

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Jahresstatistik 2021



IMPRESSUM

Herausgeber:

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München
Telefon: 089 159060 5555
E-Mail: info@md-bayern.de
Internet: www.md-bayern.de

Juni 2022

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

wir alle kommen im Laufe unseres Lebens mit einer Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheitssystems in Kontakt. Das Ziel einer möglichst risikoarmen Gesundheitsversorgung in einem zunehmend komplexer und schneller werdenden Medizinbetrieb ist somit ein Thema, welches alle betrifft. Die Medizinischen Dienste veröffentlichen deshalb seit über 10 Jahren Jahresstatistiken zu den Ergebnissen ihrer Behandlungsfehler-Begutachtungen. Neben einer transparenten Darstellung der Begutachtungsergebnisse, ist uns die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins für die Belange und den Stellenwert der Patientensicherheit ein zentrales Anliegen. Außerdem sollen die Ergebnisse der Begutachtung dazu herangezogen werden können, Behandlungsprozesse zu verbessern und künftige Fehler zu vermeiden.

Allerdings muss auch die begrenzte Aussagekraft dieser Datenerhebung berücksichtigt werden. So bieten die Zahlen der Medizinischen Dienste nur einen kleinen und unvollständigen Einblick in das Gesamtgeschehen und sind keineswegs repräsentativ für die Bewertung der Patientensicherheit im deutschen Gesundheitssystem. Unsere jährlichen Zahlen und Ergebnisse können jedoch als Impuls für weitere Entwicklungen verstanden werden.

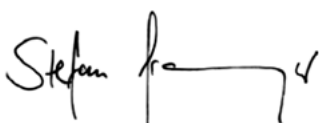
Der Anspruch, sich mit einem Behandlungsfehlerverdacht an die eigene Krankenkasse zu wenden, ist gesetzlich verankert. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Medizinischen Dienst mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen und unterstützen damit die Versicherten. Im Jahr 2021 wurden von den Medizinischen Diensten mehr als 13.000 Gutachten zu einem Behandlungsfehlerverdacht erstellt. Wie in den Jahren zuvor liegt auch im aktuellen Berichtszeitraum die Quote bestätigter Fehler, die auch ursächlich für den beklagten Schaden waren, bei ca. 20 Prozent der Verdachtsfälle.

Dass sich an diesen Zahlen in den vergangenen Jahren nicht viel geändert hat, zeigt aus unserer Sicht einen Handlungsbedarf auf. Zwar scheint die Thematik in der Gesundheitsversorgung zunehmend in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit zu gelangen, jedoch sind die aus unseren Gutachten und Berichten ableitbaren Forderungen nach mehr Behandlungssicherheit noch nicht im gewünschten Maß im Versorgungsalltag angekommen. Unser Anliegen ist es, mit der Jahresstatistik 2021 zur Behandlungsfehler-Begutachtung einen erneuten Anstoß zu weitreichenderen Veränderungen zu geben, welche die Situation für alle Betroffenen – Behandelnde und Versicherte – verbessern und Risiken minimieren.

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

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, danken wir für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2021 und hoffen, dass wir damit Anregungen und Denkanstöße für mehr Patientensicherheit geben können.

Essen/München im Juni 2022



Dr. Stefan Gronemeyer

Vorstandsvorsitzender, Medizinischer Dienst Bund



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 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 Medizinische Dienst Bund.

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 13.050 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2021) 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 begutachteten Fälle 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 13.050 vorgeworfenen Fälle:

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

Fehler: 3.665

Schaden: 3.222

Kausalität: 2.709

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

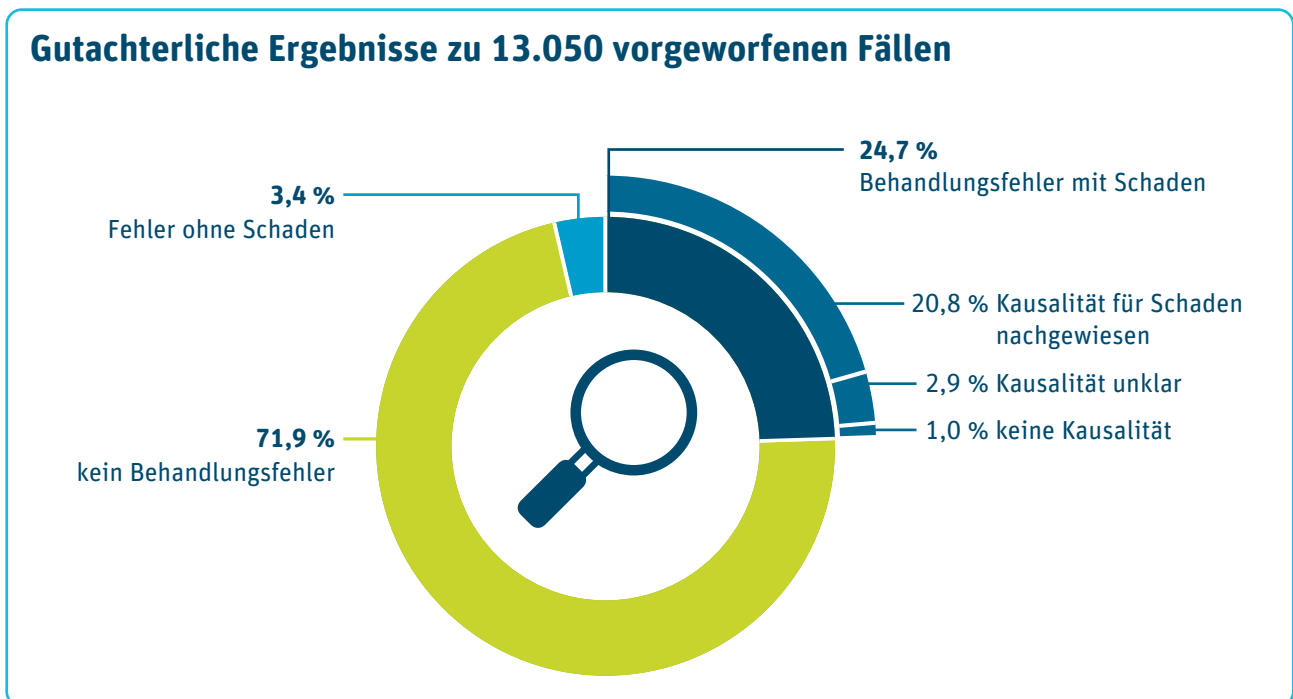
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und begründet sich in einem vermuteten Fehler. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet und schrittweise beantwortet, ob 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 (2020: n = 14.042). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2020: n = 4.099), der Fehler mit Schaden (2020: n = 3.550) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2020: n = 2.826) 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



