

Pressekonferenz

„Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2020 zur Behandlungsfehlerbegutachtung vor. Patientensicherheit jetzt stärken.“

Inhaltsverzeichnis

1. Pressemitteilung
2. Statement Dr. med. Stefan Gronemeyer,
Geschäftsführer des MDS
3. Statement Prof. Dr. med. Astrid Zobel,
Leitende Ärztin Medizinischer Dienst Bayern
4. Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung 2020
5. Fragen und Antworten zur Behandlungsfehlerbegutachtung
6. „Was Versicherte wissen sollten“: Ratgeberpapier

PRESSEMITTEILUNG

Berlin/Essen, 12. Oktober 2021

Behandlungsfehlerbegutachtung 2020: Patientensicherheit jetzt engagiert stärken

14.042 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2020 erstellt. In jedem vierten Fall wurde ein Fehler bestätigt und ein Schaden festgestellt, in jedem fünften war der Fehler ursächlich für den Schaden. Das geht aus der aktuellen Begutachtungsstatistik hervor, die heute in Berlin vorgestellt wurde. Um die Patientensicherheit zu stärken, sollte der Blick auf besonders schwerwiegende, aber sicher vermeidbare Fehler gerichtet werden (sogenannte Never Events). Die WHO fordert dazu die Einführung eines verpflichtenden Meldesystems.

Die Gesamtzahl der ärztlichen Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen liegt seit Jahren auf einem gleichbleibenden Niveau bei etwa 14.000 Fällen pro Jahr bundesweit. Im vergangenen Jahr bestätigte der Medizinische Dienst in 4.099 Fällen einen Fehler und in 3.550 Fällen einen Fehler mit Schaden. In 2.826 Fällen stellten die Gutachterinnen und Gutachter fest, dass der Fehler Ursache des Schadens war.

„Unsere Zahlen zeigen nur einen kleinen Ausschnitt eines Problems, das engagierter angegangen werden muss“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Geschäftsführer des MDS. „Wir brauchen endlich systematische Anstrengungen zur Reduzierung vermeidbarer unerwünschter Ereignisse, die schwere Schädigungen verursachen können.“ Dazu gehören zum Beispiel Patienten- und Seitenverwechslungen, Medikationsfehler oder zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen. Diese sogenannten Never Events sind für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen von großer Bedeutung. Sie sollten daher verpflichtend gemeldet, analysiert und für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen genutzt werden. Dazu hat nun auch die WHO (World Health Organization) ihre Mitgliedsstaaten aufgefordert. Die Weltgesundheitsorganisation hat im September die Patientensicherheit zum prioritären Gesundheitsziel erklärt.

Fehler in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

In der aktuellen Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes betrafen zwei Drittel der Vorwürfe Behandlungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (9.293 Fälle); ein Drittel bezog sich auf Arztpraxen (4.723 Fälle). „Hintergrund dieser Verteilung ist, dass sich die meisten Behandlungsfehlervorwürfe auf operative Eingriffe beziehen, und diese erfolgen zumeist in der stationären Versorgung“, erläutert Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin des Medizinischen Dienstes Bayern.

Knapp 31 Prozent aller Vorwürfe (4.337 Fälle) betrafen die Orthopädie und Unfallchirurgie, 12 Prozent die Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.634 Fälle), 9 Prozent die Allgemein-

und Viszeralchirurgie (1.296 Fälle), ebenfalls 9 Prozent (1.198 Fälle) die Zahnmedizin, 8 Prozent die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.128 Fälle) und 6 Prozent die Pflege (899 Fälle). Rund 25 Prozent der Vorwürfe bezogen sich auf 29 weitere Fachgebiete.

Die festgestellten Fehler betreffen die unterschiedlichsten Behandlungen. Sie reichen von Knie- und Hüftgelenkimplantationen über Zahnentfernungen bis hin zu Knochenbrüchen, Gallensteinbehandlungen oder Operationen am Grauen Star. Die Zahlen sind nicht repräsentativ. Sie zeigen lediglich die Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes.

„Eine Häufung von Vorwürfen in einem Fachgebiet sagt nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus“, erklärt Zobel. Häufungen sagen viel mehr darüber etwas aus, wie Patientinnen und Patienten Behandlungen erleben. Fehler bei chirurgischen Eingriffen können Betroffene meist leichter erkennen als zum Beispiel Medikationsfehler auf der Intensivstation.

Zwei Drittel der Schäden sind vorübergehend

Bei zwei Drittel (66,8 Prozent) der begutachteten Fälle waren die Gesundheitsschäden der Patientinnen und Patienten vorübergehend. Das heißt, eine Intervention oder ein Krankenhausaufenthalt war notwendig oder musste verlängert werden. Bei rund einem Drittel der Fälle wurde ein Dauerschaden verursacht. Dabei unterscheidet man zwischen leicht, mittel und schwer. Ein leichter Dauerschaden kann zum Beispiel eine geringe Bewegungseinschränkung oder eine Narbe sein. Ein mittlerer Dauerschaden kann eine chronische Schmerzsymptomatik, eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder die Störung einer Organfunktion bedeuten. Ein schwerer Dauerschaden kann vorliegen, wenn Geschädigte bettlägerig und aufwendig pflegebedürftig geworden sind – wenn sie aufgrund eines Fehlers erblindet oder querschnittsgelähmt sind. In knapp 3 Prozent der Fälle (82) hat ein Fehler zum Versterben der Patientin oder des Patienten geführt oder wesentlich dazu beigetragen.

