

JAHRESSTATISTIK 2015

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Bearbeitung

Prof. Dr. Martin Grotz, MDK Niedersachsen
Ingo Kowalski, MDS
Dr. Katrin Richter, MDK Sachsen
PD Dr. Max Skorning, MDS

Satz/Layout

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
www.bestpage-rheinruhr.de

Mai 2016

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

zum fünften Mal präsentieren Ihnen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) die Jahresergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung. Diese freiwillige Transparenz ist uns sehr wichtig, weil wir damit weiterhin zur Fortentwicklung einer Sicherheitskultur im Gesundheitswesen beitragen wollen. Unser herzlicher Dank gilt allen Gutachtern, die sich der Erstellung der MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen in sorgfältiger und oft mühsamer Detailarbeit widmen.

Viele Ergebnisse sprechen für sich: Der Bedarf für MDK-Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern ist unvermindert vorhanden, die Zahl der gutachterlich festgestellten Fehler ist im Vergleich zum Vorjahr erneut leicht angestiegen, Operationen bilden weiterhin einen Schwerpunkt und die Diskussionen um sogenannte „Never Events“ und deren Vermeidung wird zunehmend geführt. Das öffentliche Interesse und das der Fachexperten an der Thematik ist berechtigterweise groß und beides ist gleichermaßen erforderlich. Die gesetzlich Versicherten müssen über ihre Rechte und die im Sozialgesetzbuch verbrieftete Unterstützung, die die Krankenkassen ihnen bei einem Behandlungsfehlerverdacht bieten, informiert sein. Versorgungseinrichtungen und Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen Risiken und Schwachstellen kennen, analysieren und bearbeiten – unabhängig davon, ob diese selbst oder bei anderen aufgefallen sind. Besonders im Austausch über Begutachtungsergebnisse und Fehleranalysen können neue Erkenntnisse und Ansätze für die Fortentwicklung der Patientensicherheit gewonnen werden. Dem sehen auch wir uns weiterhin verpflichtet und möchten dazu beitragen.

Sicher ist, dass die Berichterstattung über Begutachtungsfälle mehr Transparenz bringt. Trotzdem ist nach wie vor nur wenig über die Häufigkeit von Behandlungsfehlern in Deutschland bekannt. Auch wenn die Jahresberichte des MDK den derzeit größten veröffentlichten Datensatz zu Behandlungsfehlern darstellen, geben sie nicht die Gesamtzahl der in Deutschland festgestellten Behandlungsfehler wieder. Mangels einer systematischen Erfassung bleibt unklar, wie viele und welche Behandlungsfehler bei den verschiedenen Versorgungseinrichtungen oder deren Haftpflichtversicherern sowie bei Rechtsanwälten und Gerichten bekannt werden. Nur die Ärztekammern berichten ebenfalls jährlich über die Ergebnisse ihres Angebots zur außergerichtlichen Schlichtung. Unklar ist auch, wie viele Behandlungsfehler gar nicht aufgedeckt und daher in keiner Statistik erfasst werden. Analysen zu Häufungen und Schwerpunkten sind auf dieser lückenhaften Basis nur eingeschränkt möglich, so dass Gefahren für die Patientensicherheit nicht zufriedenstellend erkannt und abgebaut werden können. Die Verbesserung der Transparenz über Behandlungsfehler bleibt für uns daher eine der künftigen Herausforderungen auf dem Weg zu einer neuen Sicherheitskultur im Gesundheitswesen.

Wir hoffen auf Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2015 und hoffen, dass Sie auch ganz individuell Erkenntnisse und Anregungen daraus ableiten können.

Essen/München im Mai 2016



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	Feststellung „haftungsbegründete Kausalität“	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 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 Patienten* 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 ab dem Jahr 2014 ist der zugrunde liegende 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 bezeichnet 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 auch die Dokumentation können betroffen sein von einem Behandlungsfehler.

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. Durch den MDK wird eine interne Begutachtung mit eigenen Fachärzten veranlasst oder ein externer Facharzt mit der Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfes beauftragt.

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.

* 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.

Dies ist nicht nur für den Patienten, sondern im Fall einer späteren Klage auch für Anwälte und Richter 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 Sachverhalt insgesamt wird dabei durch den fachärztlichen Gutachter neutral nachvollzogen und bewertet.

Trotz der 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 Fehler 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 Behandlungsfehlerwürfen 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 14.828 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2015) 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.

Diese Ergebnisse stellen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum veröffentlicht wird. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft können dennoch weder für die in Deutschland insgesamt erhobenen Behandlungsfehlerwürfe 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 („Litigation

Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang in seinem Gutachten „Qualität 2030“ umfassend dargelegt¹. 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 Feststellung „haftungsbegründende Kausalität“

Begutachtung der 14.828 vorgeworfenen Fälle:

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

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

Fehler
4.428

Schaden
4.064

Kausalität
3.156

7

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 hat sowohl die Gesamtanzahl der Begutachtungen leicht zugenommen (2014: n = 14.663) als auch die Anzahl der festgestellten Fehler (2014: n = 4.282) sowie der Fehler mit Schaden (2014: n = 3.796) bis hin zu den Fehlern mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2014: n = 2.970).

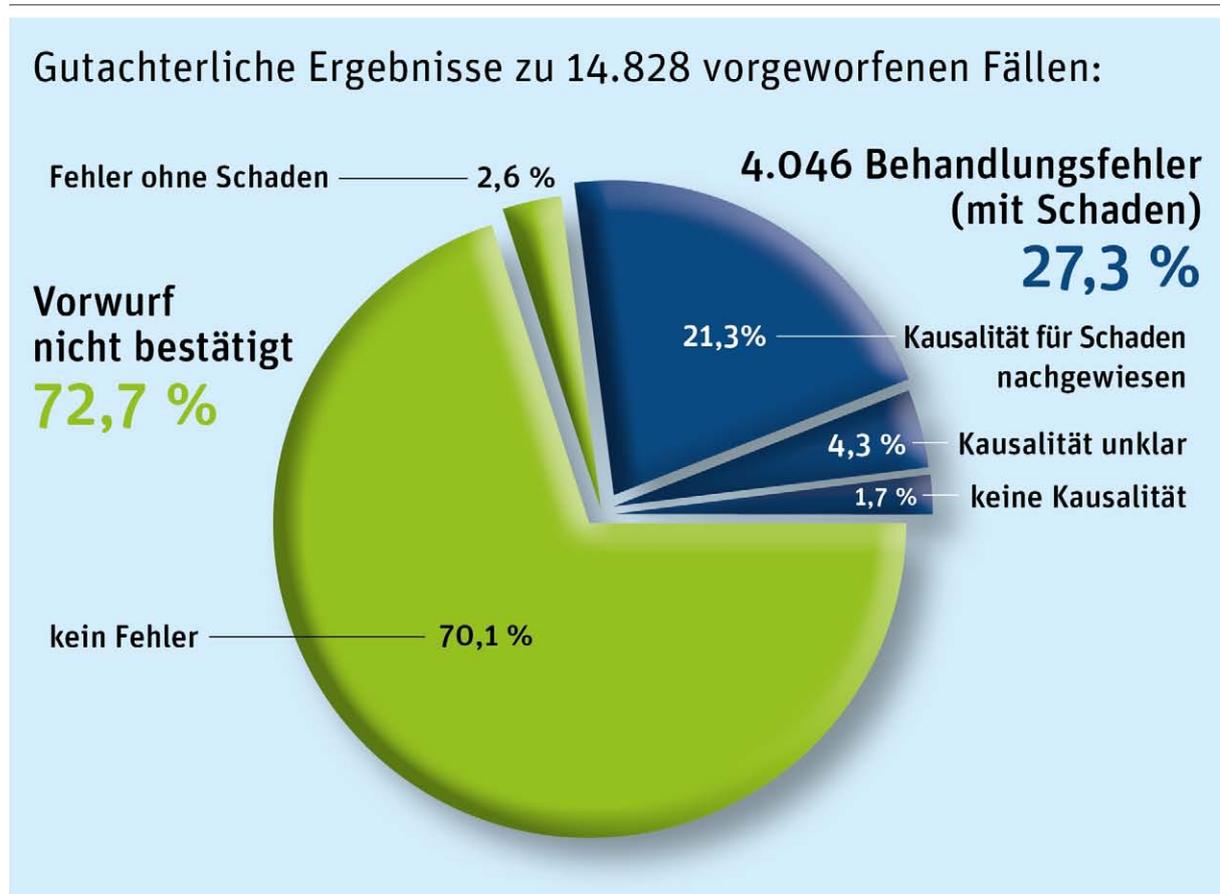
Jeder Fehler hat ein Schadenpotential, auch wenn es sich glücklicherweise nicht immer verwirklicht. Die Zahl der festgestellten Fehler (auch unabhängig von Schaden und Kausalität) ist deshalb wichtig für die Patientensicherheit, denn es sollte grundsätzlich aus Fehlern gelernt werden. Diesem Ziel dienen auch sogenannte „Fehlermeldesysteme“ (auch „Lern- und Berichtssysteme“ oder CIRS = Critical Incident Reporting Systems genannt), bei denen der Schaden nicht im Fokus steht. Alle Risiko- oder fehlerbehafteten

