



Jahresstatistik 2014

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

MDK Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Telefon: 089 67008-0

Telefax: 089 67008-444

E-Mail: Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

Internet: www.mdk-bayern.de

Bearbeitung

Prof. Dr. Martin Grotz, MDK Niedersachsen

Ingo Kowalski, MDS

Dr. Katrin Richter, MDK Sachsen

PD Dr. Max Skorning, MDS

Mai 2015

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

niemand macht absichtlich Fehler. Gleichwohl passieren sie. Das ist im Gesundheitssystem nicht anders als in anderen Lebens- und Arbeitsbereichen. Mit der Veröffentlichung unserer Jahresstatistik 2014 zur Behandlungsfehler-Begutachtung möchten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) aktiv dazu beitragen, Transparenz herzustellen und Verbesserungen für eine neue Sicherheitskultur in unserem Gesundheitswesen anregen. Denn nur wenn offen über Fehler gesprochen wird und diese analysiert werden, lassen sie sich künftig vermeiden.

Die Sicherheit der Patienten ist ein wichtiges Anliegen, für das sich die MDK einsetzen. Denn jeder Fehler ist einer zu viel. Die tendenziell ansteigende Zahl von zuletzt 14.663 erstellten Gutachten im Jahr 2014 zeigt, dass die MDK als Experten zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen einen zunehmend wichtigen Beitrag in diesem Bereich leisten. Die Ärztinnen und Ärzte der MDK klären in einem sachverständigen, interessenneutralen und für die Versicherten kostenfreien Gutachten, ob tatsächlich ein Fehler vorlag und ob dem Patienten dadurch auch ein Schaden entstanden ist. Diese fachärztliche Beurteilung ist für die Patienten von großer Bedeutung – und zwar nicht nur, weil sie damit die Möglichkeit haben, Schadenersatzansprüche geltend zu machen. Mit dem Gutachten erhalten Patienten auch Gewissheit darüber, ob der erlittene Schaden auf einen Behandlungsfehler oder eine schicksalhafte Komplikation zurückzuführen ist. Auch diese Erkenntnis kann für die Patienten von großer Wichtigkeit sein.

Wir möchten den Weg der Transparenz weiter beschreiten und wünschen uns, dass eine offene Sicherheitskultur in der Medizin selbstverständlicher wird. Wir hoffen, mit unserer Statistik einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung zu leisten. Wir wünschen uns aber auch, dass bereits vorhandene Präventionsansätze bekannter werden und flächendeckend zur Anwendung kommen.

An dieser Stelle danken wir allen Gutachterinnen und Gutachtern, die sich in der Begutachtung, Datenerfassung und Erstellung der vorliegenden Jahresstatistik 2014 mit großem Einsatz engagiert haben. Wir sind sicher, dass wir mit jedem weiteren begutachteten und analysierten Einzelfall der angestrebten Sicherheitskultur und der Verwirklichung der Rechte der Patientinnen und Patienten ein Stück näher kommen.

Essen/München im Mai 2015



Dr. med. Stefan Gronemeyer, MHA
Leitender Arzt und stv. Geschäftsführer, MDS



Prof. Dr. med. Astrid Zobel, MBA
Ltd. Ärztin Bereich Sozialmedizin, MDK Bayern

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 5 |
| 1.1 | Hintergrund..... | 5 |
| 1.2 | Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse | 6 |
| 2 | Ergebnisse | 7 |
| 2.1 | Übersicht..... | 7 |
| 2.1.1 | Feststellung „haftungsbegründende Kausalität“ | 7 |
| 2.1.2 | Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität | 8 |
| 2.1.3 | Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle..... | 9 |
| 2.1.4 | Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor | 10 |
| 2.1.5 | Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden | 11 |
| 2.1.6 | Behandlungsfehler nach Geschlecht..... | 12 |
| 2.2 | Fachgebiete..... | 13 |
| 2.2.1 | Übersicht | 13 |
| 2.2.2 | Human- und zahnmedizinische Fachgebiete (inkl. Schwerpunkte) nach Anzahl vorgeworfener Fälle | 13 |
| 2.3 | Versorgungsebene/Ort | 15 |
| 2.3.1 | Übersicht | 15 |
| 2.3.2 | Auflistung der Behandlungsorte nach Anzahl der Vorwürfe | 16 |
| 2.4 | Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) | 17 |
| 2.5 | Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang | 19 |
| 2.5.1 | Übersicht | 19 |
| 2.5.2 | Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde | 20 |
| 2.6 | Maßnahmen (OPS-Schlüssel)..... | 21 |
| 2.7 | Fehlerarten | 22 |
| 2.8 | Schaden..... | 23 |
| 2.8.1 | Übersicht | 23 |
| 2.8.2 | Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)..... | 23 |
| 2.9 | Besondere Ereignisse („Never Events“) | 25 |
| 3 | Fazit | 27 |

1 Einleitung

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) unterstützen die Patientinnen und Patienten* bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachtes mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse des Betroffenen, ist interessenneutral und für ihn nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die MDK-Gemeinschaft aller Behandlungsfehler-vorwürfe an: stationär, ambulant, Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege.

Seit vielen Jahren werden wesentliche Inhalte der Gutachten in einer einheitlichen Datenbank erfasst. Für die Erfassung ab dem Jahr 2014 ist der zugrunde liegende Datensatz verändert und erweitert worden. Er beinhaltet nun weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens beim Patienten und über den vorliegenden Fehler. Durch die jährliche Veröffentlichung werden die wichtigsten Ergebnisse transparent dargestellt und können als Grundlage für tiefer gehende Ursachenanalysen sowie gezielte Untersuchungen zur Fehlerprävention und Fortentwicklung der Sicherheitskultur genutzt werden.

1.1 Hintergrund

Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Der Begriff bezeichnet unterschiedliche Arten ärztlichen Fehlverhaltens: Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Behandlung unterlassen oder mit mangelnder Sorgfalt ausgeführt wird, aber genauso, wenn z.B. ein Eingriff vorgenommen wird, der individuell nicht indiziert war. Alle Bereiche der medizinischen Versorgung, von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und auch die Dokumentation können betroffen sein von einem Behandlungsfehler.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Patienten sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem Ende Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist der Anspruch der Versicherten auf Unterstützung bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern gestärkt worden. Seitdem ist die Krankenkasse laut § 66 SGB V dazu verpflichtet, bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlervorwurfes und dem Durchsetzen eventuell daraus entstehender Schadenersatzansprüche zu unterstützen. Zuvor bestand zwar die Möglichkeit, nicht jedoch eine Verpflichtung dazu. Die Krankenkasse ist behilflich bei der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls, beschafft die notwendigen Fallunterlagen und veranlasst in der Regel eine medizinische Begutachtung durch den zuständigen MDK. Der MDK kann nur von der Krankenkasse beauftragt werden. Durch den MDK wird eine interne Begutachtung mit eigenen Fachärzten veranlasst oder ein externer Facharzt mit der Begutachtung des Behandlungsfehlervorwurfes beauftragt.

Um einen Verdacht auf Behandlungsfehler zu klären, ziehen die Gutachter unter anderem medizinische Leitlinien auf Basis der Evidenzbasierten Medizin (EbM) heran sowie andere wissenschaftliche Ausarbeitungen, die den aktuellen Stand der Medizin zum Zeitpunkt der Behandlung widerspiegeln. Die Bewertung des Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z.B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, vom Arzt geführte handschriftliche bzw. elektronische Patientenunterlagen) sowie eines zusätzlichen Gedächtnisprotokolls des Patienten. Die Gutachter des MDK werten diese Unterlagen aus und stellen den Behandlungsverlauf und ihre Beurteilung in allgemeinverständlicher Sprache dar. Dies ist nicht nur für den Patienten, sondern im Fall einer späteren Klage auch für Anwälte und Richter sehr hilfreich. Abschließend wird in dem Gutachten dargelegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers untersucht der Gutachter zusätzlich, ob der

* Wir bitten um Verständnis dafür, dass aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit im Folgenden darauf verzichtet wurde, bei Berufs- und Personenbezeichnungen jeweils die weibliche und die männliche Form gleichzeitig zu nennen. Die männliche Form schließt grundsätzlich die weibliche mit ein.

Schaden, den der Patient oder seine Krankenkasse geltend machen, besteht. Anschließend prüft er die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden. Er legt aus medizinischer Sicht dar, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht. Der Sachverhalt insgesamt wird dabei durch den fachärztlichen Gutachter neutral nachvollzogen und bewertet.

Trotz der Stärkung der Patientenrechte durch das Patientenrechtegesetz liegt die Beweispflicht weiterhin beim Patienten. Nur bei unterlassener Aufklärung, unterlassener Befunderhebung, einem sogenannten groben Behandlungsfehler oder einem Dokumentationsfehler kann die Beweislastumkehr greifen. Dies hätte zur Folge, dass der festgestellte Fehler schon ohne weiteren Nachweis als direkte Ursache für den Schaden angenommen wird, es sei denn, medizinisch-wissenschaftliche Gründe sprechen absolut dagegen.

Damit sind die Begutachtungen des MDK bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. Zwar kann in der Mehrzahl der Fälle der bestehende Verdacht nicht bestätigt bzw. sogar ausgeschlossen werden, aber gerade dieses Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Erläuterungen sind für den betroffenen Patienten genauso wichtig. Dann ist klar, dass eine schicksalhafte Komplikation oder ein ungünstiger Heilungsverlauf einen Schaden verursacht haben, nicht aber ein Fehler in der Behandlung.

