

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Jahresstatistik 2020



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

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München
Telefon: 089 67008-0
Telefax: 089 67008-444
E-Mail: Hauptverwaltung@md-bayern.de
Internet: www.md-bayern.de

Oktober 2021

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

seit 10 Jahren veröffentlicht der MDS eine Jahresstatistik zu den Ergebnissen der Behandlungsfehler-Begutachtungen der Medizinischen Dienste.

Wenn Versicherte vermuten, dass ein im Rahmen einer medizinischen Behandlung aufgetretener Schaden Folge eines Behandlungsfehlers sein könnte, können sie sich an ihre Krankenkasse wenden. Diese beauftragt in vielen Fällen den Medizinischen Dienst mit der Erstellung eines Gutachtens.

In dem Gutachten wird Stellung zu der Frage genommen, ob ein Behandlungsfehler festzustellen ist und ob dieser Behandlungsfehler in einem ursächlichen Zusammenhang zu dem beklagten Schaden steht. Das für den Versicherten kostenlose Gutachten kann den Betroffenen Klarheit darüber geben, inwieweit eine Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aussichtsreich sein könnte. Wird als Ergebnis der Begutachtung das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint, erleichtert es den Betroffenen die Einordnung und Bewältigung des Ereignisses als unabwendbare Komplikation.

Die Medizinischen Dienste tragen mit der Behandlungsfehler-Begutachtung auch einen Teil dazu bei, unser Gesundheitssystem sicherer zu machen. Nicht allein die Unterstützung von Patientinnen und Patienten, die von einem Behandlungsfehler betroffen sind, ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir wollen außerdem erreichen, dass sich einmal geschehene Fehler in der Zukunft nicht mehr wiederholen. Nur aus Fehlern, die man kennt, kann man auch lernen. Die systematische Aufarbeitung der gesammelten Daten ist uns deshalb ein wichtiges Anliegen.

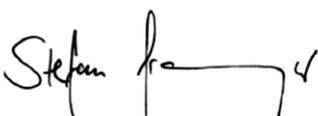
Es handelt sich bei der hier vorgelegten Jahresstatistik um den größten zusammenhängenden Datensatz zur Behandlungsfehler-Begutachtung in Deutschland. Dennoch zeigen die vorliegenden Zahlen nur einen kleinen Ausschnitt des Geschehens und sind keineswegs repräsentativ. Viele Behandlungsfehler bleiben also unentdeckt. Dies zu ändern ist eine gemeinsame Aufgabe für alle Akteure des Gesundheitswesens.

Die Herausforderungen der Coronavirus-Pandemie haben besonders deutlich gemacht, welch hohen Stellenwert ein funktionierendes Gesundheitssystem in unserer Gesellschaft hat. Damit einher geht eine zunehmende Wertschätzung der Arbeit, welche das Personal in medizinischen Einrichtungen im täglichen Kontakt mit Patientinnen und Patienten leistet.

Allen Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste danken wir dafür, dass sie sich in sorgfältiger und oft mühevoller Detailarbeit der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen widmen und ihre Ergebnisse für die bundeseinheitliche Darstellung aufbereiten.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, danken wir für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2020 und hoffen, dass wir damit Anregungen und Denkanstöße für mehr Patientensicherheit geben können.

Essen/München im Oktober 2021



Dr. Stefan Gronemeyer
Geschäftsführer des MDS



Prof. Dr. med. Astrid Zobel, MBA
Leitende Ärztin, Medizinischer Dienst Bayern

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 EINLEITUNG	5
1.1 Hintergrund	5
1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse.....	6
2 ERGEBNISSE	8
2.1 Übersicht.....	8
2.1.1 Haftungsvoraussetzungen	8
2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenkausalität	9
2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle	10
2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor.....	11
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden.....	12
2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht	13
2.2 Fachgebiete	14
2.2.1 Übersicht.....	14
2.2.2 Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle	15
2.3 Versorgungsebene/Ort	17
2.3.1 Übersicht.....	17
2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe	18
2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)	20
2.5 Verantwortungsbereich / Medizinischer Zusammenhang	22
2.5.1 Übersicht.....	22
2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde.....	23
2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)	24
2.7 Fehlerarten	26
2.8 Schaden.....	27
2.8.1 Übersicht.....	27
2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index).....	27
2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“).....	29
3 FAZIT.....	31

1 Einleitung

Der Medizinische Dienst unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse der Betroffenen. Sie ist interessen-neutral und für die Versicherten nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste aller Behandlungsfehlerwürfe an: Es werden sowohl stationäre als auch ambulante Fälle aus den Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege begutachtet.

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 seitdem weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens 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

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht nach den zum Behandlungszeitpunkt bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Untersuchung oder 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 und pflegerischen Versorgung, von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und auch die Dokumentation können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Geschädigte 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 Behandlungsfehlerwürfes 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 Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Durch den Medizinischen Dienst wird eine interne Begutachtung mit eigenen Sachverständigen veranlasst oder externe Fachärztinnen und Fachärzte werden mit der Begutachtung des Behandlungsfehlerwürfes beauftragt.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen Gutachterinnen und 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 Behandlungsfehlerwürfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, handschriftliche bzw. elek-

tronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls der Patientin oder des Patienten. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinverständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für Betroffene, sondern im Fall einer späteren Klage auch für die mit dem Fall juristisch Befassten sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers wird zusätzlich begutachtet, ob der Schaden, der von Patienten- oder Krankenkassen-Seite geltend gemacht wird, auch objektiv vorliegt. Anschließend wird die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden geprüft. Mit der Begutachtung wird aus medizinischer Sicht dargelegt, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der Sachverhalt insgesamt wird dabei gutachterlich neutral nachvollzogen und bewertet.

Die Beweispflicht liegt auf Seiten der Patientinnen und Patienten. In bestimmten Fällen, zum Beispiel bei Aufklärungsfehlern, Befunderhebungsfehlern, einem sogenannten groben Behandlungsfehler, einem Dokumentationsfehler oder bei einem Verstoß gegen das voll beherrschbare Risiko kann es im Einzelfall zu Beweiserleichterungen bzw. zur Beweislastumkehr kommen. Dies hätte beispielsweise zur Folge, dass ein festgestellter Behandlungsfehler im juristischen Verfahren schon ohne weiteren Nachweis als direkte Ursache für einen Schaden angenommen wird, es sei denn, medizinisch-wissenschaftliche Gründe sprächen absolut dagegen.

Damit sind die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. Zwar kann in der Mehrzahl der Fälle der bestehende Verdacht nicht bestätigt werden, aber gerade dieses Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Erläuterungen sind für betroffene Patientinnen und 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 Medizinischen Dienst 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 14.042 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2020) von einem der insgesamt 15 Medizinischen Dienste 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 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 Gemeinschaft der Medizinischen Dienste 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 Patientenseite und Leistungserbringern (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen) bzw. Haftpflichtversicherungen 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 Medizinischen Diensten nur in sehr geringem Maße überschneiden.

Verschiedene mit Patientensicherheit befasste Institutionen und Organisationen wie beispielsweise das Aktionsbündnis Patientensicherheit oder das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin als gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung weisen seit langem darauf hin, dass eine objektive und exakte Erfassung aller fehlerhafter Vorkommnisse im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen ein schwer erreichbares Ziel sei. Dies liegt unter anderem an der Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Methoden, welche der Erstellung eines zuverlässigen und vollständigen Datensatzes zur Häufigkeit vermeidbarer unerwünschter Ereignisse in der Medizin entgegensteht. Einzelne Strategien zur Fehlererfassung, auch die Statistiken der Medizinischen Dienste oder der Schlichtungs- bzw. Gutachterstellen der Ärztekammern, bilden nur einen kleinen Teilbereich aller Vorkommnisse ab.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen allerdings 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 im Weißbuch Patientensicherheit des APS (Aktionsbündnis Patientensicherheit) umfassend dargelegt.¹

Auch daraus ergibt sich, dass die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler oder für den Stand der Patientensicherheit angesehen werden können, unabhängig davon, wo sie vorgebracht werden.