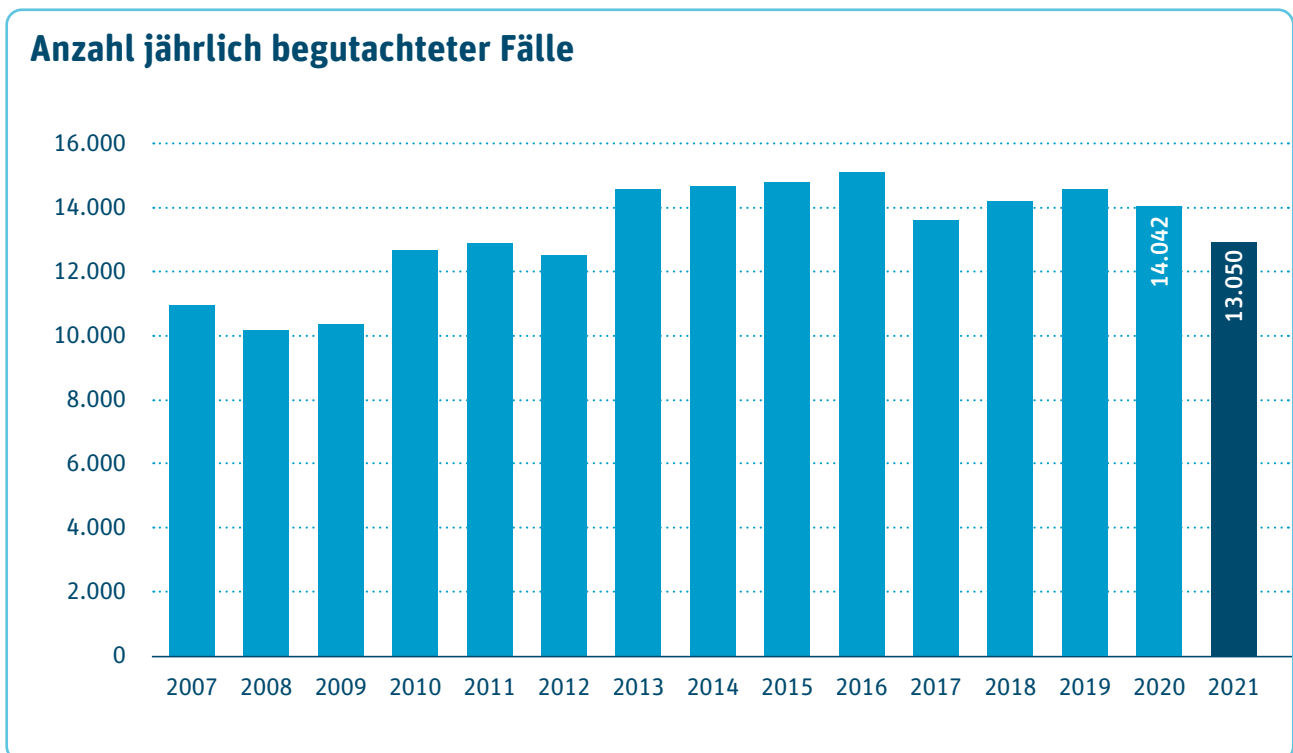
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

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 = 2.709 bzw. 20,8 % 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:

