen.

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 bei einer Ärztekammer ist ein alternatives Vorgehen bei einem vermuteten Behandlungsfehler. Patientinnen und Patienten können entweder den Weg über die Krankenkasse und den MDK beschreiten oder ein Schlichtungsverfahren beantragen. Im Gegensatz zum Schlichtungsverfahren kann ein MDK-Gutachten auch bei bereits laufenden gerichtlichen Auseinandersetzungen erstellt werden.

Wann verjährt ein Behandlungsfehler bzw. der Anspruch auf Schadenersatz?

Im Regelfall beträgt die Verjährungsfrist drei Jahre und beginnt mit dem Abschluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist nicht, bevor nicht die Patientin oder der Patient Kenntnis von Tatsachen erlangt hat, aus denen sich ergibt, dass die Ärztin oder der Arzt von dem üblichen Vorgehen abgewichen ist oder keine Maßnahmen getroffen hat, die nach ärztlichem Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich gewesen wären.

Schadenersatzansprüche aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers verjähren allerdings – ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis – spätestens nach 30 Jahren.

Was passiert, wenn der MDK einen Behandlungsfehler bestätigt?

Zunächst erhält die beauftragende Krankenkasse das Gutachten. Die Patientin oder der Patient kann das Gutachten über die Krankenkasse erhalten. In der Regel wird dann das weitere Vorgehen gemeinsam mit der Krankenkasse beraten. Wenn – was häufig der Fall ist – sowohl die Krankenkasse als auch der Versicherte Schadenersatzansprüche aus dem Gutachten ableiten, stellt sich die Frage, wer zuerst seine Forderungen geltend macht.

Wenn keine Verjährung droht, kann zunächst die Krankenkasse Schadenersatz verlangen. Dann beginnen meist außergerichtliche Verhandlungen mit der Haftpflichtversicherung bzw. mit der betroffenen Klinik oder Praxis. Im Falle eines Erfolgs der Krankenkasse verbessert sich meistens auch die Verhandlungsposition der Patientin oder des Patienten. So können dann ebenfalls außergerichtliche Verhandlungen begonnen und ein Vergleich kann angestrebt werden. Sind die Verhandlungen erfolglos, so bleibt die Möglichkeit der Zivilklage. Hierfür sind spezialisierte Anwältinnen und Anwälte unbedingt zu empfehlen. Das Gutachten des MDK kann in das Klageverfahren eingebracht werden.

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

- Gesetzliche Krankenkassen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) und Verbraucherzentralen
- Anwältinnen und Anwälte für Medizinrecht
- Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern
- Verschiedene Interessengemeinschaften Medizingeschädigter

Was Versicherte wissen sollten

WAS IST EIN BEHANDLUNGSFEHLER?

Wenn eine ärztliche, zahnärztliche, pflegerische oder sonstige medizinische Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt wird, handelt es sich um einen Behandlungsfehler. Dies kann unter anderem bedeuten:

- Eine Behandlung entspricht nicht den 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 Schadenersatzansprüche geltend machen wollen, sind Ihre Krankenkasse und Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt wichtige Ansprechpersonen. Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen (§ 66 SGB V). Um einen Vorwurf zu klären, beauftragt die Krankenkasse in der Regel den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung). Der MDK prüft mit einem Sachverständigengutachten, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und zu einem Schaden geführt hat.

WAS BENÖTIGT DER MDK FÜR EIN GUTACHTEN?

→ Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre Behandlung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Deshalb müssen Sie Ihre behandelnden Ärztinnen und 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 Ihre Ärztin oder Ihr Arzt angefertigt hat, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Sie haben das Recht, alle Unterlagen, die Ihre Behandlung betreffen, einzusehen.

→ Gedächtnisprotokoll

Das Gedächtnisprotokoll sollte den zeitlichen Ablauf des medizinischen Geschehens zusammenfassen: Was? Wann? Wo? (siehe Checkliste)

CHECKLISTE FÜR EIN GEDÄCHTNISPROTOKOLL

- Welche Beschwerden oder Behinderungen sind für Sie die Folge eines Fehlers bei Ihrer Behandlung? Mussten Sie länger oder zusätzlich behandelt werden?
- Können Sie den Behandlungsverlauf beschreiben, in dem aus Ihrer Sicht der Fehler aufgetreten ist? Wie war die zeitliche Abfolge? An welchem Ort/welchen Orten fand die Behandlung statt?
- Wer hat Sie behandelt? Bitte listen Sie möglichst alle Beteiligten in diesem Zusammenhang auf.
- Kann jemand Ihre Vermutung bestätigen (Angehörige, Zimmernachbarn, Ärztinnen und 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 der Person, die Sie behandelt hat, über den Schaden gesprochen? Was hat diese 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 Gutachterinnen und Gutachter des MDK zunächst das Behandlungsgeschehen anhand dieser Dokumente. Anschließend gleichen sie diesen Verlauf mit den medizinischen Standards ab, die zum Zeitpunkt der Behandlung galten. Dabei ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate und beurteilen, ob Sie sorgfältig behandelt worden sind.

WER BEKOMMT DAS GUTACHTEN?

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

WAS KOSTET DAS GUTACHTEN?

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ist das Gutachten des MDK kostenfrei.