¹ Matthias Schrappe. APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin. 617 Seiten. 2018 | 1. Auflage. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 978-3-95466-410-8 (ISBN).
Zum Download verfügbar unter: www.aps-ev.de, siehe u. a. Kapitel 3.4. „Der zentrale Begriff der Haftungslücke (litigation gap)“, Seite 301 ff.

2 Ergebnisse

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 14.042 vorgeworfenen Fälle:

Eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten ist zu prüfen!
Liegt ein **Fehler** vor, der einen **Schaden verursacht** hat?

Fehler: 4.099

Schaden: 3.550

Kausalität: 2.826

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

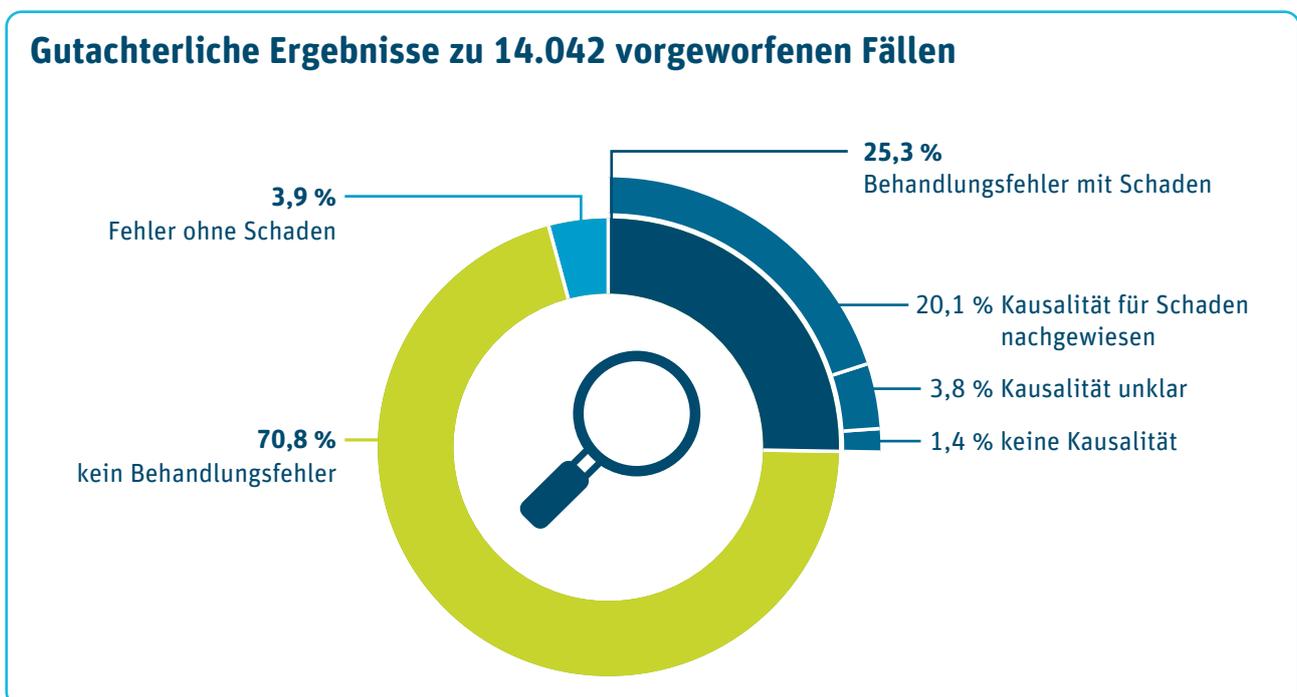
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und begründet sich in einem vermuteten Fehler. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet und schrittweise beantwortet, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl aufgeführt 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 etwas weniger Fälle begutachtet (2019: n = 14.553). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2019: n = 4.274), der Fehler mit Schaden (2019: n = 3.688) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2019: n = 2.953) ist ebenfalls leicht gesunken. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus jedoch keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden.

Jeder Fehler hat ein Schadenpotenzial, 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 nicht der Schaden im Fokus steht, sondern wo 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 ist eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenkausalität



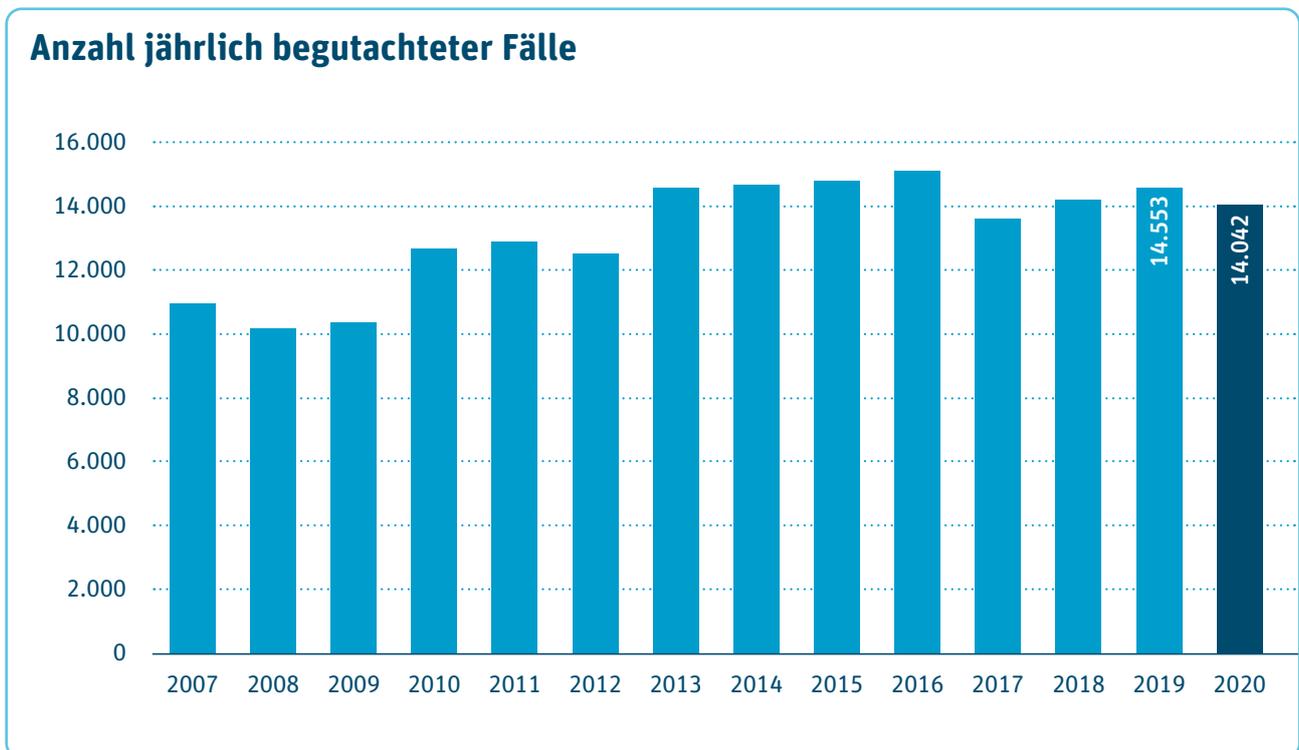
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Dunkelblau dargestellt sind hier die festgestellten Behandlungsfehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden stellt. Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler, welche keinen objektivierbaren Schaden zur Folge hatten. Hier entfällt die Frage nach dem Kausalzusammenhang. Ein von der Patientin / vom Patienten erhobener Vorwurf, der mit Haftungs- und Schadenersatzansprüchen verknüpft ist, kann dann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden. Hellgrün dargestellt sind die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt wurde.

