

Pressekonferenz

„Begutachtung von Behandlungsfehlern:

Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2017“

Inhaltsverzeichnis

1. Ihre Gesprächspartner
2. Pressemitteilung
3. Statement Dr. Stefan Gronemeyer,
Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer, MDS
4. Statement Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin, MDK Bayern
5. Statement PD Dr. Max Skorning, Leiter Stabsstelle Patientensicherheit, MDS
6. Übersichtsblatt über verfügbare Grafiken
7. MDK-Behandlungsfehlerbegutachtung - Jahresstatistik 2017
8. Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK
9. „Was Sie als Patient wissen sollten“ – Ratgeber-Papier zur
Behandlungsfehler-Begutachtung

Ihre Gesprächspartner

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

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

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

Moderation: Michaela Gehms, Pressesprecherin MDS

PRESSEMITTEILUNG

Berlin/Essen, den 5. Juni 2018

MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung: Gutachter bestätigen jeden vierten Fehlervorwurf

13.519 Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) 2017 bundesweit erstellt. Die MDK-Fachärzte bestätigten jeden vierten Behandlungsfehlerverdacht (24,7 Prozent). In jedem fünften Fall (19,9 Prozent) stellten sie fest, dass die Schädigung des Patienten durch den Fehler verursacht wurde. Das geht aus der MDK-Begutachtungsstatistik hervor, die heute in Berlin vorgestellt wurde. Die Medizinischen Dienste setzen sich für die Weiterentwicklung der Sicherheitskultur in der Medizin und eine systematische Fehlervermeidung ein.

Die MDK bestätigten im vergangenen Jahr 3.337 Fehler, bei denen Patientinnen und Patienten zu Schaden gekommen sind. „Unsere Bilanz fällt ernüchternd aus: Wir sehen immer wieder die gleichen Fehler und zwar auch solche, die nie passieren dürften, weil sie gut zu vermeiden wären – vom im Körper vergessenen Tupfer bis hin zu Verwechslungen von Patienten und falschen Eingriffen“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS. Nach wissenschaftlichen Schätzungen ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Trotz aller engagierten Bemühungen für mehr Patientensicherheit ist die Transparenz über Art und Umfang von Fehlern unzureichend. Gronemeyer kritisiert, dass es an einer konsequenten Strategie fehlt, um die Patientensicherheit zu verbessern, wie es international in vergleichbaren Gesundheitssystemen längst Praxis ist.

Manche Behandlungsfehler können Patienten leichter erkennen als andere

In der aktuellen Begutachtungsstatistik der MDK-Gemeinschaft betrafen zwei Drittel der Vorwürfe Behandlungen im Krankenhaus. Ein Drittel der Vorwürfe bezog sich auf Behandlungen durch einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin. „Viele Vorwürfe beziehen sich auf chirurgische Eingriffe, weil Patienten diese oft leichter an den Folgen erkennen können als zum Beispiel Medikationsfehler“, erläutert Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin des MDK Bayern.

Schaut man sich die Vorwürfe verteilt auf die Fachgebiete an, ergibt sich folgendes Bild: 31 Prozent (4.250 Fälle) aller Vorwürfe bezogen sich auf Orthopädie und Unfallchirurgie, 13 Prozent (1.746 Fälle) auf Innere Medizin und Allgemeinmedizin, 9 Prozent (1.203 Fälle) auf Allgemeinchirurgie, 8 Prozent (1.150 Fälle) auf Zahnmedizin, ebenfalls 8 Prozent (1.041 Fälle) auf Frauenheilkunde und 5 Prozent (663 Fälle) auf die Pflege. „Eine hohe Zahl an Vorwürfen lässt aber nicht auf eine hohe Zahl an tatsächlichen Behandlungsfehlern schlie-

ßen und sagt auch nichts über das Risiko in einem Fachgebiet aus“, erklärt Zobel. Am häufigsten bestätigten die MDK-Fachärzte Fehlervorwürfe in der Pflege (49,8 Prozent), gefolgt von der Zahnmedizin (35,2 Prozent) und an dritter Stelle Frauenheilkunde (27 Prozent).

Vom Arbeitsschutz für die Patientensicherheit lernen

„Die in Deutschland verfügbaren Daten zu Behandlungsfehlern sind nicht repräsentativ für das Fehlergeschehen und erlauben daher kaum Rückschlüsse auf die Patientensicherheit“, erläutert PD Dr. Max Skorning, Leiter Patientensicherheit beim MDS. Daten von Krankenhäusern, Ärzten, Haftpflichtversicherungen und Gerichten werden nicht veröffentlicht. „Man muss von einer hohen Dunkelziffer ausgehen. Deshalb sollten fehlerbedingte Schadensereignisse systematisch erfasst und analysiert werden, um gezielter Fehler vermeiden zu können. Denn jeder Fehler, aus dem heute nicht gelernt wird, kann sich morgen wiederholen und erneut Schaden verursachen“, sagt Skorning.

Behandlungsfehler sollten ähnlich wie Arbeitsunfälle verpflichtend erfasst und für die Entwicklung von Schutzmaßnahmen genutzt werden. Seit Jahrzehnten werden die Arbeitsunfälle in Deutschland verpflichtend erfasst und ausgewertet. Seit 1996 hat sich die Unfallquote fast halbiert.

Hintergrund

Spezielle Gutachterteams in den MDK prüfen Vorwürfe von Behandlungsfehlern im Auftrag der Krankenkassen, die zur Unterstützung der Versicherten gesetzlich verpflichtet sind. Die Gutachter gehen dabei der Frage nach, ob die Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard abgelaufen ist. Liegt ein Behandlungsfehler vor, wird außerdem geprüft, ob der Schaden, den der Patient erlitten hat, durch den Fehler verursacht worden ist. Nur dann sind Schadensersatzforderungen aussichtsreich. Auf der Basis des MDK-Gutachtens kann der Patient entscheiden, welche weiteren Schritte er unternimmt. Gesetzlich Versicherten entstehen durch die Begutachtung keine zusätzlichen Kosten.

Pressekontakt:

MDS, Pressestelle
Michaela Gehms
Mobil: +49 172 3678007
m.gehms@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. Im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts wenden sich Patienten zunächst an ihre Krankenkasse, die den MDK dann mit einer Begutachtung beauftragen kann.

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

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2017“**

5. Juni 2018 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

wenn in der Medizin Fehler passieren, kann dies für die Betroffenen schwere Folgen haben. Sei es, dass erneut operiert werden muss, weil ein Tupfer im Körper vergessen wurde oder dass ein Knochenbruch übersehen wurde und der Arm deshalb nicht mehr richtig bewegt werden kann.

Wie viele Behandlungsfehler sich in Deutschland ereignen und wie viele Patienten dabei zu Schaden kommen, wissen wir nicht. Schätzungen gehen von deutlich mehr als 100.000 Fällen pro Jahr aus. Die Dunkelziffer ist also hoch. Das ist nichts Neues, sondern bekannt.

Weit weniger bekannt ist, wo Menschen Hilfe finden können, die den Verdacht haben, dass bei ihrer Behandlung etwas schief gelaufen ist. Eines der wichtigsten Hilfsangebote sind die Sachverständigengutachten des Medizinischen Dienstes (MDK). Damit unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten kostenlos bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlerverdachts.

Von dieser Möglichkeit haben im vergangenen Jahr wieder weit über 10.000 Versicherte Gebrauch gemacht. 2017 hat der MDK insgesamt 13.519 Gutachten für Patientinnen und Patienten erstellt, die den Verdacht auf einen Behandlungsfehler hatten. Die Anzahl der Gutachten ist erstmals seit vier Jahren niedriger als im Vorjahr. Gleich geblieben ist hingegen der Anteil der festgestellten Fehler. Bei jedem 4. Fall (24,7 Prozent) konnte der Verdacht auf einen Behandlungsfehler bestätigt werden. Bei jedem 5. Fall (19,9 Prozent) konnte auch die für mögliche Schadensersatzansprüche so wichtige Kausalität festgestellt werden. Das bedeutet, dass nachgewiesen wurde, dass der Fehler Ursache für den eingetretenen Schaden war.

Über die Ursache, warum die Anzahl der Begutachtungen bei den Medizinischen Diensten niedriger war, lässt sich nur spekulieren. Möglicherweise hat im Jahr fünf nach dem Patientenrechtegesetz die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema nachgelassen. Patienten, die heute einen Behandlungsfehler vermuten, wissen vielleicht weniger über ihre Rechte. Vielleicht spielt auch eine Rolle, was die ehemalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, festgestellt hat. Sie berichtete, dass Betroffene mögliche Ansprüche oft deshalb nicht verfolgen, weil sie davon ausgehen, ein solches Verfahren nicht gewinnen oder durchstehen zu können. Diese Fälle tauchen in keiner Statistik auf.

Eines ist auf jeden Fall klar: Die vom MDK im vergangenen Jahr festgestellten 3.337 Fehler, bei denen Patientinnen und Patienten zu Schaden gekommen sind, sind 3.337 Fehler zu viel.

Nach sieben Jahren Berichterstattung fällt unsere Bilanz ernüchternd aus: Wir sehen immer wieder die gleichen Fehler! Auch Fehler, die eigentlich nie passieren dürften, sogenannte „Never Events“ gibt es immer wieder. Das sind Fehler, die besonders folgenschwer sind und eigentlich sehr gut zu vermeiden wären. Jedes Jahr kommt es wieder vor, dass im Körper des Patienten Operationsgegenstände zurückgelassen werden. Es gibt Verwechslungen von Patienten, Körperteilen oder auch Medikamenten. Es gibt vermeidbare schwere Druckgeschwüre und viele andere Schadensereignisse, die eigentlich zu verhindern wären.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist die Frage zu stellen: „Warum ändert sich hier nichts?“ Gewiss hat die Patientensicherheitsbewegung, namentlich das Aktionsbündnis Patientensicherheit, in den vergangenen Jahren viel bewirkt. Dies gilt vor allem für die Enttabuisierung von Fehlern in der Medizin und die Sensibilisierung für das Thema Patientensicherheit. Die Ärztekammern und die Medizinischen Dienste leisten mit ihren Jahresberichten einen Beitrag zur Fehlervermeidung. Das alles reicht jedoch nicht aus, um die Patientensicherheit auf das exzellente Niveau zu bringen, das dem deutschen Gesundheitssystem immer wieder nachgesagt wird.

Transparenz ist Voraussetzung für Strategie zur Fehlervermeidung

Es fehlt hierzulande nach wie vor an einer konsequenten Strategie zur Fehlervermeidung. Voraussetzung dafür wäre mehr Transparenz über Art und Umfang fehlerbedingter Schadensereignisse, damit man deren Vermeidung systematisch angehen kann. So funktionieren beispielweise die Unfallverhütung und Arbeitssicherheit oder die Verkehrsunfallstatistik. Aussagefähige Daten über fehlerbedingte Schäden in der Medizin gibt es aber in Deutschland bisher nicht.

Eine Meldepflicht für fehlerbedingte Schadensereignisse könnte die notwendige Transparenz schaffen, wie dies zum Beispiel in den Niederlanden, den USA und in England erfolgt. Insbesondere bei Fehlern, die eigentlich nie passieren dürften - den genannten Never Events - wäre eine Meldepflicht eine konsequente Weiterentwicklung der Sicherheitskultur in Deutschland. Diese sollte anonym und ohne Angst vor Strafe ausgestaltet werden, damit das Melden von fehlerbedingten Schäden als normales professionelles Handeln akzeptiert wird. Solche Regeln müssen für uns selbstverständlich werden – genauso wie es für uns selbstverständlich ist, bei Rot nicht über die Ampel zu fahren.

Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit fehlen

„Niemand darf sich in den Bemühungen um die Patientensicherheit auf dem Erreichten ausruhen“ so hat es Frau Fischbach im April dieses Jahres gesagt. Diese Klarstellung kann man nur begrüßen. Kritisch anzumerken ist, dass der Koalitionsvertrag sich beim Thema Patientensicherheit nur darauf beschränkt, die Möglichkeiten eines Entschädigungsfonds für geschädigte Patienten zu prüfen. Was fehlt, sind konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit, um möglichst viele Patienten vor Schäden zu schützen. Eine nationale Never-Event-Liste und eine Meldepflicht für diese kritischen Ereignisse wären wichtige Schritte.

Auf jeden Fall bleibt es dabei, dass die Sachverständigengutachten der MDK eine der besten und unbürokratischsten Hilfestellungen bei vermuteten Behandlungsfehlern sind. Wichtig ist, dass die Versicherten über ihr Recht informiert sind, die Krankenkasse dabei in Anspruch nehmen zu können. Mit unserer heutigen Pressekonferenz möchten wir auch dazu einen Beitrag leisten.