Hintergrund

Spezielle Gutachterteams des Medizinischen Dienstes prüfen Vorwürfe von Behandlungsfehlern im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. Die Gutachterinnen und Gutachter gehen dabei der Frage nach, ob die Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard und in aller Sorgfalt abgelaufen ist. Liegt ein Behandlungsfehler vor, wird geprüft, ob der Schaden, den der Versicherte erlitten hat, durch den Fehler verursacht worden ist. Nur dann sind Schadenersatzforderungen aussichtsreich. Auf der Basis des Sachverständigen-gutachtens können die Betroffenen entscheiden, welche weiteren Schritte sie unternehmen wollen. Den Versicherten entstehen durch die Begutachtung keine zusätzlichen Kosten.

Pressekontakt:

Michaela Gehms, Pressesprecherin MDS
Mobil: +49 172 3678007
Email: m.gehms@mds-ev.de

Pressekonferenz:**„Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2020 zur
Behandlungsfehlerbegutachtung vor. Patientensicherheit stärken.“****Statement von Dr. med. Stefan Gronemeyer,
Geschäftsführer des MDS****12. Oktober 2021 in Berlin****- Es gilt das gesprochene Wort -**

Anrede,

wer zum Arzt oder ins Krankenhaus muss, vertraut darauf, dass eine Untersuchung oder eine Operation nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und mit größter Sorgfalt erfolgt. Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht hohe Sicherheitsstandards, um vermeidbare Schäden durch die Behandlung auszuschließen. Das ist in der Regel auch der Fall. Denn keine Ärztin und kein Arzt will Patienten schaden. Trotzdem wissen wir alle, dass Fehler passieren.

Zum zehnten Mal veröffentlichen wir die bundesweite Jahresstatistik zu den Behandlungsfehlergutachten des Medizinischen Dienstes. Dieser Bericht stellt den deutschlandweit umfassendsten Datensatz zu diesem Thema dar – auch wenn die Zahlen nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlich geschehenen Fehler widerspiegeln.

Der Anteil der bestätigten Fehler in unseren Gutachten bewegt sich insgesamt auf unverändertem Niveau. So wird etwa in jedem vierten Fall ein Fehler mit Schaden bestätigt und in jedem fünften Fall ist der Fehler auch ursächlich für den erlittenen Schaden.

Mit der Veröffentlichung unserer Jahresstatistik leisten wir einen Beitrag zu mehr Transparenz über vermeidbare Schäden in Medizin und Pflege. Wir wollen den Fokus auf das Thema Patientensicherheit lenken. Hier hat es in den vergangenen Jahren keine substantiellen Weiterentwicklungen und keine gesetzlichen Initiativen gegeben. Und dies, obwohl vermeidbare unerwünschte Ereignisse und Behandlungsfehler für eine große Zahl von Betroffenen immer wieder ein gravierendes Problem darstellen. Die öffentlich genannten Fallzahlen suggerieren vielleicht, dass es sich um ein Randproblem handelt. Tatsächlich ist jedoch bekannt und wissenschaftlich belegt, dass nur etwa drei Prozent der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse nachverfolgt werden. Wir sehen also immer nur die Spitze des Eisbergs.

Zunächst wird Ihnen Frau Prof. Zobel die Begutachtungszahlen des Medizinischen Dienstes 2020 vorstellen.

Medizinische Dienste sehen immer wieder die gleichen Fehler in der Begutachtung

Anrede,

wie lassen sich die soeben dargestellten Begutachtungsergebnisse einordnen? Klar ist, dass diese Zahlen nur einen kleinen Ausschnitt der Realität zeigen. Die Dunkelziffer ist hoch. Daran besteht kein Zweifel.

Sicher gibt es auf der Ebene engagierter Beschäftigter in der Versorgung immer wieder gute Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit in diesem Krankenhaus oder jener Praxis. Hilfreich sind auch freiwillige Initiativen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), das seit Jahren exzellente Handreichungen zur Patientensicherheit veröffentlicht. Was jedoch nach wie vor fehlt, ist ein verbindlicher systematischer Ansatz zur Verbesserung der Patientensicherheit in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Jahr für Jahr berichten wir über die gleichen, häufig schwerwiegenden, vermeidbaren Schadensergebnisse – die sogenannten Never Events. Dazu gehören Patienten- und Seitenverwechslungen, Medikationsfehler oder zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen – wie zum Beispiel ein OP-Tuch, das nach einer Darm-Operation im Bauchraum des Patienten verblieben ist.

Never Events für systematische Prävention nutzen

Diese Ereignisse sind dadurch gekennzeichnet, dass sie schwere Schäden verursachen können und gleichzeitig durch systematische Maßnahmen gut verhindert werden können. Daher sind Never Events für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen von großer Bedeutung. Wenn ein solcher Fehler geschieht, dann weist dies nicht auf das Versagen Einzelner hin, sondern es zeigt, dass die Sicherheitsvorkehrungen unzureichend sind und Risiken im Versorgungsprozess bestehen.