1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse

Die Falldaten werden von jedem MDK nach Anfertigung eines Behandlungsfehlergutachtens in eine Datenbank eingegeben. Das Zusammenführen der regional erfassten, anonymisierten Daten und deren Auswertung übernimmt der MDS.

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 14.663 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2014) von einem der insgesamt 15 MDK erstmals mit einem Gutachten bearbeitet wurden. Die Begriffe „Fälle“ und „Vorwürfe“ werden im Folgenden weitgehend synonym genutzt, auch wenn es vorkommt, dass zu einem zusammenhängenden Behandlungsfall im Detail mehrere Fehlvorwürfe erhoben werden, die allerdings in einem Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Diese Ergebnisse stellen nach unserem Wissen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum vorliegt. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft 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 Patienten und Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte) reguliert oder vor Gerichten verhandelt. Zusammenhängende inhaltliche Berichte werden jedoch zusätzlich nur von den Ärztekammern vorgelegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Fallzahlen von Ärztekammern und MDK nur in sehr geringem Maße überschneiden.

Wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Litigation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang in seinem aktuellen Gutachten „Qualität 2030“ umfassend dargelegt¹. Auch daraus ergibt sich, dass Behandlungsfehlervorwürfe nicht als repräsentativ für alle Fehler angesehen werden können, unabhängig davon wo sie vorgebracht werden.

¹ Matthias Schrappe. Qualität 2030. siehe Seite 26 (Zusammenfassung zu Punkt 32) und 138 ff. ISBN 978-3-95466-140-4. Zum Download verfügbar unter www.gesundheitsstadt-berlin.de (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

2 Ergebnisse

2.1 Übersicht

2.1.1 Feststellung „haftungsbegründende Kausalität“

Begutachtung der 14.663 vorgeworfenen Fälle:

Jeweils eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten!

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

Fehler ✓
4.282

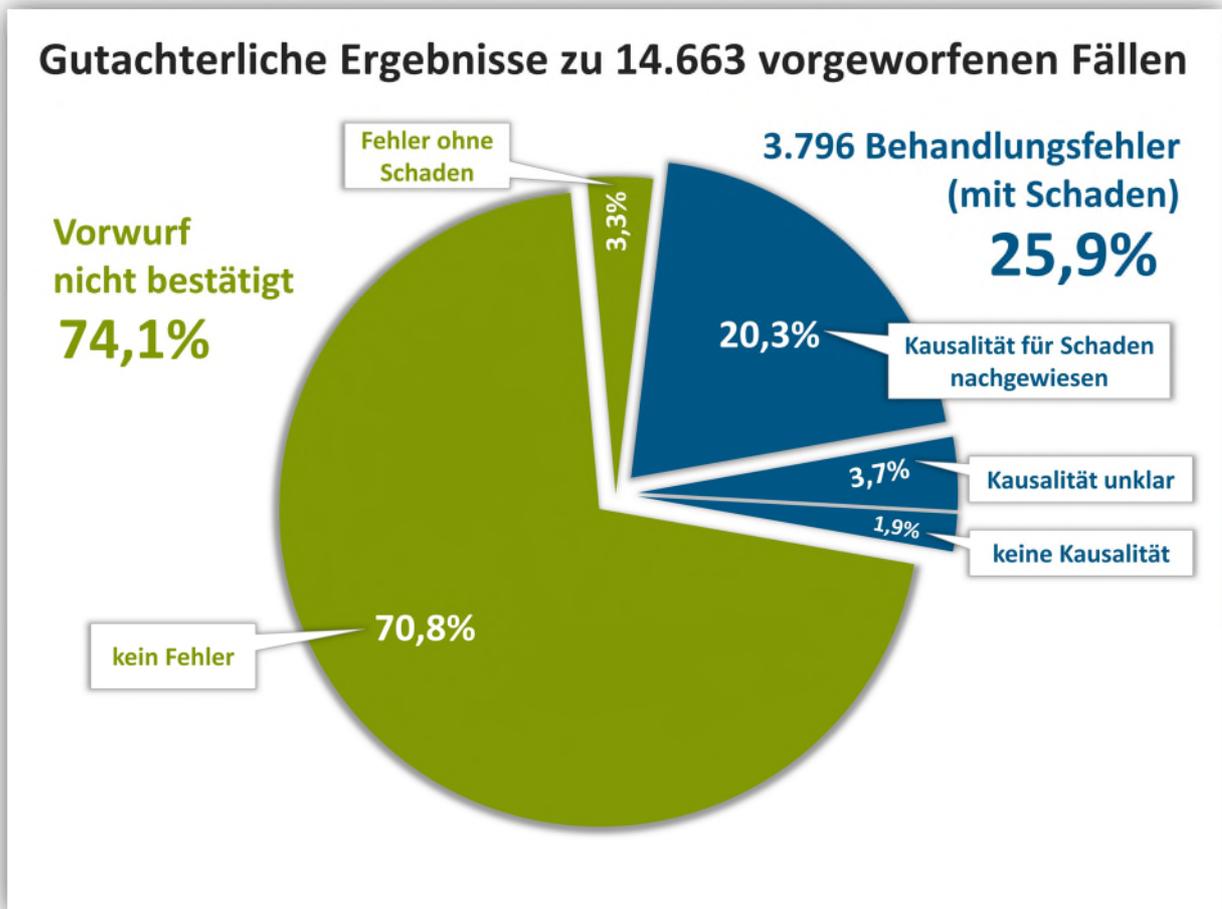
Schaden ✓
3.796

Kausalität ✓
2.970

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

Der Vorwurf des Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und besteht darin, dass dieser von einem Fehler in der Behandlung verursacht worden sei. Der Gutachter hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – den vorgeworfenen Fall bearbeiten und schrittweise beantworten, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich (kausal) auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl hinterlegt werden. Diese nimmt vom Fehler bis zur juristisch als „haftungsbegründenden Kausalität“ bezeichneten Kombination ab, wenn also alle drei Aspekte der oben genannten Frage zusammenfassend bejaht werden können.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenskausalität



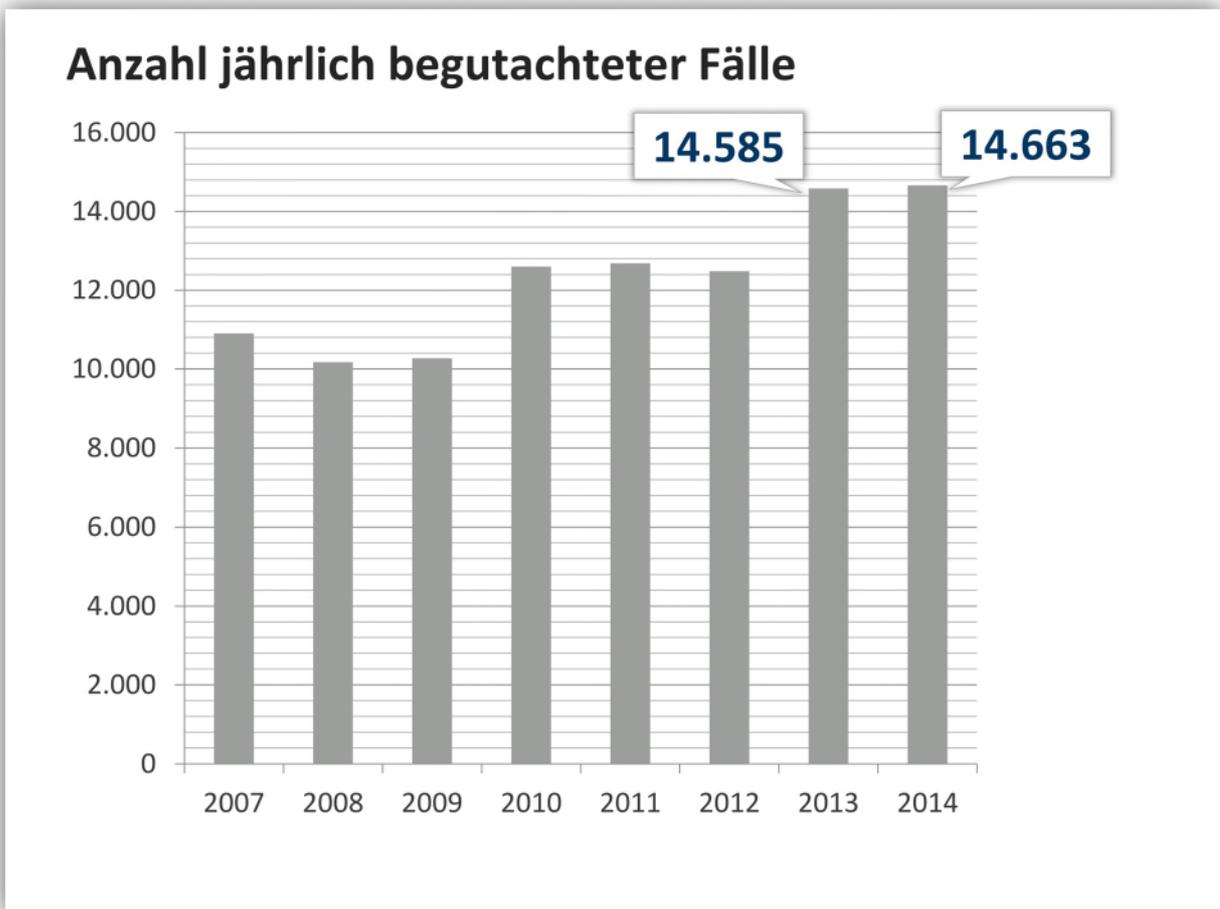
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

Die Anzahl der durch die MDK erstellten Erstgutachten im Jahr 2014 betrug 14.663 und lag damit auf Vorjahresniveau (2013: 14.585 Gutachten). Insgesamt konnten hierunter 4.282 Fehler festgestellt werden, siehe 3.1.1.