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

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2017“**

5. Juni 2018 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

wenn Patientinnen und Patienten sich an einen Arzt oder an eine Ärztin wenden, haben sie Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard. Die Behandlung muss angemessen, sorgfältig, richtig und zeitgerecht sein. Ist dies nicht der Fall und ist dabei ein Schaden entstanden, dann sprechen Mediziner und Juristen von einem Behandlungsfehler.

So ist dies zum Beispiel bei Frau K. geschehen. Frau K. ist an den Nieren erkrankt und musste geröntgt werden. Sie erhielt für das Röntgen ein Kontrastmittel, das nierenschädigend sein kann. Frau K. bekam leider eine viel zu hohe Dosis des Mittels. Und Infusionen, die ihre Niere vor einer weiteren Schädigung hätten schützen können, erhielt sie nicht. Die Patientin erlitt deshalb einen schweren Nierenschaden und benötigt nun dauerhaft Dialyse.

Solche Fälle Schritt für Schritt nachzuvollziehen und zu bewerten ist die Aufgabe der Gutachterinnen und Gutachter der MDK (Medizinischen Dienste der Krankenversicherung). In Form eines Sachverständigengutachtens stellen sie fest, ob ein Fehler passiert ist und ob ein Schaden entstanden ist. Sie prüfen dann, ob der Fehler Ursache des beanstandeten Schadens ist. Und sie bewerten, ob es sich um einen Behandlungsfehler oder um eine Komplikation gehandelt hat. Denn ein Patient kann einerseits auch dann einen Schaden erlitten haben, wenn kein Fehler gemacht wurde, sondern eine unvermeidbare Komplikation die Ursache ist. Andererseits muss ein Fehler nicht zwangsläufig auch den vorgeworfenen Schaden verursacht haben.

Im Jahr 2017 haben die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste bundesweit 13.519 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Dabei ging es um medizinische und zahnmedizinische Behandlungen sowie um Leistungen der Kranken- und Altenpflege. Die Frage: „Liegt ein Behandlungsfehler vor und hat der Patient einen Schaden erlitten?“ bejahten die MDK-Ärzte 2017 in jedem vierten Fall (24,7 Prozent) – also in 3.337 Fällen. In jedem fünften Fall (19,9 Prozent) stellten die MDK-Gutachter fest, dass der Behandlungsfehler auch die Ursache für den Schaden war – dies traf auf 2.690 Fälle zu.

In der Chirurgie und im Krankenhaus werden am meisten Vorwürfe erhoben

Zwei Drittel der Vorwürfe betrafen Behandlungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern, ein Drittel bezog sich auf Behandlungen durch einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin. Eine wesentliche Ursache für diese Verteilung ist, dass sich die meisten Behandlungsfehlervorwürfe auf chirurgische Eingriffe beziehen. Da Operationen vorwiegend im Krankenhaus stattfinden, ist dieser Sektor häufiger von einem Behandlungsfehlerverdacht betroffen.

Fehler gibt es in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

Wenn man sich die Vorwürfe verteilt auf die Fachgebiete anschaut, ergibt sich folgendes Bild: 31 Prozent aller Vorwürfe (4.250 Fälle) bezogen sich auf Orthopädie und Unfallchirurgie, 13 Prozent auf die Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.746 Fälle), 9 Prozent auf die Allgemeinchirurgie (1.203 Fälle), 8 Prozent auf die Zahnmedizin (1.150 Fälle), ebenfalls 8 Prozent (1.041 Fälle) auf die Frauenheilkunde und 5 Prozent auf die Pflege (663 Fälle).

In Fachgebieten, in denen häufig Behandlungsfehler vorgeworfen werden, werden jedoch nicht die meisten Fehler bestätigt. Eine Häufung von Vorwürfen in einem Bereich sagt nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus. Häufungen sagen viel mehr etwas darüber aus, wie Patientinnen und Patienten Behandlungen erleben. Sie reagieren unterschiedlich auf Ergebnisse, die nicht ihren Erwartungen entsprechen. Wenn zum Beispiel ein Patient bei einer Knieoperation erlebt, dass sein Zimmernachbar, der ebenfalls am Knie operiert worden ist, viel schneller wieder auf die Beine kommt als er selbst, dann kann das zu einem Behandlungsfehlerverdacht führen. Der Fokus der Behandlungsfehlervorwürfe liegt häufiger auf Operationen als auf anderen Therapien wie zum Beispiel Medikationsfehler. Das liegt daran, dass Fehler bei einer Operation meistens leichter für Patienten erkennbar sind als bei anderen Therapien.

Die Bestätigungsquoten im Einzelnen: Am häufigsten bestätigt wurden Fehlvorwürfe in der Pflege mit 49,8 Prozent. An zweiter Stelle liegt die Zahnmedizin mit 35,2 Prozent und an dritter Stelle die Frauenheilkunde mit 27 Prozent.

Insgesamt zeigen die Zahlen der MDK-Gemeinschaft nur einen kleinen Ausschnitt an Behandlungsfehlern. Die Zahlen sind nur repräsentativ für die vom MDK begutachteten Fälle, aber nicht für alle Behandlungsfehler in Deutschland. Daher lassen die Daten auch keine generellen Rückschlüsse auf die Patientensicherheit zu.

In der Jahresstatistik für 2017 gibt es 13.519 Vorwürfe zu insgesamt 1.022 unterschiedlichen Diagnosen. Die festgestellten Fehler betreffen die unterschiedlichsten Erkrankungen und die verschiedensten Behandlungen. Sie reichen vom Kniegelenksverschleiß über Karies bis hin zu Schlaganfällen. Dennoch sehen wir auch immer wieder die gleichen Fehler, wie zum Beispiel Verwechslungen und im Körper zurückgelassene Operationsinstrumente. Fehler die eigentlich nie passieren dürften, weil sie leicht zu vermeiden wären.

Die Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen durch den MDK

Doch was ist zu tun, wenn Patienten einen Behandlungsfehlerverdacht haben? An wen können sie sich wenden und wie läuft die Begutachtung beim MDK ab? Erster Ansprechpartner für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ist die Krankenkasse. Nach dem Patientenrechtegesetz ist diese verpflichtet, die Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Die zuständige Krankenkasse des Versicherten kann den MDK beauftragen, ein fachärztliches Gutachten zu erstellen. Dieses ist für den Patienten kostenfrei.

Im nächsten Schritt ist es notwendig, dass der Patient seine Ärzte von der Schweigepflicht entbindet, damit die Krankenkasse Dokumente und Informationen anfordern kann. Der MDK-Gutachter benötigt für das Sachverständigengutachten sämtliche Behandlungsunterlagen, zum Beispiel Arztbriefe, Operationsberichte, Bildaufnahmen (Röntgen, CT, MRT), die Karteikarte des Arztes usw. Außerdem sollte der Patient ein Gedächtnisprotokoll anfertigen: Wann ist was, wo, wie erfolgt? Der MDK hilft mit einer Checkliste beim Erstellen eines solchen Protokolls.

Auf der Grundlage dieser Unterlagen rekonstruiert der Gutachter, der Facharzt auf dem jeweiligen Gebiet ist, das Behandlungsgeschehen. Anschließend vergleicht er den Verlauf mit dem fachlichen Standard – wie zum Beispiel medizinische Leitlinien – und beurteilt, ob der Patient sorgfältig und richtig behandelt worden ist. Das Gutachten sendet der MDK an die Krankenkasse. Von dort erhält es der Patient, der mit dem Patientenberater seiner Krankenkasse das weitere Vorgehen abstimmen kann.

Anrede,

Für die Patientensicherheit ist es unentbehrlich, Fehler zu kommunizieren, zu analysieren und die Fehlerquellen zu erkennen. Zurück zu Frau K. aus unserem Eingangsbeispiel, die aufgrund einer fehlerhaften Medikamentengabe einen schweren Nierenschaden erlitten hat. Mittels Checkliste und einer standardisierten Abfrage zu Vorerkrankungen vor der Röntgenaufnahme, hätte der Arzt die Gefahr für Frau K. erkennen können. Er hätte das Kontrastmittel angemessen dosiert und ihr auch eine Prophylaxe verabreicht. Solche Maßnahmen aus Fehlern ableiten zu können, ist ein wichtiges Ziel zu dem wir mit unserer Jahresstatistik beitragen möchten.

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

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2017“**

5. Juni 2018 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

auf der Suche nach Fakten über Behandlungsfehler liegen verschiedene Fragen auf der Hand:

- Wie viele Behandlungsfehler geschehen?
- Wie ist die Entwicklung, werden es mehr oder weniger Fehler?
- Wie viele Behandlungsfehler werden entschädigt?
- Wie schwer werden Patienten durch Fehler geschädigt?
- Welche schwerwiegenden Fehler sind am besten vermeidbar?

Solche naheliegenden Fragen können leider für Deutschland nicht belastbar beantwortet werden. Auch wenn es keine umfangreichere jährliche Statistik über begutachtete Behandlungsfehler gibt als die der MDK-Gemeinschaft, bilden diese Daten ausschließlich die beim MDK vorgelegten Fälle ab, aber weder alle stattfindenden noch alle vorgeworfenen, begutachteten oder entschädigten Fälle. Verfügbare Daten sind nicht repräsentativ für das tatsächliche Fehlergeschehen oder die Patientensicherheit in Deutschland. Auf dieses Defizit weisen wir seit Jahren hin. Immerhin versuchen wir mit unseren Berichten einen Beitrag zu mehr Transparenz über Fehler zu leisten.

Aussagekraft von Daten über Behandlungsfehler richtig einordnen

Bei Aussagen zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern muss man zwei Fragen bedenken:

1. Liegen begutachtete Fälle zugrunde oder handelt es sich um Hochrechnungen aus Studien, bei denen zum Beispiel Patientenakten in Stichproben wissenschaftlich ausgewertet wurden?
2. Auf welche Grundgesamtheit bezieht sich die Statistik?

Den Statistiken des MDK und der Ärztekammern liegen zwar einerseits echte Fälle zugrunde, andererseits eben nur von den Patientinnen und Patienten, die – mehr oder weniger zufällig – bei einer der beiden Institutionen begutachtet wurden. Solche Statistiken kön-

nen nicht repräsentativ sein für das gesamte Fehlergeschehen bei allen medizinischen Behandlungen in Deutschland. Eine gewisse Repräsentativität kann hingegen für Hochrechnungen aus Studien angenommen werden, sofern diese nach wissenschaftlichen Standards erfolgten. Die Häufigkeit von Behandlungsfehlern liegt dabei etwa 30-mal höher als in den Daten zu begutachteten Fällen. Ein einfacher Grund dafür ist, dass wahrscheinlich nur etwa drei Prozent der Patienten eine möglicherweise fehlerbedingte Schädigung überhaupt klären lassen.

Aus den Fehlern anderer lernen und sie vermeiden

Der Fokus bei Betroffenen sowie in der Begutachtung ist das Klären des Einzelfalles im haftungsrechtlichen Sinne. Es geht also um Schadensersatz und Schmerzensgeld. Zusätzlich besteht aber der Anspruch, dass sich der Fehler nicht wiederholen soll. In einem hochentwickelten Gesundheitswesen muss deshalb über den konkreten Fall hinaus der systemische Blick auf Fehler erfolgen mit dem Ziel eines Lernprozesses und resultierend in einer nachweislichen Fehlervermeidung. Im besten Fall ist damit vor allem die Fehlervermeidung bei anderen gemeint, denen der Fehler bislang (noch) nicht unterlaufen ist. Im Gesundheitssystem sollte das „Lernen aus Fehlern“ deshalb vor allem verstanden werden als das „Lernen aus den Fehlern anderer“. Dazu braucht es zuerst verlässliche und umfassende Transparenz von allen Seiten. Von Leistungserbringern (z. B. den Krankenhäusern und Ärzten), Haftpflichtversicherungen und Gerichten werden die erforderlichen Daten leider nicht veröffentlicht.

Für die Patientensicherheit ist es notwendig, gerade solche Fehler in den Blick zu nehmen, die auch tatsächlich schwerwiegendste Schäden hervorgerufen haben.

Das Fehlergeschehen ist in der Begutachtung sehr vielschichtig. Um sich der Frage nach den vordringlichsten Handlungsfeldern zu nähern, spielen nach unserer Ansicht besondere und klar zu definierende Ereignisse eine Rolle, die so genannten „Never Events“. Hier sind beispielsweise Verwechslungen (von Patienten, Eingriffen, Eingriffsorten oder Medikamenten) oder zurückgebliebene Fremdkörper und Organisationsfehler zu nennen. Bei konsequentem und standardisiertem Umsetzen von bekannten Sicherheitsmaßnahmen wie Checklisten, Vier-Augen-Prinzip, Simulationstrainings und vielen anderen gelten diese Ereignisse in einem Team als vollständig vermeidbar. Treten Sie dennoch auf, zeigt dies nicht ein Versagen des Einzelnen, sondern einen fehleranfälligen Versorgungsprozess. Wir gehen davon aus, dass wir gerade offensichtlich fehlerbedingte Schäden zumeist nicht sehen, weil sie wegen ihrer Eindeutigkeit ohne MDK-Begutachtung reguliert werden. Dennoch waren 120 der 2.690 fehlerbedingten Schäden (4,5 Prozent) im Jahr 2017 diesen Ereignissen zuzuschreiben. Wie viele Never Events geschehen aber tatsächlich? Ist der Rückgang, den wir in unseren Daten zuletzt gesehen haben, ein erfreuliches Abbild der Versorgungsrealität? Oder wurde bloß schneller eine Entschädigungsleistung angeboten, so dass der Fall gar nicht bei der Krankenkasse vorgebracht wurde? Leider liegen auch hierzu in Deutschland keine Erkenntnisse vor.