¹ 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 04.05.2016): <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/ueber-uns/qualitaet-2030-die-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen>

Ereignisse können dazu in solchen Systemen anonym von Bediensteten im Gesundheitswesen gemeldet werden ohne Betrachtung eines möglichen Schadens. Das Lernen aus gutachterlich bestätigten Behandlungsfehlern und das Lernen aus anonym gemeldeten Fehlern ist eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit.

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 Zahl der Fehler mit Kausalität für den Schaden („kausale Fehler“) bieten dem Patient und der Krankenkasse die Möglichkeit unmittelbar weiter Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität

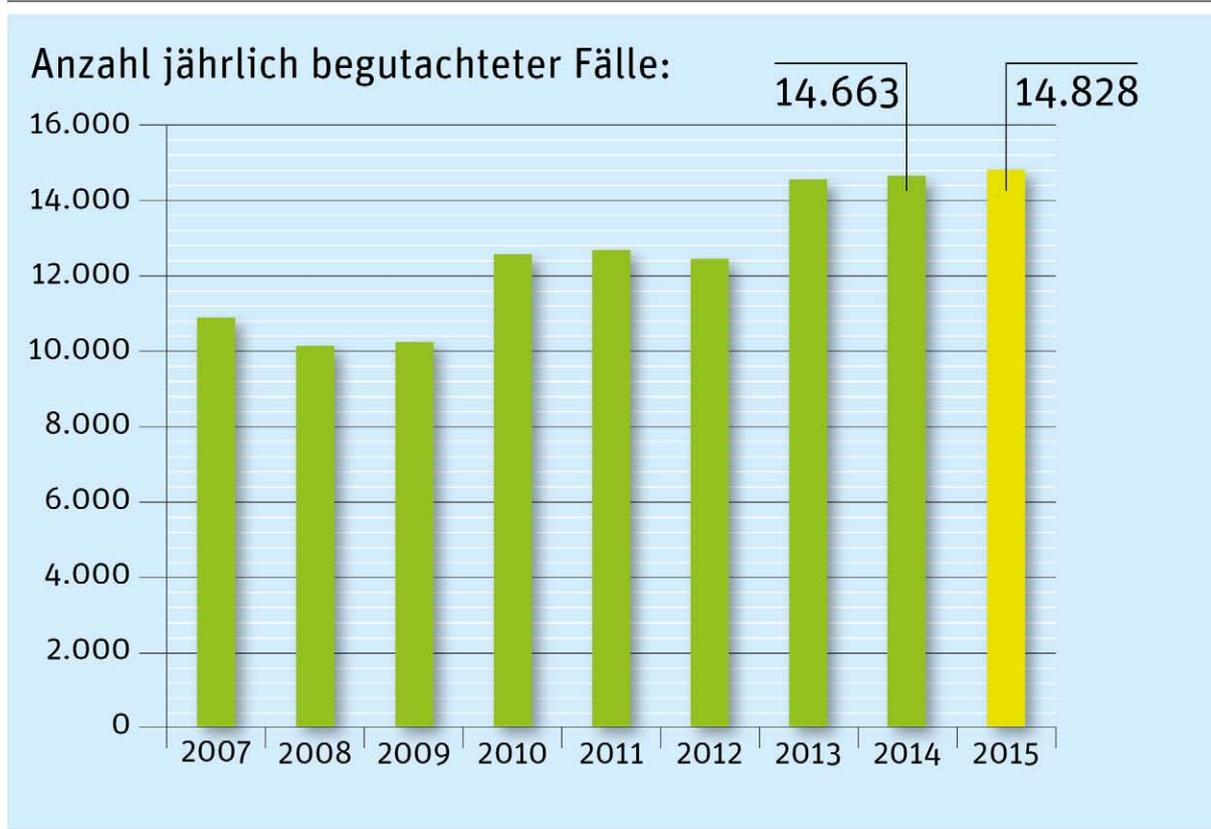


Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

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 und der vom Patienten erhobene Vorwurf kann 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 daraus entstanden ist.

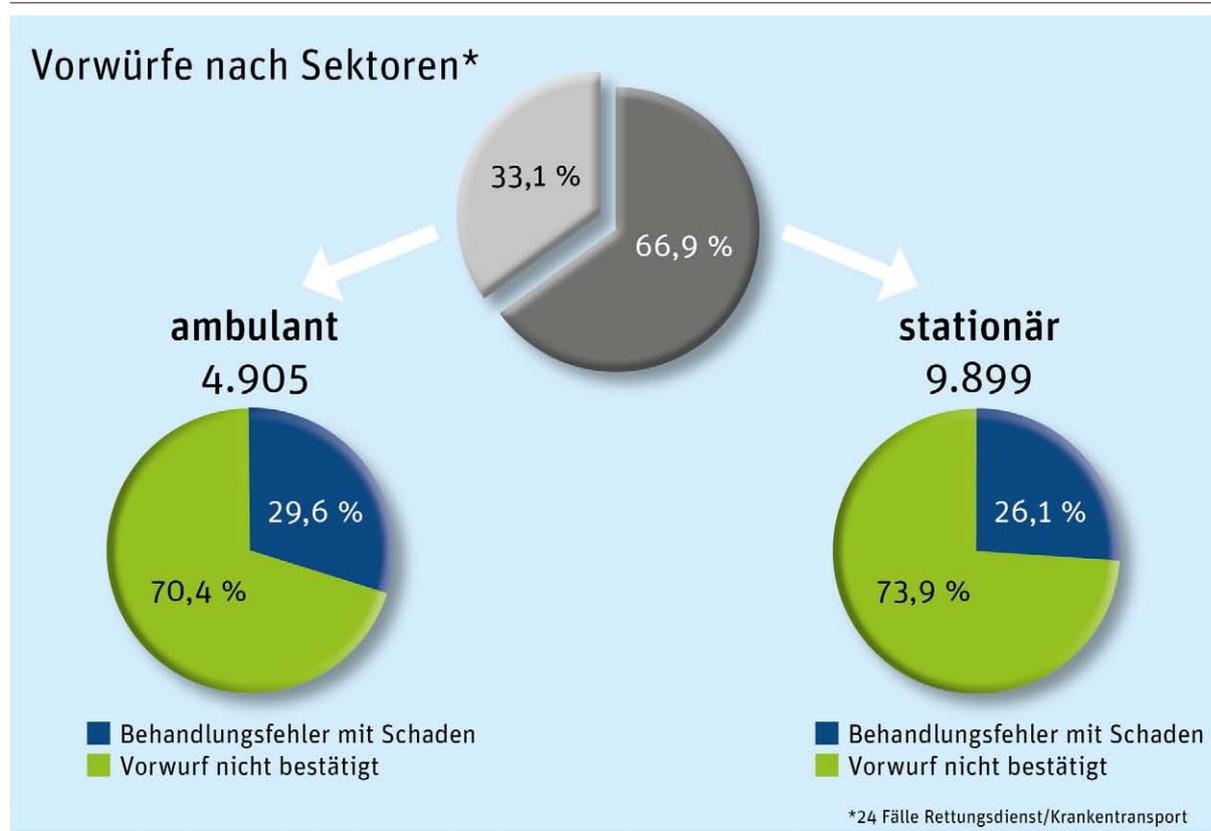
2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