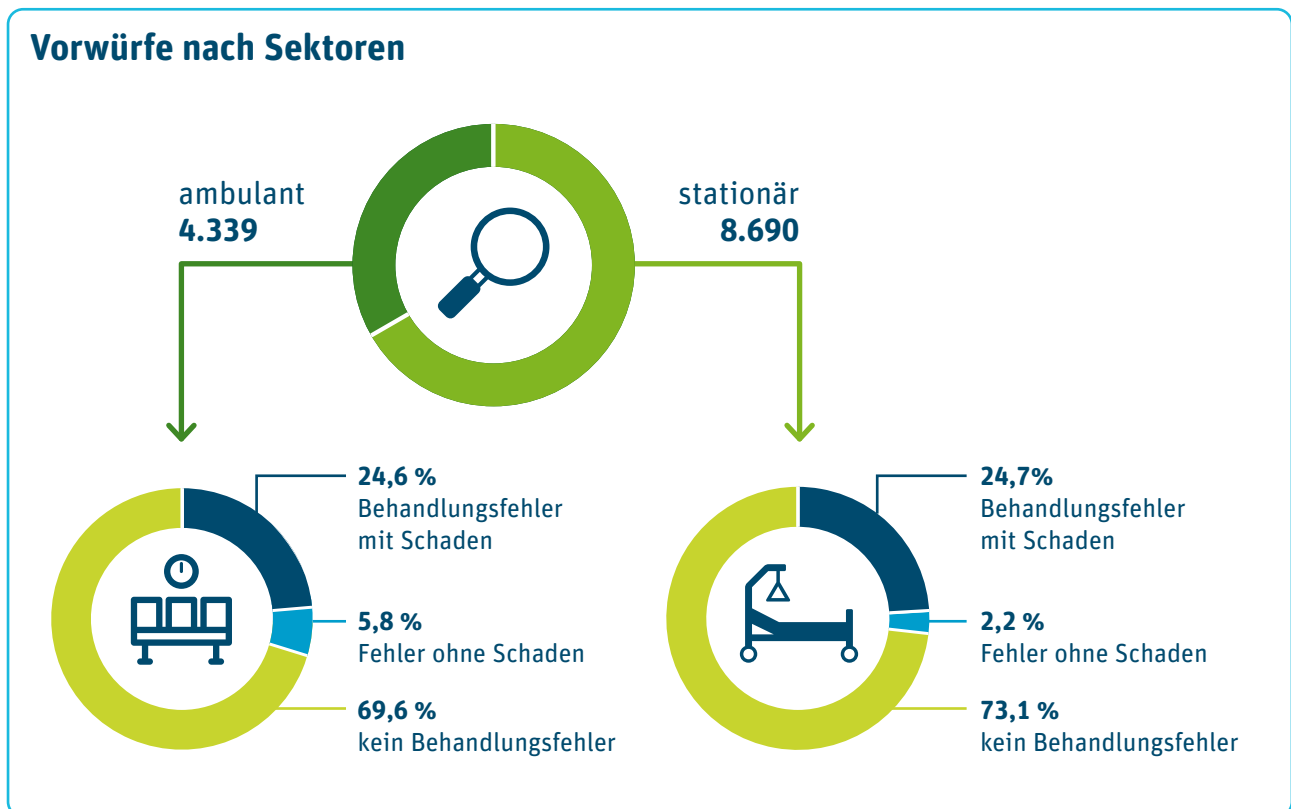
Die Zahl der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat erstmals im Jahr 2010 und – vermutlich verbunden mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der damit einhergehenden zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit 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:

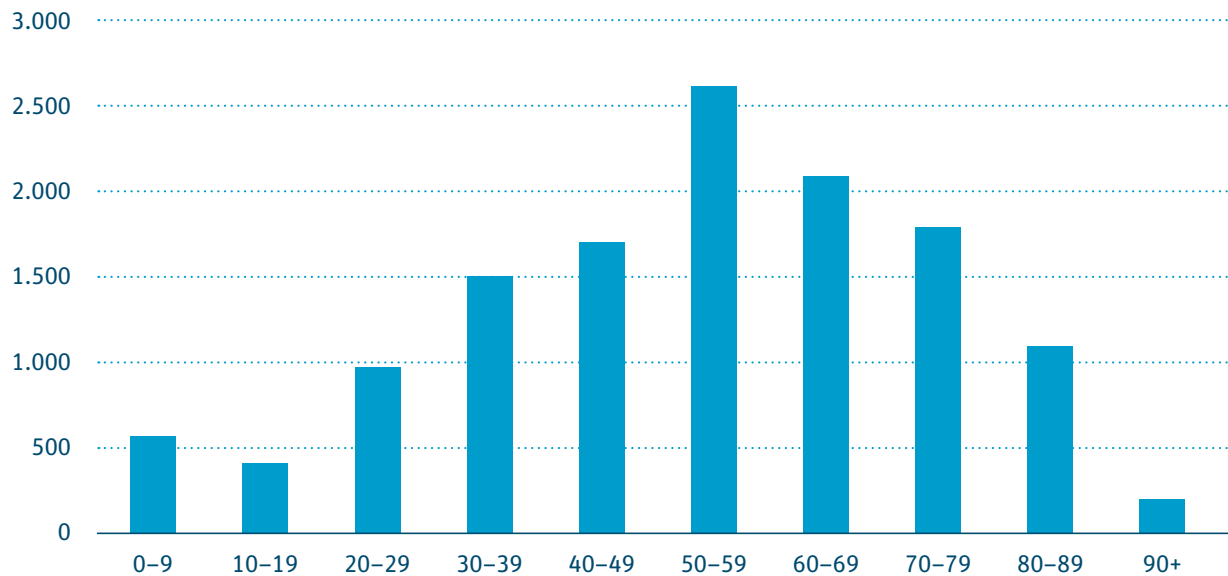
21 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. 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