Meldepflicht zu Arbeitsunfällen als Vorbild

Zu Recht wird regelmäßig die Luftfahrt als leuchtendes Vorbild für Sicherheit und Transparenz angeführt. Es ist undenkbar, dass zum Beispiel eine Notlandung unbekannt bleibt und nicht gemeldet und erfasst werden müsste. Ich möchte die Notwendigkeit für eine Meldepflicht von besonderen, unerwünschten und sicher vermeidbaren Ereignissen heute mit einem anderen Vergleich verdeutlichen: der Sicherheit am Arbeitsplatz. Der Arbeitsschutz hat genauso wie die Medizin für Millionen Menschen höchste Bedeutung. Arbeitsunfälle müssen gemeldet werden. Sie werden erfasst und transparent gemacht. Seit Jahren sind Arbeitsunfälle insgesamt und auch tödliche Arbeitsunfälle deutlich rückläufig.

Wir sollten uns in der Medizin auch am Arbeitsschutz orientieren und „Behandlungsunfälle“ endlich systematisch und verbindlich erfassen als Basis für wirkliche und messbare Erfolge. Das ist in einem modernen Gesundheitssystem den Patientinnen und Patienten genauso geschuldet wie den Pflegekräften, den Ärztinnen und Ärzten und allen weiteren Beschäftigten in Versorgungseinrichtungen.

Pressekonferenz

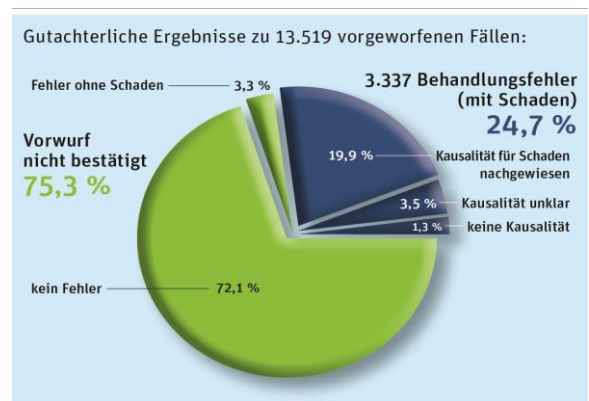
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:

Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2017“

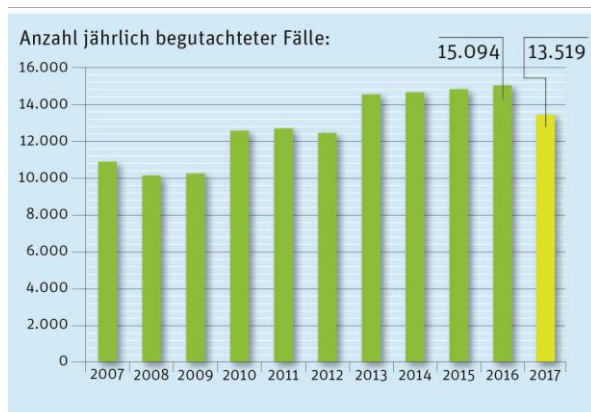
Diese Grafiken sind hochauflösend auf www.mds-ev.de unter Presse verfügbar:



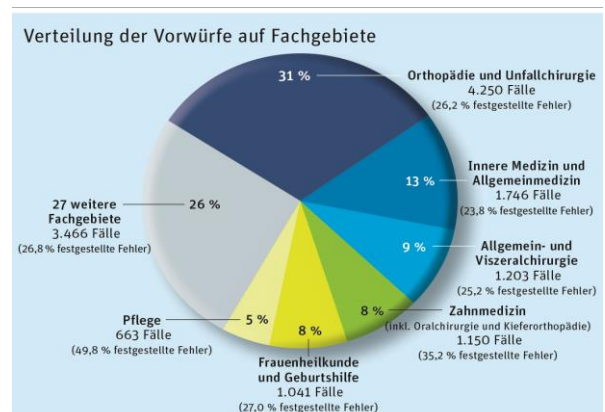
Quelle: MDS/MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)



Quelle: MDS/MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)



Quelle: MDS/MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)



Quelle: MDS/MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)

JAHRESSTATISTIK 2017

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft



IMPRESSUM

Herausgeber und Bearbeitung

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

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089 67008-0

Telefax: 089 67008-444

E-Mail: Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

Internet: www.mdk-bayern.de

Satz/Layout

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

www.bestpage-rheinruhr.de

Mai 2018

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat vor wenigen Wochen ethische Leitsätze zur Patientensicherheit veröffentlicht. Einer davon lautet: „Wir teilen die uns zur Verfügung stehenden Informationen, die zur Patientensicherheit beitragen können“. Ganz in diesem Sinne stellen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bereits zum siebten Mal die Jahresergebnisse der von ihnen erstellten medizinischen Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern vor. Damit legen wir Rechenschaft über unsere Arbeit ab und leisten einen Beitrag zu mehr Transparenz über Art und Umfang von Behandlungsfehlern im deutschen Gesundheitssystem.

Die Begutachtung eines vermuteten Behandlungsfehlers im Auftrag der Krankenkassen durch den MDK ist ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung der Versicherten. Der Jahresstatistik der Medizinischen Dienste liegt der umfangreichste Datensatz im Vergleich zu ähnlichen Erhebungen zu Grunde. Trotzdem bleibt weiterhin unklar, wie viele Patienten wodurch vermeidbar geschädigt werden und wie viele ihrem Verdacht auf einen Behandlungsfehler überhaupt nachgehen und ihre Ansprüche auf Schadenersatz und Schmerzensgeld tatsächlich geltend machen. Es ist von einer relevanten Dunkelziffer auszugehen, die eine Verallgemeinerung der Daten verbietet.

Auch die Politik beschäftigt sich zunehmend mit der besonderen Bedeutung der Patientensicherheit für ein modernes und hochkomplexes Gesundheitswesen sowie den damit verbundenen Herausforderungen. Die ehemalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, erklärte dazu Anfang April 2018, es dürfe „sich niemand in den Bemühungen um die Patientensicherheit auf dem Erreichten ausruhen. Alle Beteiligten müssen weiter mit Nachdruck daran arbeiten, die Qualität und auch die Transparenz über die Qualität der Versorgung zu stärken. Denn jeder Fehler ist ein Fehler zu viel.“

Gemäß dieser Forderung und dem eigenen Anspruch hinsichtlich Patientensicherheit sprechen sich die Medizinischen Dienste für mehr Transparenz über Behandlungsfehler aus. Wir sehen darin die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung sowie die Sicherheitskultur in der Medizin nachhaltig zu verbessern.

Wir danken allen Gutachterinnen und Gutachtern, die sich der Erstellung der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen in sorgfältiger und oft mühsamer Detailarbeit widmen und die Ergebnisse für die bundeseinheitliche Erfassung aufbereiten. Ihnen danken wir für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2017 und hoffen, dass Sie neue Erkenntnisse und Denkanstöße daraus ableiten können.

Essen/München im Mai 2018



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



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

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Einleitung | 5 |
| 1.1 | Hintergrund | 5 |
| 1.2 | Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse | 6 |
| 2 | Ergebnisse | 7 |
| 2.1 | Übersicht | 7 |
| 2.1.1 | Haftungsvoraussetzungen | 7 |
| 2.1.2 | Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität | 8 |
| 2.1.3 | Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle | 9 |
| 2.1.4 | Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor | 10 |
| 2.1.5 | Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden | 11 |
| 2.1.6 | Behandlungsfehler nach Geschlecht | 12 |
| 2.2 | Fachgebiete | 13 |
| 2.2.1 | Übersicht | 13 |
| 2.2.2 | Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle | 13 |
| 2.3 | Versorgungsebene/Ort | 15 |
| 2.3.1 | Übersicht | 15 |
| 2.3.2 | Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe | 16 |
| 2.4 | Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) | 17 |
| 2.5 | Verantwortungsbereich/Medizinischer Zusammenhang | 18 |
| 2.5.1 | Übersicht | 18 |
| 2.5.2 | Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde | 19 |
| 2.6 | Maßnahmen (OPS-Schlüssel) | 21 |
| 2.7 | Fehlerarten | 22 |
| 2.8 | Schaden | 23 |
| 2.8.1 | Übersicht | 23 |
| 2.8.2 | Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index) | 23 |
| 2.9 | Besondere Ereignisse („Never Events“) | 25 |
| 3 | Fazit | 27 |

1 EINLEITUNG

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) unterstützen die Patientinnen und Patienten¹ bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachtes mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse des Betroffenen, ist interessenneutral und für ihn nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

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

Seit vielen Jahren werden wesentliche Inhalte der Gutachten in einer einheitlichen Datenbank erfasst. Für die Erfassung seit dem Jahr 2014 ist der zugrundeliegende Datensatz verändert und erweitert worden. Er beinhaltet nun weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens beim Patienten und über den vorliegenden Fehler. Durch die jährliche Veröffentlichung werden die wichtigsten Ergebnisse transparent dargestellt und können als Grundlage für tiefer gehende Ursachenanalysen sowie gezielte Untersuchungen zur Fehlerprävention und Fortentwicklung der Sicherheitskultur genutzt werden.

1.1 Hintergrund

Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Der Begriff umfasst unterschiedliche Arten ärztlichen Fehlverhaltens: Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Behandlung unterlassen oder mit mangelnder Sorgfalt ausgeführt wird, aber genauso, wenn z.B. ein Eingriff vorgenommen wird, der individuell nicht indiziert war. Alle Bereiche der medizinischen Versorgung – von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und Dokumentation – können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Patienten sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem Ende Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist der Anspruch der Versicherten auf Unterstützung bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern gestärkt worden. Seitdem ist die Krankenkasse laut § 66 SGB V dazu verpflichtet, bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlervorwurfes und dem Durchsetzen eventuell daraus entstehender Schadenersatzansprüche zu unterstützen. Zuvor bestand zwar die Möglichkeit, nicht jedoch eine Verpflichtung dazu. Die Krankenkasse ist behilflich bei der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls, beschafft die notwendigen Fallunterlagen und veranlasst in der Regel eine medizinische Begutachtung durch den zuständigen MDK. Der MDK kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Beim MDK erfolgt die Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfs durch einen eigenen Facharzt oder durch einen extern beauftragten Fachmediziner.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen die Gutachter unter anderem medizinische Leitlinien auf Basis der Evidenzbasierten Medizin (EbM) heran sowie andere wissenschaftliche Ausarbeitungen, die den aktuellen Stand der Medizin zum Zeitpunkt der Behandlung widerspiegeln. Die Bewertung des Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, vom Arzt geführte handschriftliche bzw. elektronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls des Patienten. Die Gutachter des MDK werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinverständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für den Patienten, sondern im Fall einer späteren Klage auch für Anwälte und Richter

¹ Wir bitten um Verständnis dafür, dass aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit im Folgenden darauf verzichtet wurde, bei Berufs- und Personenbezeichnungen jeweils die weibliche und die männliche Form gleichzeitig zu nennen. Die männliche Form schließt grundsätzlich die weibliche mit ein.

sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers untersucht der Gutachter zusätzlich, ob der Schaden, den der Patient oder seine Krankenkasse geltend machen, besteht. Anschließend prüft er die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden. Er legt aus medizinischer Sicht dar, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der fachärztliche Gutachter vollzieht den gesamten Sachverhalt nach und bewertet ihn neutral.

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

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

1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse

Die Falldaten werden von jedem MDK nach Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens in eine Datenbank eingegeben. Das Zusammenführen der regional erfassten, anonymisierten Daten und deren Auswertung übernimmt der MDS.

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 13.519 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2017) 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 allerdings in einem Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Die vorliegenden 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 Patienten und Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte) reguliert oder vor Gerichten verhandelt. Zusammenhängende inhaltliche Berichte werden jedoch zusätzlich nur von den Ärztekammern vorgelegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Fallzahlen von Ärztekammern und MDK nur in sehr geringem Maße überschneiden.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die Anzahl der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Liti-

gation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang in seinem Gutachten „Qualität 2030“ umfassend dargelegt². Auch daraus ergibt sich, dass Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler angesehen werden können, unabhängig davon wo sie vorgebracht werden.