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 um 17 % angestiegen. Im Jahr 2014 blieb sie bei nur minimalem Anstieg (+0,5 %) auf diesem Niveau. In 2015 ist die Zahl der Begutachtungen weiter leicht angestiegen (+1,1 %). Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht ist folglich unvermindert vorhanden.

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor

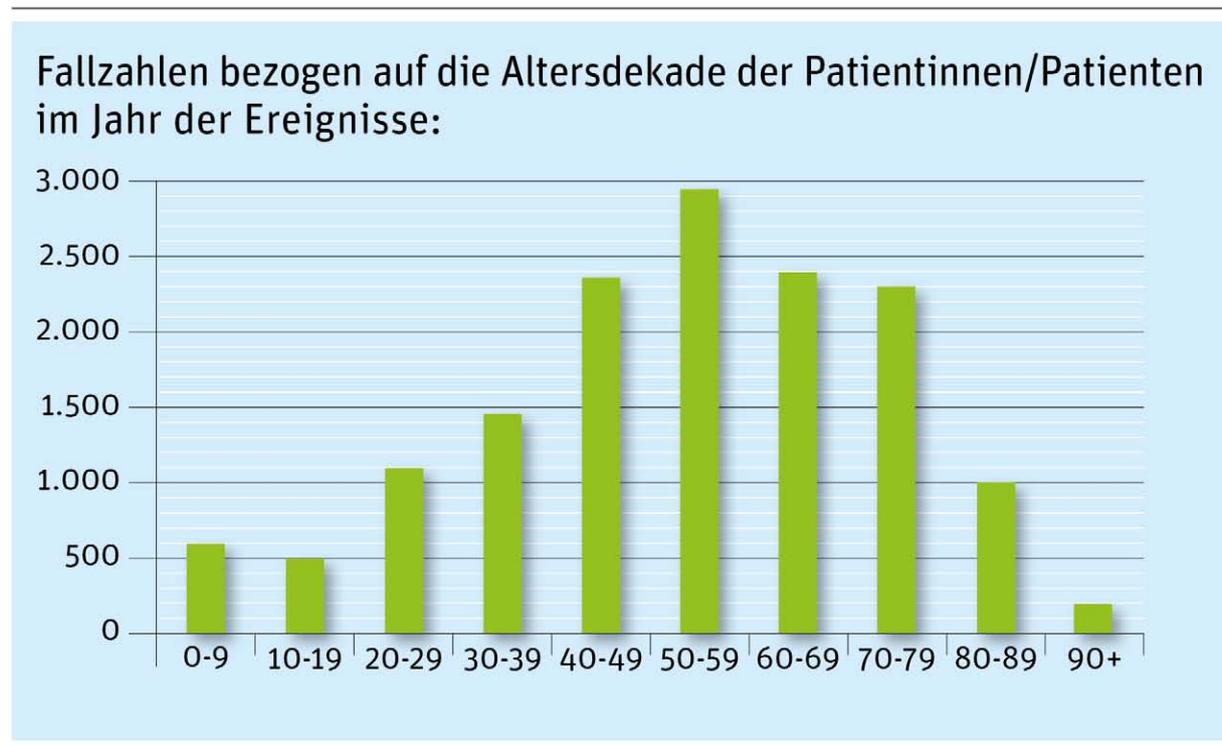


Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

Bei geringfügigen Detailschwankungen im Vergleich zu den Vorjahren werden nach wie vor 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.

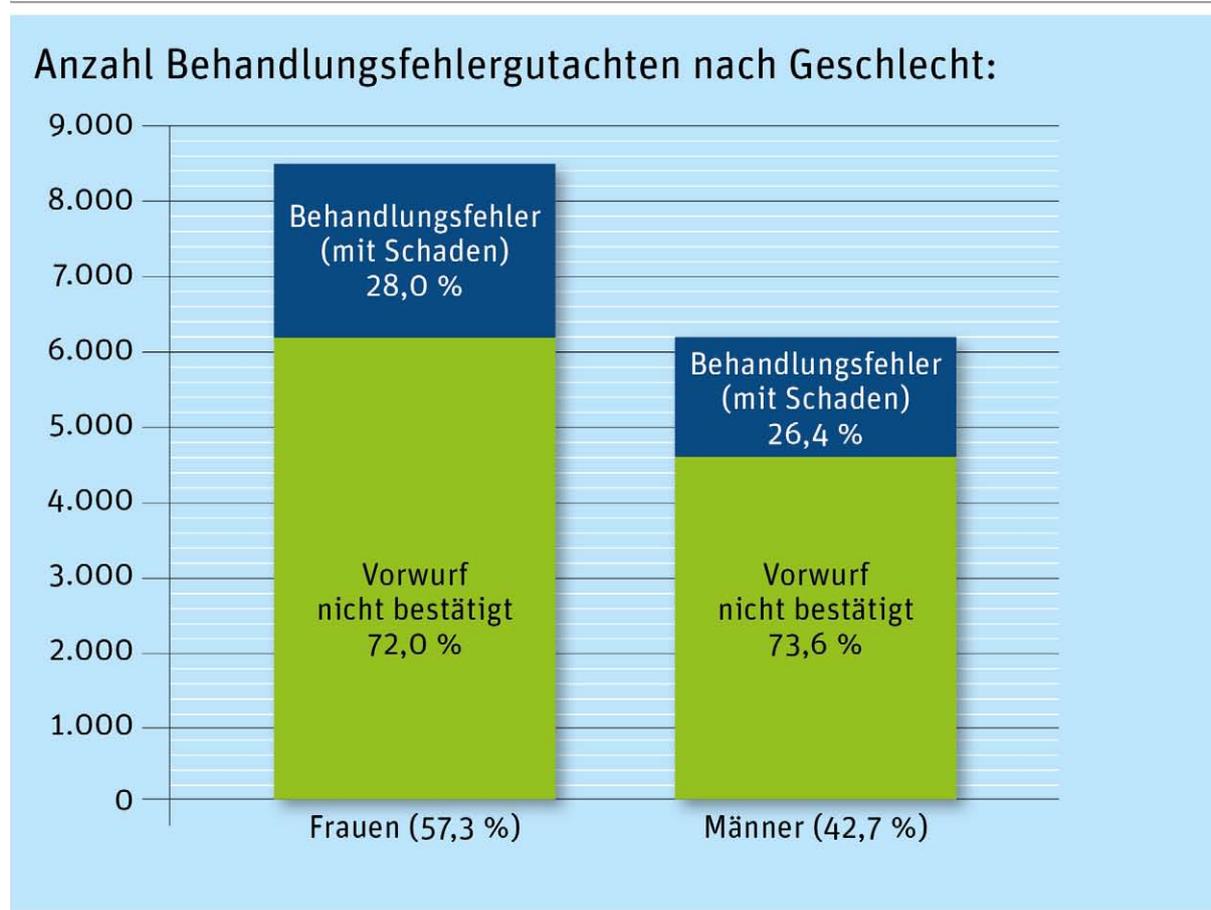
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht weiterhin in etwa den Vorjahren und passt dazu, dass in den höheren Altersgruppen insgesamt häufiger behandelt und operiert wird.