Um solche Fälle zu vermeiden, muss man sie jedoch erst einmal kennen und analysieren. Gezielte Prävention setzt daher voraus, dass solche Ereignisse berichtet und gemeldet werden. Solche Meldungen müssten vertraulich und völlig losgelöst von haftungsrechtlichen Konsequenzen ermöglicht werden. Sie dürfen allein der Verbesserung der Patientensicherheit dienen. In vielen Ländern existieren bereits derartige verpflichtende Meldesysteme. In Deutschland ist dies bislang nicht der Fall.

WHO-Aktionsplan umsetzen und angemessenen Rechtsrahmen setzen

Ein wichtiger Impuls kommt derzeit von der WHO (World Health Organization). Die WHO hat die Patientensicherheit als prioritäres Gesundheitsziel definiert und alle gesundheitspolitischen Akteure (Regierungen, Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens, aber auch Interessengruppen) aufgefordert, ihre Anstrengungen in der Patientensicherheit deutlich zu verstärken. Regierungen werden zur Einrichtung eines unabhängigen Untersuchungsmechanismus in Fällen von schwerwiegenden Schäden und Never Events aufgefordert. Das Ziel der WHO ist, dass bis zum Jahr 2030 90 Prozent aller Mitgliedsstaaten ein System zur Meldung von Never Events eingeführt haben.

Von einem solchen vertraulichen Meldesystem sind wir in Deutschland derzeit noch weit entfernt. Es ist zu hoffen, dass die neue Regierung das Anliegen der WHO und vieler Akteure der Patientensicherheit in Deutschland aufgreift und hier einen gesetzlichen Rahmen schafft. Dieser sollte die

flächendeckende systematische Erfassung und Auswertung von Never Events ermöglichen. Gleichzeitig muss die vertrauliche und angstfreie Umsetzung durch die Beschäftigten im Gesundheitswesen garantiert sein, damit ein solches System die nötige Akzeptanz findet. Entsprechende Konzepte und Vorarbeiten, wie z. B. die Never Event Liste des Medizinischen Dienstes oder die neue Liste scherwiegender Ereignisse des APS liegen längst in den Schubladen.

Umsetzungsdefizit bei der Patientensicherheit beenden

Auch aus dem Ausland ließen sich viele gute Beispiele übernehmen. Hier ist insbesondere die in England geltende „Pflicht zur Offenheit“ (duty of candour) zu nennen. Diese verpflichtet alle Beschäftigten des Gesundheitswesens dazu, die Patientinnen und Patienten von sich aus offen, ehrlich und umfassend zu informieren, wenn ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis passiert ist. Damit ist auch die Verpflichtung zu einer Entschuldigung – was für viele wichtiger ist, als Schadensersatz – und zu einer Beratung zur Linderung des eingetretenen Schadens verbunden. Im Sinne der betroffenen Patientinnen und Patienten ist es dringend an der Zeit, dass das Umsetzungsdefizit bei der Patientensicherheit auch in Deutschland endlich beendet wird.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Der Medizinische Dienst bietet mit der Behandlungsfehler-Begutachtung eine wichtige Unterstützung für betroffene Patientinnen und Patienten, die über die Krankenkasse kostenlos genutzt werden kann. Derzeit mangelt es immer noch an der systematischen Umsetzung und Überprüfung von Maßnahmen zur Fehlervermeidung, insbesondere im Bereich der Never Events. Dazu bedarf es mehr Mut und Entschlossenheit. Der Medizinische Dienst ist bereit, seinen Beitrag zu leisten, damit die Patientensicherheit vorangebracht wird.

Pressekonferenz:
**„Der Medizinische Dienst stellt Jahresstatistik 2020 zur
Behandlungsfehlerbegutachtung vor. Patientensicherheit jetzt stärken.“**

**Statement Prof. Dr. med. Astrid Zobel
Leitende Ärztin Medizinischer Dienst Bayern**

12. Oktober 2021 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

wenn Patientinnen und Patienten sich an einen Arzt oder an eine Ärztin wenden, haben sie Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach dem anerkannten medizinischen Standard. Die Behandlung muss angemessen, sorgfältig, richtig und zeitgerecht sein. Ist dies nicht der Fall, dann sprechen Mediziner und Juristen von einem Behandlungsfehler. Wenn ein Behandlungsfehler einen Schaden verursacht hat, dann besteht Anspruch auf Schadensersatz.

Ein Beispiel: Ein Patient erhält eine Darmspiegelung. Es ergibt sich ein Verdacht auf einen bösartigen Tumor. Der Verdacht wird nicht mit weiterer Bildgebung und Diagnostik gesichert. Stattdessen wird bei einer OP ein Teil des Darms entfernt. In der anschließenden Gewebeuntersuchung zeigt sich, dass der Tumor gutartig und die Entfernung des Darmstückes unnötig war .

Solche Fälle Schritt für Schritt nachzuvollziehen und zu bewerten, ist die Aufgabe der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes.

Im Jahr 2020 haben die Gutachterinnen und Gutachter bundesweit 14.042 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Dabei ging es um medizinische und zahnmedizinische Behandlungen sowie um Leistungen der Kranken- und Altenpflege. Die Frage „Liegt ein Behandlungsfehler vor, und hat der Patient einen Schaden erlitten?“ bejahte der Medizinische Dienst 2020 in jedem vierten Fall (25,3 Prozent) – in genau 3.550 Fällen. In jedem fünften Fall (20,1 Prozent) stellten die Gutachterinnen und Gutachter fest, dass der Behandlungsfehler Ursache des Schadens war. Dies traf bei 2.826 Fällen zu. Die Zahlen bewegen sich auf dem gleichen Niveau wie in den Vorjahren.