2 ERGEBNISSE

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 13.519 vorgeworfenen Fälle:

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

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



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

Der Vorwurf des Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und besteht darin, dass dieser von einem Fehler in der Behandlung verursacht worden sei. Der Gutachter hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – den vorgeworfenen Fall bearbeiten und schrittweise beantworten, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich (kausal) auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl hinterlegt werden. Diese nimmt vom Fehler bis zur juristisch als „haftungsbegründenden Kausalität“ bezeichneten Kombination ab, wenn also alle drei Aspekte der oben genannten Frage zusammenfassend bejaht werden können.

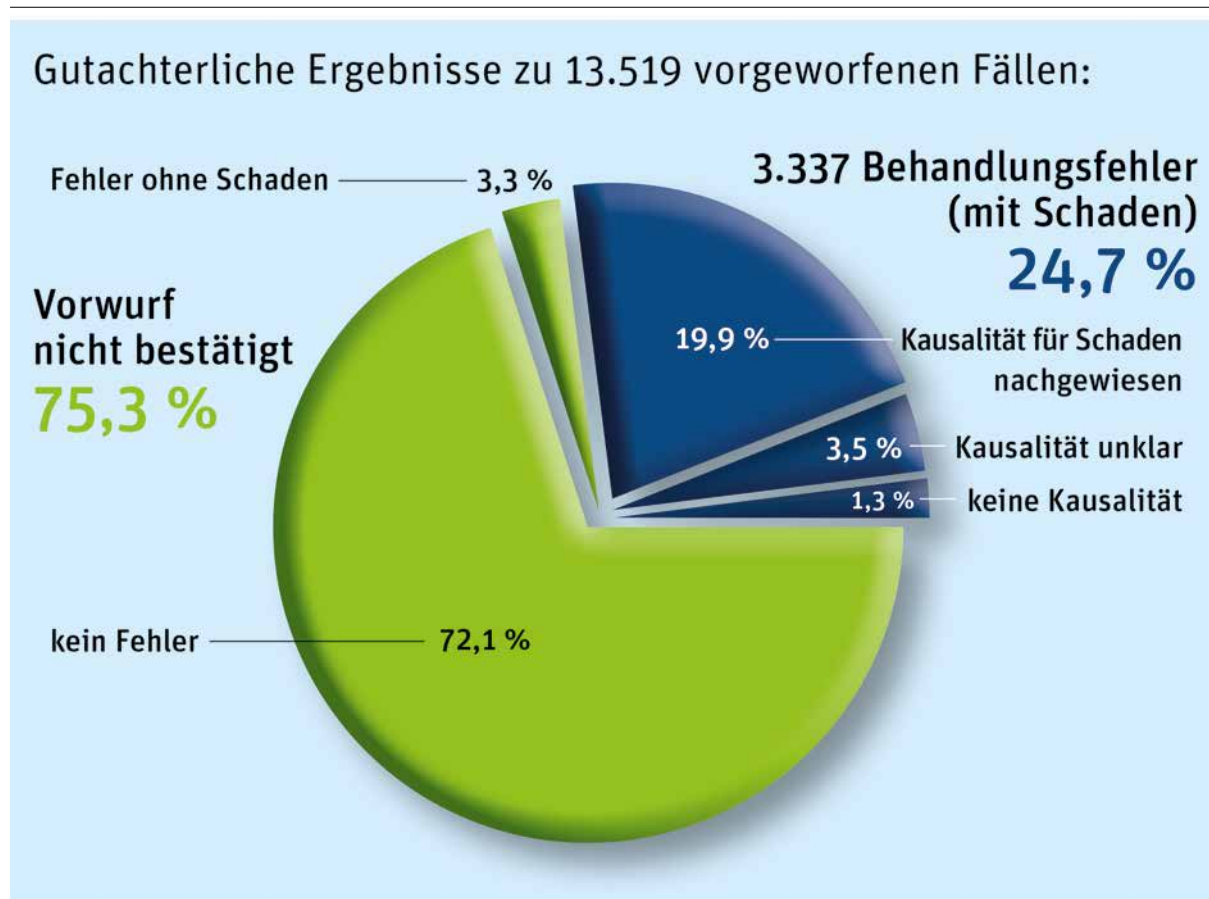
Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden weniger Fälle begutachtet (2016: n = 15.094). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2016: n = 4.072), der Fehler mit Schaden (2016: n = 3.564) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2016: n = 2.948) ist ebenfalls zurückgegangen. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus jedoch keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden.

Jeder Fehler hat ein Schadenspotenzial, 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

² Matthias Schrappe. Qualität 2030. Siehe Seite 26 (Zusammenfassung zu Punkt 32) und 138 ff. ISBN 978-3-95466-140-4. Zum Download verfügbar unter (zuletzt abgerufen 23.05.2018): www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf

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 sind eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität³



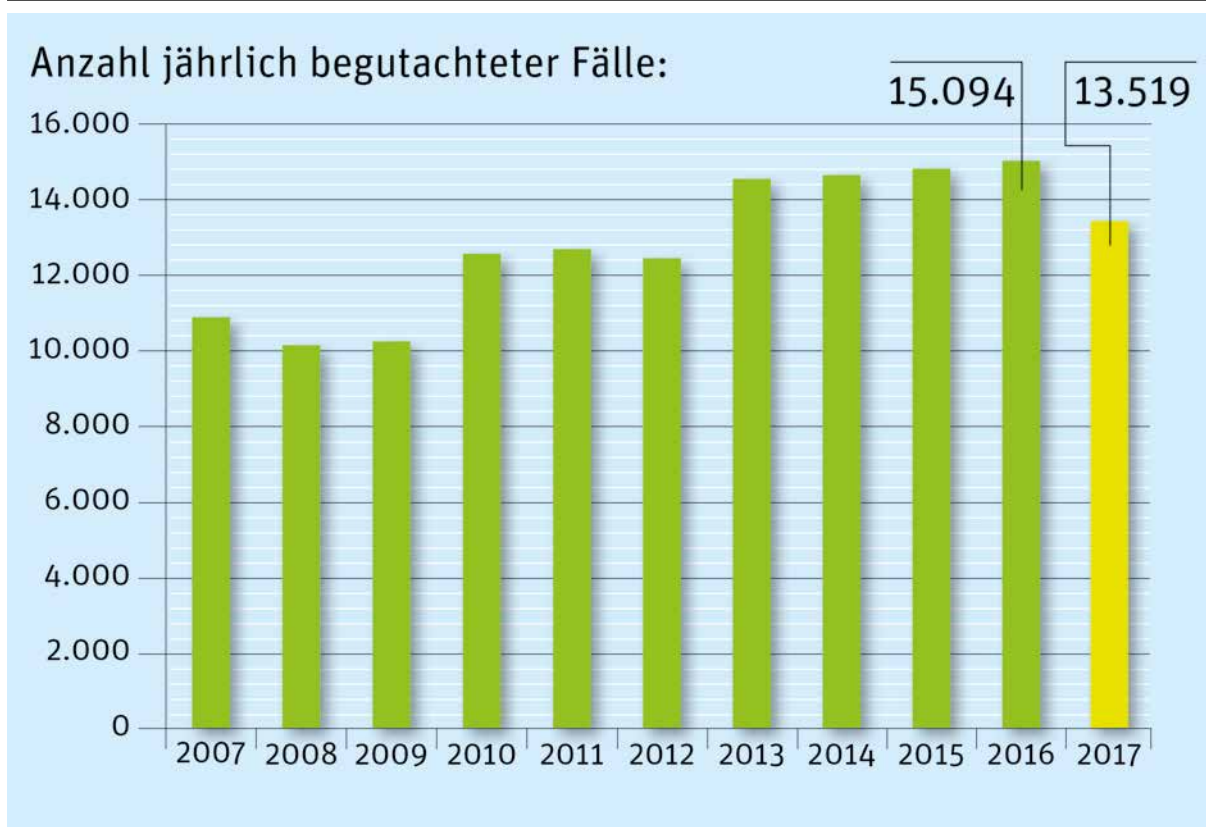
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Blau dargestellt sind hier die festgestellten Fehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Kausalität (der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden) stellt. Wenn ein Behandlungsfehler gutachterlich gesehen wird, jedoch kein Schaden objektivierbar ist, entfällt die Frage nach diesem Kausalzusammenhang. Ein vom Patienten erhobener Vorwurf, der mit Haftungs- und Schadenersatzansprüchen verknüpft ist, kann dann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden. Grün dargestellt sind entsprechend 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 Gutachten mit Kausalität des Fehlers für den Schaden („kausale Fehler“; n = 2.690 bzw. 19,9 % der begutachteten Vorwürfe) bieten dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weiter Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

³ In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



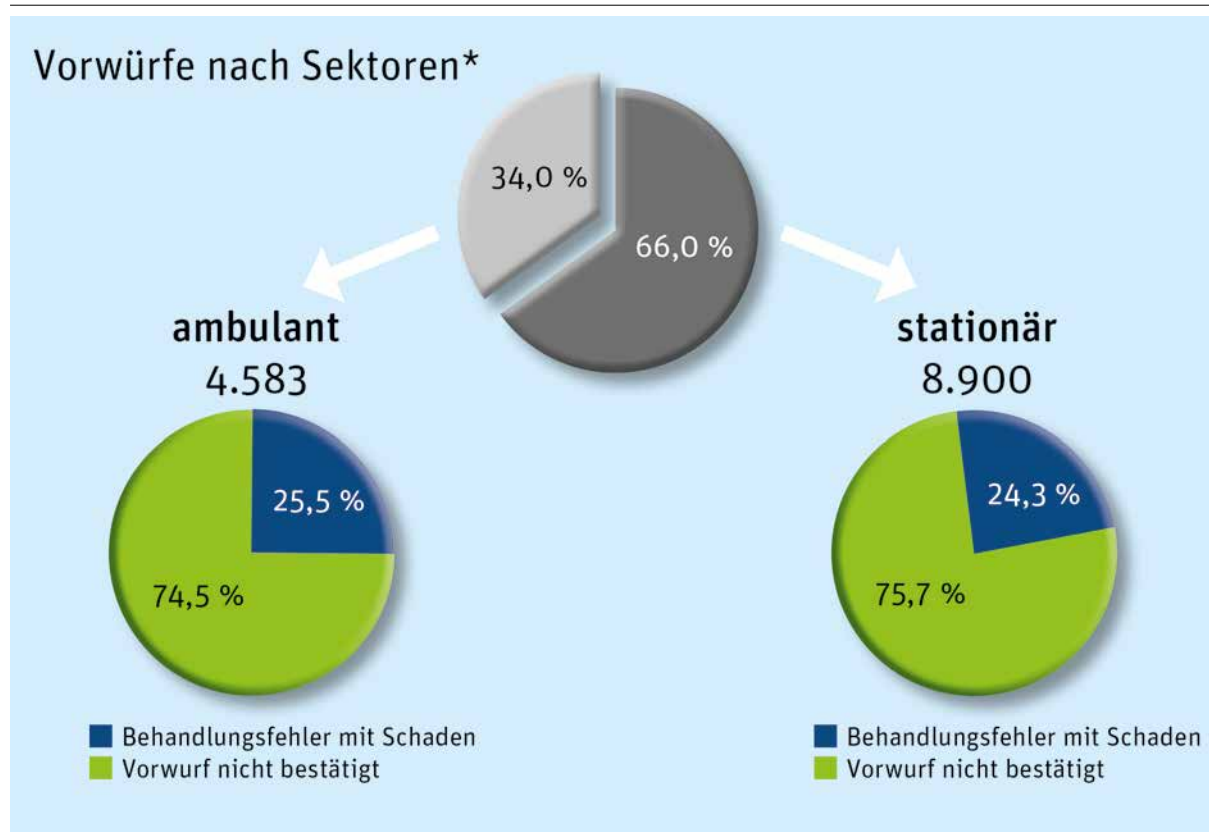
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht hat über die letzten Jahre insgesamt zugenommen. 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 nahezu ein Plateau ausgebildet bei nur geringfügiger Zunahme, so dass in 2016 die Gutachtenanzahl um 3,5 % über dem Niveau des Jahres 2013 lag. In 2017 war die Zahl der Begutachtungen erstmals seit 2012 rückläufig (10,4 %).