2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

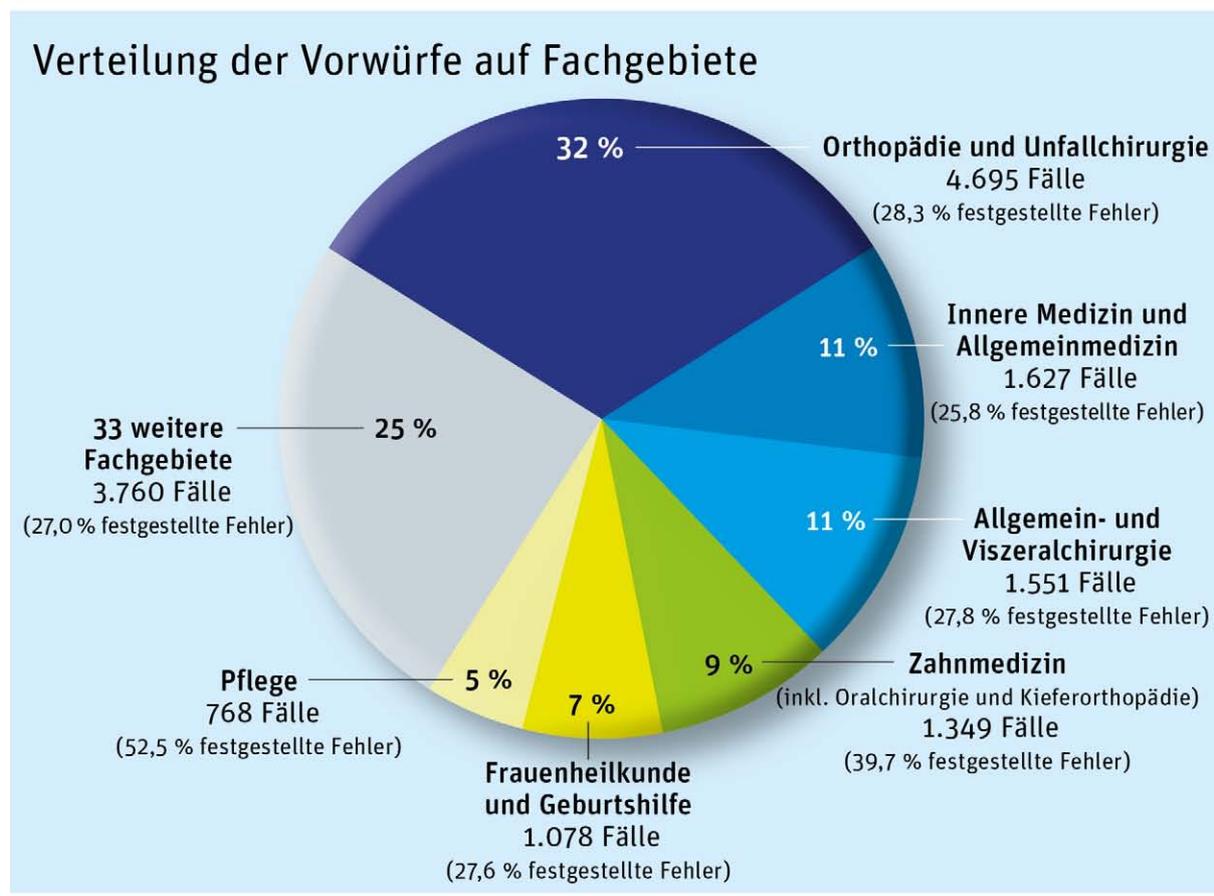
Mit leichten jährlichen Schwankungen zeigt sich auch hier über die Jahre stabil, dass mehr Begutachtungen bei Patientinnen durchgeführt werden. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt. Nur zu einem kleinen Teil ist der Unterschied bedingt durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, siehe Kapitel 2.2. Ohne dieses Fachgebiet ($n = 13.750$ verbliebene Fälle) betreffen dennoch 55 % der Vorwürfe Frauen und die Quote bestätigter Vorwürfe ist sogar etwas höher als bei Männern. Es kann jedoch auf Basis dieser Daten nicht unmittelbar geschlussfolgert werden, dass bei Frauen insgesamt mehr Behandlungsfehler vorkommen.

In Übereinstimmung mit unseren Daten zeigt eine aktuelle Studie aus den Niederlanden, dass dort beim Hüftgelenkersatz ebenfalls erheblich mehr Frauen Behandlungsfehlervorwürfe über einen Zehnjahreszeitraum erhoben haben².

²Zengerink et al. The Journal of Arthroplasty 2016

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	4.695	1.328	28,3 %
Allgemein- und Viszeralchirurgie	1.551	431	27,8 %
Zahnmedizin	1.101	451	41,0 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.078	298	27,6 %
Pflege	768	403	52,5 %
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	598	166	27,8 %
Neurochirurgie	547	160	29,3 %
Augenheilkunde	431	101	23,4 %
Urologie	384	95	24,7 %
HNO-Heilkunde	372	50	13,4 %
Allgemeinmedizin	362	85	23,5 %
Gefäßchirurgie	309	78	25,2 %
Neurologie	282	89	31,6 %
Innere Medizin und Kardiologie	265	72	27,2 %
Anästhesiologie	246	82	33,3 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Innere Medizin und Gastroenterologie	194	46	23,7 %
Kinder- und Jugendmedizin	179	66	36,9 %
Herzchirurgie	177	34	19,2 %
Kieferorthopädie	132	30	22,7 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	127	46	36,2 %
Psychiatrie und Psychotherapie	123	25	20,3 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	121	23	19,0 %
Oralchirurgie	116	55	47,4 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	104	31	29,8 %
Radiologie	99	50	50,5 %
Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie	89	16	18,0 %
Kinderchirurgie	60	23	38,3 %
Thoraxchirurgie	53	15	28,3 %
Innere Medizin und Angiologie	43	13	30,2 %
Innere Medizin und Nephrologie	41	8	19,5 %
Innere Medizin und Pneumologie	28	8	28,6 %
Nuklearmedizin	18	4	22,2 %
Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie	16	4	25,0 %
Pathologie	16	9	56,3 %
Strahlentherapie	16	5	31,3 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	15	2	13,3 %
Transfusionsmedizin	10	0	0,0 %
Innere Medizin und Rheumatologie	7	2	28,6 %
Arbeitsmedizin	6	2	33,3 %
Pharmakologie und Toxikologie	6	5	83,3 %
Hygiene und Umweltmedizin	5	2	40,0 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3	1	33,3 %
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	2	1	50,0 %
Humangenetik	1	0	0,0 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1	0	0,0 %
Laboratoriumsmedizin	1	0	0,0 %
Neuropathologie	1	0	0,0 %
Klinische Pharmakologie	1	0	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	4	22,2 %
Sonstige	28	13	46,4 %