In den chirurgischen Fächern und in Kliniken werden am meisten Vorwürfe erhoben

Zwei Drittel der Vorwürfe (9.293) bezogen sich auf Behandlungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern. Ein Drittel (4.723) betraf Behandlungen durch einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin. Eine wesentliche Ursache für diese Verteilung ist, dass sich die meisten Behandlungsfehlervorwürfe auf operative Eingriffe beziehen. Da Operationen vorwiegend in Kliniken stattfinden, ist dieser Sektor häufiger von einem Behandlungsfehlerverdacht betroffen.

Fehler gibt es in vielen Fachgebieten und bei unterschiedlichsten Eingriffen

Wenn man sich die Vorwürfe verteilt auf die Fachgebiete anschaut, ergibt sich folgendes Bild: Knapp 31 Prozent aller Vorwürfe (4.337 Fälle) bezogen sich auf die Orthopädie und Unfallchirurgie; 11,6 Prozent auf die Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.634 Fälle), 9,2 Prozent auf die Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.296 Fälle), 8,5 Prozent auf die Zahnmedizin (1.198 Fälle), 8 Prozent auf die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.128 Fälle), und 6,4 Prozent auf die Pflege (899 Fälle).

Eine Häufung von Vorwürfen in einem Bereich sagt jedoch nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus. Häufungen sagen eher darüber etwas aus, wie Patientinnen und Patienten Behandlungen erleben. Sie reagieren unterschiedlich auf Ergebnisse, die nicht ihren Erwartungen entsprechen.

Wenn zum Beispiel eine Patientin nach einer Hüftoperation erlebt, dass ihre Zimmernachbarin, die ebenfalls eine neue Hüfte erhalten hat, viel schneller wieder auf die Beine kommt, dann kann das zu einem Behandlungsfehlerverdacht führen. Der Fokus der Behandlungsfehlervorwürfe liegt häufiger auf Operationen als auf anderen Therapien, weil Fehler bei Operationen von den Patienten meist leichter erkannt werden können als zum Beispiel Medikationsfehler.

In der Jahresstatistik für 2020 gibt es 14.042 Vorwürfe zu insgesamt 1.031 unterschiedlichen Diagnosen. Die festgestellten Fehler betreffen die unterschiedlichsten Erkrankungen und die verschiedensten Behandlungen. Sie reichen von Hüft- und Kniegelenkimplantationen über die Therapie von Knochenbrüchen, Gefäßerkrankungen und Gallensteinen.

Zwei Drittel der Schäden sind vorübergehend

Bei zwei Drittel (66,8 Prozent) der begutachteten Fälle sind Patientinnen und Patienten vorübergehend geschädigt worden. Das heißt, eine Intervention oder ein Krankenhausaufenthalt war notwendig oder musste verlängert werden, die Patientinnen und Patienten sind jedoch wieder vollständig genesen. Bei rund einem Drittel der Fälle wurde ein Dauerschaden verursacht. Dabei unterscheidet man zwischen leichten, mittleren und schweren Schäden. Ein leichter Dauerschaden kann zum Beispiel eine geringe Bewegungseinschränkung oder eine Narbe sein. Ein mittlerer Dauerschaden kann eine chronische

Schmerzsymptomatik, eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder die Störung einer Organfunktion bedeuten. Ein schwerer Dauerschaden kann vorliegen, wenn Geschädigte bettlägerig und aufwendig pflegebedürftig geworden sind – wenn sie aufgrund eines Fehlers erblindet oder querschnittsgelähmt sind. In knapp 3 Prozent der Fälle (82) hat ein Fehler zum Versterben der Patientin oder des Patienten geführt oder wesentlich dazu beigetragen.

So läuft die Behandlungsfehlerbegutachtung ab

Was können Patientinnen und Patienten oder Angehörige tun, wenn sie einen Behandlungsfehlerverdacht haben? Erste Anlaufstelle für gesetzlich Versicherte ist die Krankenkasse. Nach dem Patientenrechtegesetz ist sie verpflichtet, die Versicherten bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen. Die zuständige Krankenkasse kann den Medizinischen Dienst beauftragen, ein fachärztliches Gutachten zu erstellen. Dieses ist für Patientinnen und Patienten kostenfrei.

Im nächsten Schritt ist es notwendig, dass der Betroffene seine Ärzte von der Schweigepflicht entbindet, damit die Krankenkasse Dokumente und Informationen anfordern kann. Der Medizinische Dienst braucht für das Sachverständigengutachten sämtliche Behandlungsunterlagen. Außerdem sollte der Versicherte ein Gedächtnisprotokoll anfertigen: Was ist wann, wo und wie geschehen?

Im nächsten Schritt rekonstruieren die Gutachterinnen und Gutachter das Behandlungsgeschehen. Der Behandlungsverlauf wird mit den fachlichen Standards verglichen, um beurteilen zu können, ob die Patientin oder der Patient dem Stand des medizinischen Wissens entsprechend behandelt worden ist. Das Gutachten erhält der Versicherte direkt vom Medizinischen Dienst. Er kann sich von seiner Krankenkasse hinsichtlich des weiteren Vorgehens beraten und unterstützen lassen. Wir legen großen Wert auf eine hohe Qualität in der Behandlungsfehler-Begutachtung und freuen uns, dass das Vertrauen in den Medizinischen Dienst so groß ist.