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 welche die Kausalität des Fehlers für den Schaden nachweisen konnten („kausale Fehler“; n = 2.826 bzw. 20,1 % der begutachteten Vorwürfe) bieten der Patientin / dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weitere Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

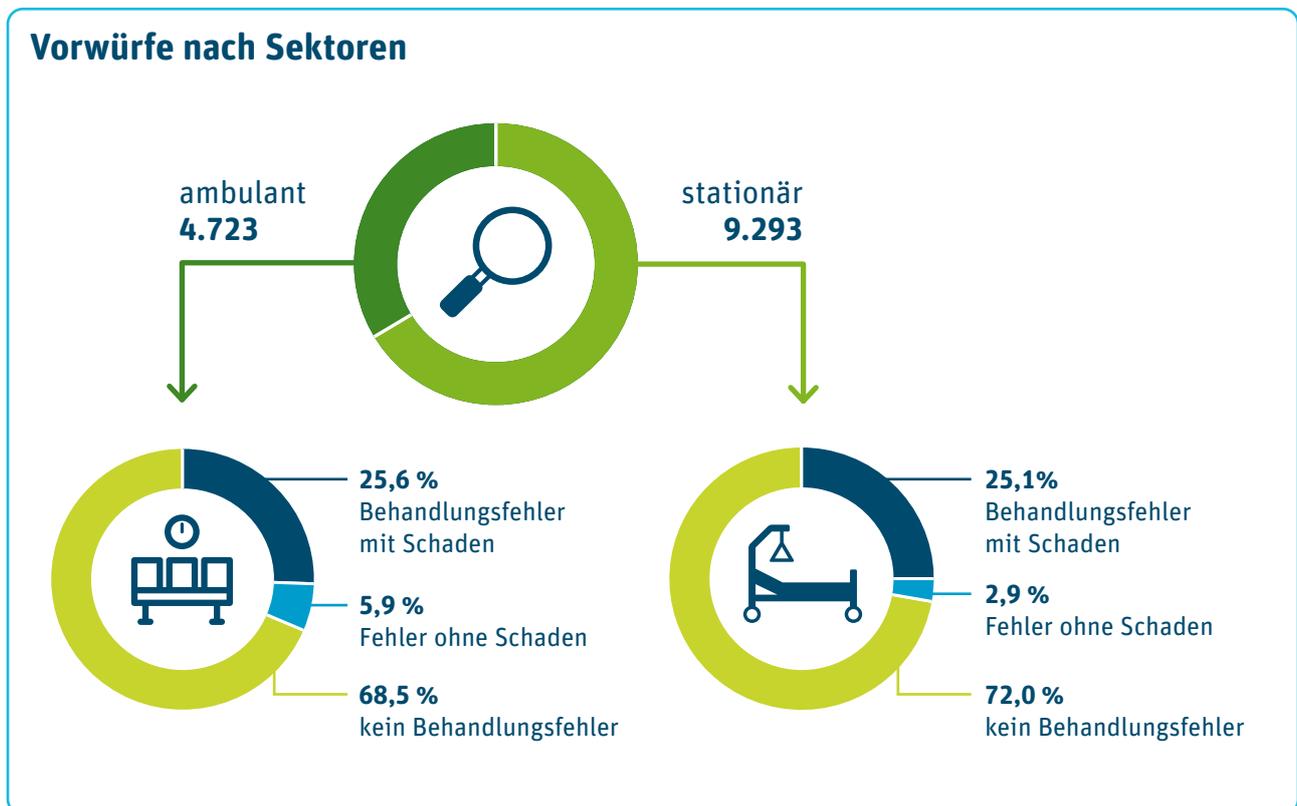
Die Zahl der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat erstmals im Jahr 2010 und – vermutlich verbunden mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der damit einhergehenden zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern – im Jahr 2013 ein zweites Mal sprunghaft zugenommen. Sie bewegt sich seitdem auf einem relativ konstanten Niveau mit jährlichen Schwankungsbreiten von ca. 3–10 %.

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 tatsächlich auftretenden Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl der begutachteten sowie der entschädigten bzw. bestätigten Behandlungsfehler wird nicht zentral 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 Patientinnen und Patienten erkennbaren Fehler hängt die Anzahl der Gutachten des Medizinischen Dienstes zu Behandlungsfehlervorwürfen vom Vorwurfsverhalten der Betroffenen und dem Umgang der Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer mit dem Fall ab. Melden sich Geschädigte nicht bei ihrer Krankenkasse, weil sie sich entweder nicht imstande fühlen ihre Ansprüche weiter zu verfolgen oder 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 eine Einigung zwischen Geschädigten, Leistungserbringern und Haftpflichtversicherungen erzielt wurde, erhält die Krankenkasse häufig keine Kenntnis von dem Fall. Zudem kann die Zahl der Begutachtungen weiteren – auch zufallsbedingten – Schwankungen unterworfen sein.

Ein Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Häufigkeit des Auftretens von Behandlungsfehlern bzw. die Zahl der in diesem Kontext möglicherweise erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

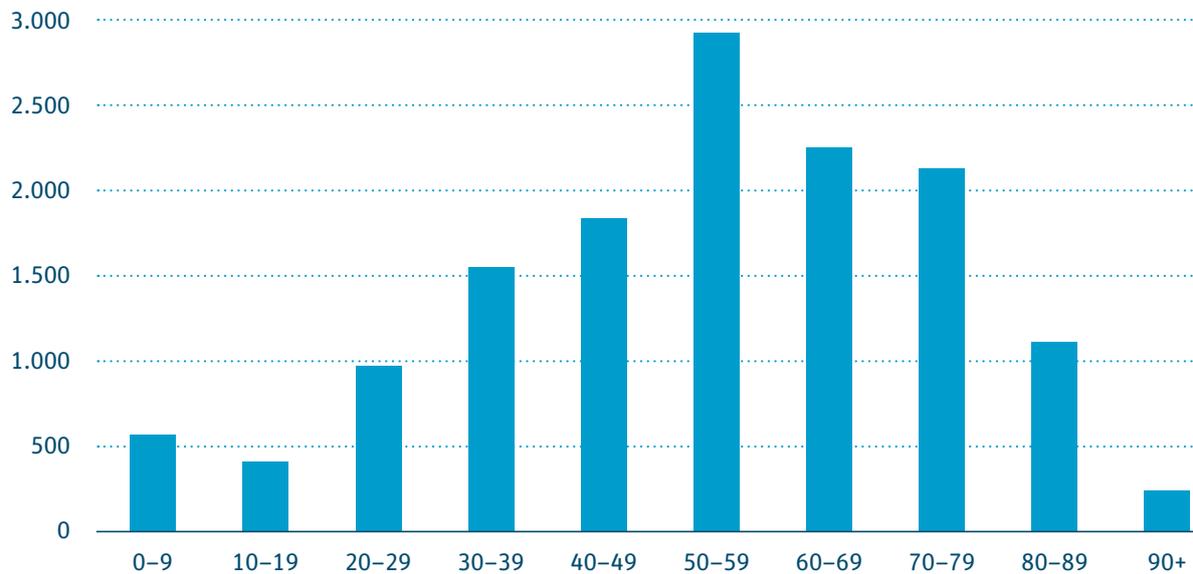
26 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. Mit dem aktuellen Bericht erfolgt erstmals eine Gruppierung der Behandlungsfehler in drei (statt wie bisher in zwei) Gruppen: Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann. 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