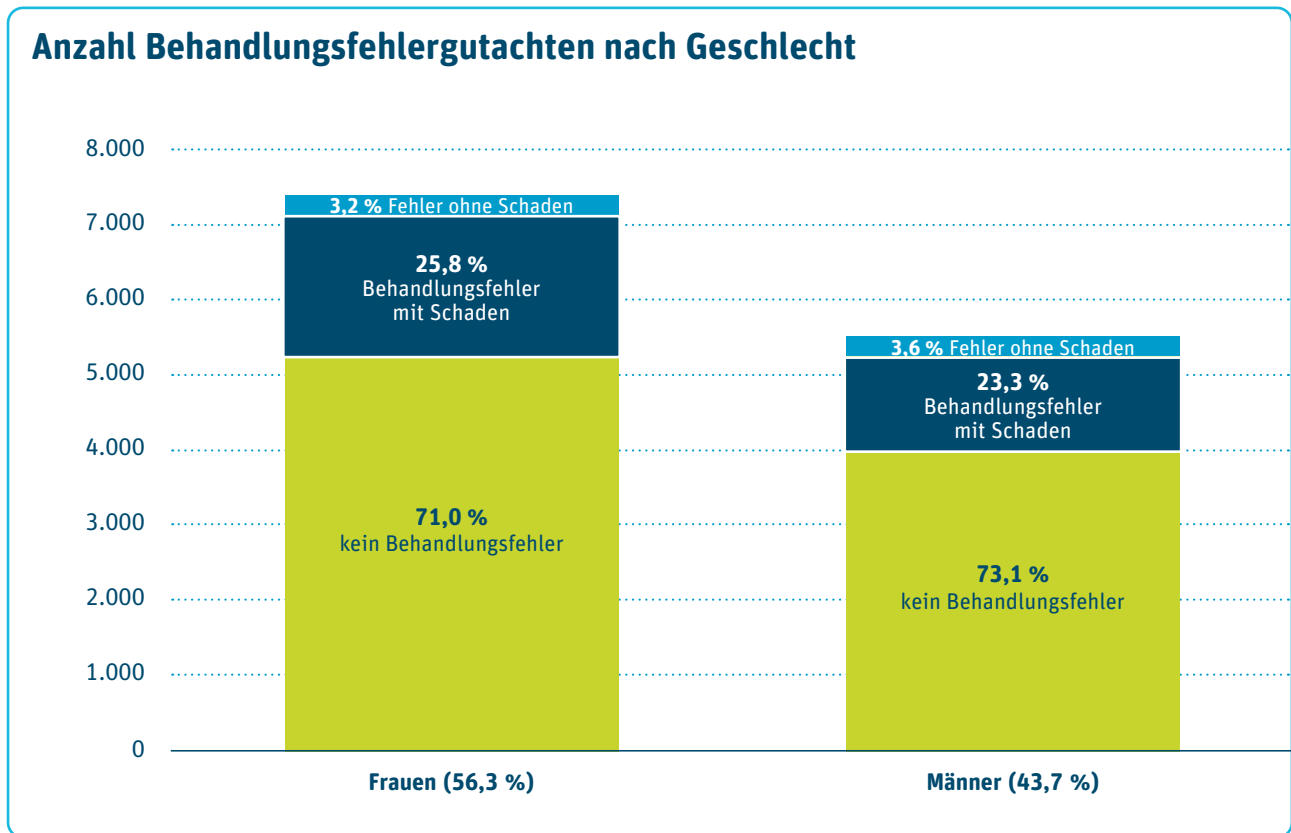
Fallzahlen bezogen auf die Altersdekade der Patientinnen und Patienten im Jahr des Ereignisses



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:

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.