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Jahresstatistik 2020



IMPRESSUM

Herausgeber und Bearbeitung

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

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

Oktober 2021

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

Essen/München im Oktober 2021


Dr. Stefan Gronemeyer
Geschäftsführer des MDS


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

Inhaltsverzeichnis

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

1 Einleitung

Der Medizinische Dienst unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdacht 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 Behandlungsfehlervorwürfe an: Es werden sowohl stationäre als auch ambulante Fälle aus den Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege begutachtet.

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

1.1 Hintergrund

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die dem jeweils aktuellen Stand der Medizin nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Wird die Behandlung nicht nach den zum Behandlungszeitpunkt bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler bezeichnet. Ein Behandlungsfehler liegt zum Beispiel vor, wenn eine gebotene medizinische Untersuchung oder Behandlung unterlassen oder mit mangelnder Sorgfalt ausgeführt wird, aber genauso, wenn z. B. ein Eingriff vorgenommen wird, der individuell nicht indiziert war. Alle Bereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung, von der Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung bis zur Therapie und auch die Dokumentation können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Geschädigte sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem Ende Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist der Anspruch der Versicherten auf Unterstützung bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern gestärkt worden. Seitdem ist die Krankenkasse laut § 66 SGB V dazu verpflichtet, bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlervorwurfs 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 Behandlungsfehlervorwurfs 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 Behandlungsfehlervorwurfs erfolgt anhand der Krankenunterlagen (z. B. Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, handschriftliche bzw. elek-

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

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

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

1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse

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

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 14.042 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zu grunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2020) von einem der insgesamt 15 Medizinischen Dienste erstmals mit einem Gutachten bearbeitet wurden. Die Begriffe „Fälle“ und „Vorwürfe“ werden im Folgenden weitgehend synonym genutzt, auch wenn es vorkommt, dass zu einem zusammenhängenden Behandlungsfall im Detail mehrere Fehlervorwürfe erhoben werden, die in einem Gutachten gemeinsam bewertet werden.

Diese Ergebnisse stellen den umfangreichsten Datensatz zu Behandlungsfehlern dar, der in Deutschland aus einem aktuellen Einjahreszeitraum veröffentlicht wird. Die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste können dennoch weder für die in Deutschland insgesamt erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe noch für alle tatsächlich auftretenden Fehler bzw. „vermeidbaren unerwünschten Ereignisse“ in der Medizin repräsentativ sein. Jegliche Interpretationen sind vor dieser Einschränkung zu sehen und mit entsprechender Vorsicht vorzunehmen.

Weitere Vorwürfe werden in Deutschland über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern bearbeitet, direkt zwischen Patientenseite und Leistungserbringern (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen) bzw. Haftpflichtversicherungen reguliert oder vor Gerichten verhandelt. Zusammenhängende inhaltliche Berichte werden jedoch zusätzlich nur von den Ärztekammern vorgelegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Fallzahlen von Ärztekammern und Medizinischen Diensten nur in sehr geringem Maße überschneiden.

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

Wissenschaftliche Untersuchungen legen allerdings nahe, dass die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Fehler bei medizinischer Behandlung die Anzahl der daraus folgenden Vorwürfe um ein Vielfaches übersteigt („Litigation Gap“). Professor Matthias Schrappe hat diesen Zusammenhang im Weißbuch Patientensicherheit des APS (Aktionsbündnis Patientensicherheit) umfassend dargelegt.¹

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

¹ Matthias Schrappe. APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin. 617 Seiten. 2018 | 1. Auflage. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 978-3-95466-410-8 (ISBN).

Zum Download verfügbar unter: www.aps-ev.de, siehe u. a. Kapitel 3.4. „Der zentrale Begriff der Haftungslücke (litigation gap)“, Seite 301 ff.

2 Ergebnisse

2.1 Übersicht

2.1.1 Haftungsvoraussetzungen

Begutachtung der 14.042 vorgeworfenen Fälle:

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

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

Fehler: 4.099

Schaden: 3.550

Kausalität: 2.826

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.1:

