

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

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2015“**

am 12. Mai 2016 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

das Ziel der Patientensicherheit ist es, vermeidbare Schäden auch tatsächlich sicher zu vermeiden. Um dieses Ziel zu erreichen, muss man sich genauer mit diesen Schäden und mit den verursachenden Fehlern auseinandersetzen. Durch unsere Datenerfassung tun wir das in verschiedener Hinsicht.

Fehler können sowohl im Tun als auch im Unterlassen liegen. So entfallen insgesamt 51 Prozent der Fehler auf das Unterlassen. Genauer heißt das: 40 Prozent der Fehler bestehen darin, dass eine medizinische Maßnahme notwendig war, diese aber nicht durchgeführt worden ist. Nur in einem Prozent der Fehler lag dies daran, dass die nötigen Voraussetzungen zum Handeln nicht verfügbar waren. Beispielsweise wenn eine dringend erforderliche Untersuchung aufgrund eines fehlenden medizinischen Gerätes nicht erfolgte. In weiteren 11 Prozent der Fehler ist eine Maßnahme zunächst unterlassen und somit zu spät durchgeführt worden.

In 49 Prozent der Fälle, sozusagen der anderen Hälfte der Fehler, lag dieser im Handeln. So wurde in 38 Prozent der Fälle eine als notwendig erkannte Maßnahme zwar vorgenommen, aber diese ist fehlerhaft ausgeführt worden. Beispielsweise ist eine Operationstechnik falsch angewendet worden. In 11 Prozent der Fälle bestand der Fehler darin, dass eine falsche Maßnahme durchgeführt wurde, die wenig erfolgversprechend oder sogar kontraindiziert war.

Zwei Drittel der Patienten vorübergehend geschädigt

Die Patienten haben durch diese Fehler in zwei Drittel aller Fälle (66 Prozent) glücklicherweise nur vorübergehende Schäden erlitten. Das hatte aber für viele dieser 2.642 Patienten dennoch zur Folge, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig bzw. ein bestehender Aufenthalt verlängert wurde. 29 Prozent der Patienten haben einen Dauerschaden erlitten, das sind 1.148 Fälle. In 8 Prozent aller Fehler war der Dauerschaden schwer, der Patient ist seitdem in seiner alltäglichen Lebensführung wesentlich beeinträchtigt und auf die Unterstützung durch andere angewiesen. In 4 Prozent der Fälle, das betrifft 125 Patienten, hat der Fehler zum Tod geführt. Bei jedem hundertsten Fehler kam es zwar nicht zu einer dau-

erhaften Schädigung, aber der Patient musste aufgrund des Fehlers aus Lebensgefahr gerettet werden. Beispielsweise weil eine Notfall-Beatmung eingeleitet oder eine lebensbedrohliche postoperative Blutung gestoppt werden musste.

Aus Never Events lernen

Sie sehen: Wenn man genauer auf Fehler und Schäden blickt, dann wird das ohnehin komplexe Bild um die betroffenen Fachgebiete und die zahlreichen Diagnosen und Maßnahmen noch heterogener. Wohin muss man also genauer schauen, wenn allgemeine Schwerpunkte aufgefunden und Handlungsprioritäten festgelegt werden sollen? Dazu gibt es international, insbesondere in angloamerikanischen Ländern, eine simple Antwort, die wir in unserer Statistik seit dem Jahr 2014 gesondert ausweisen: Die sogenannten Never Events. Das sind einerseits besonders folgenschwere Ereignisse, die andererseits aber leicht zu vermeiden wären. So verbleiben nach Operationen versehentlich Fremdkörper, die aufgrund mangelhaft durchgeführter Zählkontrollen übersehen wurden. Auch das Wundliegen mit schwersten neu aufgetretenen Druckgeschwüren, die man durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen bei Risikopatienten hätte vermeiden können, zählt oft dazu. Oder es kommt bei Operationen aufgrund nicht konsequent genutzter Checklisten zu Verwechslungen, zum Übersehen einer Allergie oder einer anderen typischen Gefahr.

Es handelt sich aber bei Never Events letztlich nicht um besonders verwerfliche oder unverständliche Fehler und auch nicht um ein besonders großes Verschulden eines Einzelnen. Im Gegenteil – das Auftreten eines Never Events zeigt einen unsicheren Versorgungsprozess an. Hier ist also ein seltenes, aber dennoch erwartbares und wiederkehrendes menschliches Versagen nicht ausreichend abgesichert, obwohl dies gut möglich wäre und das bestehende Risiko bekannt ist. Die oben genannten und ähnliche Never Events, die in anderen Ländern verpflichtend erfasst werden, machen immerhin 7 Prozent aller für den Schaden ursächlichen Fehler in unseren Daten aus. Das sind 225 Fälle, was auch hier, analog zur Gesamtzahl der Begutachtungen und Fehler, eine leichte Steigerung bedeutet. Ein direktes Maß für die Patientensicherheit ist das allerdings nicht. Die Zahlen sind nicht repräsentativ, denn man muss davon ausgehen, dass viele solcher Ereignisse nicht über die Krankenkassen vorgeworfen werden. Nicht selten ist ein Fehler nämlich so offensichtlich, dass er keiner medizinischen Begutachtung bedarf. Damit bleiben vermutlich viele Never Events außerhalb einer Berichterstattung. Gerade hier wäre es aber besonders wichtig, die Anzahl, die Art und die zeitliche Entwicklung genau zu kennen. Was nämlich nicht bekannt ist, das wird möglicherweise nicht ausreichend ernst genommen. Wenn umgekehrt eine dauerhafte Reduktion von Never Events nicht gemessen und dadurch als Erfolg sichtbar wird, dann bleibt dieser Erfolg vielleicht genau deshalb aus.

Eine verpflichtende Erfassung der Never Events wäre eine wichtige Voraussetzung für die Analyse von Fehlerursachen und damit auch Voraussetzung für das gezielte Umsetzen von Sicherheitsmaßnahmen. Die verpflichtende Erfassung der Never Events könnte so zu einer besseren Sicherheitskultur auch in Deutschland beitragen.