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

Neben der unbekanntem Anzahl der tatsächlich stattfindenden und dabei für Patienten erkennbaren Fehler hängt die Anzahl der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen unter anderem vom Vorwurfsverhalten der Patienten und dem Umgang der Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer mit dem Fall ab. Melden sich Patienten nicht bei ihrer Krankenkasse, weil sie sich entweder nicht imstande fühlen, ihre Ansprüche weiter zu verfolgen, oder sie 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 Patienten, 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



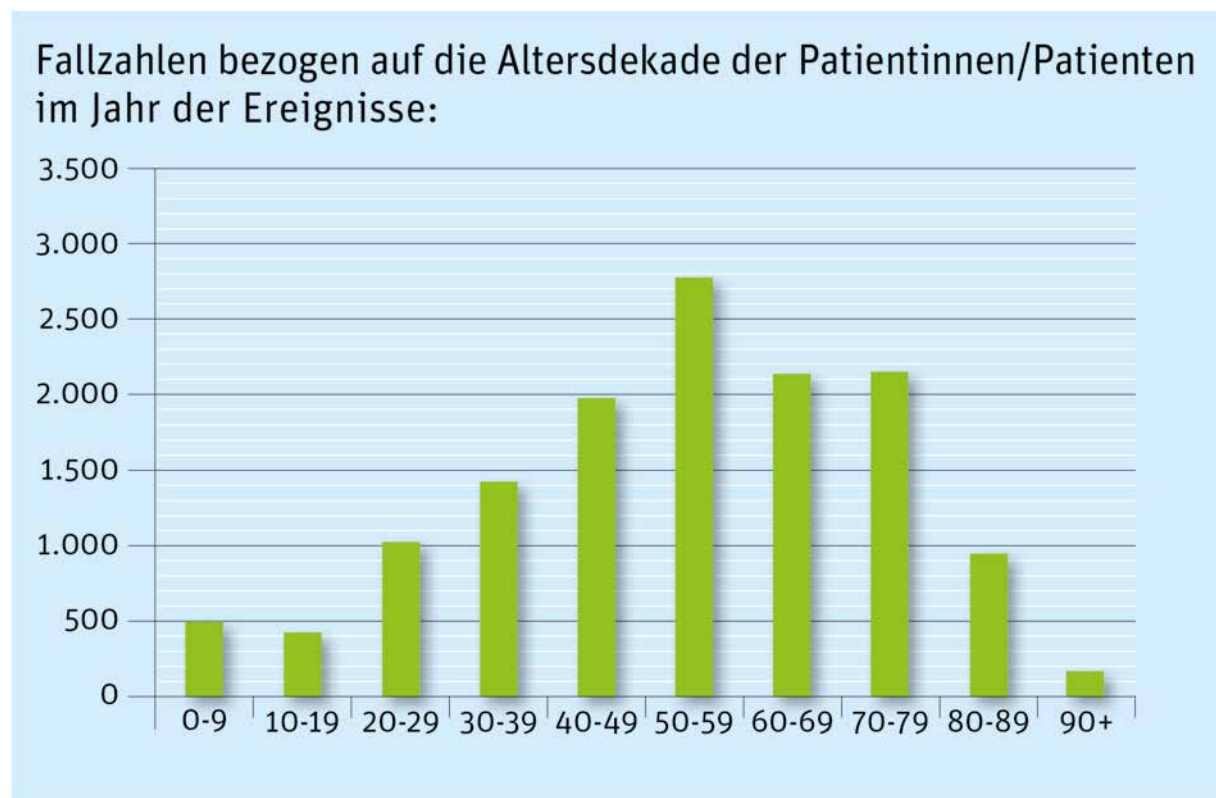
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

*36 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

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

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

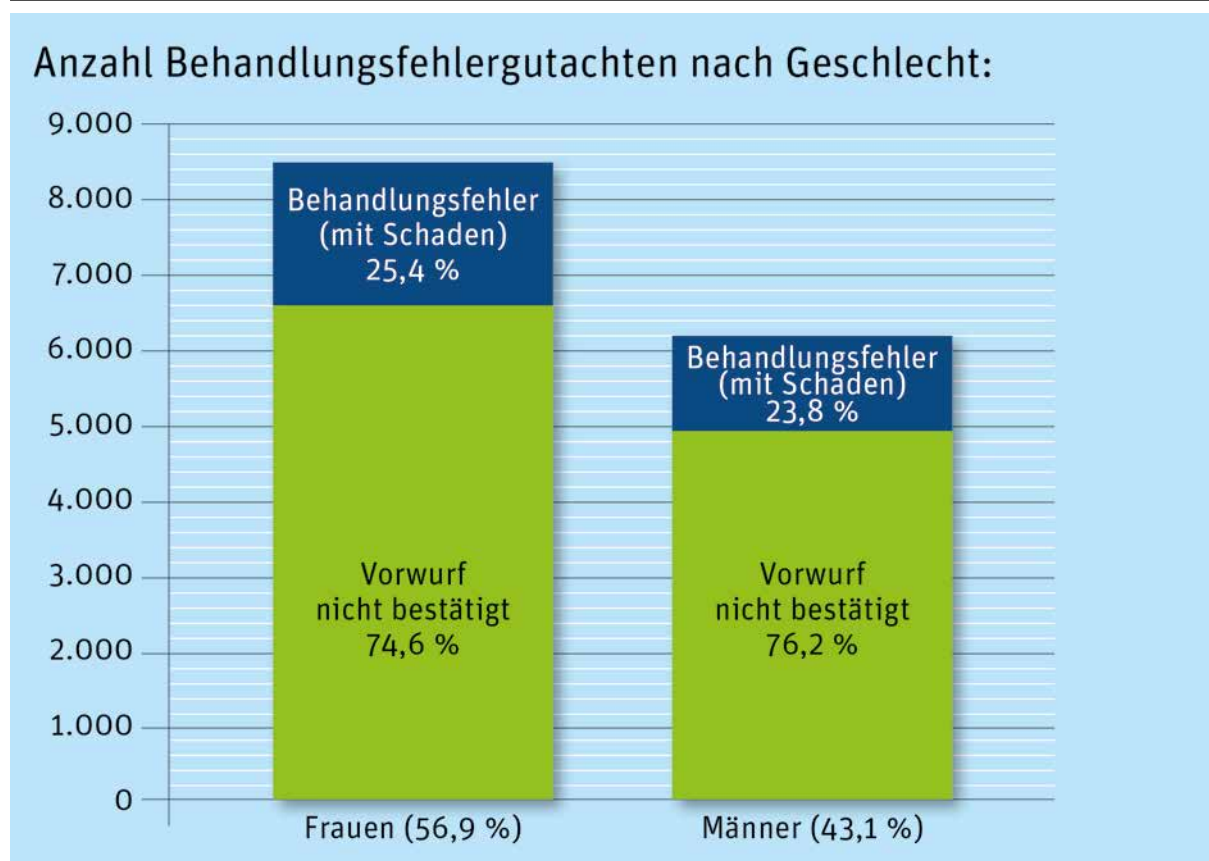
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht weiterhin in etwa den Vorjahren. Dies ist im Zusammenhang damit zu sehen, dass in 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 hinweg, dass mehr Begutachtungen bei Patientinnen durchgeführt werden. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt.

Die Unterschiede sind und waren nur zu einem geringen Anteil durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe bedingt. Die Quote bestätigter Vorwürfe ist bei Frauen weiterhin geringfügig höher. Es kann jedoch auf Basis dieser Daten nicht unmittelbar geschlussfolgert werden, dass bei Frauen insgesamt mehr Behandlungsfehler vorkommen.

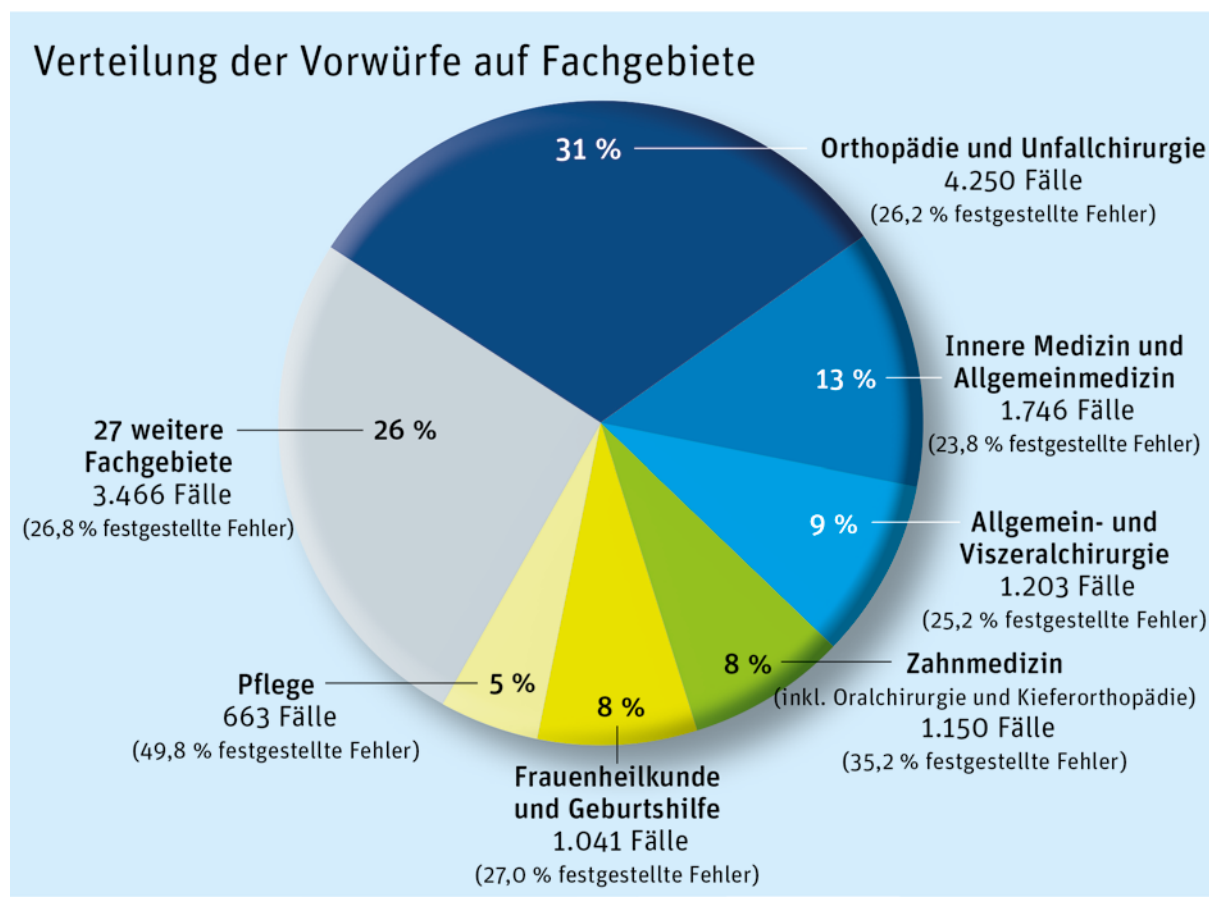
Wie auch in den Vorjahren erwähnt, könnten verschiedene zusätzliche Einflussfaktoren vorliegen, unter anderem:

- Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen eher Behandlungsfehler vermuten, siehe Befragungen des Allensbach-Instituts und der Techniker-Krankenkasse (vgl. Jahresstatistik 2014).
- In Übereinstimmung mit unseren Daten zeigt eine Studie aus den Niederlanden, dass dort beim Hüftgelenkersatz ebenfalls erheblich mehr Frauen Behandlungsfehler vorwürfe über einen Zehnjahreszeitraum erhoben haben (vgl. Jahresstatistik 2015).
- In der Gesundheitsberichterstattung⁴ wird auf eine Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) verwiesen, in der Frauen ihre Gesundheit insgesamt als schlechter einschätzen als Männer.
- Der Frauenanteil in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt bei knapp 52 %.