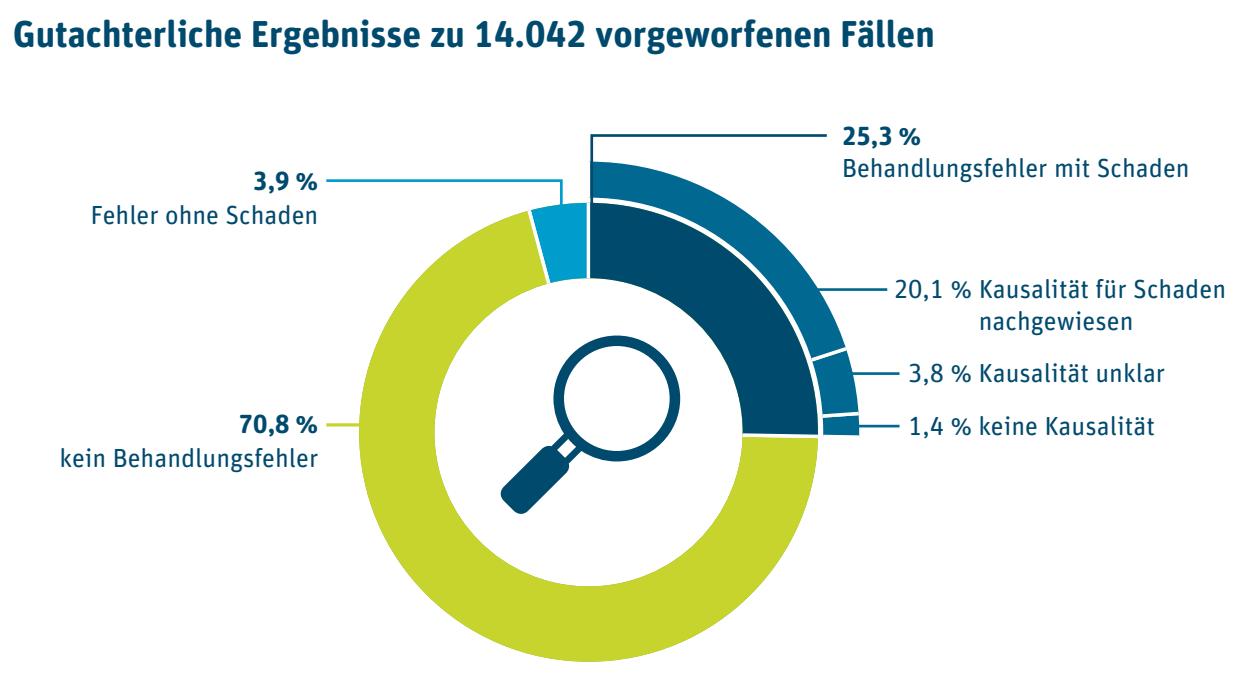
Der Vorwurf der Patientinnen und Patienten geht in den meisten Fällen vom entstandenen Schaden aus und begründet sich in einem vermuteten Fehler. Bei der Begutachtung hingegen wird zumeist umgekehrt – vom angeblichen Fehler ausgehend – der vorgeworfene Fall bearbeitet und schrittweise beantwortet, ob ein Fehler und ein damit im Zusammenhang stehender Schaden vorliegt, der ursächlich auf den Fehler zurückzuführen ist. Entsprechend können diese drei Aspekte – nämlich Fehler, Schaden und Kausalität – auch einzeln mit einer gutachterlich bestätigten Anzahl aufgeführt werden. Diese nimmt vom Fehler bis zur juristisch als „haftungsbegründenden Kausalität“ bezeichneten Kombination ab, wenn also alle drei Aspekte der oben genannten Frage zusammenfassend bejaht werden können.

Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden etwas weniger Fälle begutachtet (2019: n = 14.553). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2019: n = 4.274), der Fehler mit Schaden (2019: n = 3.688) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2019: n = 2.953) ist ebenfalls leicht gesunken. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus jedoch keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden.

Jeder Fehler hat ein Schadenpotenzial, auch wenn es sich glücklicherweise nicht immer verwirklicht. Die Zahl der festgestellten Fehler (auch unabhängig von Schaden und Kausalität) ist deshalb wichtig

für die Patientensicherheit, denn es sollte grundsätzlich aus Fehlern gelernt werden. Diesem Ziel dienen auch sogenannte „Fehlermeldesysteme“ (auch „Lern- und Berichtssysteme“ oder „CIRS“ = Critical Incident Reporting Systems genannt), bei denen nicht der Schaden im Fokus steht, sondern wo zumeist nur Fehler ohne Schaden bzw. sonstige Risiken gemeldet werden. Alle risiko- oder fehlerbehafteten Ereignisse können dazu in solchen Systemen anonym und freiwillig von Beschäftigten im Gesundheitswesen gemeldet werden ohne Betrachtung eines möglichen Schadens. Das Lernen aus gutachterlich bestätigten Behandlungsfehlern und das Lernen aus anonym gemeldeten Risiken und Fehlern ist eine notwendige Ergänzung zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das eine kann das andere nicht ersetzen.