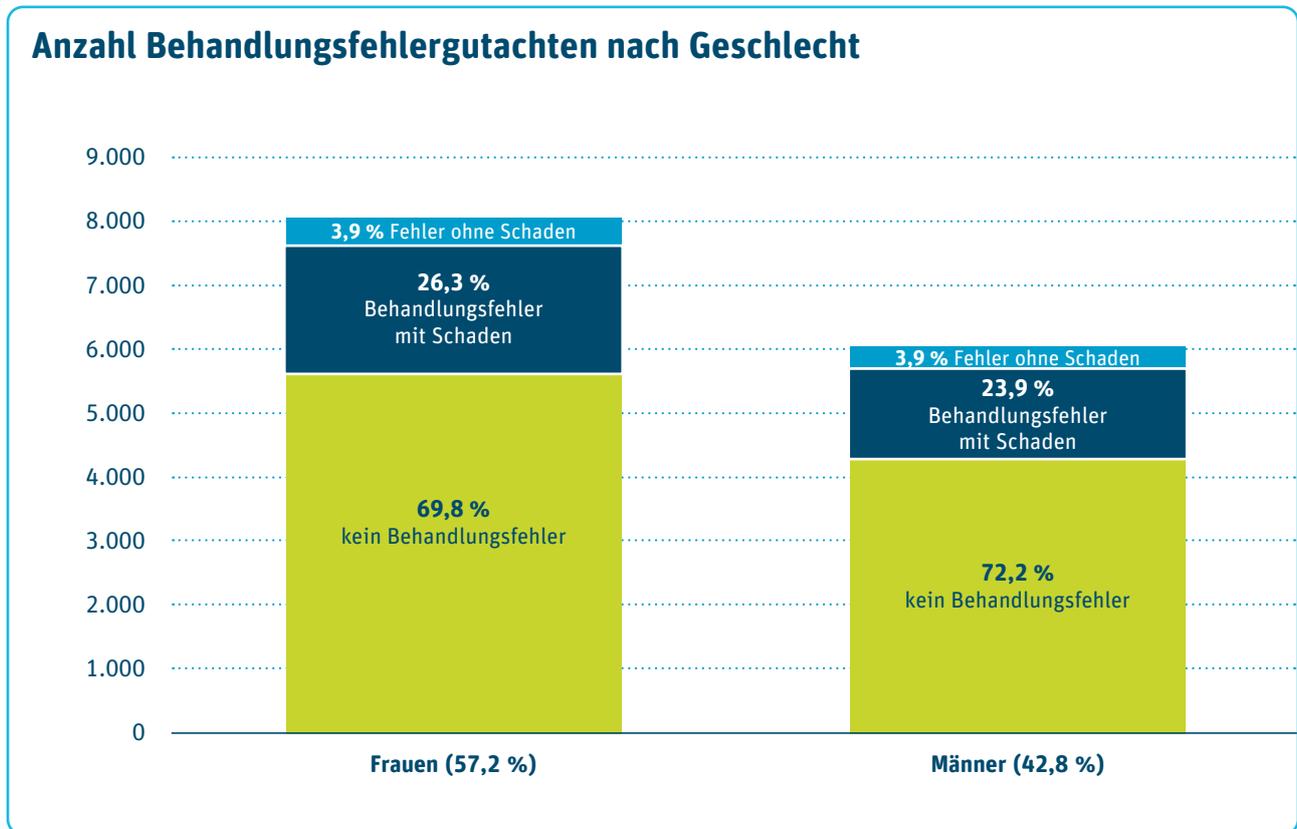
Fallzahlen bezogen auf die Altersdekade der Patientinnen und Patienten im Jahr des Ereignisses



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 dem aktuellen Bericht erfolgt erstmals eine Gruppierung der Behandlungsfehler in drei (statt wie bisher in zwei) Gruppen: Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann.

Mit leichten jährlichen Schwankungen zeigt sich über die vergangenen Jahre konstant, dass mehr Begutachtungen bei Patientinnen durchgeführt werden. Die Ursachen dafür sind nicht vollständig bekannt. Die Quote bestätigter Vorwürfe ist bei Frauen ebenfalls weiterhin geringfügig höher und deutet darauf hin, dass Frauen häufiger von Behandlungsfehlern betroffen sein könnten als Männer. Die Unterschiede können zu einem geringen Anteil durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erklärt werden.

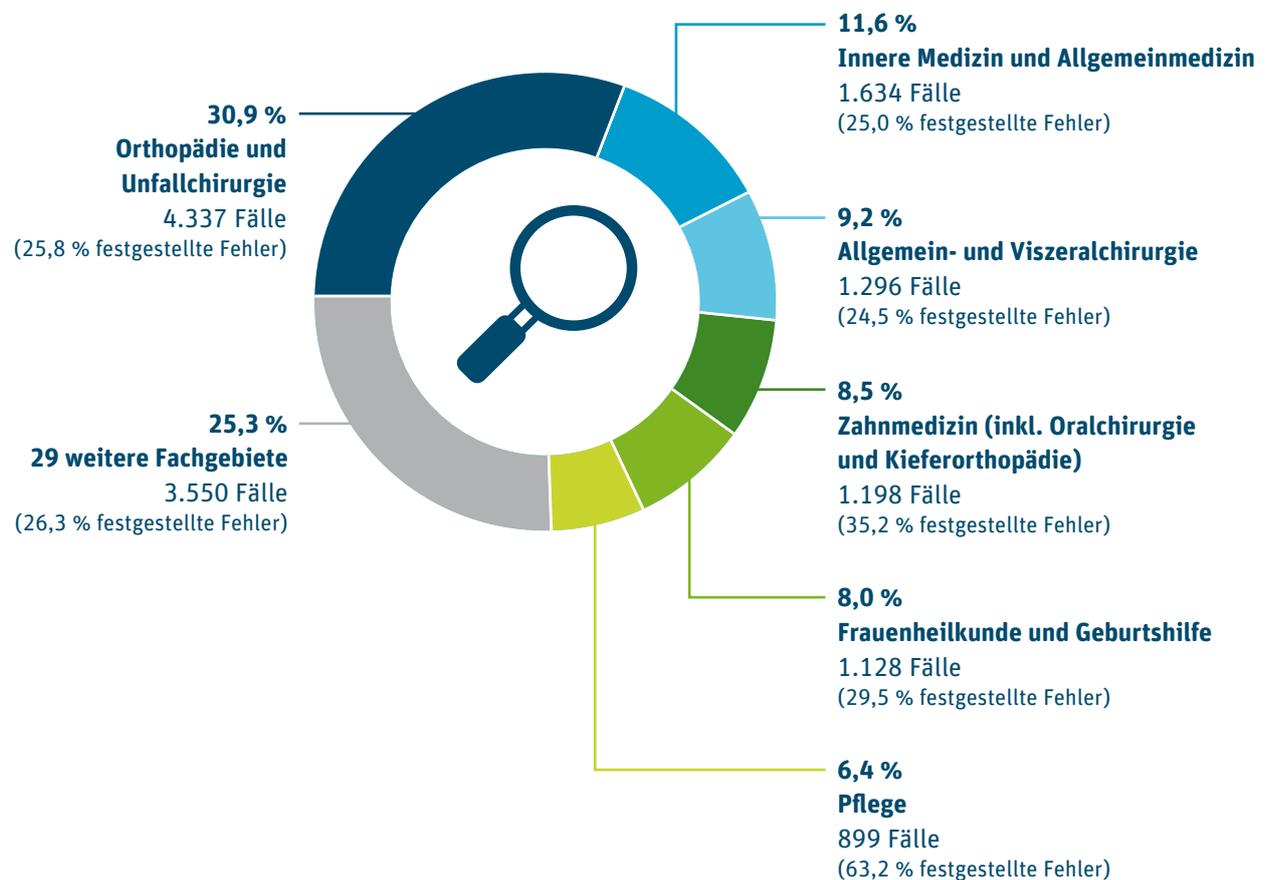
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber auch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. Zwar ist langjährig bekannt, dass sich Krankheitssymptome bei Männern und Frauen zum Teil deutlich unterscheiden können und dass Arzneimittel geschlechtsabhängig unterschiedlich verstoffwechselt werden, trotzdem werden geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Medizin bislang nicht ausreichend berücksichtigt: Der Begriff „Gender Data Gap“ beschreibt das Phänomen, dass medizinische Lehrbücher und Curricula nach wie vor häufig am männlichen „Standardpatienten“ ausgerichtet sind und Medikamentenstudien überwiegend auf männliche Probanden zurückgreifen.