Im oben stehenden Diagramm 2.1.2 blau dargestellt sind die Fehler, bei denen auch ein Gesundheitsschaden besteht und sich die Frage nach der Kausalität (der Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden) stellt. Wird zwar ein Behandlungsfehler gutachterlich gesehen, es ist jedoch kein Schaden objektivierbar, dann entfällt die Frage nach diesem Kausalzusammenhang und der vom Patienten erhobene Vorwurf kann schon vor der Frage nach der Kausalität nicht bestätigt werden.

Im direkten Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der kausalen Fehler (20,3% in 2014 vs. 17,4% in 2013, bezogen auf alle Fälle) leicht angestiegen. Geringfügige Schwankungen waren auch in den Vorjahren festzustellen (2012: 21,7%; 2011: 24,1%). Direkte Rückschlüsse und Tendenzen lassen sich allerdings nicht daraus ableiten.

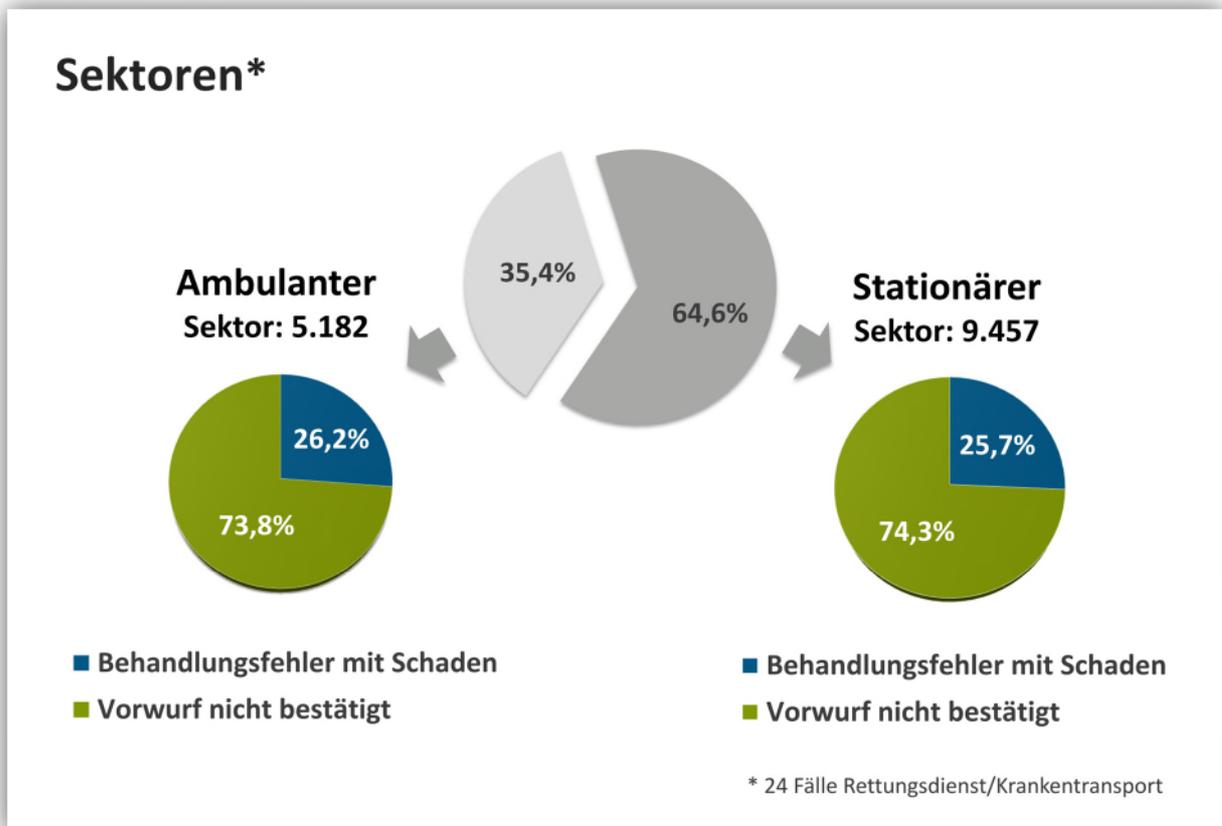
2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 sowie der zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit und Behandlungsfehlern war die Zahl der Vorwürfe von 2012 auf 2013 um 17% angestiegen. Im Jahr 2014 bleibt sie auf diesem Niveau. Der Bedarf an Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst bei Behandlungsfehlerverdacht ist folglich weiterhin hoch.

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



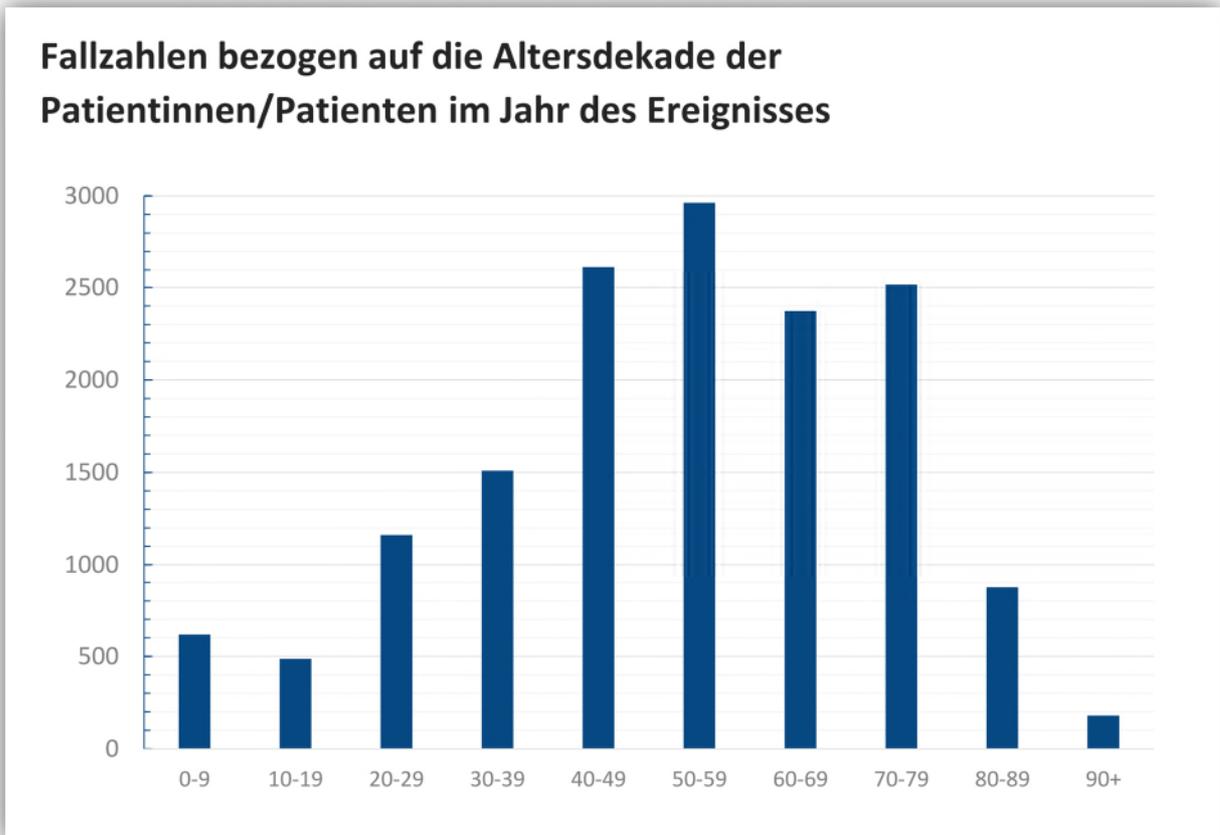
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

Details zur Verteilung der Fälle innerhalb der Sektoren finden Sie in Kapitel 2.3.

Es hat im direkten Vergleich zu 2013 eine geringfügige Verschiebung hin zum ambulanten Sektor stattgefunden (2013: 4.402 Fälle entsprechend 30,2% im ambulanten Sektor vs. 2014: 5.182 Fälle entsprechend 35,4% aller Vorwürfe im ambulanten Sektor).

Dennoch werden fast zwei Drittel aller Vorwürfe im stationären Bereich erhoben – dabei überwiegend zur Krankenhausbehandlung.