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:

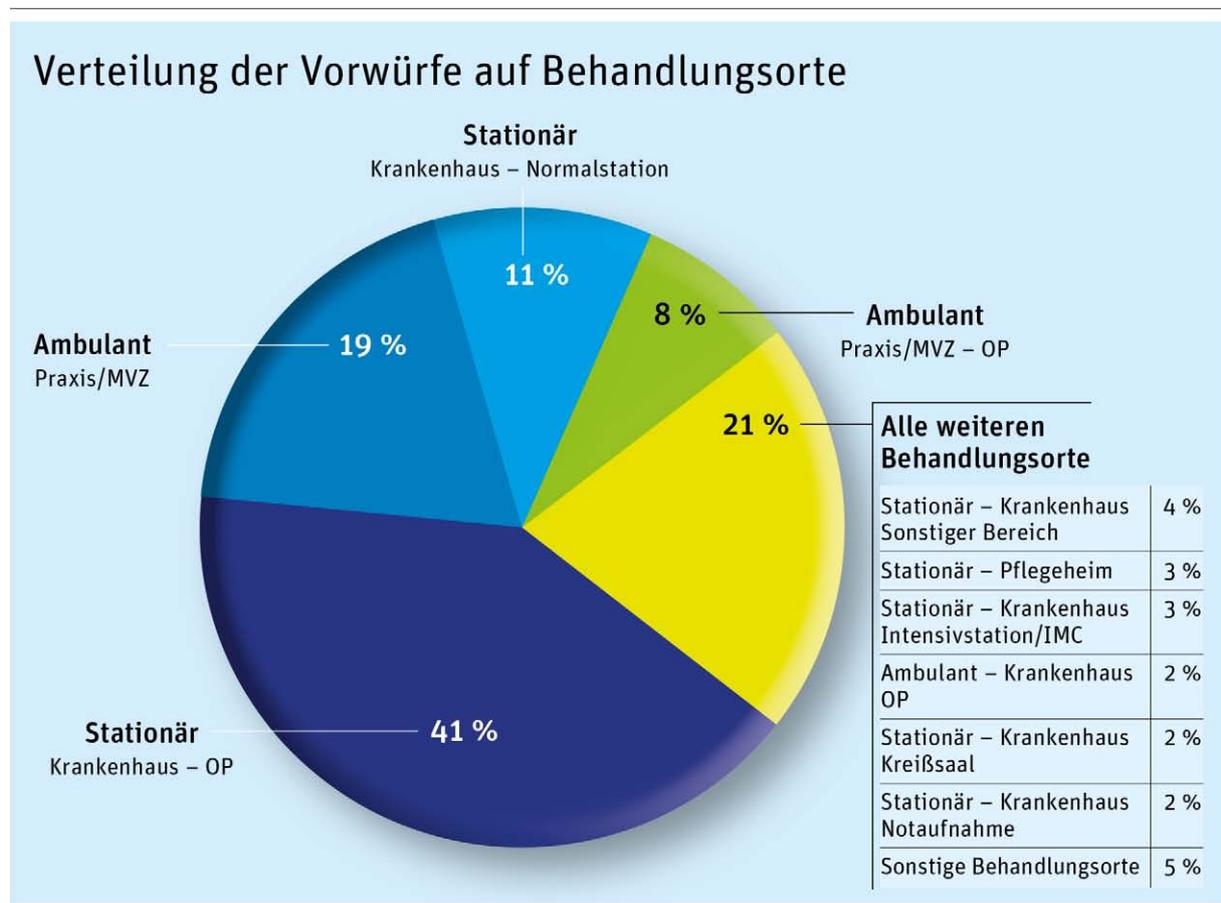
Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich erneut ähnlich auf die einzelnen Fachgebiete wie in den vergangenen Jahren. Einen Schwerpunkt bilden weiterhin die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies

ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind.

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 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	2.818	1.010	35,8 %	
	Praxis/MVZ – OP	1.175	364	31,0 %	
	Krankenhaus – OP	349	64	18,3 %	
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	208	66	31,7 %	
	Krankenhaus – Notaufnahme	193	81	42,0 %	
	sonstige	111	33	29,7 %	
	Hausbesuch	34	17	50,0 %	
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	8	3	37,5 %	
	Krankenhaus – Aufwachraum	3	1	33,3 %	
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	3	0	0,0 %	
	Geburtshaus	3	1	33,3 %	
	Stationär	Krankenhaus – OP	6.134	1.421	23,2 %
		Krankenhaus – Normalstation	1.596	579	36,3 %
Krankenhaus – sonstiger Bereich		560	150	26,8 %	
Pflegeheim		395	202	51,1 %	
Krankenhaus – Intensivstation/IMC		383	128	33,4 %	
Krankenhaus – Kreißsaal		275	91	33,1 %	
Krankenhaus – Notaufnahme		265	101	38,1 %	
Rehaklinik		169	64	37,9 %	
Sonstiger Bereich		87	25	28,7 %	
Krankenhaus – Aufwachraum		24	8	33,3 %	
Krankenhaus – Innerklinischer Transport		7	3	42,9 %	
Geburtshaus		4	3	75,0 %	
Rettungsdienst/Krankentransport		24	13	54,2 %	

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 im vergangenen Jahr. Der Großteil der Vorwürfe (n = 7.693; 51,9 %) und auch ein wesentlicher Teil aller festgestellten Fehler (n = 1.861; 42,0 %) steht nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betrifft auch räumlich den Operationsbereich, insbesondere gilt dies für den stationären Sektor im Krankenhaus, in dem die Fall- und Fehleranzahl nochmals gestiegen ist. Bei ambulanter Versorgung spielt das perioperative Umfeld zwar nach wie vor eine wichtige Rolle, mit 31,3 % der Vorwürfe (n = 1.535) und 26,3 % der festgestellten Fehler (n = 432) sind die Zahlen hier im Vergleich zu 2014 jedoch geringfügig reduziert.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	580	130	22,4 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	531	128	24,1 %
K02	Zahnkaries	369	150	40,6 %
S72	Bruch des Oberschenkels	326	109	33,4 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	324	127	39,2 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	248	62	25,0 %
S82	Bruch des Unterschenkels	238	81	34,0 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	224	110	49,1 %
M54	Rückenschmerzen	218	92	42,2 %
S52	Bruch des Unterarmes	211	68	32,2 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	203	65	32,0 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	189	40	21,2 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	180	42	23,3 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	173	46	26,6 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	162	45	27,8 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	161	29	18,0 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	154	31	20,1 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	154	62	40,3 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	147	37	25,2 %
K80	Gallensteine	140	39	27,9 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	140	37	26,4 %
K40	Leistenhernie	137	27	19,7 %
C50	Brustkrebs	135	46	34,1 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	129	39	30,2 %
H25	Grauer Star	123	26	21,1 %
M19	Sonstiger Gelenkverschleiß	115	25	21,7 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	114	49	43,0 %
K05	Zahnfleischentzündung	106	44	41,5 %
K57	Ausstülpungen der Darmwand (Divertikulose)	103	31	30,1 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	100	29	29,0 %
G56	Erkrankung/Schädigung eines Nerven am Arm	95	18	18,9 %
D25	Gutartiger Tumor der Gebärmutter (Leiomyom)	87	17	19,5 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	86	27	31,4 %

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.