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

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht



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

| Fachgebiet | Fälle | festgestellte Fehler | Quote |
|-----------------------------------|-------|----------------------|--------|
| Orthopädie und Unfallchirurgie | 4.250 | 1.115 | 26,2 % |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 1.041 | 281 | 27,0 % |
| Zahnmedizin | 993 | 356 | 35,9 % |
| Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) | 765 | 153 | 20,0 % |
| Pflege | 663 | 330 | 49,8 % |
| Viszeralchirurgie | 613 | 159 | 25,9 % |
| Allgemeinchirurgie | 590 | 144 | 24,4 % |
| Neurochirurgie | 531 | 132 | 24,9 % |
| Augenheilkunde | 410 | 102 | 24,9 % |
| Urologie | 398 | 106 | 26,6 % |
| HNO-Heilkunde | 304 | 68 | 22,4 % |
| Gefäßchirurgie | 281 | 66 | 23,5 % |
| Innere Medizin und Kardiologie | 271 | 67 | 24,7 % |
| Neurologie | 256 | 65 | 25,4 % |
| Allgemeinmedizin | 242 | 75 | 31,0 % |

| Fachgebiet | Fälle | festgestellte Fehler | Quote |
|------------------------------------------------------|-------|----------------------|--------|
| Innere Medizin und Gastroenterologie | 226 | 64 | 28,3 % |
| Anästhesiologie | 188 | 52 | 27,7 % |
| Kinder- und Jugendmedizin | 188 | 76 | 40,4 % |
| Herzchirurgie | 165 | 37 | 22,4 % |
| Radiologie | 133 | 69 | 51,9 % |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 119 | 21 | 17,6 % |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | 112 | 31 | 27,7 % |
| Plastische und Ästhetische Chirurgie | 109 | 23 | 21,1 % |
| Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | 95 | 24 | 25,3 % |
| Kieferorthopädie | 89 | 23 | 25,8 % |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 83 | 20 | 24,1 % |
| Oralchirurgie | 68 | 26 | 38,2 % |
| Kinderchirurgie | 58 | 22 | 37,9 % |
| Innere Medizin und Nephrologie | 55 | 13 | 23,6 % |
| Thoraxchirurgie | 42 | 11 | 26,2 % |
| Innere Medizin und Pneumologie | 40 | 9 | 22,5 % |
| Innere Medizin und Angiologie | 34 | 6 | 17,6 % |
| Strahlentherapie | 21 | 7 | 33,3 % |
| Physikalische und Rehabilitative Medizin | 16 | 2 | 12,5 % |
| Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | 12 | 4 | 33,3 % |
| Pathologie | 9 | 7 | 77,8 % |
| Innere Medizin und Rheumatologie | 6 | 1 | 16,7 % |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 6 | 1 | 16,7 % |
| Nuklearmedizin | 5 | 1 | 20,0 % |
| Hygiene und Umweltmedizin | 4 | 1 | 25,0 % |
| Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 4 | 2 | 50,0 % |
| Arbeitsmedizin | 1 | 0 | 0,0 % |
| Pharmakologie und Toxikologie | 1 | 0 | 0,0 % |
| Transfusionsmedizin | 1 | 0 | 0,0 % |
| Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | 0 | 0 | / |
| Humangenetik | 0 | 0 | / |
| Laboratoriumsmedizin | 0 | 0 | / |
| Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | 0 | 0 | / |
| Neuropathologie | 0 | 0 | / |
| Klinische Pharmakologie | 0 | 0 | / |
| Sonstige | 21 | 6 | 28,6 % |

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:

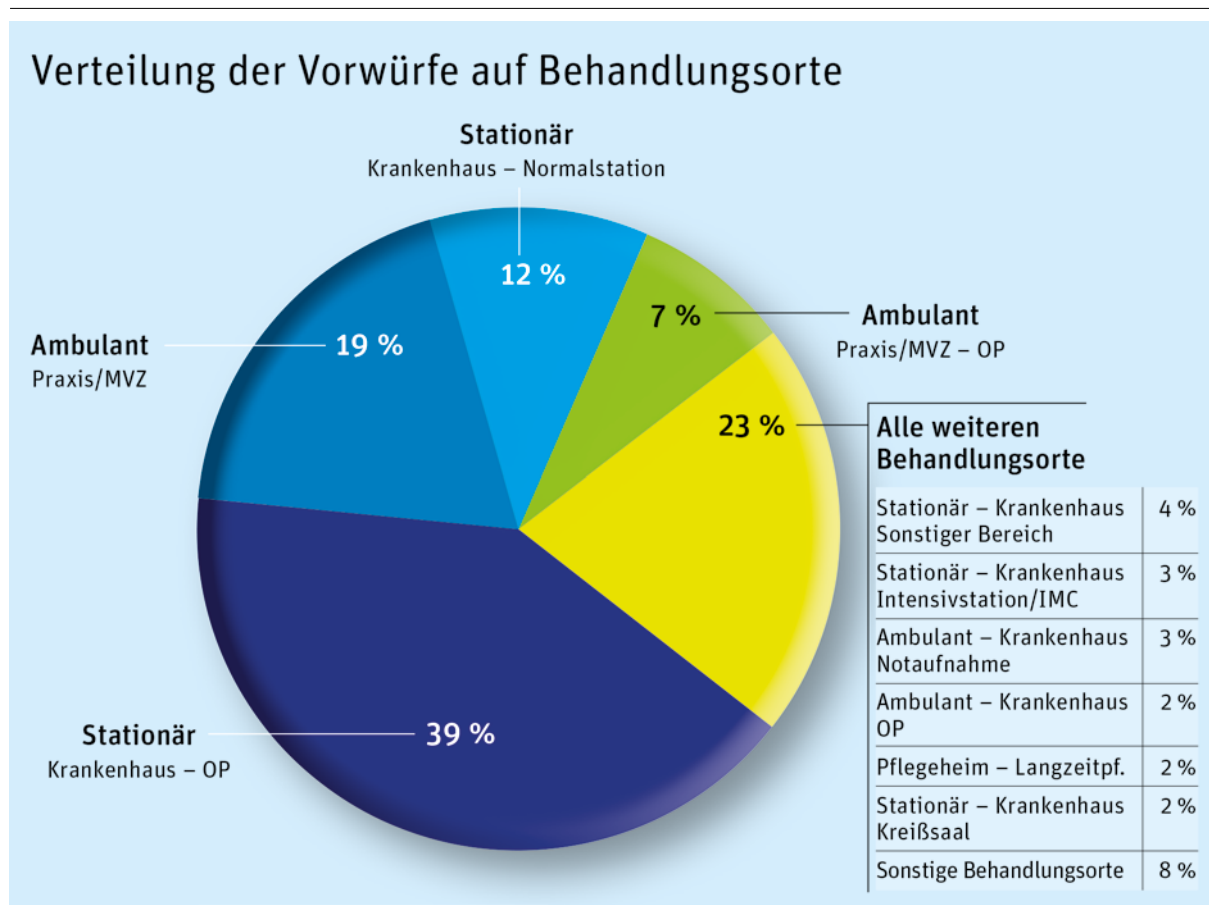
Gerade in den Fachgebieten mit einer größeren Anzahl an Begutachtungen ähneln die Daten sehr den Vorjahren. Einen Schwerpunkt bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist

vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind. Eine höhere Gefährdung oder Fehlerhäufigkeit lässt sich aus diesen Begutachtungsdaten nicht unmittelbar ableiten.

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

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

| Versorgungsebene | Behandlungsort | Fälle | festgestellte Fehler | Quote | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------|--------|
| Ambulant | Praxis/MVZ – sonstiger Bereich | 2.502 | 813 | 32,5 % | |
| | Praxis/MVZ – OP | 923 | 258 | 28,0 % | |
| | Krankenhaus – Notaufnahme | 344 | 1282 | 37,2 % | |
| | Krankenhaus – OP | 307 | 65 | 21,2 % | |
| | Sonstiger Bereich | 236 | 70 | 29,7 % | |
| | Krankenhaus – sonstiger Bereich | 152 | 47 | 30,9 % | |
| | Hausbesuch | 41 | 13 | 31,7 % | |
| | Häusliche Pflege | 30 | 6 | 20,0 % | |
| | Krankenhaus – Kreißsaal | 21 | 6 | 28,6 % | |
| | Praxis/MVZ – Aufwachraum | 16 | 8 | 50,0 % | |
| | Krankenhaus – Aufwachraum | 4 | 0 | 0,0 % | |
| | Hausgeburt | 4 | 1 | 25,0 % | |
| | Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege | 3 | 0 | 0,0 % | |
| | Geburtshaus | 0 | 0 | / | |
| | Stationär | Krankenhaus – OP | 5.318 | 1.181 | 22,2 % |
| | | Krankenhaus – Normalstation | 1.679 | 549 | 32,7 % |
| Krankenhaus – sonstiger Bereich | | 477 | 125 | 26,2 % | |
| Krankenhaus – Intensivstation/IMC | | 380 | 92 | 24,2 % | |
| Pflegeheim – Langzeitpflege | | 293 | 151 | 51,5 % | |
| Krankenhaus – Kreißsaal | | 258 | 67 | 26,0 % | |
| Krankenhaus – Notaufnahme | | 226 | 86 | 38,1 % | |
| Rehaklinik | | 124 | 44 | 35,5 % | |
| Pflegeheim – Kurzzeitpflege | | 56 | 25 | 44,6 % | |
| Krankenhaus – Aufwachraum | | 37 | 13 | 35,1 % | |
| Sonstiger Bereich | | 30 | 8 | 26,7 % | |
| Pflegeheim | | 13 | 9 | 69,2 % | |
| Geburtshaus | | 6 | 2 | 33,3 % | |
| Krankenhaus – Innerklinischer Transport | | 3 | 1 | 33,3 % | |
| Rettungsdienst/Krankentransport | | 36 | 10 | 27,8 % | |

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

Die Verteilung bildet sich ebenfalls ähnlich ab wie zuvor. Ein erheblicher Teil der Vorwürfe (n = 6.605; 48,9 %) sowie der festgestellten Fehler (n = 1.525; 40,4 %) stehen weiterhin nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betreffen auch räumlich den Operationsbereich, insbesondere gilt dies für den stationären Sektor im Krankenhaus.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

| ICD | Bezeichnung | Fälle | festgestellte Fehler | Quote |
|------------|----------------------------------------------------|-------|----------------------|--------|
| M17 | Kniegelenksverschleiß | 458 | 96 | 21,0 % |
| M16 | Hüftgelenksverschleiß | 410 | 98 | 23,6 % |
| K02 | Zahnkaries | 341 | 118 | 34,6 % |
| S72 | Bruch des Oberschenkels | 314 | 73 | 23,2 % |
| K04 | Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel | 297 | 123 | 41,4 % |
| L89 | Druckgeschwür (Dekubitus) | 266 | 99 | 37,2 % |
| T84 | Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz | 257 | 67 | 26,1 % |
| S82 | Bruch des Unterschenkels | 203 | 73 | 36,0 % |
| S52 | Bruch des Unterarmes | 197 | 73 | 37,1 % |
| M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 195 | 54 | 27,7 % |
| S42 | Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 195 | 56 | 28,7 % |
| M54 | Rückenschmerzen | 182 | 49 | 26,9 % |
| K08 | Sonstige Krankheiten der Zähne | 166 | 65 | 39,2 % |
| H25 | Grauer Star | 162 | 39 | 24,1 % |
| M48 | Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper | 154 | 36 | 23,4 % |
| I25 | Chronische Durchblutungsstörung am Herzen | 151 | 29 | 19,2 % |
| M75 | Schulterläsion/-verletzung | 148 | 23 | 15,5 % |
| M20 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen | 146 | 36 | 24,7 % |
| K07 | Kieferorthopädische Erkrankungen | 140 | 37 | 26,4 % |
| I70 | Arterienverkalkung (Atherosklerose) | 137 | 31 | 22,6 % |
| M23 | Binnenschädigung des Kniegelenkes | 133 | 26 | 19,5 % |
| K80 | Gallensteine | 131 | 36 | 27,5 % |
| C50 | Brustkrebs | 124 | 40 | 32,3 % |
| S83 | Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk | 109 | 29 | 26,6 % |
| K40 | Leistenhernie | 104 | 24 | 23,1 % |
| K05 | Zahnfleischentzündung | 100 | 38 | 38,0 % |
| K35 | Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis) | 99 | 37 | 37,4 % |
| K57 | Ausstülpungen der Darmwand (Divertikulose) | 89 | 26 | 29,2 % |
| S62 | Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand | 89 | 30 | 33,7 % |
| I63 | Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt) | 86 | 26 | 30,2 % |

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

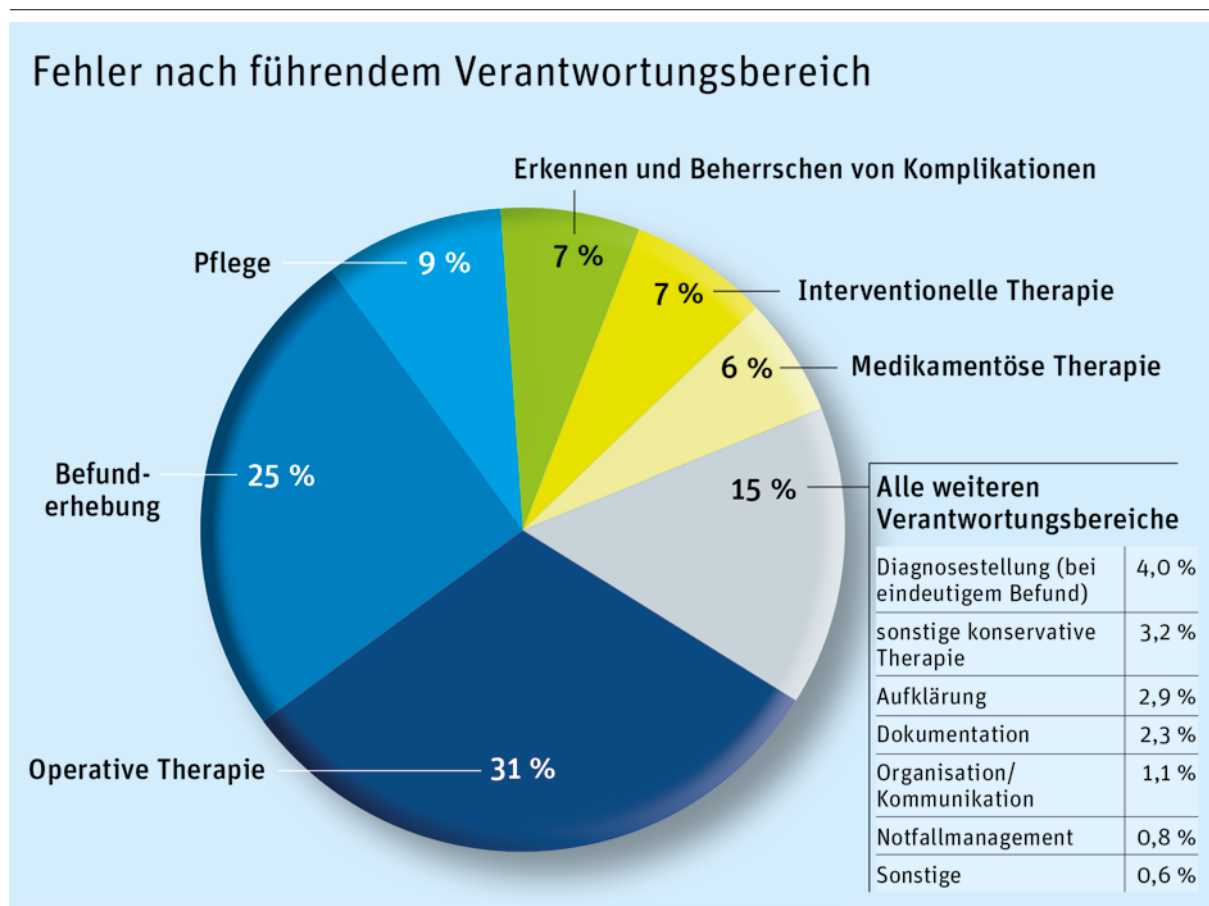
Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