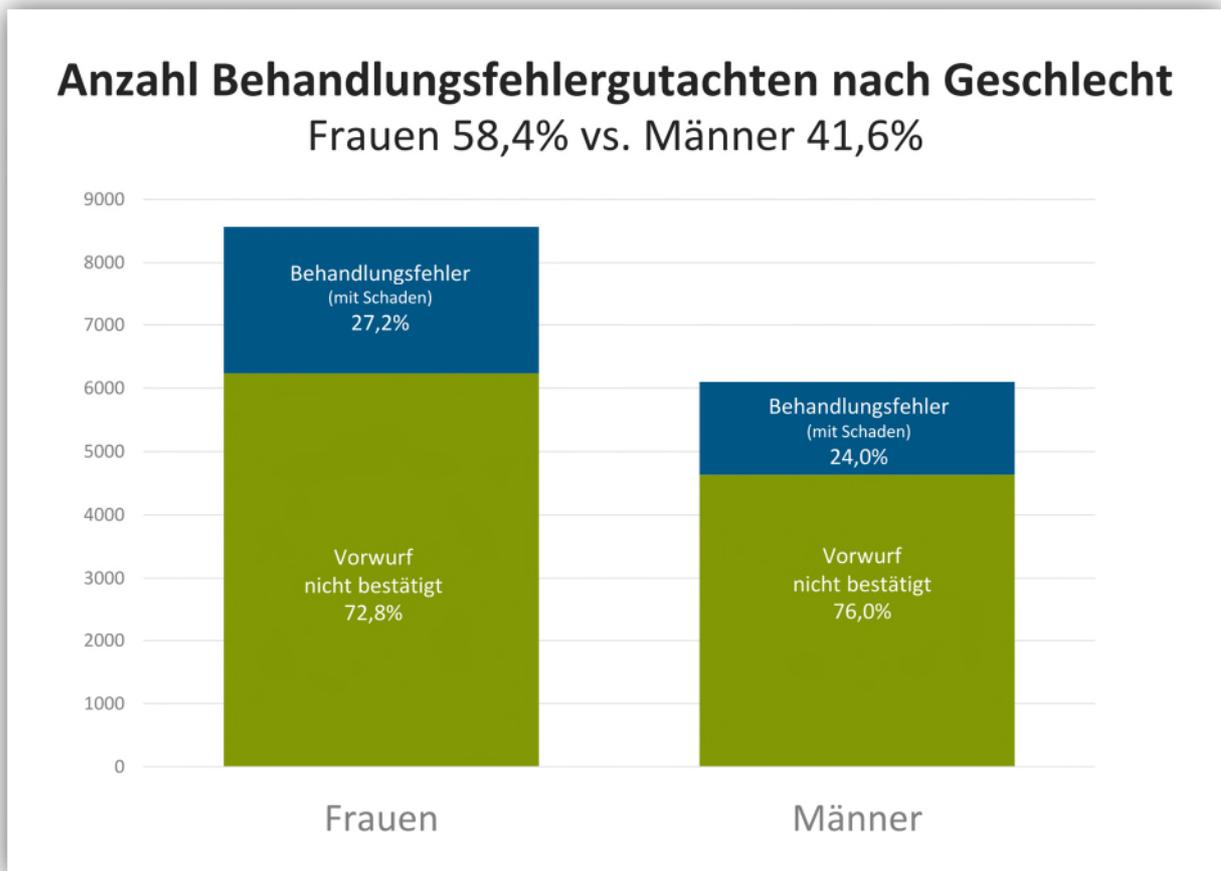
2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht 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:

Wie in den Vorjahren werden von Frauen (bzw. bei Patientinnen) mehr Behandlungsfehlervorwürfe erhoben. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt. Auch an dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Daten zu den im Auftrag der Krankenkassen begutachteten Behandlungsfehlervorwürfen nicht repräsentativ sind. Es kann deshalb nicht geschlussfolgert werden, dass bei Frauen mehr Behandlungsfehler vorkommen würden oder dass Frauen bei der medizinischen Versorgung gefährdeter wären als Männer. Nur zu einem Teil ist der Unterschied bedingt durch die Anzahl vorgeworfener Fehler im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, siehe Kapitel 2.2. Ohne dieses Fachgebiet (n = 13.519 verbliebene Fälle) würden dennoch 55,7% der Vorwürfe Frauen betreffen.

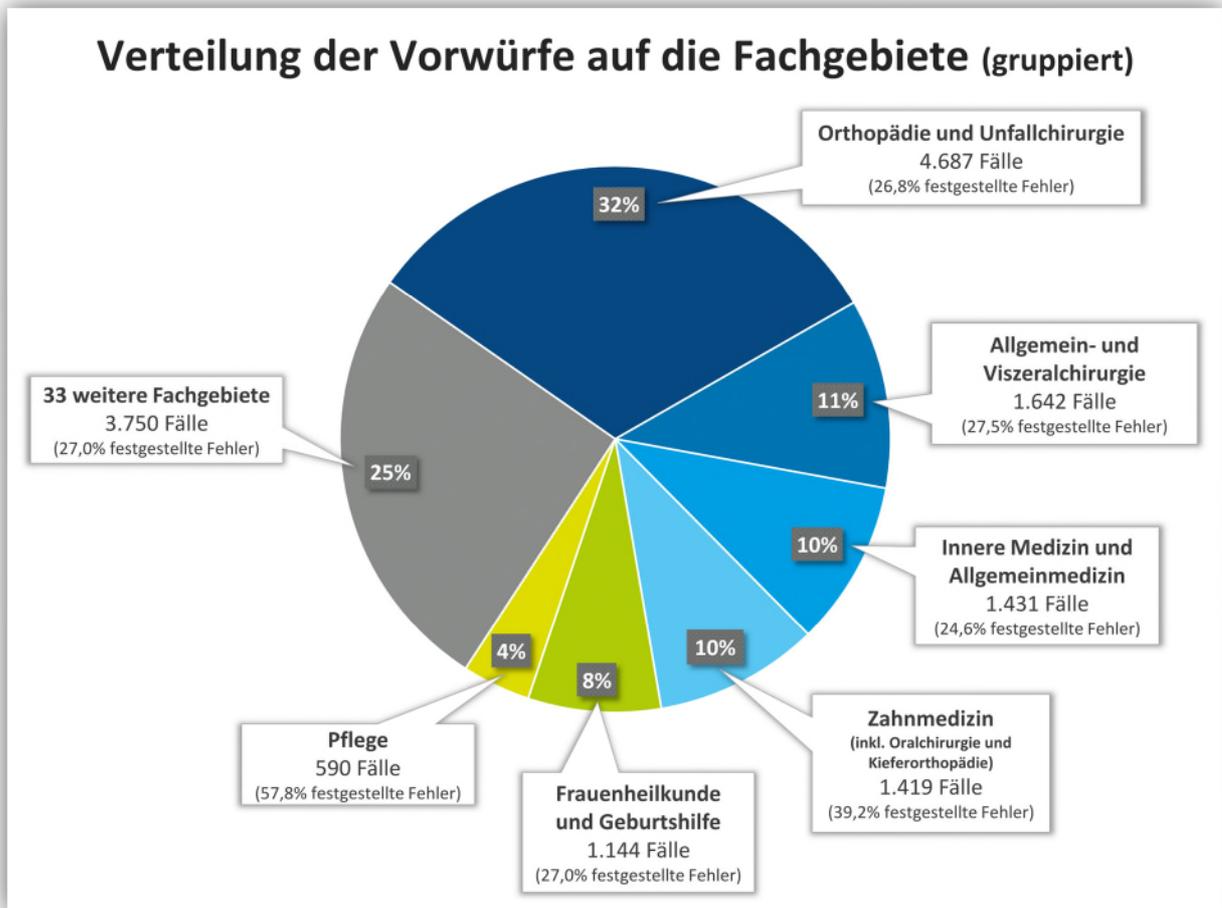
Eine aktuelle Befragung des Allensbach-Instituts im Auftrag des Roland-Konzerns kam zu dem Ergebnis, dass Frauen häufiger als Männer befürchten, „dass ein Arzt bei einer Behandlung oder OP einen Fehler macht“ (59% vs. 49%)². In einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage der Techniker Krankenkasse wurde gefragt, ob es innerhalb der letzten zehn Jahre zu einem vermuteten Fehler bei einer medizinischen Behandlung oder Untersuchung gekommen sei. Dies bejahten 21% der Frauen und 15% der Männer³. Bei aller Vorsicht in der Interpretation würden diese Befragungsergebnisse zumindest zu den vorliegenden Daten in der Weise passen, dass Frauen entsprechend häufiger einen Behandlungsfehler vermuten und vorwerfen, wenn sie bei einer medizinischen Behandlung einen Schaden erlitten haben. Wie die Ergebnisse der Begutachtung zeigen, sind diese Vorwürfe aber mindestens genauso häufig zutreffend wie bei Männern und entsprechend begründet.