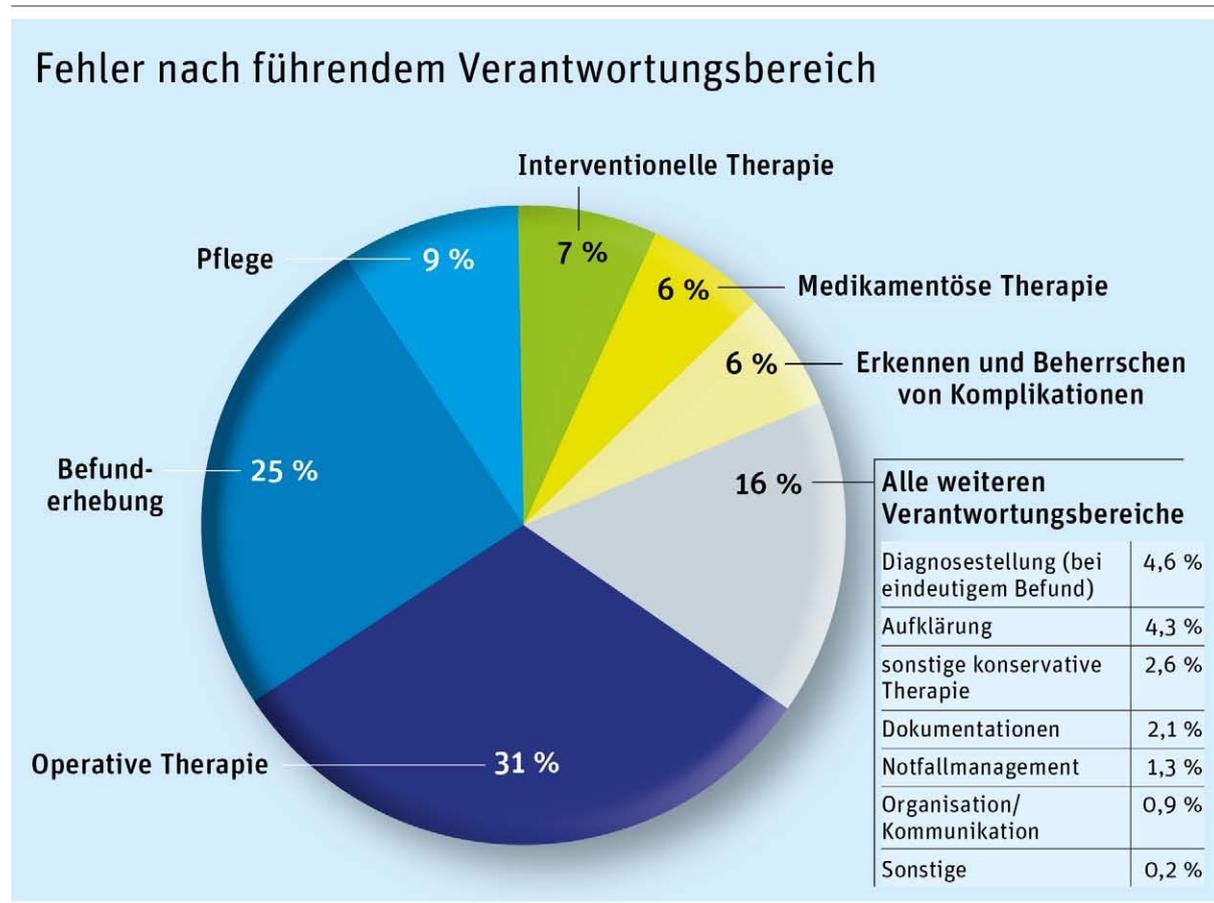
Ergänzungen/Kommentar zu 2.3:

Dargestellt sind alle Behandlungsanlässe mit über 80 Vorwürfen (n = 33). Diese machen allerdings nur 43,2 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3,2 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.023 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

Diese Ergebnisse sind im Vergleich zum Vorjahr fast unverändert. Erneut bildet sich der operative/chirurgische Fokus vieler Vorwürfe und Fehler auch hier ab. Die Fälle, die in einer Rangfolge der Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler oben stehen, zeigen zwar eine gewisse Häufung an, man kann allerdings nicht von deutlichen Schwerpunkten sprechen. Das begutachtete Vorwurfs- und Fehleregeschehen 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	2.690	1.081	40,2 %	
	davon	Bildgebung	843	406	48,2 %
		körperliche Untersuchung	693	283	40,8 %
		diagnostische Intervention	242	89	36,8 %
		Labor	157	76	48,4 %
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)		483	202	41,8 %
Aufklärung		357	189	52,9 %	
Therapie	Medikamentöse Therapie		843	280	33,2 %
	davon	Dosierung	146	67	45,9 %
		Applikation(sweg)	95	37	38,9 %
		bekannte Allergie	32	24	75,0 %
		Verwechslung	23	13	56,5 %
	Operative Therapie		6.609	1.385	21,0 %
	davon	OP-Technik	4.768	831	17,4 %
		Nachsorge	400	126	31,5 %
		Lagerung	129	47	36,4 %
	Intervention		1.375	300	21,8 %
	davon	Technik der Durchführung	760	132	17,4 %
		Nachsorge	82	28	34,1 %
		Lagerung	31	14	45,2 %
	sonstige konservative Therapie		571	114	20,0 %
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen		724	274	37,8 %	
Notfallmanagement		144	59	41,0 %	
	davon	Notfallsituation zu spät erkannt	44	17	38,6 %
		Atemwegsmanagement/Beatmung	23	13	56,5 %
		zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt	22	9	40,9 %
		Reanimation	17	5	29,4 %
		sonst. Herz-Kreislauftherapie	4	2	50,0 %
		mangelhafte Blutungskontrolle	3	2	66,7 %
Pflege		750	390	52,0 %	
	davon	Planung	265	169	63,8 %
		Durchführung	485	221	45,6 %
Organisation/Kommunikation		69	39	56,5 %	
	davon	Schnittstellenmanagement	25	17	68,0 %
		Entlassungsmanagement	6	2	33,3 %
Dokumentation		119	95	79,8 %	
Hygiene		55	4	7,3 %	
Medizinprodukte*		39	16	41,0 %	

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

Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

*Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte sind zumeist keine Behandlungsfehler, weil 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.

Durch die Auswertung zu den Verantwortungsbereichen wird klar, dass ein gutes Drittel aller festgestellten Fehler die OP-Technik bzw. Durchführung der Operation betreffen. Ein weiteres Viertel aller Fehler sind Befunderhebungsfehler. Schon auf nur diese beiden medizinischen Zusammenhänge entfällt mehr als die Hälfte aller festgestellten Fehler.

