
**Statement von PD Dr. med. Max Skorning,
Bereichsleiter Qualität und Patientensicherheit beim MDS**

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2018“**

16. Mai 2019 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

Fehler verursachen Schäden. Dieser zentrale Zusammenhang ist für die Begutachtung von Haftungsfragen genauso entscheidend wie für die Patientensicherheit. Wer die Patientensicherheit erhöhen will, muss einerseits die Fehler kennen, ihre Ursachen analysieren, daraus Präventionsstrategien entwickeln und konkrete Verbesserungen umsetzen. Wer den Erfolg, also die Erhöhung der Patientensicherheit, sicherstellen will, der muss andererseits messen, ob Schäden durch die Präventionsmaßnahmen auch tatsächlich reduziert werden: Höhere Patientensicherheit bedeutet weniger Schäden.

Fehler verursachen unterschiedlichste Schäden

In 2.799 Fällen hat gutachterlich bestätigt ein Fehler den Schaden verursacht. Bei etwa zwei Drittel (63 Prozent) der Fälle, die der MDK begutachtet hat, sind Patientinnen und Patienten nur vorübergehend geschädigt worden. Das heißt trotzdem oft: Eine langandauernde Beeinträchtigung hat vorgelegen oder ein zusätzlicher Krankenhausaufenthalt war notwendig. 31 Prozent der kausalen Fehler haben einen Dauerschaden verursacht. Zu etwa einem Drittel waren die Dauerschäden als leicht, mittel (jeweils 11 Prozent) oder als schwer (9 Prozent) einzustufen. Ein leichter Dauerschaden kann beispielsweise eine geringe Bewegungseinschränkung in einem Gelenk sein oder eine große Narbe. Ein mittlerer Dauerschaden kann eine chronische Schmerzsymptomatik, eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder die Störung einer Organfunktion bedeuten. Ein schwerer Dauerschaden kann vorliegen, wenn Geschädigte bettlägerig und aufwendig pflegebedürftig geworden sind, wenn sie aufgrund eines Fehlers erblinden oder querschnittsgelähmt sind. In 4 Prozent der Fälle (107 Fälle) hat ein Fehler zum Versterben geführt oder wesentlich dazu beigetragen.

In einem weiteren Prozent bestand eine besondere Situation. Nach Fehlern, die tödlich hätten enden können, wurden noch rechtzeitig lebensrettende Maßnahmen eingeleitet, wie zum Beispiel Notfallbeatmung, Medikamentengabe oder sofortige Operation, so dass die Patientinnen und Patienten gerettet wurden und auch keinen Dauerschaden erlitten haben.

Never Events von großer Bedeutung für Sicherheitsmaßnahmen

Nicht jeder Fehler ist gleichermaßen schädigend. Viele Fehler verursachen nur sehr selten Schäden oder nur geringfügige. Andere Fehler „schlagen ungebremsst durch“ und führen zu schwerwiegenden Schäden oder zum Tod. Viele dieser Ereignisse könnten mit etablierten Methoden der Patientensicherheit vollständig verhindert werden. Das sind im internationalen Sprachgebrauch die „Never Events“, über die wir nun im fünften Jahr berichten.

Wenn ein Never Event geschieht, bedeutet das nicht, dass Einzelne in der Medizin oder Pflege einen besonders verwerflichen oder unverständlichen Fehler gemacht haben. Ein Never Event zeigt aber an, dass in einem Versorgungsprozess bekannte Risiken nicht behoben wurden. Dann bestehen Sicherheitsvorkehrungen nicht oder die Sicherheitskultur vor Ort ist unzureichend, sodass Maßnahmen im Team nicht selbstverständlich und konsequent umgesetzt werden.

Wenn es zu solchen Ereignissen kommt, dann kann man auf einen dringenden Handlungsbedarf schließen. Never Events werden meistens direkt zwischen den Beteiligten reguliert. Das heißt die Klinik oder die Praxis bzw. deren Haftpflichtversicherung einigt sich direkt mit dem Geschädigten. Eine weitergehende Berichts- oder Meldepflicht an offizielle Stellen besteht dagegen nicht. Es ist unklar, wie häufig welche Never Events geschehen und ob durch bestehende Sicherheitsmaßnahmen wie OP-Checklisten, auch Verbesserungen wirksam werden.