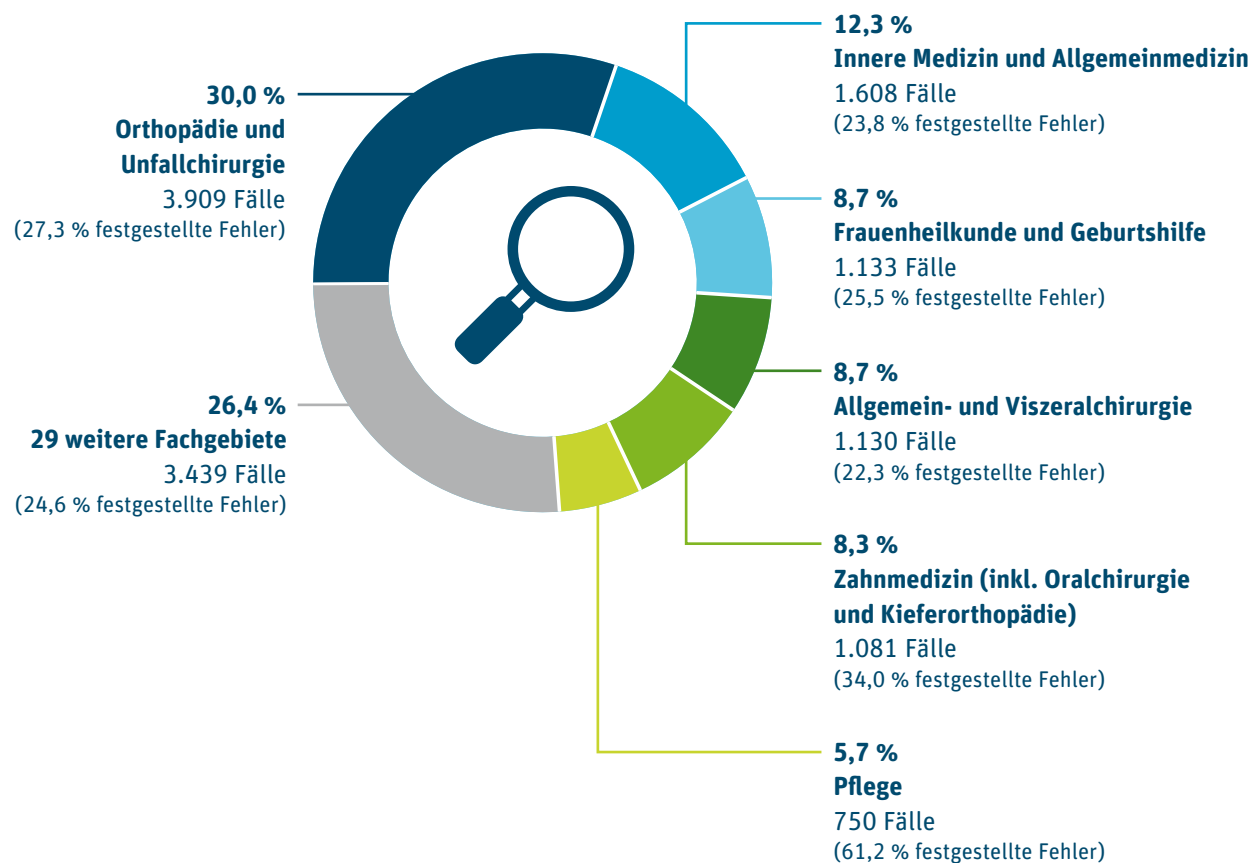
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber 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	3.909	1.068	27,3 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.133	289	25,5 %
Zahnmedizin	946	321	33,9 %
Pflege	750	459	61,2 %
Innere Medizin	663	138	20,8 %
Viszeralchirurgie	597	136	22,8 %
Allgemeinchirurgie	533	116	21,8 %
Neurochirurgie	493	97	19,7 %
Augenheilkunde	367	70	19,1 %
Urologie	358	71	19,8 %
HNO-Heilkunde	304	72	23,7 %
Innere Medizin und Kardiologie	293	82	28,0 %
Gefäßchirurgie	288	61	21,2 %
Allgemeinmedizin	275	76	27,6 %
Neurologie	258	52	20,2 %
Anästhesiologie	242	86	35,5 %
Kinder- und Jugendmedizin	178	72	40,4 %
Herzchirurgie	165	26	15,8 %
Innere Medizin und Gastroenterologie	155	28	18,1 %
Radiologie	136	72	52,9 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	130	42	32,3 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	109	32	29,4 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	108	30	27,8 %
Psychiatrie und Psychotherapie	105	8	7,6 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	99	26	26,3 %
Kieferorthopädie	73	28	38,4 %
Oralchirurgie	62	19	30,6 %
Thoraxchirurgie	58	12	20,7 %
Kinderchirurgie	56	22	39,3 %
Innere Medizin und Nephrologie	50	14	28,0 %
Innere Medizin und Pneumologie	34	8	23,5 %
Innere Medizin und Angiologie	15	3	20,0 %
Pathologie	12	7	58,3 %
Strahlentherapie	11	2	18,2 %
Innere Medizin und Rheumatologie	8	3	37,5 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	8	2	25,0 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	7	1	14,3 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Nuklearmedizin	7	2	28,6 %
Klinische Pharmakologie	7	1	14,3 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6	1	16,7 %
Hygiene und Umweltmedizin	4	1	25,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	2	0	0,0 %
Arbeitsmedizin	1	1	100,0 %
Humangenetik	1	0	0,0 %
Transfusionsmedizin	1	0	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0	0	/