² Roland Rechtsreport 2015. Zum Download verfügbar unter www.roland-konzern.de (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

³ TK-Meinungspuls Gesundheit 2014. ISBN 978-3-9813762-6-5. Zum Download verfügbar unter www.tk.de (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht



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

| Fachgebiet | Fälle | festgestellte Fehler | Quote |
|-----------------------------------|-------|----------------------|-------|
| Orthopädie und Unfallchirurgie | 4.687 | 1.258 | 26,8% |
| Allgemein- und Viszeralchirurgie | 1.642 | 452 | 27,5% |
| Zahnmedizin | 1.183 | 476 | 40,2% |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 1.144 | 309 | 27,0% |
| Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) | 600 | 170 | 28,3% |
| Pflege | 590 | 341 | 57,8% |
| Neurochirurgie | 531 | 155 | 29,2% |
| Augenheilkunde | 492 | 106 | 21,5% |
| Urologie | 424 | 132 | 31,1% |
| HNO-Heilkunde | 327 | 65 | 19,9% |
| Neurologie | 310 | 66 | 21,3% |
| Gefäßchirurgie | 251 | 59 | 23,5% |
| Anästhesiologie | 241 | 62 | 25,7% |
| Innere Medizin und Kardiologie | 237 | 44 | 18,6% |
| Allgemeinmedizin | 232 | 51 | 22,0% |
| Kinder- und Jugendmedizin | 210 | 84 | 40,0% |
| Herzchirurgie | 181 | 38 | 21,0% |

| Fachgebiet | Fälle | festgestellte Fehler | Quote |
|--|-------|----------------------|-------|
| Innere Medizin und Gastroenterologie | 147 | 35 | 23,8% |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 131 | 31 | 23,7% |
| Oralchirurgie | 128 | 58 | 45,3% |
| Radiologie | 120 | 50 | 41,7% |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 114 | 26 | 22,8% |
| Kieferorthopädie | 108 | 22 | 20,4% |
| Plastische und Ästhetische Chirurgie | 106 | 23 | 21,7% |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | 99 | 39 | 39,4% |
| Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | 80 | 14 | 17,5% |
| Kinderchirurgie | 57 | 34 | 59,6% |
| Thoraxchirurgie | 53 | 13 | 24,5% |
| Innere Medizin und Pneumologie | 49 | 13 | 26,5% |
| Innere Medizin und Angiologie | 32 | 9 | 28,1% |
| Innere Medizin und Nephrologie | 30 | 7 | 23,3% |
| Nuklearmedizin | 22 | 9 | 40,9% |
| Strahlentherapie | 21 | 1 | 4,8% |
| Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | 12 | 7 | 58,3% |
| Innere Medizin und Rheumatologie | 12 | 2 | 16,7% |
| Pharmakologie und Toxikologie | 7 | 3 | 42,9% |
| Physikalische und rehabilitative Medizin | 7 | 1 | 14,3% |
| Hygiene und Umweltmedizin | 6 | 4 | 66,7% |
| Pathologie | 6 | 3 | 50,0% |
| Arbeitsmedizin | 4 | 0 | 0,0% |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 3 | 0 | 0,0% |
| Klinische Pharmakologie | 3 | 0 | 0,0% |
| Transfusionsmedizin | 3 | 2 | 66,7% |
| Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | 1 | 0 | 0,0% |
| Neuropathologie | 1 | 0 | 0,0% |
| Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | 0 | 0 | -/- |
| Humangenetik | 0 | 0 | -/- |
| Laboratoriumsmedizin | 0 | 0 | -/- |
| Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 0 | 0 | -/- |
| Sonstige | 19 | 8 | 42,1% |

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.2:

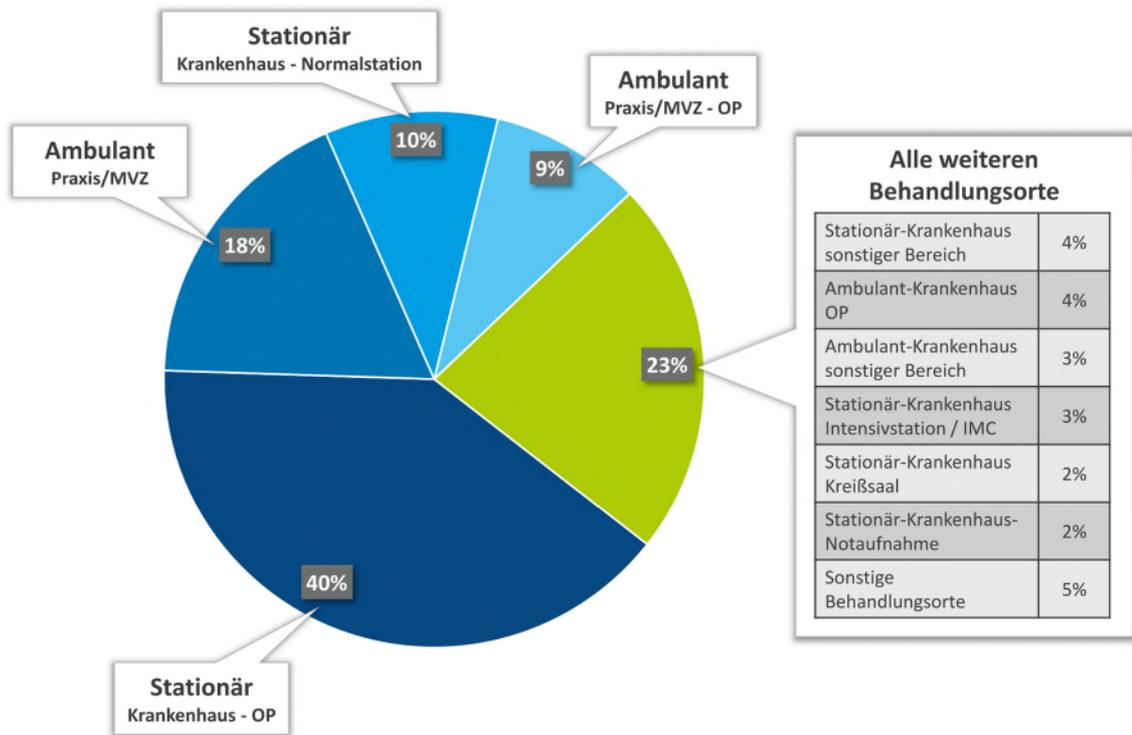
Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich ähnlich auf die einzelnen Fachgebiete wie in den vergangenen Jahren. Einen Schwerpunkt bilden die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind.

Die dargestellte Quote bildet in gewisser Weise die „Treffsicherheit“ des Vorwurfes ab, zumindest bei den Fachgebieten mit einer hohen Anzahl (>100) an Vorwürfen. Wie in den Vorjahren fällt auf, dass insbesondere in der Pflege und in der Zahnmedizin hohe Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies darauf zurück, dass Pflegefehler und Fehler in der Zahnbehandlung leichter für den Patienten anhand der vorliegenden Beschwerden (Schäden) erkennbar sind. Ein Rückschluss auf die Sicherheit oder die allgemeine Fehlerhäufigkeit in einem Fachgebiet ist darüber hinaus nicht möglich.

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Anzahl der Vorwürfe

| Versorgungsebene | Behandlungsort | Fälle | festgestellte Fehler | Quote* |
|--|---|-------|----------------------|--------|
| Ambulant | Praxis/MVZ | 2.629 | 871 | 33,1% |
| | Praxis/MVZ - OP | 1.330 | 408 | 30,7% |
| | Krankenhaus - OP | 574 | 133 | 23,2% |
| | Krankenhaus - sonstiger Bereich | 433 | 155 | 35,8% |
| | Sonstiger Bereich | 123 | 32 | 26,0% |
| | Hausbesuch | 37 | 16 | 43,2% |
| | Praxis/MVZ - Aufwachraum | 23 | 6 | 26,1% |
| | Einrichtung zur Tages-/Nachtpflege | 18 | 6 | 33,3% |
| | Krankenhaus - Aufwachraum | 15 | 5 | 33,3% |
| Stationär | Krankenhaus - OP | 5.859 | 1.338 | 22,8% |
| | Krankenhaus - Normalstation | 1.518 | 602 | 39,7% |
| | Krankenhaus - sonstiger Bereich | 649 | 185 | 28,5% |
| | Krankenhaus - Intensivstation/IMC | 378 | 113 | 29,9% |
| | Krankenhaus - Kreißsaal | 290 | 77 | 26,6% |
| | Krankenhaus - Notaufnahme | 278 | 111 | 39,9% |
| | Pflegeheim | 263 | 151 | 57,4% |
| | Rehaklinik | 133 | 43 | 32,3% |
| | Krankenhaus - Aufwachraum | 44 | 14 | 31,8% |
| | Sonstiger Bereich | 31 | 8 | 25,8% |
| | Krankenhaus - Innerklinischer Transport | 14 | 5 | 35,7% |
| Rettungsdienst/Krankentransport | | 24 | 3 | 12,5% |

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum, OP: Operationssaal, IMC: Intermediate Care Station

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.3:

Die Gutachter nehmen eine Einschätzung vor, welchem Behandlungsort der (vorgeworfene) Fehler am ehesten zuzuordnen ist. In einigen Fällen ist es im Rahmen der Begutachtung nicht möglich, dies exakt zu differenzieren, so dass Ungenauigkeiten entstehen können bzw. der Behandlungsort „Sonstiger Bereich“ im jeweiligen Versorgungssektor ausgewählt wurde. „Sonstige Bereiche“ können aber auch Labore, Funktionsbereiche (z.B. Endoskopie, Poliklinik), häusliche Versorgung und weitere sein. Die Quote (Anteil festgestellter Fehler) ist für Bereiche mit wenigen Vorwürfen nicht aussagekräftig.

Der Großteil der Vorwürfe (n = 7.845; 53,5%, davon festgestellte Fehler bei n = 1.904; 24,3%) und auch ein wesentlicher Teil aller festgestellten Fehler (n = 1.904; 44,5%) steht nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betrifft auch räumlich den Operationssaal. In besonderem Maße gilt dies für das Krankenhaus im stationären Sektor, aber auch ambulant spielt das perioperative Umfeld eine erhebliche Rolle mit 37,5% der Vorwürfen (n = 1.942) und 33,8% der festgestellten Fehler (n = 552).