Hier dargestellt sind die „TOP 30“ gemessen an der Anzahl von Vorwürfen. Diese machen allerdings nur 41 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 2,9 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.022 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, 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 | 2.318 | 942 | 40,6 % |
| | davon | | | |
| | Bildgebung | 757 | 351 | 46,4 % |
| | körperliche Untersuchung | 523 | 224 | 42,8 % |
| | diagnostische Intervention | 234 | 88 | 37,6 % |
| | Labor | 124 | 72 | 58,1 % |
| | Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund) | 372 | 150 | 40,3 % |
| Aufklärung | | 224 | 109 | 48,7 % |
| Therapie | Medikamentöse Therapie | 773 | 224 | 29,0 % |
| | davon | | | |
| | Dosierung | 141 | 46 | 32,6 % |
| | Applikation(sweg) | 56 | 26 | 46,4 % |
| | bekannte Allergie | 26 | 12 | 46,2 % |
| | Verwechslung | 15 | 11 | 73,3 % |
| | Operative Therapie | 5.919 | 1.187 | 20,1 % |
| | davon | | | |
| | OP-Technik | 4.419 | 723 | 16,4 % |
| | Nachsorge | 288 | 96 | 33,3 % |
| | Lagerung | 97 | 46 | 47,4 % |
| | Intervention | 1.128 | 258 | 22,9 % |
| | davon | | | |
| | Technik der Durchführung | 618 | 108 | 17,5 % |
| | Nachsorge | 68 | 24 | 35,3 % |
| | Lagerung | 24 | 12 | 50,0 % |
| | sonstige konservative Therapie | 744 | 122 | 16,4 % |
| Erkennen und Beherrschen von Komplikationen | | 903 | 265 | 29,3 % |
| Notfallmanagement | | 116 | 31 | 26,7 % |
| | davon | | | |
| | Notfallsituation zu spät erkannt | 32 | 11 | 34,4 % |
| | zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt | 18 | 5 | 27,8 % |
| | Reanimation | 17 | 3 | 17,6 % |
| | Atemwegsmanagement/Beatmung | 15 | 3 | 20,0 % |
| | sonst. Herz-Kreislauftherapie | 5 | 3 | 60,0 % |
| | mangelhafte Blutungskontrolle | 3 | 0 | 0,0 % |
| Pflege | | 677 | 335 | 49,5 % |
| | davon | | | |
| | Durchführung | 504 | 224 | 44,4 % |
| | Planung | 173 | 111 | 64,2 % |
| Organisation/Kommunikation | | 64 | 41 | 64,1 % |
| | davon | | | |
| | Schnittstellenmanagement | 23 | 15 | 65,2 % |
| | Entlassungsmanagement | 6 | 3 | 50,0 % |
| Dokumentation | | 99 | 86 | 86,9 % |
| Hygiene | | 37 | 1 | 2,7 % |
| Medizinprodukte* | | 54 | 22 | 40,7 % |

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

Daten fehlend zu n = 91 Vorwürfen (0,7 %) und n = 5 Fällen (0,1 %) mit festgestellten Fehlern.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

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

2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

| OPS | Bezeichnung | fest- gestellte Fehler |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 5-820 | Implantation einer Hüftgelenksprothese | 118 |
| 5-237 | Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes | 112 |
| 5-822 | Implantation einer Kniegelenksprothese | 88 |
| 5-233 | Zahnersatz | 80 |
| 5-790 | Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben | 64 |
| 5-836 | Versteifungsoperation an der Wirbelsäule | 64 |
| 5-230 | Zahntentfernung | 63 |
| 5-794 | Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs | 43 |
| 5-683 | Entfernung der Gebärmutter | 42 |
| 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | 41 |
| 5-793 | Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 39 |
| 5-831 | Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe | 33 |
| 5-144 | Operative Entfernung der Linse am Auge | 32 |
| 5-232 | Zahnsanierung durch Füllung | 32 |
| 5-821 | Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese | 31 |
| 5-231 | Operative Zahntentfernung (durch Osteotomie) | 30 |
| 5-455 | Teilentfernung des Dickdarmes | 30 |
| 5-511 | Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) | 30 |
| 5-839 | Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt) | 28 |
| 5-788 | Operationen an Mittelfußknochen und Zehen | 27 |
| 5-812 | Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Gelenkknorpel und Meniskus | 26 |
| 5-470 | Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie) | 25 |
| 5-781 | Gezielte Operative Durchtrennung eines Knochens (Osteotomie, auch Korrektur-) | 24 |
| 5-235 | Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes | 22 |
| 5-530 | Operation zum Verschluss einer Leistenhernie | 21 |
| 5-740 | Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea) | 20 |
| 5-813 | Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel | 20 |

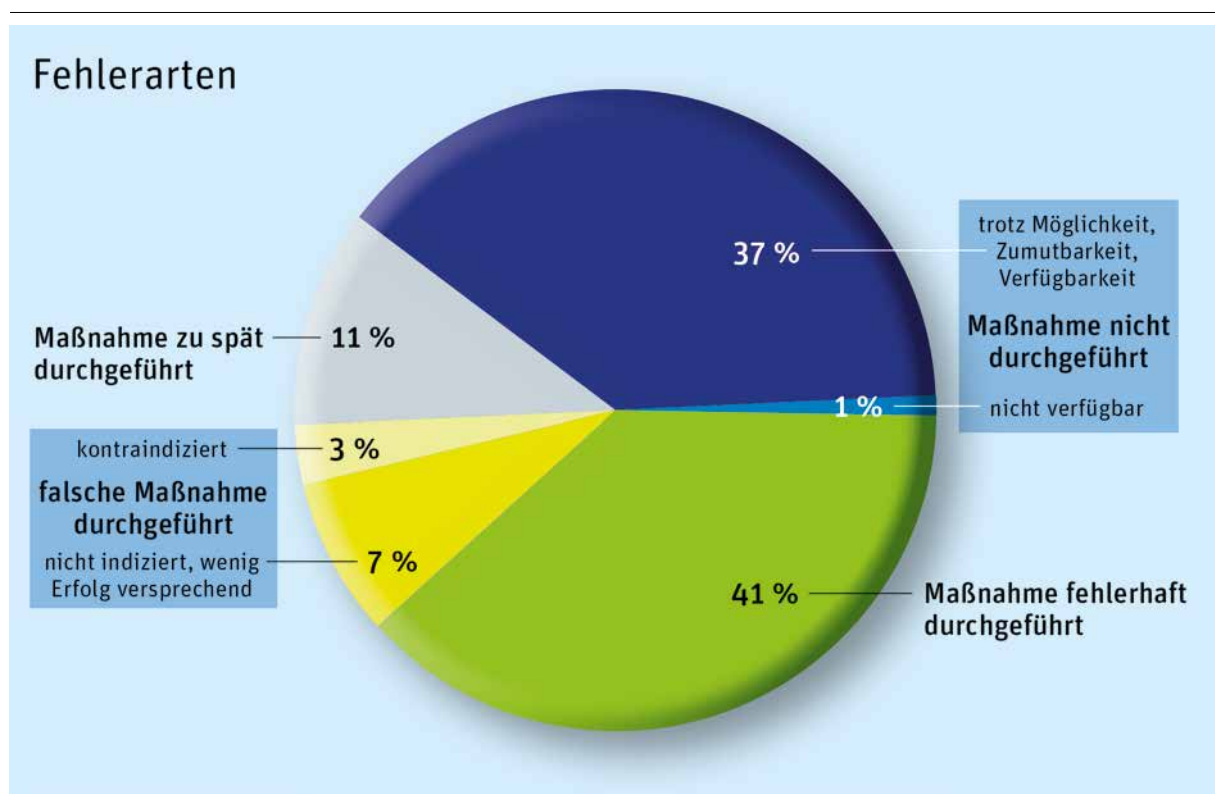
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.055 Fällen (30,0 %) 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 1.264 Fälle, die nicht im Zusammenhang mit einer OPS-Kodierung stehen. Die Darstellung der festgestellten Fehler in Bezug auf durchgeführte Operationen und Prozeduren ergänzt deshalb lediglich die Daten zu den „Verantwortungsbereichen“ aus dem vorhergehenden Kapitel 2.5.

Die von Fehlern betroffenen medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) – breit verteilt, so dass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 20-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.185 Fälle von allen Fehlern aus (31,4 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 20 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 826 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



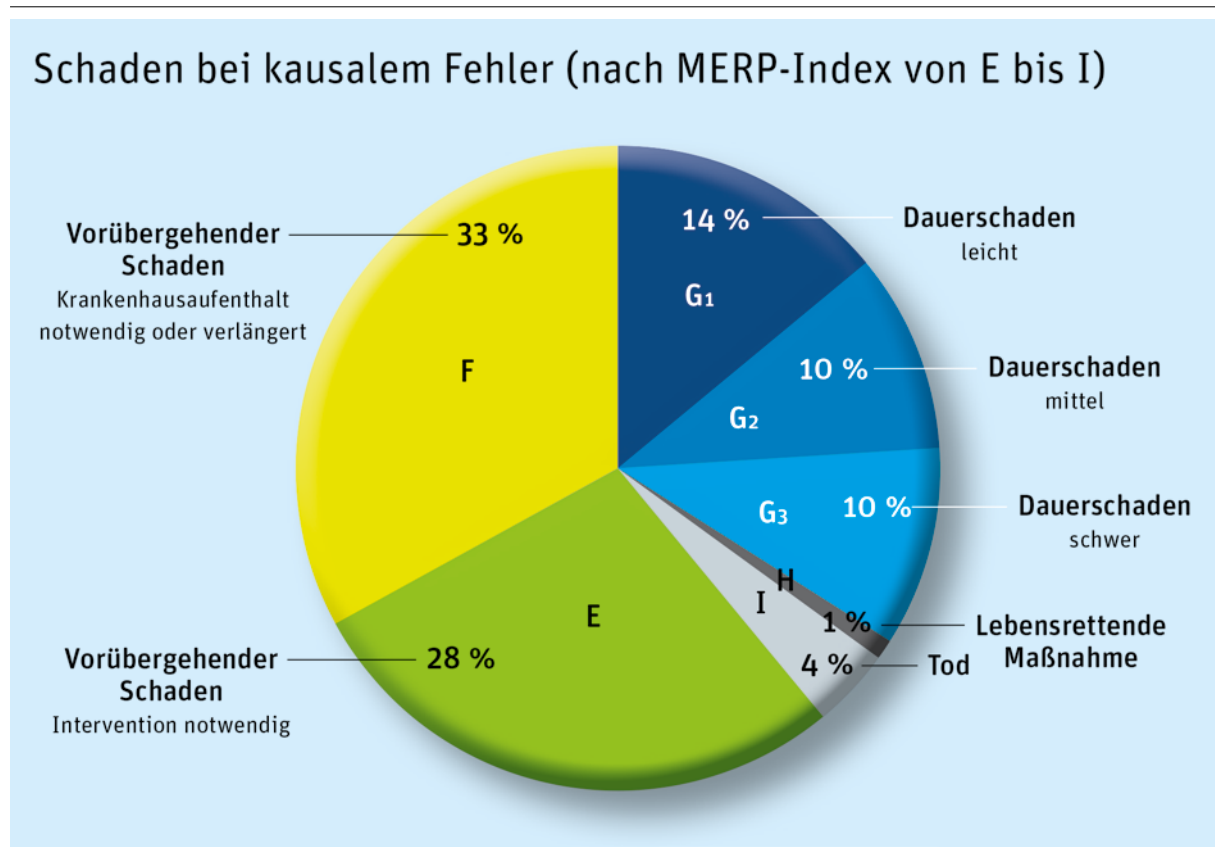
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Die Daten sind bezogen auf 3724 festgestellte Fehler (Angabe fehlend in n = 54 Fällen; 1,4 %).