2.1.2 Ergebnisübersicht zur Schadenkausalität



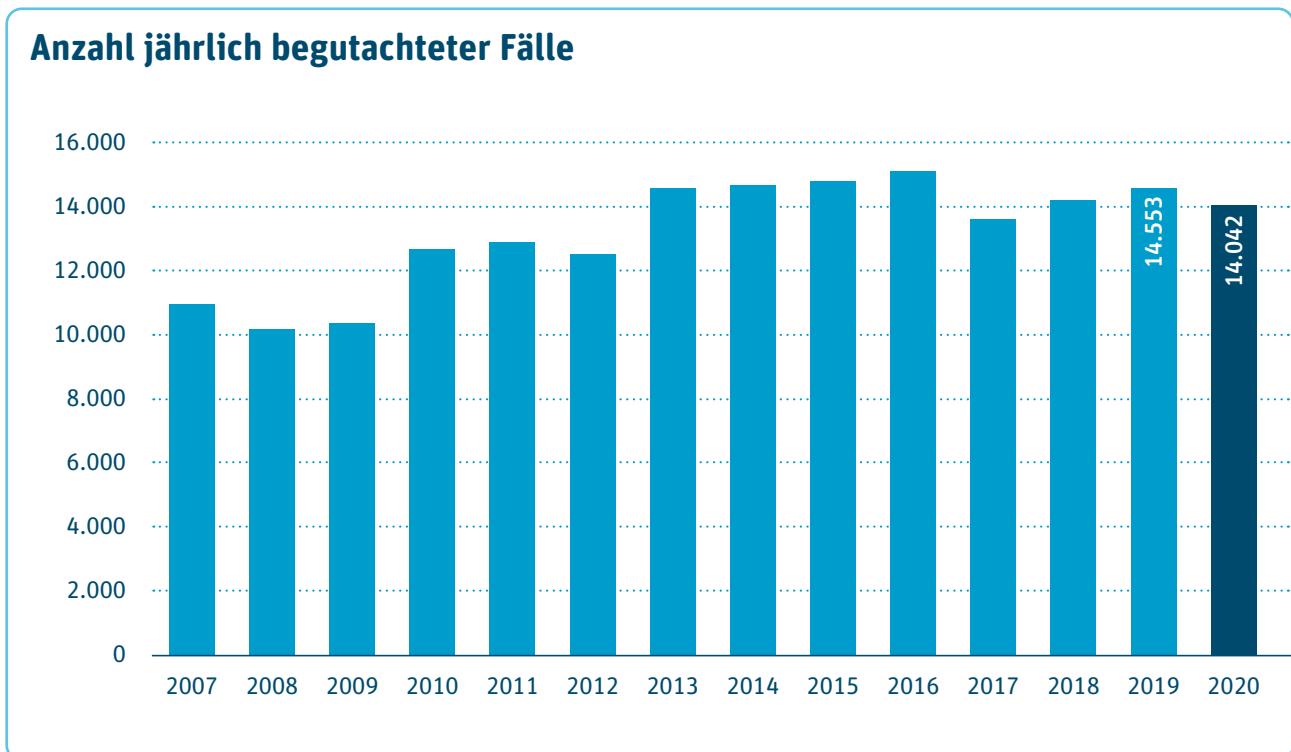
In diesem und weiteren Kreisdiagrammen kann es durch Rundung in den Nachkommastellen zu Differenzen beim Aufsummieren von Kreisteilen kommen.

Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

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

Bei allen vorgeworfenen Fehlern mit vorliegendem Schaden stellt sich die Frage nach der Kausalität. Hier kann es vor Gericht zu einer Beweislastumkehr kommen, z. B. bei einem groben Behandlungsfehler. Die Gutachten welche die Kausalität des Fehlers für den Schaden nachweisen konnten („kausale Fehler“; n = 2.826 bzw. 20,1 % der begutachteten Vorwürfe) bieten der Patientin / dem Patienten und der Krankenkasse die Möglichkeit, unmittelbar weitere Haftpflicht- bzw. Regressansprüche geltend zu machen.

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

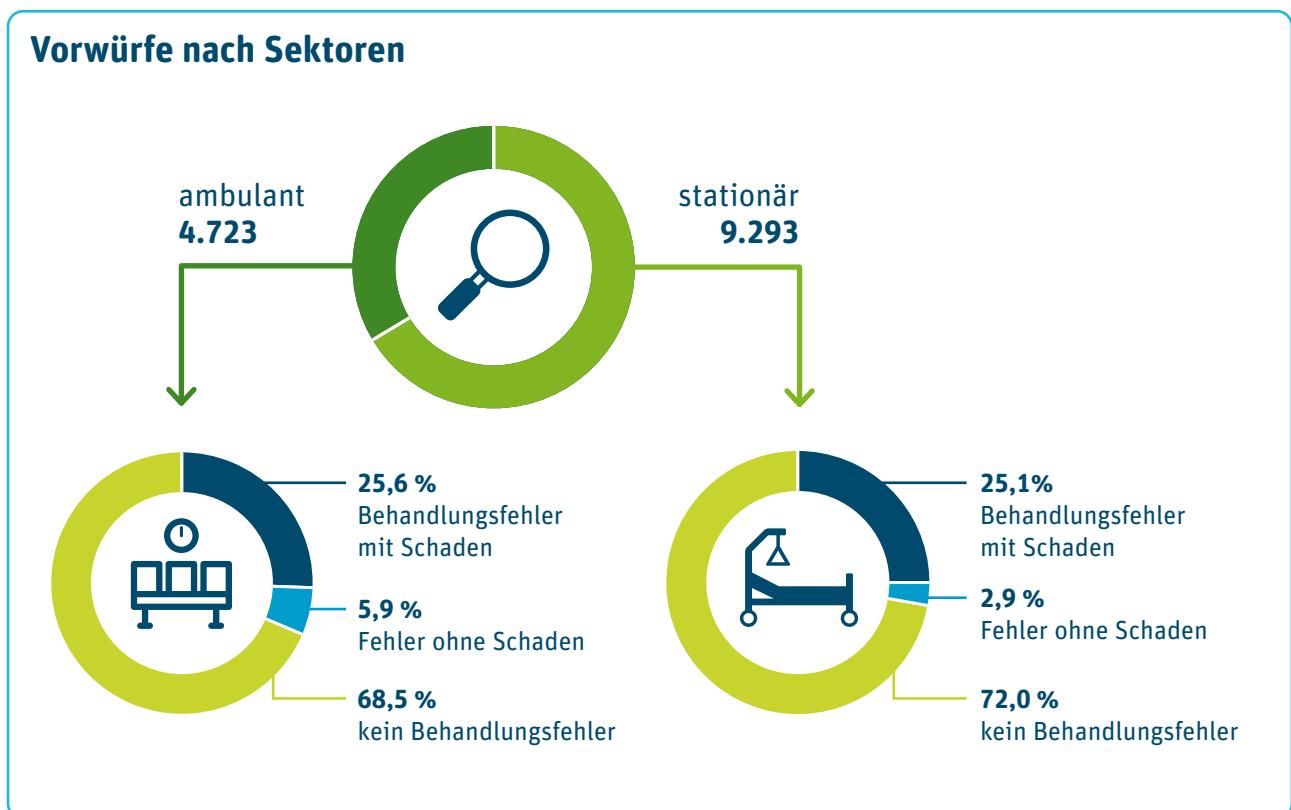
Die Zahl der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat erstmals im Jahr 2010 und – vermutlich verbunden mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der damit einhergehenden zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit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