2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

OPS	Bezeichnung	fest- gestellte Fehler
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	147
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	142
5-233	Zahnersatz	114
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	106
5-230	Zahntfernung	75
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	62
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	59
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	53
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	52
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	45
5-839	Anderere* Operationen an der Wirbelsäule (*andernorts nicht aufgeführt)	45
5-231	Operative Zahntfernung (durch Osteotomie)	41
5-683	Entfernung der Gebärmutter	37
5-781	Operation mit Durchtrennung und ggf. Umstellung eines Knochens (Korrekturosteotomie)	37
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	36
5-511	Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	35
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	35
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	33
8-020	Therapeutische Injektion	32
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	29
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	29
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	28
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	27
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	26
5-530	Operativer Verschluss einer Leistenhernie	25
5-812	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Gelenkknorpel und Meniskus	24
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	23
5-814	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) am Schultergelenk mit Maßnahmen am Bandapparat	22
1-650	Dickdarmspiegelung	21
5-824	Implantation einer Gelenkprothese an der oberen Extremität	21

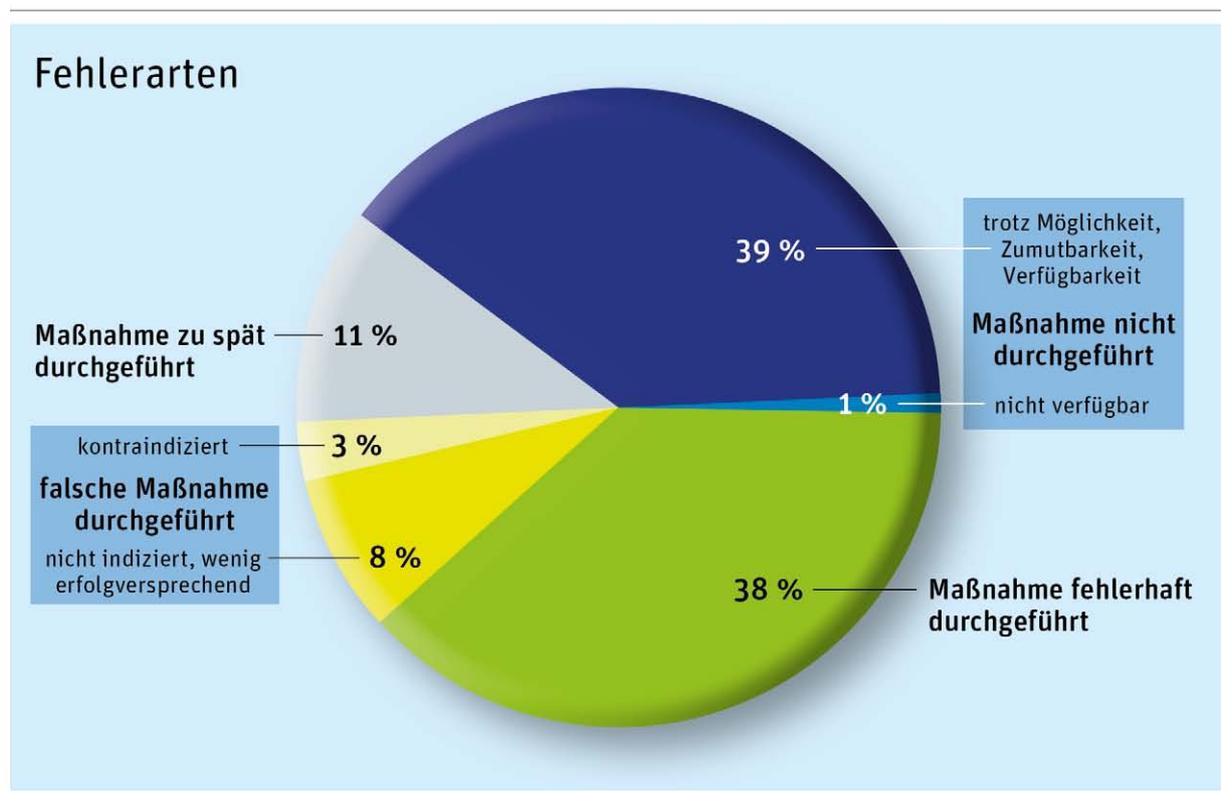
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.408 Fällen (29,7 %) 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 1.488 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 häufiger als 20-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.476 Fälle von allen Fehlern aus. Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in weniger als 20 oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 519 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



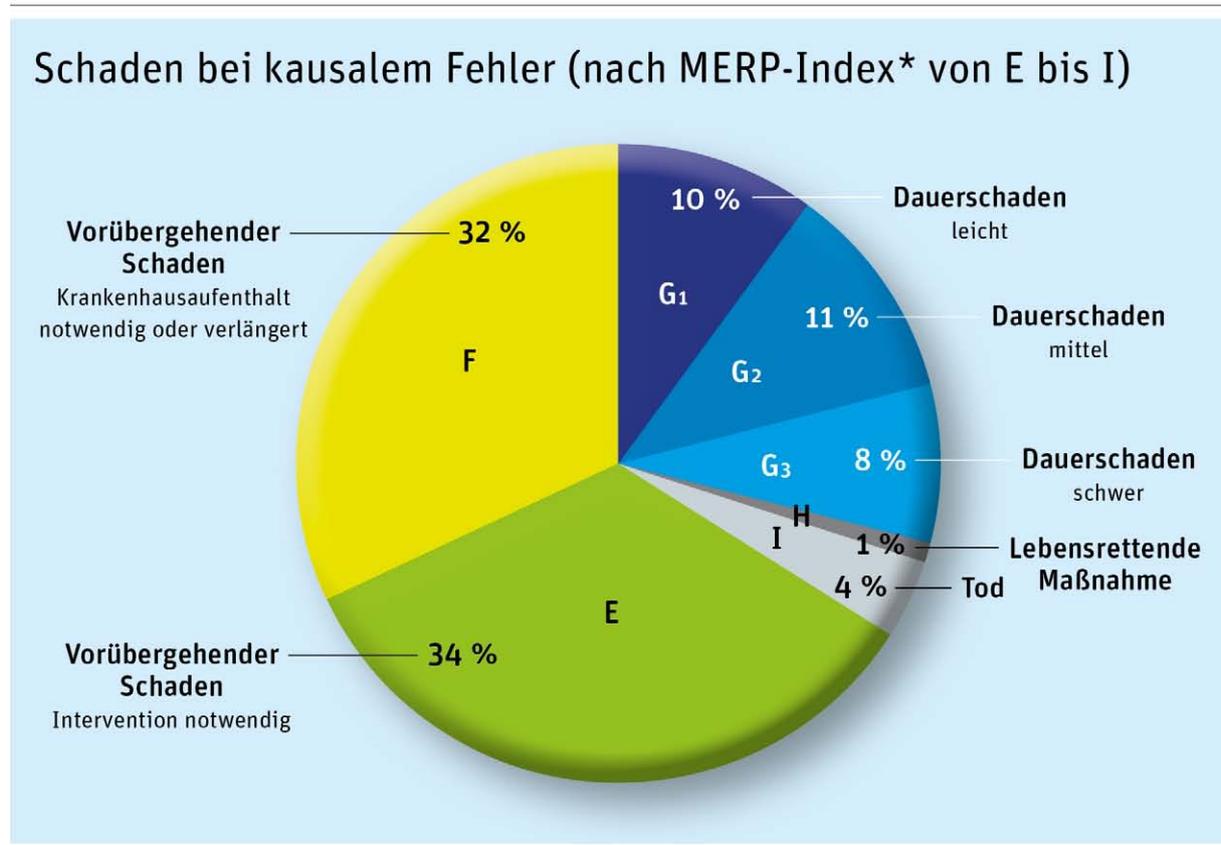
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Die Daten sind bezogen auf alle 4.428 festgestellten Fehler.