Laboratoriumsmedizin	0	0	/
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	0	0	/
Neuropathologie	0	0	/
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0	0	/
Sonstiges	33	8	24,2 %
Gesamt	13.050	3.665	28,1 %

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 (2020) festzustellen, z. B. eine geringfügige Zunahme der Anzahl an Begutachtungen in der Inneren Medizin und Kardiologie bei zeitgleicher Abnahme der Fehlerquote (Fälle: +3,9% / festgestellte Fehler: –18,8%). 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.

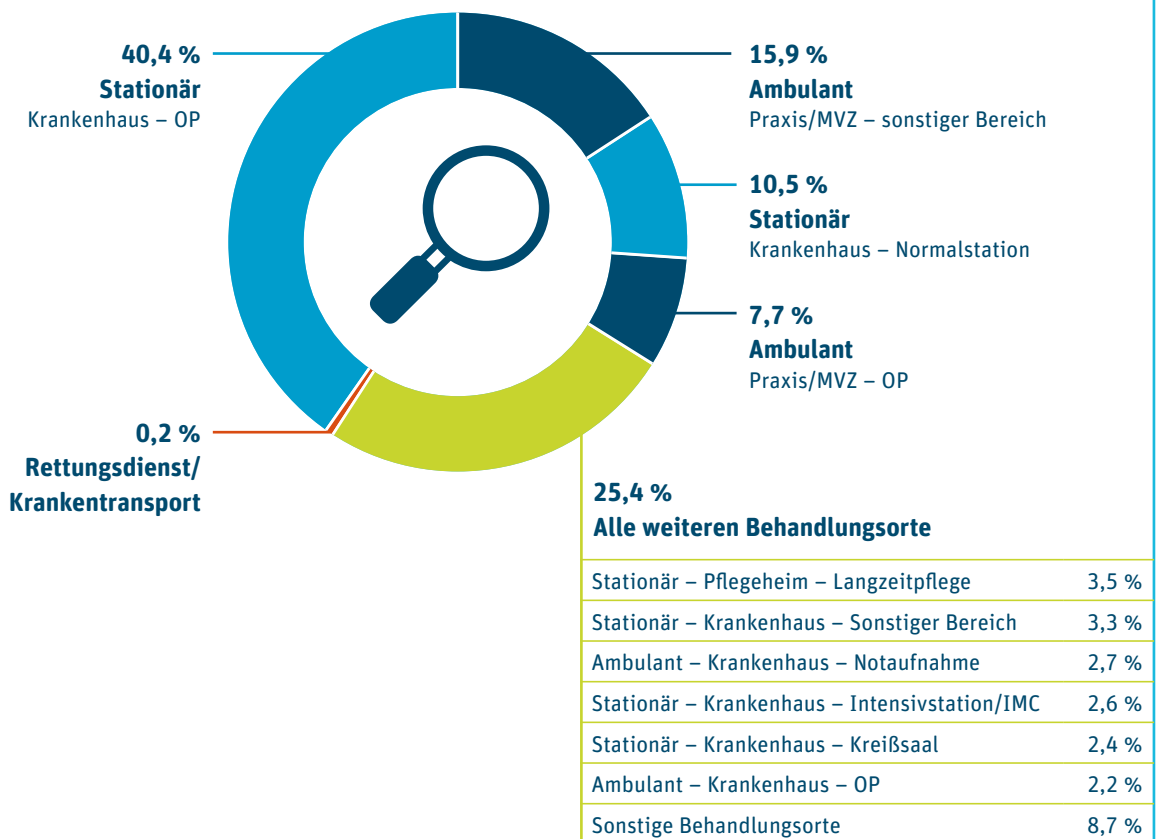
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine 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	2.070	629	30,4 %
	Praxis/MVZ – OP	1.007	271	26,9 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	358	150	41,9 %
	sonstiges	311	91	29,3 %
	Krankenhaus – OP	289	68	23,5 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	177	61	34,5 %
	Hausbesuch	43	11	25,6 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	32	13	40,6 %
	Häusliche Pflege	23	6	26,1 %
	Praxis/MVZ – Aufwachraum	10	4	40,0 %
	Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege	7	3	42,9 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	5	4	80,0 %
	Hausgeburt	4	2	50,0 %
	Geburtshaus	3	3	100,0 %
Stationär	Krankenhaus – OP	5.269	1.168	22,2 %
	Krankenhaus – Normalstation	1.366	413	30,2 %
	Pflegeheim – Langzeitpflege	460	290	63,0 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	429	97	22,6 %
	Krankenhaus – Intensivstation/Intermediate Care	343	92	26,8 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	309	72	23,3 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	277	108	39,0 %
	Rehaklinik	114	47	41,2 %
	sonstiges	51	16	31,4 %
	Pflegeheim – Kurzzeitpflege	48	26	54,2 %
	Krankenhaus – Aufwachraum	17	8	47,1 %
	Krankenhaus – Innerklinischer Transport	6	2	33,3 %
	Geburtshaus	1	–	0,0 %
Rettungsdienst/Krankentransport		21	10	47,6 %