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

| ICD | Bezeichnung | Fälle | festgestellte Fehler | Quote |
|-----|--|-------|----------------------|-------|
| M17 | Kniegelenksverschleiß | 590 | 131 | 22,2% |
| M16 | Hüftgelenksverschleiß | 550 | 129 | 23,5% |
| K04 | Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel | 414 | 184 | 44,4% |
| K02 | Zahnkaries | 354 | 139 | 39,3% |
| S72 | Bruch des Oberschenkels | 323 | 128 | 39,6% |
| S82 | Bruch des Unterschenkels | 237 | 85 | 35,9% |
| S52 | Bruch des Unterarmes | 206 | 86 | 41,7% |
| L89 | Druckgeschwür (Dekubitus) | 202 | 93 | 47,5% |
| M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 201 | 40 | 19,9% |
| S42 | Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 192 | 72 | 37,5% |
| M54 | Rückenschmerzen | 191 | 61 | 31,9% |
| K08 | Sonstige Krankheiten der Zähne | 189 | 70 | 37,0% |
| M75 | Schulterläsion/-verletzung | 179 | 17 | 9,5% |
| M20 | Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen | 173 | 44 | 25,4% |
| K07 | Kieferorthopädische Erkrankungen | 158 | 40 | 25,3% |
| M23 | Binnenschädigung des Kniegelenkes | 157 | 29 | 18,5% |
| M48 | Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper | 154 | 41 | 26,6% |
| C50 | Brustkrebs | 152 | 45 | 29,6% |
| H25 | Grauer Star | 151 | 31 | 20,5% |
| S83 | Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk | 142 | 36 | 25,3% |
| K80 | Gallensteine | 140 | 46 | 32,9% |
| I25 | Chronische Durchblutungsstörung am Herzen | 139 | 23 | 16,5% |
| M19 | Sonstiger Gelenkverschleiß | 136 | 31 | 22,8% |
| K35 | Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis) | 128 | 55 | 43,0% |
| K40 | Leistenhernie | 122 | 23 | 18,9% |
| I70 | Arterienverkalkung (Atherosklerose) | 119 | 25 | 21,0% |
| T84 | Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz | 113 | 27 | 23,9% |
| S62 | Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand | 109 | 46 | 42,2% |
| K05 | Zahnfleischentzündung | 107 | 41 | 38,3% |
| G56 | Nervenerkrankungen der oberen Extremität | 91 | 27 | 29,7% |
| D25 | Gutartiger Tumor der Gebärmutter (Leiomyom) | 90 | 19 | 21,1% |
| K57 | Ausstülpungen der Darmwand (Divertikulose) | 85 | 32 | 37,6% |
| O80 | Geburt (spontan, Einling) | 85 | 21 | 24,7% |

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

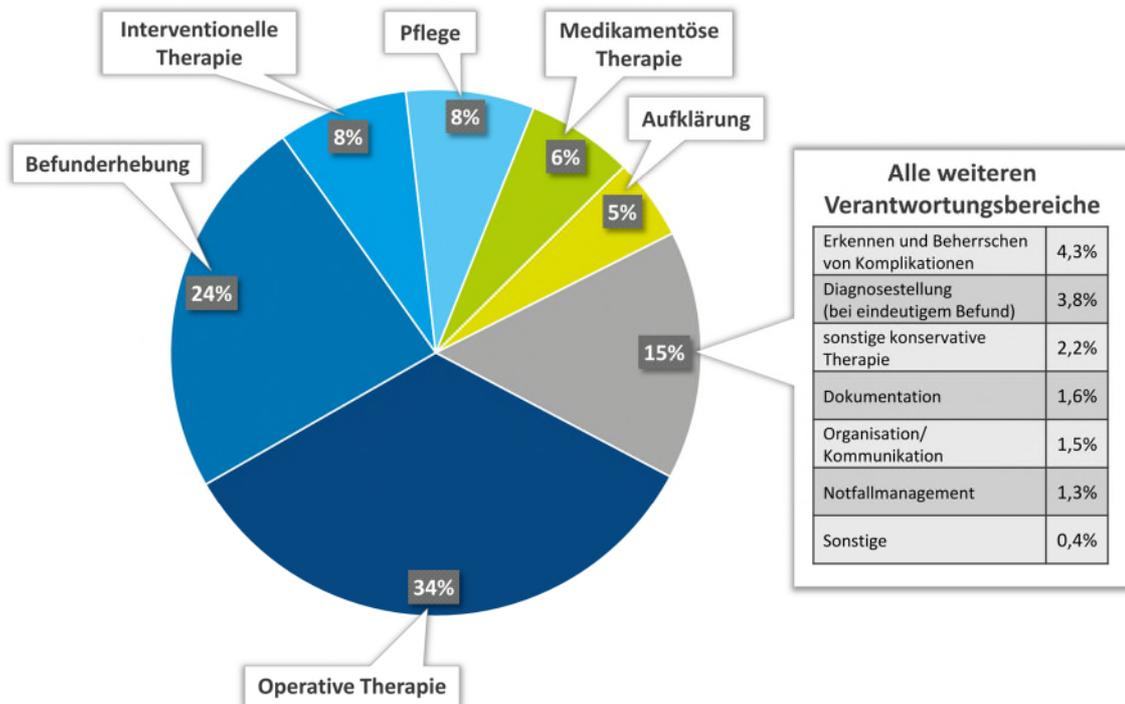
Dargestellt sind alle Behandlungsanlässe mit über 80 Vorwürfen (n=33). Diese machen allerdings nur 43,5% aller vorgeworfenen Fälle und nur 3,2% aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1.032 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

Der operative/chirurgische Fokus vieler Vorwürfe und Fehler bildet sich auch hier ab. Allerdings wird genauso deutlich, dass vorgeworfene Behandlungsfehler in Bezug auf die Behandlungsanlässe ein sehr breites und heterogenes Spektrum betreffen.

2.5 Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang

2.5.1 Übersicht

Fehler nach führendem Verantwortungsbereich (gruppiert)



2.5.2 Verantwortungsbereich in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

| Verantwortungsbereich / medizinischer Zusammenhang | | Fälle* | festgestellte Fehler | Quote | |
|--|--|----------------------------|----------------------|-------|-------|
| Diagnose | Befunderhebung | 2640 | 1008 | 38,2% | |
| | davon | Bildgebung | 846 | 395 | 46,7% |
| | | körperliche Untersuchung | 659 | 260 | 39,5% |
| | | diagnostische Intervention | 314 | 85 | 27,1% |
| | | Labor | 160 | 80 | 50,0% |
| Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund) | 357 | 162 | 45,4% | | |
| Aufklärung | | 433 | 214 | 49,4% | |
| Therapie | Medikamentöse Therapie | 899 | 279 | 31,0% | |
| | davon | Applikation(sweg) | 173 | 51 | 29,5% |
| | | Dosierung | 143 | 62 | 43,4% |
| | | bekannte Allergie | 26 | 13 | 50,0% |
| | | Verwechslung | 23 | 10 | 43,5% |
| | Operative Therapie | 6761 | 1452 | 21,5% | |
| | davon | OP-Technik | 4.857 | 843 | 17,4% |
| | | Nachsorge | 518 | 190 | 36,7% |
| | | Lagerung | 121 | 40 | 33,1% |
| | Intervention | 1360 | 341 | 25,1% | |
| | davon | Technik der Durchführung | 729 | 154 | 21,1% |
| Nachsorge | | 139 | 54 | 38,8% | |
| Lagerung | | 40 | 15 | 37,5% | |
| sonstige konservative Therapie | 599 | 95 | 15,9% | | |
| Erkennen und Beherrschen von Komplikationen | | 534 | 186 | 34,8% | |
| Notfallmanagement | | 178 | 57 | 32,0% | |
| davon | Atemwegsmanagement/Beatmung | 26 | 4 | 15,4% | |
| | Reanimation | 19 | 10 | 52,6% | |
| | sonst. Herz-Kreislauftherapie | 13 | 1 | 7,7% | |
| | mangelhafte Blutungskontrolle | 2 | 0 | 0,0% | |
| | Notfallsituation zu spät erkannt | 45 | 17 | 37,8% | |
| | zu spät erforderl. Maßnahme eingeleitet/Hilfe geholt | 32 | 16 | 50,0% | |
| Pflege | | 609 | 335 | 55,0% | |
| davon | Planung | 232 | 170 | 73,3% | |
| | Durchführung | 377 | 165 | 43,8% | |
| Organisation/ Kommunikation | | 105 | 64 | 61,0% | |
| davon | Schnittstellenmanagement | 40 | 32 | 80,0% | |
| | Entlassungsmanagement | 12 | 9 | 75,0% | |
| Dokumentation | | 76 | 70 | 92,1% | |
| Hygiene | | 48 | 1 | 2,1% | |
| Medizinprodukte | | 51 | 18 | 35,3% | |

Die „Quote“ setzt die nebenstehenden Daten ins Verhältnis, das heißt sie bildet den prozentualen Anteil der festgestellten Fehler ab bezogen auf die zugehörige Anzahl von Fällen mit Vorwürfen.