Vor diesem Hintergrund wird die Forderung nach einer systematischen Erfassung von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (Never Events) umso dringlicher. Wenn verlässliche Daten zur Häufigkeit des Auftretens von Behandlungsfehlern vorliegen, können auch geschlechtsspezifische Unterschiede analysiert und die entsprechenden Risiken behoben werden.

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete (gruppiert)



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

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Orthopädie und Unfallchirurgie	4.337	1.117	25,8 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.128	333	29,5 %
Zahnmedizin	1.058	379	35,8 %
Pflege	899	568	63,2 %
Viszeralchirurgie	660	171	25,9 %
Allgemeinchirurgie	636	146	23,0 %
Innere Medizin	633	140	22,1 %
Neurochirurgie	492	124	25,2 %
Augenheilkunde	389	110	28,3 %
Urologie	380	97	25,5 %
Gefäßchirurgie	336	80	23,8 %
Allgemeinmedizin	289	74	25,6 %
Innere Medizin und Kardiologie	282	101	35,8 %
HNO-Heilkunde	277	50	18,1 %
Neurologie	250	64	25,6 %
Anästhesiologie	233	62	26,6 %
Innere Medizin und Gastroenterologie	205	38	18,5 %
Kinder- und Jugendmedizin	188	67	35,6 %
Herzchirurgie	187	28	15,0 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	130	46	35,4 %
Radiologie	126	66	52,4 %
Psychiatrie und Psychotherapie	123	16	13,0 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	110	17	15,5 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	99	26	26,3 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	95	25	26,3 %
Kieferorthopädie	76	22	28,9 %
Oralchirurgie	64	21	32,8 %
Kinderchirurgie	62	34	54,8 %
Thoraxchirurgie	56	10	17,9 %
Innere Medizin und Nephrologie	51	12	23,5 %
Innere Medizin und Pneumologie	30	6	20,0 %
Innere Medizin und Angiologie	21	5	23,8 %
Innere Medizin und Rheumatologie	13	4	30,8 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	13	1	7,7 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	11	2	18,2 %
Nuklearmedizin	10	1	10,0 %
Strahlentherapie	10	4	40,0 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Pathologie	9	3	33,3 %
Pharmakologie und Toxikologie	8	3	37,5 %
Hygiene und Umweltmedizin	6	1	16,7 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4	1	25,0 %
Arbeitsmedizin	2	0	0,0 %
Transfusionsmedizin	2	0	0,0 %
Humangenetik	1	1	100,0 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	1	0	0,0 %
Laboratoriumsmedizin	1	1	100,0 %
Neuropathologie	1	0	0,0 %
Klinische Pharmakologie	1	0	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	0	/
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	0	0	/
Sonstige (z. B. Pharmakologie)	47	22	46,8 %

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 denen der Vorjahre. Es sind zwar vereinzelt auch auffällige Änderungen bei den Fällen / festgestellten Fehlern im direkten Vergleich mit dem Vorjahr (2019) festzustellen, z. B. Abnahmen in der Viszeralchirurgie (Fälle: –6,3 % / festgestellte Fehler: +4,3 %), in der Orthopädie und Unfallchirurgie (Fälle: –7,0 % / festgestellte Fehler: –16,7 %) oder in der Inneren Medizin (Fälle: –3,1 % / festgestellte Fehler: +4,5 %). Dennoch können hier zahlreiche unsystematische und zufällige Einflussfaktoren vorliegen. Angesichts der beschriebenen Grundlagen der Datenerhebung können aus der Momentaufnahme keine direkten Rückschlüsse auf die Entwicklung der Patientensicherheit und der Qualität in einem Fachgebiet gezogen werden. Die Daten können lediglich als Anhaltspunkt für weitere Untersuchungen dienen.

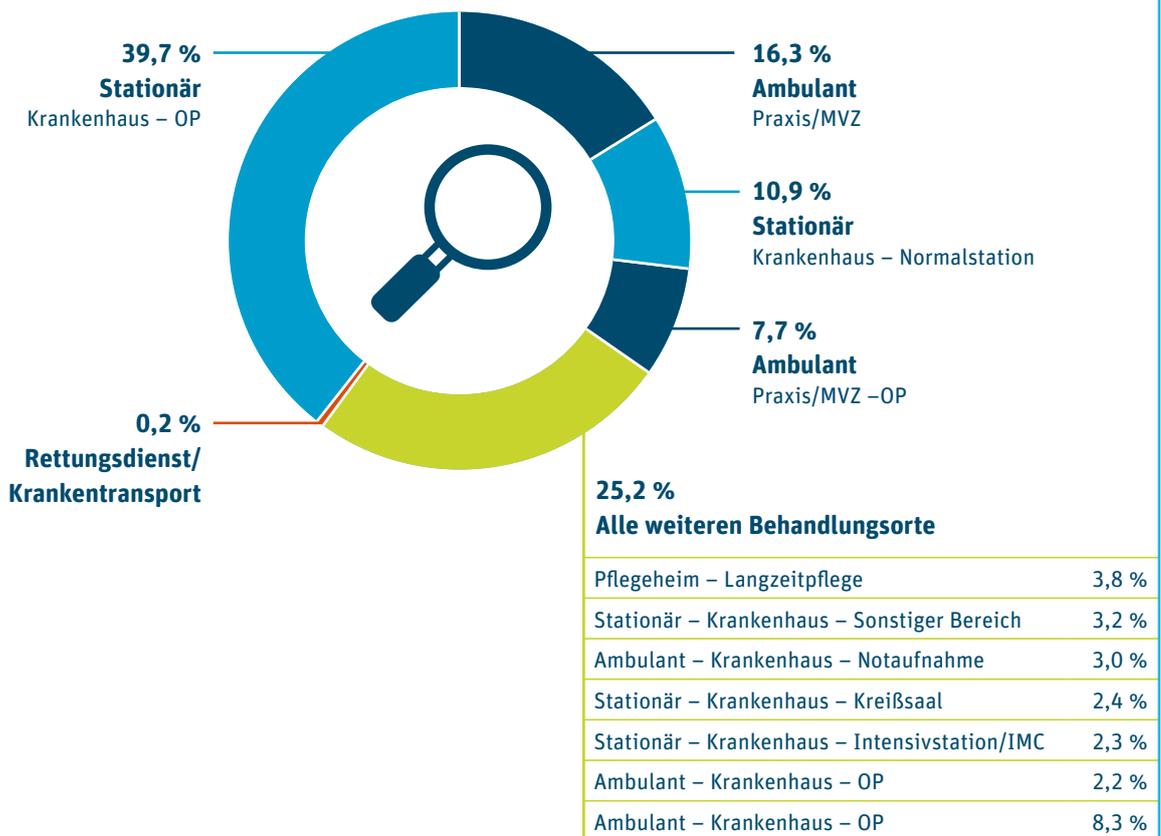
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine stärkere Gefährdung oder eine größere Fehlerhäufigkeit lassen sich daraus 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 höhere Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies grundsätzlich darauf zurück, dass Pflegefehler und Fehler in der Zahnbehandlung für Patientinnen und Patienten anhand der vorliegenden Beschwerden einfacher erkennbar sind. Auch die Höhe dieser Quote ist deshalb kein Hinweis auf eine besondere Gefährdung in einem Fachgebiet.