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
M17	Kniegelenksverschleiß	467	81	17,3 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	449	93	20,7 %
K02	Zahnkaries	327	107	32,7 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	317	126	39,7 %
S72	Bruch des Oberschenkels	279	95	34,1 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	234	137	58,5 %
S82	Bruch des Unterschenkels	217	67	30,9 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	202	47	23,3 %
S52	Bruch des Unterarmes	194	76	39,2 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	186	45	24,2 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	185	39	21,1 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	170	56	32,9 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	167	62	37,1 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	148	31	20,9 %
M54	Rückenschmerzen	141	43	30,5 %
H25	Grauer Star	136	20	14,7 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	125	30	24,0 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	125	31	24,8 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	121	39	32,2 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	115	19	16,5 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	115	42	36,5 %
C50	Brustkrebs	111	37	33,3 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	111	26	23,4 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	111	48	43,2 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	105	26	24,8 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	100	29	29,0 %
M19	Sonstige Arthrose	89	17	19,1 %
K80	Gallensteine	85	23	27,1 %
A41	Sonstige Sepsis	83	18	21,7 %
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	79	65	82,3 %

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:

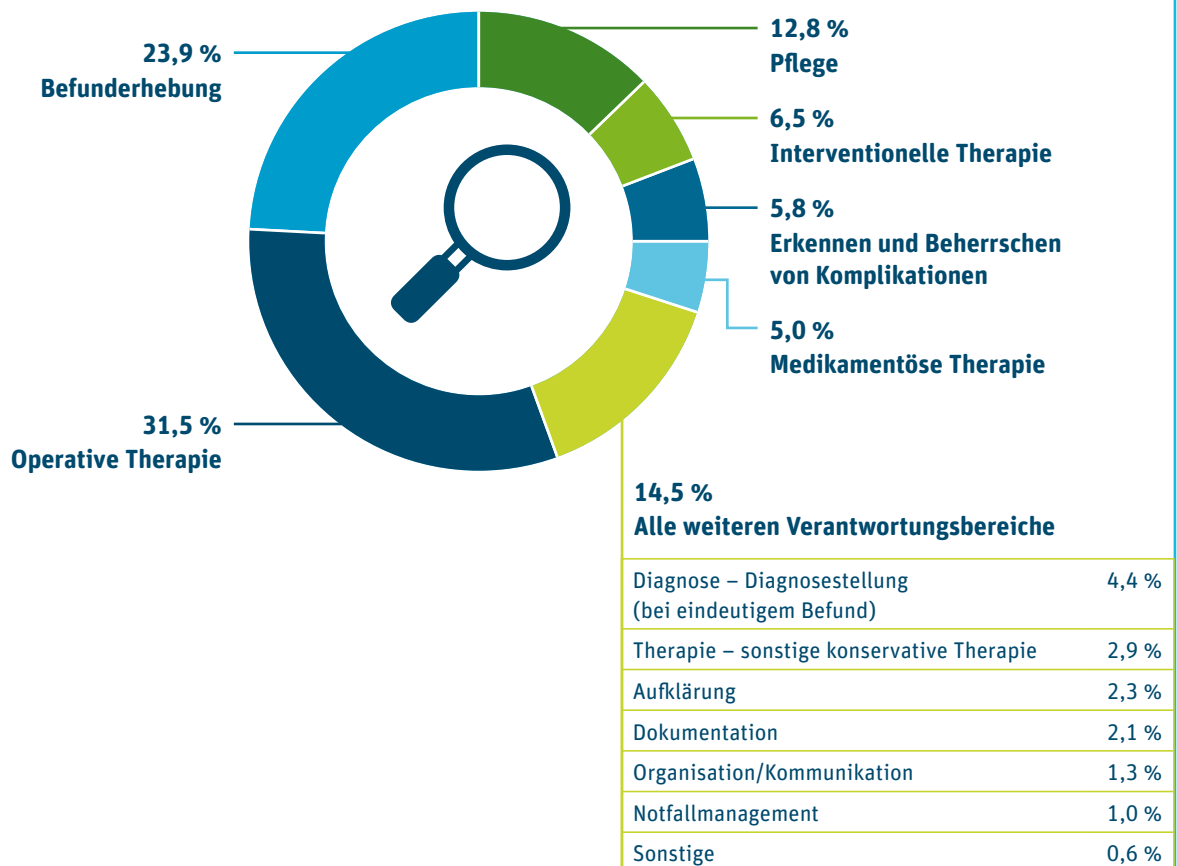
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 40,6 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3,0 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.006 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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	2.177	876	40,2 %	
	davon	Bildgebung	598	306	51,2 %
		körperliche Untersuchung	388	209	53,9 %
		diagnostische Intervention	331	92	27,8 %
		Labor	110	68	61,8 %
Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)	434	160	36,9 %		
Aufklärung		187	83	44,4 %	
Therapie	Medikamentöse Therapie	671	182	27,1 %	
	davon	Dosierung	106	42	39,6 %
		Applikation(sweg)	63	18	28,6 %
		bekannte Allergie	22	11	50,0 %
		Verwechslung	13	10	76,9 %
	Operative Therapie	5.867	1.153	19,7 %	
	davon	OP-Technik	4.175	656	15,7 %
		Nachsorge	328	103	31,4 %
		Lagerung	127	58	45,7 %
	Intervention	1.034	239	23,1 %	
	davon	Technik der Durchführung	466	81	17,4 %
		Nachsorge	60	19	31,7 %
		Lagerung	23	10	43,5 %
sonstige konservative Therapie	658	106	16,1 %		
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen		886	214	24,2 %	
Notfallmanagement		99	37	37,4 %	
davon	zu spät erforderliche Maßnahme eingeleitet / Hilfe geholt	25	10	40,0 %	
	Notfallsituation zu spät erkannt	19	9	47,4 %	
	Reanimation	16	3	18,8 %	
	Atemwegsmanagement/Beatmung	9	5	55,6 %	
	sonst. Herz-Kreislauftherapie	2	0	0,0 %	
	mangelhafte Blutungskontrolle	0	0		
Pflege		781	469	60,1 %	
davon	Durchführung	613	358	58,4 %	
	Planung	168	111	66,1 %	
Organisation/Kommunikation		84	46	54,8 %	
davon	Schnittstellenmanagement	17	11	64,7 %	
	Entlassungsmanagement	12	4	33,3 %	
Dokumentation		86	77	89,5 %	
Hygiene		35	1	2,9 %	
Medizinprodukte*		51	22	43,1 %	

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	129
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes	103
5-233	Zahnersatz	85
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	83
5-230	Zahntfernung	62
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	60
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	55
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	46
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruches	43
6-00	Applikation von Medikamenten	42
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	35
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben	33
5-231	Operative Zahntfernung (durch Osteotomie)	32
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	29
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	27
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	26
5-813	Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel	26
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	25
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	24
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	23
5-683	Entfernung der Gebärmutter	23
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	22
5-749	Andere Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	20
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	20
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	19
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	18
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	18
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	17
5-786	Operative Knochenverbindungen (Osteosynthese) an anderen Knochen (Zusatzcode)	16
5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	16