*Informationen fehlend zu 13 Vorwürfen ohne Fehler

Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

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

2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

| OPS | Bezeichnung | fest- gestellte Fehler |
|-------|---|------------------------------|
| 5-237 | Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahnes | 190 |
| 5-820 | Implantation einer Hüftgelenksprothese | 139 |
| 5-822 | Implantation einer Kniegelenksprothese | 112 |
| 5-233 | Zahnersatz | 100 |
| 5-790 | Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z.B. Platten, Schrauben | 68 |
| 5-230 | Zahntfernung | 67 |
| 5-836 | Versteifungsoperation an der Wirbelsäule | 54 |
| 5-794 | Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruches | 48 |
| 5-470 | Operative Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm (Appendektomie) | 45 |
| 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | 45 |
| 5-231 | Operative Zahntfernung (durch Osteotomie) | 42 |
| 5-232 | Zahnsanierung durch Füllung | 42 |
| 5-511 | Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) | 42 |
| 5-831 | Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe | 42 |
| 5-455 | Teilentfernung des Dickdarmes | 41 |
| 5-781 | Operation mit Durchtrennung und ggf. Umstellung eines Knochens (Korrekturosteotomie) | 34 |
| 5-839 | Andere* Operationen an der Wirbelsäule (*andernorts nicht aufgeführt) | 33 |
| 5-683 | Entfernung der Gebärmutter | 32 |
| 5-793 | Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 32 |
| 5-788 | Operationen an Mittelfußknochen und Zehen | 31 |
| 5-144 | Operative Entfernung der Linse am Auge | 28 |
| 5-786 | Operatives Verbinden von Knochen(brüchen) (Osteosyntheseverfahren) | 28 |
| 5-235 | Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes | 26 |
| 5-808 | Operative Gelenkversteifung (Arthrodesse) | 25 |
| 5-787 | Entfernung von Material zur operativen Verbindung von Knochen (Osteosynthesematerial) | 24 |
| 5-821 | Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese | 24 |
| 5-813 | Gelenkspiegelung (Arthroskopie) mit Maßnahmen an Bändern oder Gelenkkapsel | 21 |
| 8-020 | Therapeutische Injektion | 21 |
| 1-650 | Dickdarmspiegelung | 20 |
| 5-530 | Operativer Verschluss einer Leistenhernie | 20 |

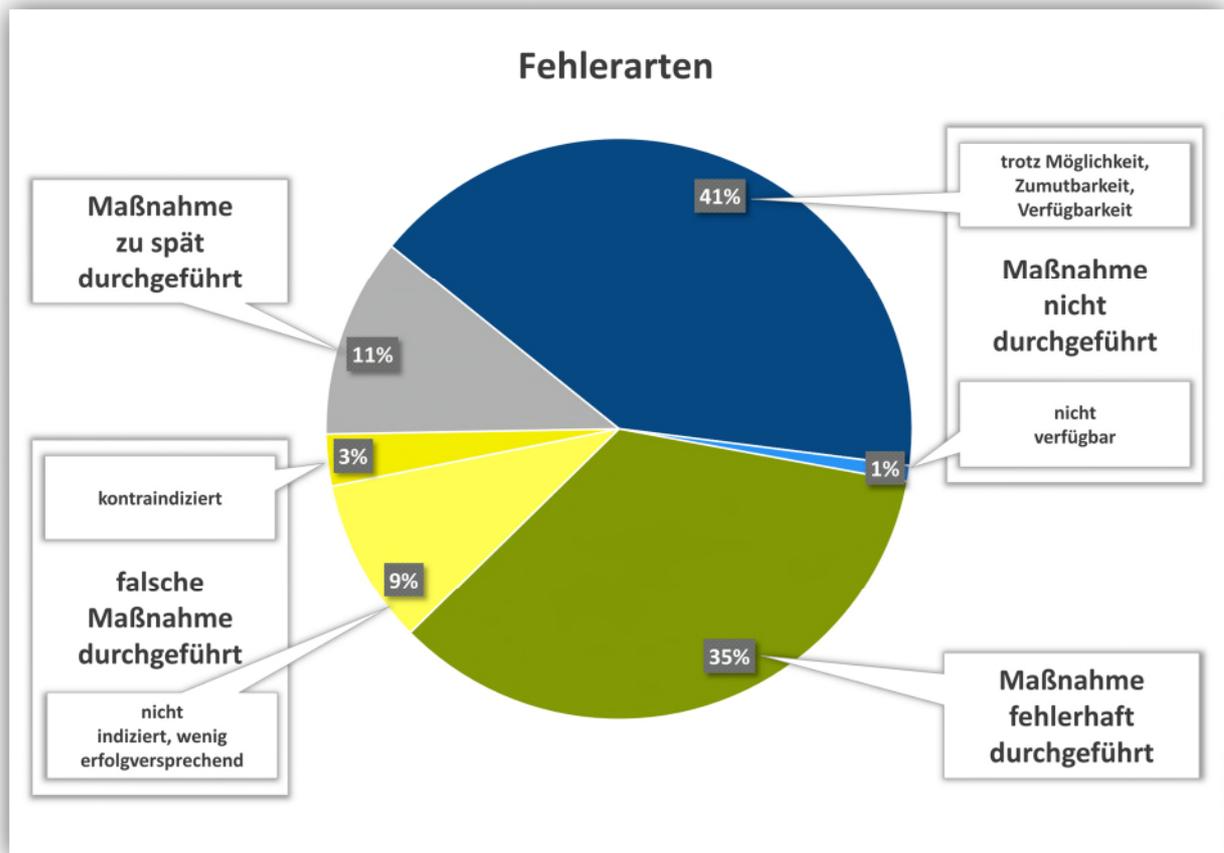
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.270 Fällen (29,1%) steht keine nach OPS-Schlüssel kodierte Maßnahme in direktem Zusammenhang mit dem Vorwurf bzw. es liegt keine Kodierung vor.

Die von Fehlern betroffenen konkreten medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe – breit verteilt. Alle häufiger als 20-mal betroffenen Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.476 Fälle von allen Fehlern aus. Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in weniger als 20 oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Vorwürfe wurden zu 891 verschiedenen Maßnahmen erhoben.

Rückschlüsse zur Versorgungsqualität und Sicherheit einer Maßnahme insgesamt können auf dieser Datenbasis nicht gezogen werden, insbesondere nicht im direkten Vergleich der hier gelisteten Operationen und Prozeduren untereinander.

2.7 Fehlerarten



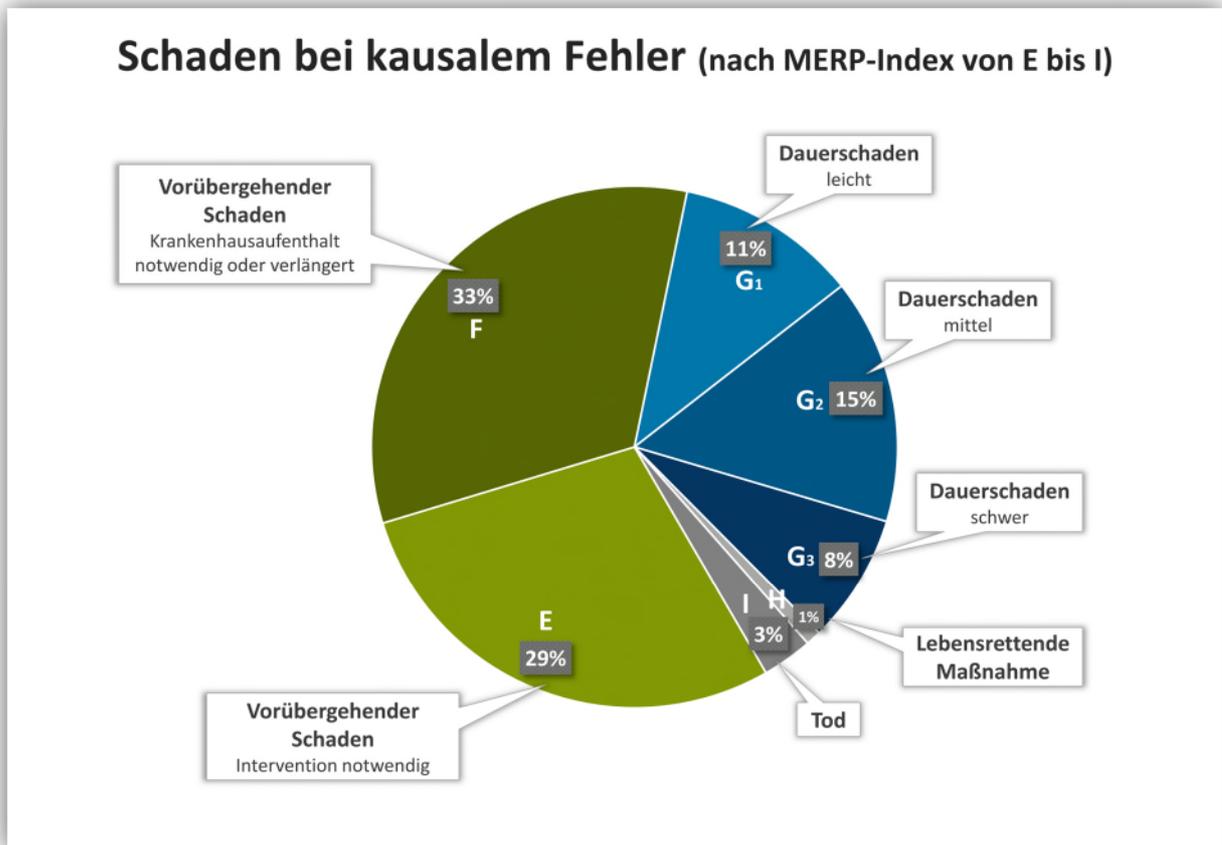
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Die Daten sind bezogen auf alle 4.282 festgestellten Fehler.

