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

**Pressekonferenz:
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2016“**

am 30. Mai 2017 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

ein zentraler Aspekt der Patientensicherheit besteht darin, Patientinnen und Patienten vor zusätzlichen Schäden durch eine Behandlung zu schützen – insbesondere, wenn diese potenziell vermeidbar sind. Ein unerwünschtes Ereignis ist aber nicht immer auszuschließen. Denn bei Operationen oder hoch wirksamen Medikamenten bestehen auch Risiken. Es gilt grundsätzlich, den zu erwartenden Nutzen gegen die bekannten Risiken abzuwägen. Auch bei sorgfältiger Behandlung nach dem medizinischen Standard können Komplikationen und Nebenwirkungen auftreten, die später manchmal einen Fehlerverdacht auslösen. Die Frage ist dann, ob der Schaden fehlerbedingt, also vermeidbar, war.

Wer die Patientensicherheit erhöhen und aus Behandlungsfehlern lernen will, der muss sich mit den konkreten Fehlern und den verursachten Schäden beschäftigen. Es ist ein Merkmal einer ausgeprägten Sicherheitskultur, auch damit offen umzugehen. Denn eines bleibt unveränderlich: Wir Menschen machen nun mal Fehler. Besser aufpassen alleine reicht nicht. Wir müssen systematisch und auf Basis des besten verfügbaren Wissens die Fehler analysieren und Präventionsmaßnahmen daraus entwickeln. Nachdem Ihnen meine Kollegin, Frau Professorin Zobel, die wesentlichen Hintergründe, die medizinischen Zusammenhänge und Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung dargestellt hat, möchte ich den Blick deshalb auf die erlittenen Schäden und auf die zugrunde liegenden Fehler sowie auf besondere Ereignisse lenken.

In rund der Hälfte (51 Prozent) aller durch die Begutachtung bestätigten Fehler wurde eine erforderliche Maßnahme nicht (40 Prozent) oder zu spät (11 Prozent) durchgeführt. In der anderen Hälfte bestand der Fehler zumeist darin, dass eine notwendige Maßnahme nicht korrekt durchgeführt wurde (39 Prozent), oder es wurde eine von vornherein falsche Maßnahme vorgenommen (10 Prozent), von der in der Situation mehr Schaden als Nutzen oder kein Nutzen zu erwarten war. Erfreulich ist, dass etwa zwei von drei Patienten nur vorübergehend geschädigt wurden. Auch das kann aber bedeuten, dass zusätzliche Krankenhausaufenthalte und Operationen oder Schmerzen zu ertragen waren. Einer von drei Patienten wurde dauerhaft geschädigt. Und in 8 Prozent aller Fälle war ein Dauerschaden als schwer zu bezeichnen, 4 Prozent der Patienten sind aufgrund eines Fehlers verstorben oder der Fehler hat maßgeblich dazu beigetragen.

Das Fehlergeschehen ist breit gefächert, genauso wie die ausdifferenzierten und komplexen Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin. Wo sollte man also besonders hinschauen? Wo sind die Prioritäten zu setzen, damit besonders schwerwiegende und sicher vermeidbare Ereignisse auch tatsächlich verhindert werden? Als Antwort auf diese Fragen wurden unter anderem in England und den USA „Never Events“ definiert, die wir für unsere Datenerfassung übernommen haben. Never Events sind Ereignisse, die einerseits besonders schwerwiegende Folgen haben, andererseits aber bei systematisch umgesetzten Sicherheitsstandards auch als sicher vermeidbar gelten. Das sind beispielsweise hochgradige Druckgeschwüre, die sich bei zuvor gesunder Haut nach kurzem stationärem Aufenthalt entwickelt haben, oder nach Operation verbliebene Tupfer, die Verwechslung von Blutkonserven und weitere Fälle.

Im Jahr 2016 wurden von uns 7 Prozent der fehlerbedingten Schäden als Never Events eingestuft, das sind 207 Fälle. Wichtig ist, dass auch ein Never Event jedem unterlaufen kann, wenn die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen nicht umgesetzt sind. Ein solches Ereignis zeigt damit nicht ein besonderes Versagen des Einzelnen an, sondern vielmehr einen nicht ausreichend abgesicherten Prozess, für den viele verantwortlich sind.

Wir interpretieren unsere Daten bewusst vorsichtig und weisen darauf hin, dass über die Art, Anzahl und zeitliche Entwicklung von Behandlungsfehlern in Deutschland vieles nicht bekannt ist. Dazu möchte ich Ihnen einige Hintergründe erläutern. Wenn ein Patient einen vermeidbaren Schaden durch die Behandlung erleidet, dann sollte der Fall erfasst werden, damit nicht „nur“ der Patient entschädigt, sondern auch der zugrundeliegende Fehler analysiert werden kann. Damit werden andere Patienten am wirksamsten vor demselben Verlauf geschützt.

Was aber geschieht in der Versorgung nach einem fehlerbedingten Schaden? Zunächst ist es offensichtlich und auch aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen bekannt, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt. Häufig fällt ein Fehler gar nicht auf. Er wird vom Patienten und teilweise auch von behandelnden Ärzten und Pflegekräften nicht erkannt. Ebenfalls in vielen Fällen bemerkt der Patient zwar einen Fehler – oder hat zumindest einen Verdacht – er entscheidet sich aber dafür, diesen nicht vorzuwerfen und keine Schadensersatzansprüche zu verfolgen. Die Dunkelziffer ist fraglos vorhanden, und je besser diese weiter erhellt wird, desto wirksamer kann auch aus den Fehlern gelernt werden. Dafür muss eine gezielte Forschung ausgeweitet und die Nutzung freiwilliger, anonymer Fehlermeldesysteme erheblich verstärkt werden.

Zusätzlich zu dieser Dunkelziffer existiert ein umfangreicher Graubereich bei den Fehlern, die zwar vorgeworfen, begutachtet und sogar entschädigt worden sind – nämlich dort, wo Leistungserbringer oder deren Haftpflichtversicherer sich mit den geschädigten Patienten geeinigt haben. Eine Vielzahl dieser Fälle wird nirgends zusammengefasst und berichtet. Die Fälle verbleiben in der Kenntnis der Beteiligten: der geschädigten Patienten, der Haftpflichtversicherer, der Kliniken und Praxen oder der Anwälte und Gerichte. Selbst dieser

Graubereich ist leider mindestens so groß wie die Daten, die zu Behandlungsfehlern berichtet werden. Aus all diesen Fehlern kann bislang nicht umfassend für die Prävention gelernt werden. Deshalb setzen sich die Medizinischen Dienste für eine Meldepflicht ein, damit diese Fehler sicher erkannt und bekannt gemacht werden. Denn nur dann kann auch optimal, systematisch und flächendeckend aus ihnen gelernt werden. Verwerflich ist nicht ein Fehler, der ist menschlich. Verwerflich ist, wenn aus dem Fehler nicht gelernt wird und er sich unnötigerweise wiederholt.

„Jeder Fehler zählt“ lautet deshalb ein berechtigter und seit über einem Jahrzehnt verbreiteter Grundsatz. Aber damit jeder Fehler zählt, muss er zuerst auch gezählt werden. Fehler, die unbekannt bleiben bzw. zumindest weder numerisch gezählt noch systematisch bekannt gemacht werden, können auch nicht für die Fehlervermeidung genutzt werden.