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Ambulant	Praxis/MVZ – sonstiger Bereich	2.288	731	31,9 %
	Praxis/MVZ – OP	1.077	319	29,6 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	420	158	37,6 %
	Krankenhaus – OP	314	86	27,4 %
	Sonstiger Bereich	303	96	31,7 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	175	49	28,0 %
	Hausbesuch	43	9	20,9 %
	Häusliche Pflege	37	11	29,7 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	23	12	52,2 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	17	6	35,3 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	11	5	45,5 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	6	3	50,0 %
	Geburtshaus	5	4	80,0 %
	Hausgeburt	4	1	25,0 %
Stationär	Krankenhaus – OP	5.572	1.240	22,3 %
	Krankenhaus – Normalstation	1.536	503	32,7 %
	Pflegeheim – Langzeitpflege	536	359	67,0 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	451	122	27,1 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	337	105	31,2 %
	Krankenhaus – Intensivstation/IMC	324	95	29,3 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	209	75	35,9 %
	Rehaklinik	145	41	28,3 %
	Sonstiger Bereich	122	34	27,9 %
	Pflegeheim – Kurzzeitpflege	37	21	56,8 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	19	5	26,3 %
	Krankenhaus – Innerklinischer Transport	4	0	0,0 %
	Geburtshaus	1	1	100,0 %
Rettungsdienst/Krankentransport		26	8	30,8 %

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 Gutachterinnen und Gutachter nehmen eine Einschätzung vor, welchem Behandlungsort der vorgeworfene Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es bei der Begutachtung nicht möglich, dies exakt zu differenzieren, sodass Ungenauigkeiten entstehen können bzw. der Behandlungsort „Sonstiger Bereich“ im jeweiligen Versorgungssektor ausgewählt wurde. „Sonstige

Bereiche“ können aber auch Labore, Funktionsbereiche (z. B. Endoskopie, Poliklinik) und weitere sein. Der prozentuale Anteil der festgestellten Fehler ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Wie sich in Abschnitt 2.2 zeigte, steht ein erheblicher Teil der Vorwürfe sowie der festgestellten Fehler weiterhin im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten. Ähnlich betreffen die Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler auch räumlich häufig den Operationsbereich, insbesondere im stationären Sektor.

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

Übersicht der häufigsten Behandlungsanlässe (korrekte ex-post-Diagnose²) mit Vorwürfen

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M16	Hüftgelenksverschleiß	520	117	22,5 %
M17	Kniegelenksverschleiß	519	91	17,5 %
K02	Zahnkaries	359	135	37,6 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	355	127	35,8 %
S72	Bruch des Oberschenkels	297	105	35,4 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	230	124	53,9 %
S82	Bruch des Unterschenkels	230	75	32,6 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	212	53	25,0 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	191	66	34,6 %
M54	Rückenschmerzen	190	49	25,8 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	182	61	33,5 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	175	38	21,7 %
H25	Grauer Star	168	37	22,0 %
S52	Bruch des Unterarmes	159	57	35,8 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	158	43	27,2 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	150	46	30,7 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	138	35	25,4 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	137	38	27,7 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	135	30	22,2 %
K80	Gallensteine	133	27	20,3 %
K40	Leistenhernie	128	29	22,7 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	127	53	41,7 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	125	21	16,8 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	123	22	17,9 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	122	31	25,4 %
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	110	74	67,3 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	108	40	37,0 %
C50	Brustkrebs	106	41	38,7 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	103	31	30,1 %
M19	Sonstige Arthrose	92	14	15,2 %

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.

² Als „Ex-Post-Diagnose“ wird die Diagnose bezeichnet, welche letztendlich durch den Gutachter festgelegt wurde.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

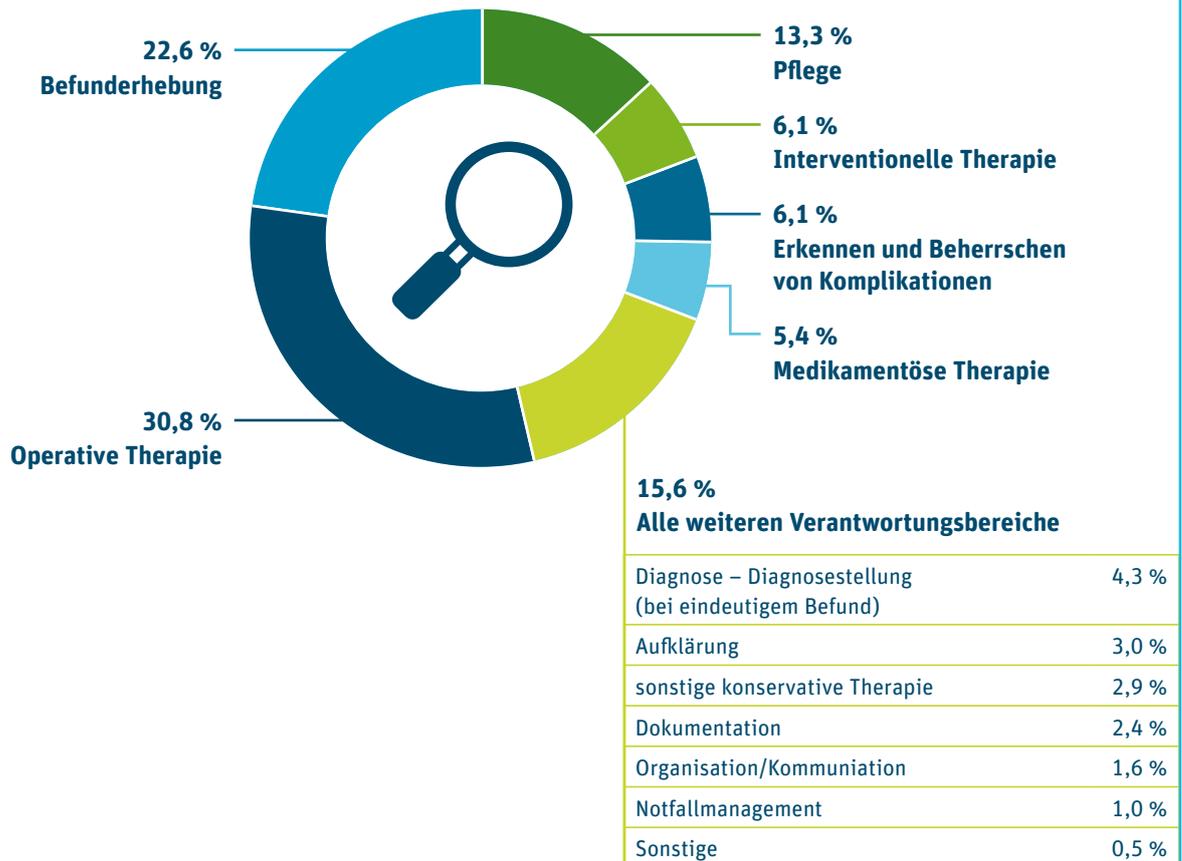
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 41,2 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 2,9 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.031 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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 an, 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