Never Events gelangen vermutlich nur selten in die Begutachtung beim Medizinischen Dienst. Dennoch finden sie sich in der Begutachtungsstatistik in etwa jedem 20. Fall mit kausalem Fehler. Das waren 142 Fälle im Jahr 2018. Hierzu gehören unter anderem Fälle mit einem schweren Druckgeschwür (Dekubitus), das bei zuvor intakter Haut erst bei einem stationären Aufenthalt verursacht wurde (54 Fälle) oder ungewollt verbliebenes Operativmaterial (30 Fälle) und Eingriffe auf der falschen Körperseite (13 Fälle).

Freiwillige Fehlermeldesysteme werden nur wenig genutzt

Anfangs hatte ich darauf hingewiesen, dass für die Patientensicherheit sowohl Fehler als auch verursachte Schäden von größter Bedeutung sind. In Deutschland müssen „Fehlermeldesysteme“ auf lokaler Ebene in Krankenhäusern verfügbar sein. Dort können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonym, freiwillig und sanktionsfrei Fehler und erkannte Risiken berichten. Aus diesen können dann Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Ein womöglich entstandener Schaden spielt für das Prinzip der Fehlermeldesysteme keine Rolle und braucht oder soll nicht Teil der Meldung sein.

Fälle können auch in zahlreichen übergreifenden Fehlermeldesystemen berichtet oder von den Krankenhäusern dorthin weitergegeben werden. Ziel ist, dass auch andere Einrichtungen aus den Fehlern lernen. Dafür werden mittlerweile Zuschläge gezahlt. Aber die tatsächliche Nutzung lässt zu wünschen übrig. Die berichteten Fallzahlen sind gering. Im größten

übergreifenden System, das der gesamten Ärzteschaft offensteht, sind nach über zehn Jahren gerade 6.200 Meldungen enthalten – aus etwa 2.000 Krankenhäusern und 100.000 Praxen. Zwei Drittel der gemeldeten Fälle stammen aus der Anästhesie. Viele große Fachgebiete mit Millionen von Eingriffen sind mit niedrigen zwei- oder gar einstelligen Meldezahlen vertreten. Schon die Zahl der bestätigten Fehler bei den Medizinischen Diensten übersteigt die der berichteten Fälle in den freiwilligen Fehlermeldesystemen um ein Vielfaches.

Meldekultur stärkt Sicherheitskultur

Folglich muss die Kultur des Meldens dringend verbessert werden. Zum Vergleich: In England besteht ein übergreifendes System, in dem mittlerweile etwa zwei Millionen Meldungen jährlich eingehen. Zusätzlich zu diesen Fehlermeldesystemen sind in vielen Ländern mit hoch entwickelten Gesundheitssystemen verpflichtende Meldesysteme für schwerwiegende Schadenereignisse etabliert. Das war übrigens vor 20 Jahren schon ein klar gefordertes Element in der wegweisenden und vielzitierten Publikation „To Err Is Human“. Auch aus dem aktuellen Weißbuch des APS (Aktionsbündnis Patientensicherheit) geht dieses Erfordernis hervor.

Ein übergreifendes Meldesystem für Schäden fehlt in Deutschland. Wir haben Fehlermeldesysteme, Schadenmeldesysteme haben wir nicht. Welche Schäden sollten systematisch gemeldet und erfasst werden? Klare Antwort: Never Events – also Ereignisse, bei denen man am Schaden ablesen kann, dass er vermeidbar war. Ein Gesundheitssystem, das für sich in Anspruch nimmt, hohe Maßstäbe an die Patientensicherheit anzulegen, muss sich mit Never Events auseinandersetzen. Erst wenn Never Events vor Ort nicht auftreten und auch im gesamten Gesundheitssystem gegen Null tendieren, dann zeigt das die Wirksamkeit und den Nutzen von Präventionsmaßnahmen.

Erfolge, die nicht klar gemessen werden, sind im Zweifel nicht von Dauer. In anderen Bereichen der Gesellschaft wird selbstverständlich das gemessen, was wir sicher verhindern möchten. So wird die Zahl der Verkehrstoten und der tödlichen Arbeitsunfälle seit Jahrzehnten verbindlich erfasst. Diese tragischen Ereignisse konnten dezimiert werden. Klare Fakten zu höchst relevanten Ereignissen in der Gesundheitsversorgung wären ein wegweisender Schritt in der Sicherheitskultur. Die erforderliche öffentliche Transparenz darüber wäre sogar anonym umsetzbar.