Der Großteil der festgestellten Fehler im vorliegenden Datensatz besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (42%) oder fehlerhaft (35%) 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 12% keine herausragende Rolle. Fast genauso häufig konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät (11%), durchgeführt wurde.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht



2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)

| Schweregrad des Gesundheitsschadens | | Anzahl | Kausalität nachgewiesen | Anteil kausaler an festgestellten Fehlern |
|--|--|--------|-------------------------|---|
| Vorübergehender Schaden (MERP E, F) | mit Interventionsnotwendigkeit (E) | 1.083 | 850 | 78,5% |
| | mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F) | 1.231 | 978 | 79,5% |
| Dauerschaden (MERP G) | leicht (G ₁) | 417 | 333 | 79,9% |
| | mittel (G ₂) | 574 | 451 | 78,6% |
| | schwer (G ₃) | 303 | 238 | 78,5% |
| lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H) | | 33 | 28 | 84,8% |
| Schaden mit Todesfolge (MERP I) | | 155 | 92 | 59,4% |
| <i>gesamt</i> | | 3.796 | 2.970 | 78,2% |

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

Für die Einteilung des Schweregrades eines erlittenen Gesundheitsschadens wurde der international verbreitete und genutzte „MERP-Index“ (NCC MERP; National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) verwendet. Ein Gesundheitsschaden kann hier in fünf Kategorien von E bis I eingeteilt werden. Zum Dauerschaden (MERP G) ist dabei ergänzend eine Beurteilung als „leicht“ (G1), „mittel“ (G2) oder „schwer“ (G3) eingefügt worden nach der folgenden orientierenden Festlegung:

- Als „leicht“ ist ein Dauerschaden dann zu beurteilen, wenn er den Patienten nicht in relevanter Weise im Alltag oder Berufsleben behindert.
- Ein Dauerschaden ist als "mittel" zu bezeichnen, wenn er den Patienten zwar erkennbar einschränkt, er jedoch ohne fremde Hilfe problemlos am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. (Nach deutscher Definition kann schon bei einem mittleren Dauerschaden eine Schwerbehinderung vorliegen.)
- Ein Dauerschaden ist "schwer", wenn der Patient wesentlich beeinträchtigt ist im Alltag sowie in seiner normalen Lebensführung und/oder täglich die Hilfe anderer Personen dafür benötigt.

Der Großteil (73%) der kausalen Behandlungsfehler hat zu einem vorübergehenden Schaden oder einem leichten Dauerschaden geführt.

In 78,2% aller festgestellten Fehler mit Schaden liegt eine Kausalität vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadensfolgen. Bei verstorbenen Patienten, bei deren Versorgung ein Fehler festgestellt werden konnte, war dieser im Verhältnis etwas seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (59,4%). In 43 dieser 155 Fälle blieb es unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um schwerstkranke Patienten, bei denen in einer komplexen Situation bereits mehrere Umstände im Krankheitsverlauf vorliegen, die höchste Lebensgefahr bedeuten und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben führen. In 20 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben des Patienten identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

| Ereignis | Anzahl |
|--|------------|
| Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt (Krankenhaus/Pflegeheim) erworben | 67 |
| Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper | 34 |
| Operation/Maßnahme am falschen Körperteil | 25 |
| Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung | 17 |
| falsche Operation/Maßnahme durchgeführt | 13 |
| Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung | 13 |
| Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg | 9 |
| Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung | 6 |
| Falsches Implantat, falsche Prothese | 5 |
| Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde | 5 |
| Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft | 4 |
| Tod oder schwerer Schaden aufgrund von Kontamination eines Medikamentes, Medizinproduktes | 2 |
| Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums | 2 |
| Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Mangel bei einer Bluttransfusion (z.B. Fehltransfusion ABO-inkompatibel) | 2 |
| Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit med. Versorgung (v.a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser) | 2 |
| Operation/Maßnahme beim falschen Patienten | 1 |
| Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde („Magensonde“) vor Nutzung nicht bemerkt | 1 |
| Tod oder schwerer Schaden durch eine Luftembolie (Eindringen von Luft ins Blutgefäßsystem mit Verstopfen einer Lungenarterie) | 1 |
| gesamt | 209 |

Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Es wurde im Datensatz für die Gutachter die Einschätzungsmöglichkeit gegeben, ob ein kausaler Fehler als ein sogenanntes „Never Event“ angesehen werden kann. Dabei handelt es sich um Schadenereignisse, die einerseits besonders folgenschwer und andererseits in der Regel sicher vermeidbar sind. „Never Events“ sind seltene Einzelereignisse, sie können aber dennoch eine wichtige Rolle spielen in der Sicherheitskultur, dem Gedanken „jeder Fehler zählt“ in besonderem Maße folgend. In den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind diese Ereignisse definiert und werden regelhaft bzw. sogar verpflichtend erfasst. Hier dargestellt sind nicht alle definierten „Never Events“, sondern diejenigen, die auch im Rahmen der begutachteten Vorwürfe im Jahr 2014 als solche bewertet wurden bzw. aufgetreten sind. Aus der oben dargestellten Anzahl kann kein unmittelbarer Rückschluss auf die Patientensicherheit insgesamt gezogen werden.

„Never Events“ gelten mit bekannten Maßnahmen der Patientensicherheit (z.B. durch Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen) als prinzipiell vollständig vermeidbar. **Das Auftreten eines solchen Einzelereignisses zeigt aber keineswegs einen besonders „schweren“ Fehler eines Einzelnen an!** Stattdessen weist es auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Das Ziel bei der Erfassung von „Never Events“ ist es aufzuzeigen, dass schon ein einzelnes Ereignis einen unsicheren und entsprechend

verbesserbaren Versorgungsprozess aufdecken kann. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen werden und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangen.

Dennoch zeigen diese Daten, dass solche Ereignisse in relevantem Ausmaß vorkommen und damit Handlungsbedarf vorliegt. Hierbei besteht in besonderem Maße das Potential mit oftmals vergleichsweise einfachen – und vor allem bekannten – Methoden schwerwiegende und für Patienten und Personal belastende Ereignisse wirksam zu reduzieren.

Zum Dekubitus und Stürzen in der stationären Versorgung zeigte aktuell eine Autorengruppe aus der Berliner Charité, dass diese Ereignisse mit forcierten Sicherheitsmaßnahmen erheblich reduziert werden können. Dafür wurden die Autoren im April 2015 mit dem 1. Platz beim Deutschen Preis für Patientensicherheit, vergeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., ausgezeichnet⁴.

⁴ Deutscher Preis für Patientensicherheit. Preisträger 2015. Platz 1: Risikomanagement Dekubitus und Sturz an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Projektexposé online verfügbar auf der Homepage des Aktionsbündnis Patientensicherheit unter: www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit/preistraeger-2015 (zuletzt abgerufen 18.05.2015).

3 Fazit

Die Anzahl der Behandlungsfehlervorwürfe, die über den Medizinischen Dienst begutachtet werden, ist in den vergangenen Jahren tendenziell gestiegen. In jedem vierten vorgeworfenen Fall haben die MDK-Gutachter einen Behandlungsfehlerverdacht bestätigt, bei dem gleichzeitig ein Gesundheitsschaden vorlag. In vier von fünf dieser Fälle sahen die Gutachter es als erwiesen an, dass der Schaden kausal auf den Fehler zurückzuführen ist. Insgesamt wurde also bei jedem fünften Behandlungsfehlervorwurf ein kausaler Fehler bestätigt.

Ein Maßstab für die Patientensicherheit oder ein repräsentatives Abbild aller stattfindenden Behandlungsfehler in Deutschland sind die vorliegenden Daten nicht. Dennoch beinhalten sie wichtige Informationen. So liegt ein Schwerpunkt in den operativ-chirurgischen Fachgebieten oder im direkten Zusammenhang mit einer Operation. Dies ist wahrscheinlich auch darin begründet, dass es für die Patienten in diesem Bereich näher liegt, unerwünschte Behandlungsergebnisse auf einen Fehler zurückzuführen. Sowohl die Vorwürfe als auch festgestellte und kausale Fehler betreffen letztlich fast die gesamte Bandbreite der Medizin. Von der hausärztlichen Versorgung und der zahnärztlichen Behandlung über ambulante Operationen und alle Facetten der Pflege bis hin zur Intensivstation – überall wo Menschen arbeiten, dort geschehen auch Fehler. Jeden einzelnen dieser Fehler zu vermeiden, dieser Aufgabe müssen sich alle an der Versorgung Beteiligten permanent stellen. Es gilt, aus allen Fehlern zu lernen und daraus Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Behandlungsfehler müssen hierfür eine wichtige Quelle sein.

Analog zu den Erkenntnissen aus Fehlermeldesystemen, Befragungen und wissenschaftlichen Untersuchungen ist eine größtmögliche Transparenz über erkannte Fehler eine Grundvoraussetzung für Patientensicherheit. Eine weitere besteht darin, das Wissen um die bereits vorhandenen und erwiesenermaßen wirksamen Präventionsmaßnahmen noch besser zu verbreiten und diese flächendeckend konsequent umzusetzen. Patienten und sämtliche Mitarbeiter in der medizinischen Versorgung müssen wirkungsvoll vor allem vor solchen Fehlern geschützt werden, die einerseits besonders folgenschwer, andererseits aber gut vermeidbar sind.

Die Medizinischen Dienste möchten weiterhin dazu beitragen, dass die Begutachtung nicht nur auf die Klärung eines Einzelfalles abzielt, sondern dass durch die Gesamtheit der Begutachtungsergebnisse und deren Analyse die Patientensicherheit in Deutschland weiter fortentwickelt wird.