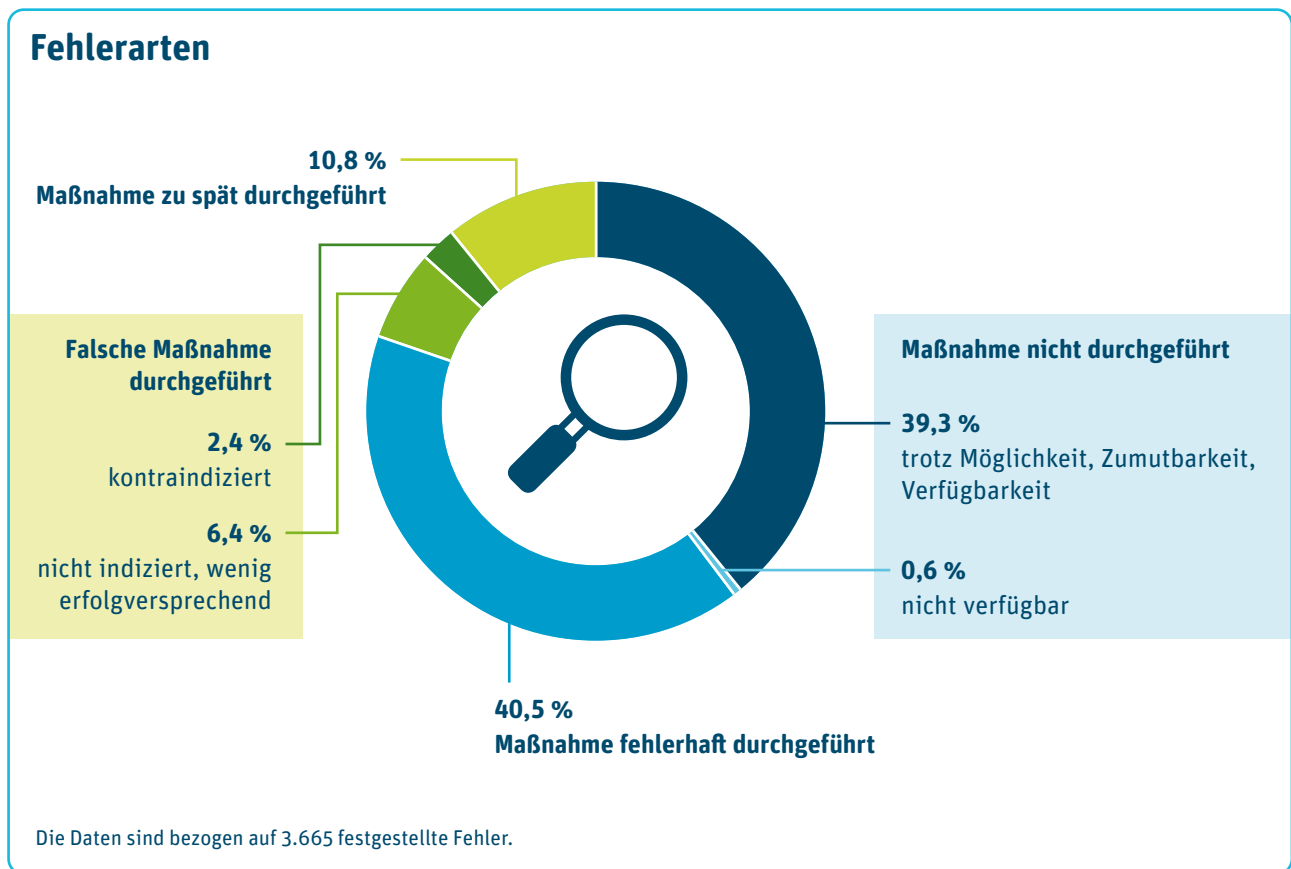
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.323 Fällen (33,1 %) 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 1.350 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 16-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.177 Fälle von allen Fehlern aus (32,1 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 15 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 449 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



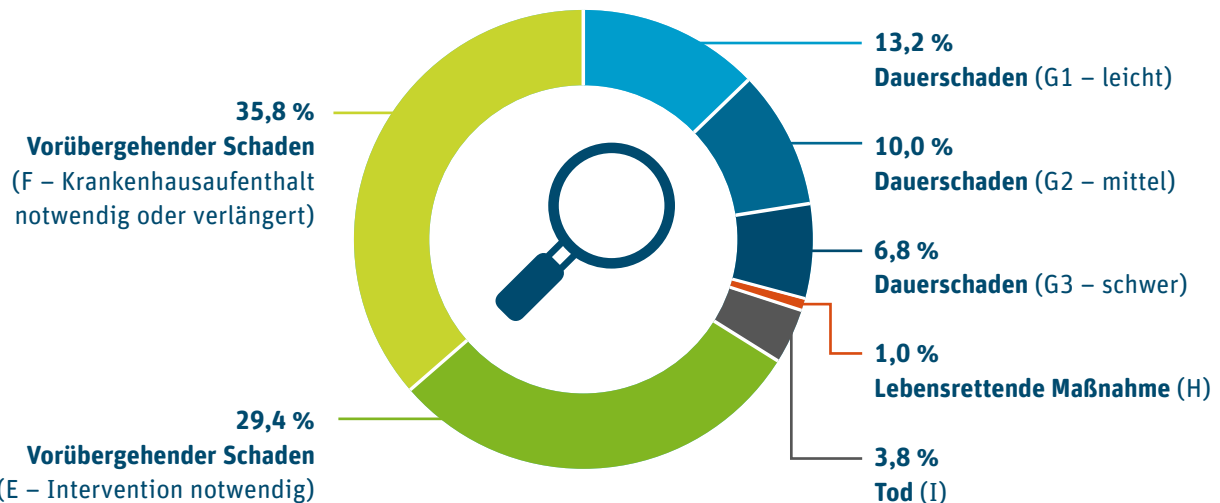
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (39,9 %) oder fehlerhaft (40,5 %) 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 8,8 % keine herausragende Rolle. Etwas häufiger (10,8 %) 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

Schaden bei kausalem Fehler (nach MERP-Index von E bis I)



Die Daten sind bezogen auf 2.709 Fälle mit Schaden bei kausalem Fehler.

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)	947	808	85,3 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.153	985	85,4 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	425	351	82,6 %
	mittel (G2)	322	266	82,6 %
	schwer (G3)	219	175	79,9 %
Lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		32	26	81,3 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		124	98	79,0 %
Gesamt		3.222	2.709	84,1 %

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 geringfügige Änderungen erkennbar.

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

In 84,1 % der Fälle 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 etwas seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (79 %). In 16 dieser 124 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um Schwerstkranke, 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	63
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	26
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	9
Fehlplazierung einer oro- oder nasogastralen Sonde vor Nutzung nicht bemerkt	2
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	2
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	2
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	2
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	1
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	1
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	1
Flucht eines inhaftierten oder in einer geschlossenen Einrichtung untergebrachten Patienten	1
Tod oder schwerer Schaden durch Suizid/versuch eines Patienten in stationärer Einrichtung	1
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	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 Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	1
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit der Verwendung medizinischer Gase	1
Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung	1
Gesamt	130

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 2021 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 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. 4,8 % (130 von 2.709) 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 2021, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl in der Behandlungsfehlerstatistik 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 bietet Transparenz über die Anzahl, die Inhalte und die Ergebnisse der Fälle 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 Fehlerverdachtens 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 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 sowie 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.