Fehler nach führendem Verantwortungsbereich



2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang		Fälle	festgestellte Fehler	Quote	
Diagnose	Befunderhebung	2.260	927	41,0 %	
	davon	Bildgebung	665	336	50,5 %
		körperliche Untersuchung	431	221	51,3 %
		diagnostische Intervention	260	90	34,6 %
		Labor	107	60	56,1 %
Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	437	177	40,5 %		
Aufklärung		212	122	57,5 %	
Therapie	Medikamentöse Therapie	686	221	32,2 %	
	davon	Dosierung	112	44	39,3 %
		Applikation(sweg)	75	26	34,7 %
		bekannte Allergie	27	16	59,3 %
		Verwechslung	17	10	58,8 %
	Operative Therapie	6.355	1.261	19,8 %	
	davon	OP-Technik	4.512	752	16,7 %
		Nachsorge	366	104	28,4 %
		Lagerung	101	37	36,6 %
	Intervention	1.192	252	21,1 %	
	davon	Technik der Durchführung	619	81	13,1 %
		Nachsorge	53	16	30,2 %
		Lagerung	35	16	45,7 %
sonstige konservative Therapie	708	117	16,5 %		
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen		886	251	28,3 %	
Notfallmanagement		115	41	35,7 %	
davon	Notfallsituation zu spät erkannt	28	13	46,4 %	
	zu spät erforderliche Maßnahme eingeleitet / Hilfe geholt	20	10	50,0 %	
	Atemwegsmanagement/Beatmung	18	6	33,3 %	
	Reanimation	12	6	50,0 %	
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	3	1	33,3 %	
	mangelhafte Blutungskontrolle	1	1	100,0 %	
Pflege		906	547	60,4 %	
davon	Durchführung	753	444	59,0 %	
	Planung	153	103	67,3 %	
Organisation/Kommunikation		97	66	68,0 %	
davon	Schnittstellenmanagement	41	34	82,9 %	
	Entlassungsmanagement	11	9	81,8 %	
Dokumentation		113	97	85,8 %	
Hygiene		23	1	4,3 %	
Medizinprodukte*		52	19	36,5 %	

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 Anwender bei ordnungsgemäßem Gebrauch auf die Sicherheit des Produktes vertrauen können müssen. 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	festgestellte Fehler
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	144
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	112
5-233	Zahnersatz	100
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	84
5-230	Zahntfernung	61
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	61
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben	54
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	53
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	40
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	39
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	38
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	36
5-683	Entfernung der Gebärmutter	34
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	32
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	31
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	31
5-786	Operative Knochenverbindungen (Osteosynthese) an anderen Knochen (Zusatzcode)	29
5-231	Operative Zahntfernung (durch Osteotomie)	28
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	28
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	27
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	26
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	24
5-470	Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie)	23
5-530	Verschluss einer Leistenhernie	22
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	22
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	22
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	21
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	20
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	20
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	19

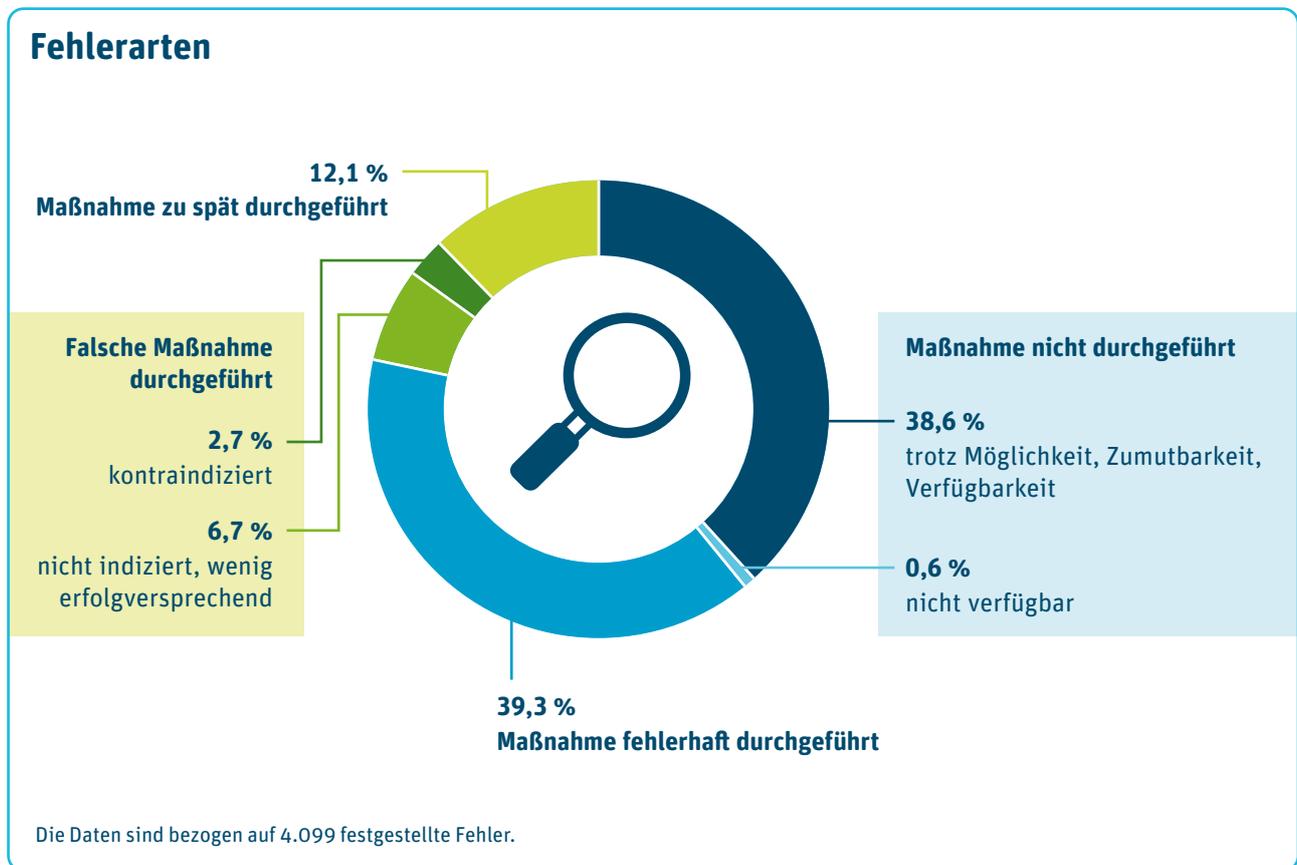
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.489 Fällen (32,0 %) 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 1.519 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, sodass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 19-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.281 Fälle von allen Fehlern aus (31,3 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 18 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 486 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