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (40 %) oder fehlerhaft (38 %) 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 11 % keine herausragende Rolle. Genauso häufig (11 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde.

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)	1.374	1.075	78,2 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.268	1.005	79,3 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G ₁)	399	310	77,7 %
	mittel (G ₂)	446	362	81,2 %
	schwer (G ₃)	303	241	79,5 %
lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		51	38	74,5 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		205	125	61,0 %
gesamt		4.046	3.156	78,0 %

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.

Auch bei den Gesundheitsschäden sind im Vergleich zum Vorjahr zahlenmäßig nur kleine Änderungen erkennbar.

Der Großteil (76 %) der kausalen Behandlungsfehler hat zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In 78 % aller festgestellten Fehler mit Schaden liegt eine Kausalität vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadensfolgen. Bei verstorbenen Patienten, bei deren Versorgung ein Fehler festgestellt werden konnte, war dieser im Verhältnis etwas seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (61 %). In 62 dieser 205 Fälle blieb es 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 18 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	71
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	35
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	18
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	16
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	15
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	14
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	14
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	7
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	4
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	4
Tod oder schwerer Schaden durch Suizid/-versuch eines Patienten in stationärer Einrichtung	3
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	3
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit einem Unfall in einer medizinischen Einrichtung	3
Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde vor Nutzung nicht bemerkt	2
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	2
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	2
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten (Verwechslung!)	1
Tod oder schwerer Schaden durch eine Luftembolie	1
Entlassung eines hilflosen Patienten/Kindes aus stationärer Einrichtung in die Hände einer nicht autorisierten Person	1
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	1
Intravenöse Injektion eines epidural zu applizierenden Medikamentes	1
Fehlerhafte Applikation von Insulin	1
Opioid-Überdosierung bei einem nicht mit Opioiden vorbehandelten Patienten	1
Maternaler Tod oder schwerer Schaden im Geburtsverlauf in einer Versorgungseinrichtung ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	1
Künstliche Befruchtung mit falschem Samen/falschem Ei	1
Tod oder schwerer Schaden durch unersetzlichen Verlust von biologischem Material (z. B. eines Transplantats, einer Probe o.ä.)	1
Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit med. Versorgung (v.a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser)	1
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit der Fixierung eines Patienten	1
gesamt	225

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 2015 als solche bewertet wurden. Analog zur leicht gestiegenen Anzahl von Fehlern insgesamt hat auch die Anzahl der erfassten Never Events im Jahr 2015 leicht zugenommen (2014: n = 209).

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 als vermeidbar gelten durch bekannte Maßnahmen der Patientensicherheit (z. B. Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen). Never Events sind seltene Einzelereignisse, spielen jedoch eine besondere Rolle in der Sicherheitskultur. Das Auftreten eines Never Events zeigt dabei keineswegs einen besonders gravierenden Fehler eines Einzelnen an. Es weist vielmehr auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Schon ein einzelnes Ereignis kann somit einen unsicheren und entsprechend verbesserbaren Versorgungsprozess aufdecken. Unter anderem in den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind Never Events seit vielen Jahren definiert und werden regelhaft erfasst.

Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen. Dennoch fallen gut 7 % (225/3.156) der gutachterlich als kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden gesehenen Fehler auf die Never Events. Diese für Patienten und Personal besonders folgenschweren und belastenden Fehler können mit vergleichsweise einfachen und bekannten Methoden wirksam reduziert werden.

3 FAZIT

Zum zweiten Mal basiert diese Jahresstatistik auf einem neuen, medizinisch-inhaltlich verbesserten Datensatz. Die Veränderungen der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr fallen insgesamt gering aus. Aber auch das ist eine wichtige Erkenntnis, die zwei übergreifende Aussagen zulässt: Zum einen ist die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste in den tausenden Einzelfällen weiterhin von großer Bedeutung und stark nachgefragt. Zum anderen sind die Ergebnisse ein wichtiger Hinweis auf eine konsistente Datenerfassung.

Über die vergangenen Jahre hat die Anzahl der Begutachtungen deutlich zugenommen – die Anzahl der dabei bestätigten Fehler zuletzt auch. Als eine naheliegende Ursache der steigenden Begutachtungsfälle sehen wir die Wirkung des Patientenrechtegesetzes aus dem Jahr 2013. Patienten wissen zunehmend darüber Bescheid, wie sie im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts reagieren können und dass sie auf die Unterstützung durch die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst vertrauen dürfen. Ebenso zeigen die Ergebnisse des Jahres 2015 erneut auf, dass in drei von zehn vorgeworfenen Fällen ein Fehler gutachterlich festgestellt werden kann. In zwei von zehn Fällen wird der Vorwurf vollumfänglich bestätigt und der entstandene Schaden ist ursächlich auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Bei den vorgeworfenen Fällen und auch bei den festgestellten Fehlern stehen weiterhin operative Eingriffe im Fokus, gefolgt von der Befunderhebung.

Eine unmittelbare Aussagekraft über die Patientensicherheit in Deutschland oder eine Möglichkeit zu Rückschlüssen auf den Erfolg von Verbesserungsmaßnahmen mit Bezug zu Qualität und Sicherheit bieten diese Daten dennoch nicht. Darauf weisen wir an zahlreichen Stellen bewusst und ausdrücklich hin. Obwohl dies der umfangreichste veröffentlichte Datensatz ist, können weder aus diesem – noch aus anderen – solche Rückschlüsse gezogen werden. Auch dort, wo im Detail durchaus auffällige Änderungen vorliegen, sollten Interpretationen nur mit Zurückhaltung vorgenommen werden. Der Grund für diese Limitationen liegt darin, dass weder eine vollständige Erfassung aller in Deutschland anerkannten Behandlungsfehler besteht noch eine repräsentative. Die Anzahl, Art und zeitliche Entwicklung der Ergebnisse werden vom Vorwurfsverhalten der Patienten bei den verschiedenen Institutionen mitbestimmt und keineswegs nur vom tatsächlichen Geschehen in der Versorgung wesentlich beeinflusst.

Wir möchten mit dieser Jahresstatistik nicht nur die Leistungen und Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Medizinischen Diensten transparent machen, sondern auch im Sinne der Patientensicherheit aufzeigen, was flächendeckend möglich wäre. Denn nur fehlerbedingte Schäden, die erfasst und bekannt werden, sind auch an anderen Stellen in Zukunft wirksam zu verhindern. Vermeidbare Patientenschäden, die zwar für den Einzelfall reguliert werden, dann aber nur in Aktenarchiven verschwinden, können sich andernorts erneut ereignen. Gerade bei den oft folgenschweren – prinzipiell aber gut vermeidbaren – Never Events wäre es für alle Betroffenen wünschenswert, eine vollständige oder zumindest repräsentative Erfassung zu haben. Erst damit könnten Prioritäten für die Prävention sicher erkannt sowie eine Verlaufs- und Erfolgsbeobachtung der Präventionsmaßnahmen betrieben werden. Diese Denkweise und dieses Bestreben ist vielen Akteuren im Gesundheitswesen längst nicht mehr fremd. Der Weg hin zu einer Sicherheitskultur ist beschritten, in der die Transparenz zu fehlerbedingten Schäden nur eine grundlegende Selbstverständlichkeit für die Verbesserung der Patientensicherheit ist. Wir möchten uns als Medizinische Dienste weiter dafür einsetzen, dass der Blick auf Behandlungsfehler sowohl für die Klärung des Einzelfalles als auch für die positive Entwicklung der Patientensicherheit insgesamt eine wichtige Rolle spielt.