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (38 %) oder fehlerhaft (41 %) 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 10 % keine herausragende Rolle. Ähnlich häufig (11 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich mit den Vorjahren nahezu unverändert ab.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht



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

| Schweregrad des Gesundheitsschadens | | Anzahl | Kausalität nachgewiesen | Anteil kausaler an festgestellten Fehlern |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|-------------------------------------------|
| Vorübergehender Schaden (MERP E, F) | mit Interventionsnotwendigkeit (E) | 891 | 740 | 83,1 % |
| | mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F) | 1.117 | 900 | 80,6 % |
| Dauerschaden (MERP G) | leicht (G1) | 453 | 381 | 84,1 % |
| | mittel (G2) | 366 | 279 | 76,2 % |
| | schwer (G3) | 317 | 260 | 82,0 % |
| lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H) | | 37 | 28 | 75,7 % |
| Schaden mit Todesfolge (MERP I) | | 156 | 102 | 65,4 % |
| gesamt | | 3.337 | 2.690 | 80,67 % |

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

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

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

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

Im Vergleich mit den Vorjahren sind nur kleine Änderungen erkennbar.

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

In vier von fünf Fällen (80,6 %) 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 Schadensfolgen.

Sofern bei verstorbenen Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (65,4 %). In 43 dieser 156 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 11 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben des Patienten identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

| Ereignis | Anzahl |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben | 51 |
| Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper | 20 |
| falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!) | 12 |
| Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung | 7 |
| Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!) | 6 |
| Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung | 5 |
| Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg | 4 |
| Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde | 2 |
| Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft | 2 |
| Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung (v. a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser) | 2 |
| Operation/Maßnahme beim falschen Patienten (Verwechslung!) | 1 |
| Intra- oder unmittelbar postoperativer Tod eines ASA I-Patienten (gesunder Patient ohne relevante Vorerkrankungen) | 1 |
| Tod oder schwerer Schaden aufgrund von Kontamination eines Medikamentes, Medizinproduktes | 1 |
| Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums | 1 |
| Inadäquate orale Methotrexat-Applikation | 1 |
| Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis | 1 |
| Fehl-Transplantation (ABO-inkompatibel) | 1 |
| Sturz aus einem offenen Fenster | 1 |
| Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung | 1 |
| gesamt | 120 |

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 diejenigen, die auch im Rahmen der begutachteten Vorwürfe im Jahr 2017 als solche bewertet wurden.

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

Bei Never Events handelt es sich um fehlerbedingte Schadenereignisse, die in der Regel einerseits besonders folgenschwer sind und andererseits vermeidbar wären 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 optimierbaren Versorgungsprozess aufdecken. Unter anderem in den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind Never Events seit vielen Jahren definiert und werden regelhaft erfasst.

Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen. Knapp 4,5 % (120/2.690) 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 2017, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

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

3 FAZIT

Die siebte Jahresstatistik über die Behandlungsfehler-Begutachtung bietet die aktuellen Daten zur begutachteten Anzahl an Fällen sowie zu zahlreichen Fall- und Fehlerkonstellationen. Damit schaffen die Medizinischen Dienste Transparenz über ihre neutrale und unabhängige Arbeit in diesem Begutachtungsfeld. Die Zahl von über 13.000 Gutachten zeigt, wie bedeutsam diese Unterstützung der Versicherten im Auftrag der Krankenkassen ist. Dass hierbei nach wie vor in etwa jedem vierten Fall das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bestätigt und in etwa jedem fünften Fall auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem erlittenen Gesundheitsschaden gutachterlich bestätigt wird, spricht für eine hohe Relevanz dieser Arbeit, die für die betroffenen Versicherten kostenfrei erbracht wird.

Erstmals seit dem Jahr 2012 ist in 2017 die Zahl der Gutachten niedriger als im Vorjahr (rund 10 Prozent). Die Bestätigungsquote ist gleichzeitig um einen Prozentpunkt gestiegen. Ob es sich hierbei um Schwankungen handelt, ob tatsächlich weniger Fehler aufgetreten sind oder nur weniger über die Krankenkassen vorgeworfen und begutachtet wurden, ob das Vorgehen betroffener Patienten sich verändert hat oder es eine schnellere Entschädigung durch Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte) oder deren Haftpflichtversicherungen gab – das alles ist möglich, aber letztlich nicht feststellbar.

Bei den vorliegenden Daten handelt es sich um eine Begutachtungsstatistik. Obwohl als Nebeneffekt die umfangreichsten Informationen über begutachtete Behandlungsfehler in Deutschland enthalten sind, können diese Daten weder vollständig die tatsächlich stattfindenden Fehler abbilden noch repräsentativ für diese sein. Selbst die Anzahl der an verschiedenen anderen Stellen begutachteten oder sogar der anerkannten bzw. entschädigten Behandlungsfehler wird nicht erfasst. Die jeweiligen Fehlerkonstellationen sind damit ebenfalls nicht bekannt. Eine Behandlungsfehlerstatistik, mit der im epidemiologischen Sinne gezielt Behandlungsfehler erfasst würden, existiert in Deutschland nicht.

Es ist weiterhin davon auszugehen, dass gerade die besonders eindeutigen Fehler zumeist nicht in die MDK-Begutachtung gelangen. Valide Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit und das damit assoziierte Niveau der Patientensicherheit in Deutschland sind deshalb leider nicht möglich. Dennoch wird auf der Basis unserer Daten die Relevanz des Themas deutlich, sofern Aussagen wie „jeder Fehler zählt“ oder „jeder Fehler ist einer zu viel“ im Sinne einer hoch- und fortentwickelten Sicherheitskultur verstanden und ernst genommen werden. Zahlreiche Detailinformationen dieser Begutachtungsstatistik können als Anlass für tiefer gehende Analysen und als inhaltliches Beispiel für eine Fehlertransparenz herangezogen werden.

Nach wie vor ist es in Deutschland also nicht möglich, wesentliche Fragen zur Art, Anzahl und zeitlichen Entwicklung von Behandlungsfehlern zu beantworten. Es fehlen verlässliche Daten darüber, wie viele und welche schwerwiegenden Patientenschädigungen (wiederholt) auftreten, die fehlerbedingt sind und mit typischen Sicherheitsmaßnahmen hätten vermieden werden können. Aktuell kann man zwar potenziell auf Basis von einzelnen begutachteten Fällen oder Fallserien qualitativ lernen, ob jedoch die Prioritäten für sicherheitserhöhende Maßnahmen richtig gesetzt werden, ist unklar. Das bestmögliche „Lernen aus Fehlern“ und die nachfolgend erwarteten – und den Patienten geschuldeten – fortlaufenden Verbesserungen, die sind in Deutschland leider mit keiner Statistik nachzuweisen. Andere Länder gehen hier deutlich stringenter vor und erheben solche Daten seit vielen Jahren verbindlich, flächendeckend und einheitlich. Vielfach wird angenommen und behauptet, dass in Deutschland große Fortschritte im Bereich der Fehlervermeidung gemacht würden. Gerade dann wäre es enorm wichtig, diese positive Entwicklung

besser mit Fakten zu untermauern. Dieses Feedback wäre von größtem Wert, insbesondere auch für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in anderen Gesundheitsberufen und weitere Beschäftigte im Gesundheitswesen, die sich tagtäglich genau mit diesem Ziel für Patienten einsetzen. Im Sinne eines hochentwickelten Gesundheitssystems mit einer ausgereiften Sicherheitskultur setzen sich die Medizinischen Dienste weiterhin engagiert für die notwendige Aufklärung im Einzelfall ein. Ein weiteres Anliegen ist es, mit der jährlichen Berichterstattung, einen Beitrag zur Fehlervermeidung und zu mehr Transparenz zu leisten.

Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK

Was ist ein Behandlungsfehler?

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

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

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

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

Ist ein Schlichtungsverfahren die Voraussetzung für ein Gutachten des MDK?

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

Wie geht der MDK bei der Begutachtung eines Behandlungsfehlers vor?

Der MDK erstellt auf der Grundlage der Patienten- bzw. Krankenunterlagen sowie eines Gedächtnisprotokolls des Patienten ein medizinisches Sachverständigengutachten. Auch ohne besondere Begründung haben Patientinnen und Patienten das Recht, ihre Krankenunterlagen einzusehen. Dazu gehören zum Beispiel Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, die

Karteikarte, die der Arzt angefertigt hat oder ein entsprechender Ausdruck aus dem Praxiscomputer.

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

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

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

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

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

Wann haben Patienten Anspruch auf Schadensersatz?

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

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

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

Was bedeutet die Kausalität eines Behandlungsfehlers?

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

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

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

Wie lange dauert ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst?

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

Haben die Medizinischen Dienste überhaupt das notwendige Fachwissen?

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

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

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

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

Wann verjährt ein Behandlungsfehler bzw. der Anspruch auf Schadensersatz?

Im Regelfall beträgt die Verjährungsfrist drei Jahre und beginnt mit dem Abschluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Geschädigte von den Umständen, die den Anspruch begründen, und der Person des Schädigers Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist nicht, bevor nicht der Patient als medizinischer Laie Kenntnis von Tatsachen erlangt hat, aus denen sich ergibt, dass der Arzt von dem üblichen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach ärztlichem Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich gewesen wären. Schadensersatzansprüche aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers verjähren allerdings – ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis des Patienten spätestens nach 30 Jahren.

Was passiert, wenn der MDK einen Behandlungsfehler bestätigt?

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

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

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

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

Was Sie als Patient wissen sollten

WAS IST EIN BEHANDLUNGSFEHLER?

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

- Eine Behandlung entspricht nicht den aktuellen medizinischen Standards.
- Eine gebotene medizinische Maßnahme wird unterlassen.
- Eine Diagnose wird trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt.
- Es fehlt eine Aufklärung über Verhaltensweisen, die bei einer Therapie zu beachten sind.

WAS KÖNNEN SIE BEI EINEM VERDACHT AUF EINEN BEHANDLUNGSFEHLER TUN?

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

WAS BENÖTIGT DER MDK FÜR EIN GUTACHTEN?

→ Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre Behandlung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Deshalb müssen Sie Ihre behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbinden, damit die Krankenkasse notwendige Dokumente und Informationen anfordern kann. Mustervordrucke erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

→ Ihre Behandlungsunterlagen

Dazu zählen zum Beispiel Arztbriefe, Operations- und Pflegeberichte, Bildaufnahmen (Röntgen, CT, MRT), Laborwerte, die Karteikarte, die der Arzt angefertigt hat, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Sie haben als Patient das Recht, alle Unterlagen, die Ihre Behandlung betreffen, einzusehen.

→ Gedächtnisprotokoll

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

CHECKLISTE FÜR EIN GEDÄCHTNISPROTOKOLL

- Welche Beschwerden oder Behinderungen sind für Sie die Folge eines Fehlers bei Ihrer Behandlung? Mussten Sie länger oder zusätzlich behandelt werden?
- Können Sie den Behandlungsverlauf beschreiben, in dem aus Ihrer Sicht der Fehler aufgetreten ist? Wie war die zeitliche Abfolge? An welchem Ort/welchen Orten fand die Behandlung statt?
- Wer hat Sie behandelt? Bitte listen Sie möglichst alle Ärzte, Therapeuten und Krankenhausmitarbeiter in diesem Zusammenhang auf.
- Kann jemand Ihre Vermutung bestätigen (Angehörige, Zimmernachbarn, Ärzte, Pflegekräfte, o. a.)?
- Sind Sie zuvor in einem Aufklärungsgespräch darüber informiert worden, dass der Schaden, den Sie erlitten haben, auftreten kann?
- Haben Sie mit Ihrem Behandler über den Schaden gesprochen? Was hat er Ihnen erklärt?

WIE GEHT DER MDK VOR?

Der MDK erstellt das Gutachten auf der Grundlage Ihrer Behandlungsunterlagen und Ihres Gedächtnisprotokolls. Um zu klären, ob bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten ist, rekonstruieren die Gutachter des MDK zunächst das Behandlungsgeschehen anhand dieser Dokumente. Anschließend gleichen Sie diesen Verlauf mit den medizinischen Standards ab, die zum Zeitpunkt der Behandlung galten. Dabei ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate und beurteilen, ob Sie sorgfältig behandelt worden sind.

WER BEKOMMT DAS GUTACHTEN?

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

WAS KOSTET DAS GUTACHTEN?

Für gesetzlich versicherte Patienten ist das Gutachten des MDK kostenfrei.