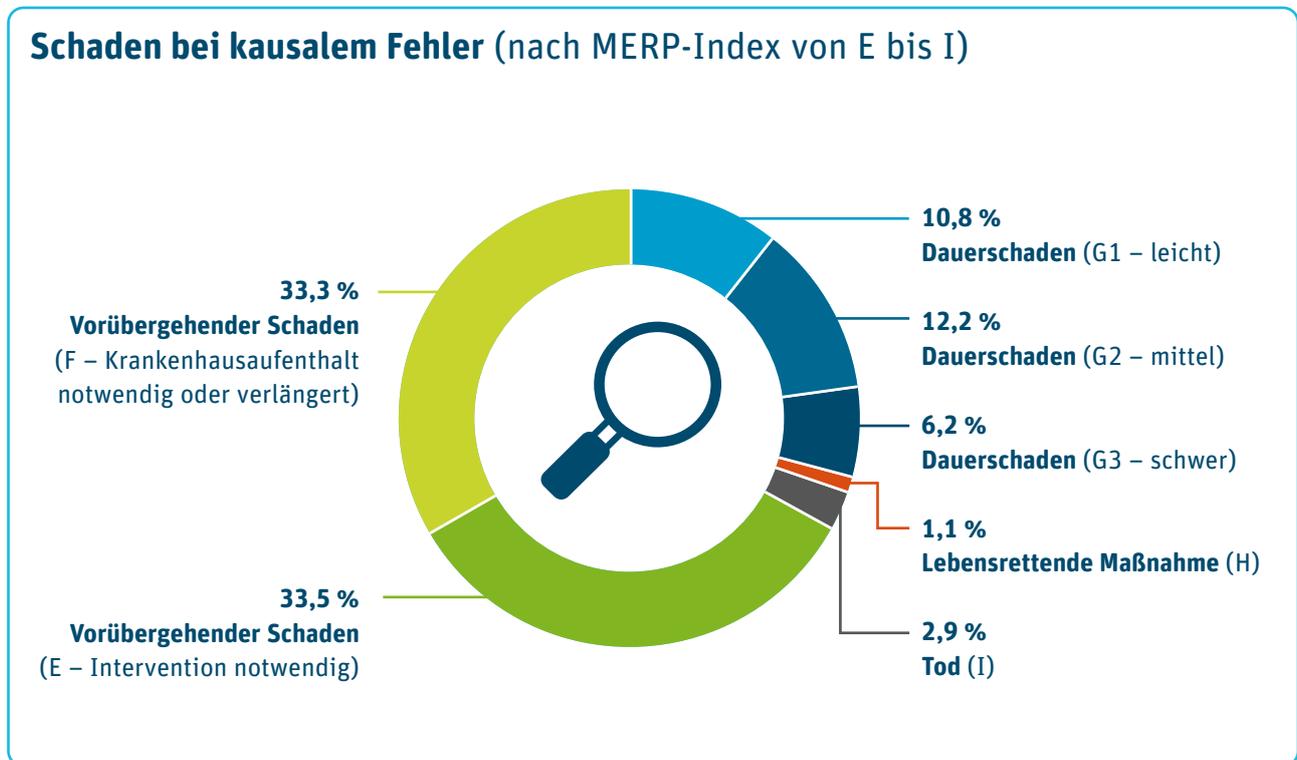


Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (39,2 %) oder fehlerhaft (39,3 %) 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 9,4 % keine herausragende Rolle. Etwas häufiger (12,1 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend 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)	1.133	946	83,5 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.191	941	79,0 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	398	305	76,6 %
	mittel (G2)	435	346	79,5 %
	schwer (G3)	231	174	75,3 %
Lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		42	32	76,2 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		120	82	68,3 %
Gesamt		3.550	2.826	79,6 %

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreitete „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 die Patientin / den Patienten nicht in relevanter Weise im Alltag oder Berufsleben behindert.
- Ein Dauerschaden ist als „mittel“ zu bezeichnen, wenn er die Patientin / den Patienten zwar erkennbar einschränkt, der oder die Betroffene 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 die Patientin / der Patient im Alltag sowie in der normalen Lebensführung wesentlich beeinträchtigt ist und/oder täglich die Hilfe anderer Personen dafür benötigt.

Im Vergleich zu den Vorjahren sind nur kleine Änderungen erkennbar.

Drei Viertel der für einen Schaden kausalen Behandlungsfehler haben zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In vier von fünf Fällen (79,6 %) 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 Schadenfolgen. Sofern bei verstorbenen Patientinnen/Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (68,3 %). In 28 dieser 120 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um Schwerstkranken, bei denen in einer komplexen Situation bereits mehrere Umstände im Krankheitsverlauf vorliegen, die höchste Lebensgefahr bedeuten und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben führen. In 10 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben	49
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	29
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	8
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	5
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	5
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	3
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	1
Entlassung eines hilflosen Patienten/Kindes aus stationärer Einrichtung in die Hände einer nicht autorisierten Person	1
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	1
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	1
Fehlerhafte Applikation von Insulin	1
Opioid-Überdosierung bei einem nicht mit Opioiden vorbehandelten Patienten	1
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	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 Gutachterinnen und 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 die Vorwürfe, die im Jahr 2020 bei der Begutachtung 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 des Auftretens von 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 wird und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangt. 4,2 % (120/2.826) 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 2020, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

Diese für alle Beteiligten – Geschädigte und Personal – besonders folgenschweren und belastenden Fehler können mit vergleichsweise einfachen und bekannten Methoden wirksam reduziert werden.

3 Fazit

Die Jahresstatistik der Medizinischen Dienste über die Behandlungsfehlerbegutachtung des Vorjahres liegt nun im zehnten Jahr in Folge vor. Damit bieten wir Transparenz über die Anzahl, die Inhalte und die Ergebnisse in diesem wichtigen Begutachtungsfeld.

Die Arbeit der Medizinischen Dienste in diesem Begutachtungsfeld ist weiterhin stark gefragt und wir werten dies als Zeichen des Vertrauens in unsere unabhängige und neutrale Arbeit. Durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes erlangen jedes Jahr Patientinnen und Patienten in vielen tausenden Einzelfällen Gewissheit, ob ein Gesundheitsschaden durch einen Fehler in der Behandlung verursacht wurde oder nicht. Diese kostenfreie Unterstützung kann beruhigen und Vertrauen wiederherstellen. Im Falle einer Bestätigung des Fehlerverdachtes kann das Gutachten des Medizinischen Dienstes eine wichtige Voraussetzung für Schadenersatzforderungen, Schmerzensgeld und eine faire Regulierung sein.

Die Medizinischen Dienste sehen immer wieder ähnliche bzw. dieselben Fehlerkonstellationen in der Begutachtung. Aus den einzelnen Fällen können alle Beteiligten lernen. Die Daten liefern Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen und für die Fehlerprävention in Abteilungen, Praxen oder Fachgebieten. Die Verteilung der begutachteten Fälle auf die medizinischen Fachgebiete, auf die Zahnmedizin und die Pflege bildet sich seit Jahren ähnlich ab, genauso wie die Anteile der bestätigten Vorwürfe und der gutachterlich als kausal bestätigten Fehler. Im Fokus stehen zwar tendenziell solche Fachgebiete, Operationen und Versorgungsmaßnahmen, bei denen zum einen hohe Fallzahlen in der Versorgung geleistet werden, zum anderen am einfachsten Fehler zu vermuten oder zu erkennen sind. Das bedeutet aber nicht, dass in diesen zumeist operativen/chirurgischen Fachgebieten auch die höchste Gefährdung zu verzeichnen wäre. In konservativen Fachgebieten oder beispielsweise in der Intensivmedizin ist es für die Patientinnen und Patienten oftmals schwieriger, Fehler zu erkennen. Daher werden Vorwürfe in diesen Bereichen vermutlich seltener erhoben.

Die transparenten Informationen und Erkenntnisse zu den Fall- und Fehlerkonstellationen sowie die Tatsache, dass dies der größte jährlich veröffentlichte Datensatz zu Behandlungsfehlern in Deutschland ist, werden gerne verwechselt mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen. Dann werden solche Daten fälschlicherweise als „Maßstab“ für die Häufigkeit oder Seltenheit von Behandlungsfehlern und damit für die Patientensicherheit herangezogen. Behandlungsfehlervorwürfe, die bei einem Medizinischen Dienst im Auftrag einer Krankenkasse begutachtet werden, und tatsächlich vorgekommene Behandlungsfehler – das sind zwei verschiedene Aspekte. Unsere Daten aus der Begutachtung sind genauso wenig repräsentativ für tatsächlich auftretende Fehler in der Versorgung wie Daten anderer Institutionen. Wir berichten über die Inanspruchnahme eines gesetzlich verankerten Angebotes an Patientinnen und Patienten und nicht über die Entwicklung der Art und Anzahl von Behandlungsfehlern bzw. der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse in Deutschland. Es ist uns wichtig, dies zu betonen. An dieser Stelle tritt ein Erkenntnisdefizit im deutschen Gesundheitswesen erneut hervor, auf das wir seit Jahren ebenfalls hinweisen: Es ist unklar, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland tatsächlich entwickelt. Eine Ursache dafür ist, dass es kein verbindliches Monitoring für Behandlungsfehler bzw. vermeidbare unerwünschte Ereignisse gibt. Unsere Daten zeigen einen Handlungsbedarf auf.

Wir möchten uns weiter dafür einsetzen, dass Behandlungsfehler nicht ausschließlich als haftungsrechtlich zu lösende Einzelfälle gesehen werden. Behandlungsfehler stellen auch für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte und weitere Beteiligte ein großes Problem dar und können nicht losgelöst vom Versorgungsgeschehen betrachtet werden. Jeder Fehler muss im Sinne einer künftigen Fehlervermeidung zählen. Als Medizinische Dienste möchten wir weiterhin darauf hinarbeiten und dazu beitragen, systematisches Lernen aus Fehlern zu erreichen.