Auch hier ist zu beachten, dass aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Daten keine Rückschlüsse auf die allgemeine Fehlerhäufigkeit oder die Entwicklung der Patientensicherheit gezogen werden können. Die Zahl der tatsächlich auftretenden Behandlungsfehler in Deutschland ist unbekannt. Auch die Gesamtzahl der begutachteten sowie der entschädigten bzw. bestätigten Behandlungsfehler wird nicht zentral erfasst. Die Medizinischen Dienste fordern deshalb seit Jahren eine repräsentative bzw. vollständige Erfassung dieser Fälle.

Neben der unbekannten Anzahl der tatsächlich stattfindenden und dabei für Patientinnen und Patienten erkennbaren Fehler hängt die Anzahl der Gutachten des Medizinischen Dienstes zu Behandlungsfehlervorwürfen vom Vorwurfsverhalten der Betroffenen und dem Umgang der Leistungserbringer und Haftpflichtversicherer mit dem Fall ab. Melden sich Geschädigte nicht bei ihrer Krankenkasse, weil sie sich entweder nicht imstande fühlen ihre Ansprüche weiter zu verfolgen oder davon ausgehen, dass es sich ohnehin um ein aussichtsloses Unterfangen handelt, dann wird es vielfach nicht zu einer Begutachtung kommen. Sofern frühzeitig nach einer Schädigung eine Einigung zwischen Geschädigten, Leistungserbringern und Haftpflichtversicherungen erzielt wurde, erhält die Krankenkasse häufig keine Kenntnis von dem Fall. Zudem kann die Zahl der Begutachtungen weiteren – auch zufallsbedingten – Schwankungen unterworfen sein.

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

2.1.4 Behandlungsfehler im ambulanten und stationären Sektor



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.4:

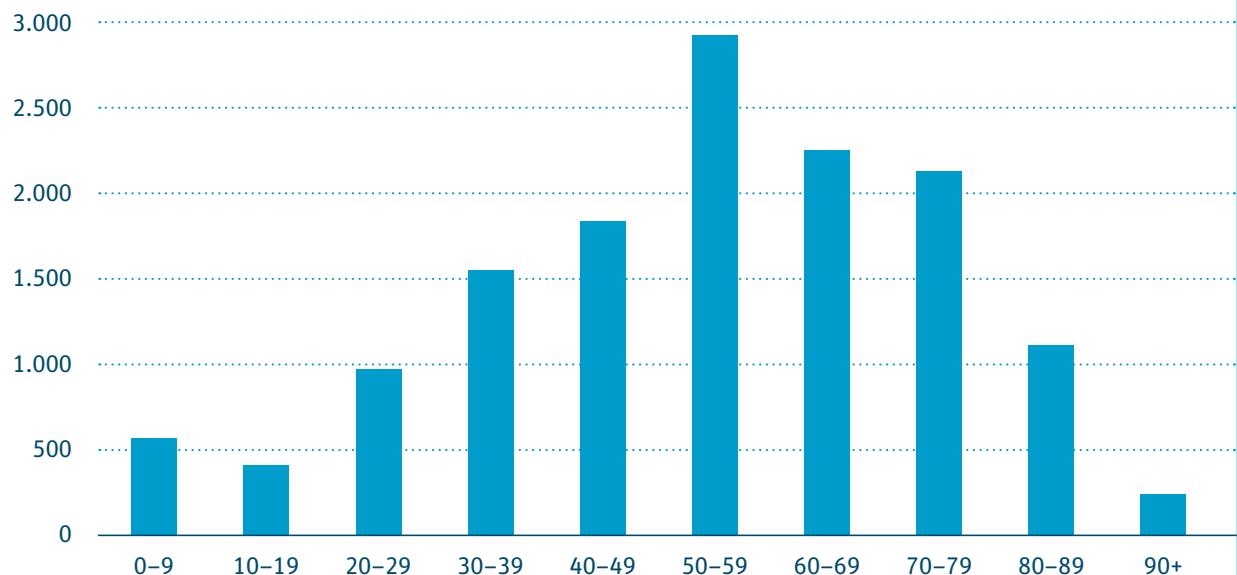
26 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. Mit dem aktuellen Bericht erfolgt erstmals eine Gruppierung der Behandlungsfehler in drei (statt wie bisher in zwei) Gruppen: Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann. Nach wie vor werden etwa zwei Drittel der Begutachtungen zu stationärer Behandlung (v. a. Krankenhausbehandlung) erstellt und ein Drittel entfällt auf ambulant versorgte Fälle.

Details zur Verteilung der Fälle auf Behandlungsorte innerhalb der Sektoren sind in Kapitel 2.3 dargestellt.

2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden

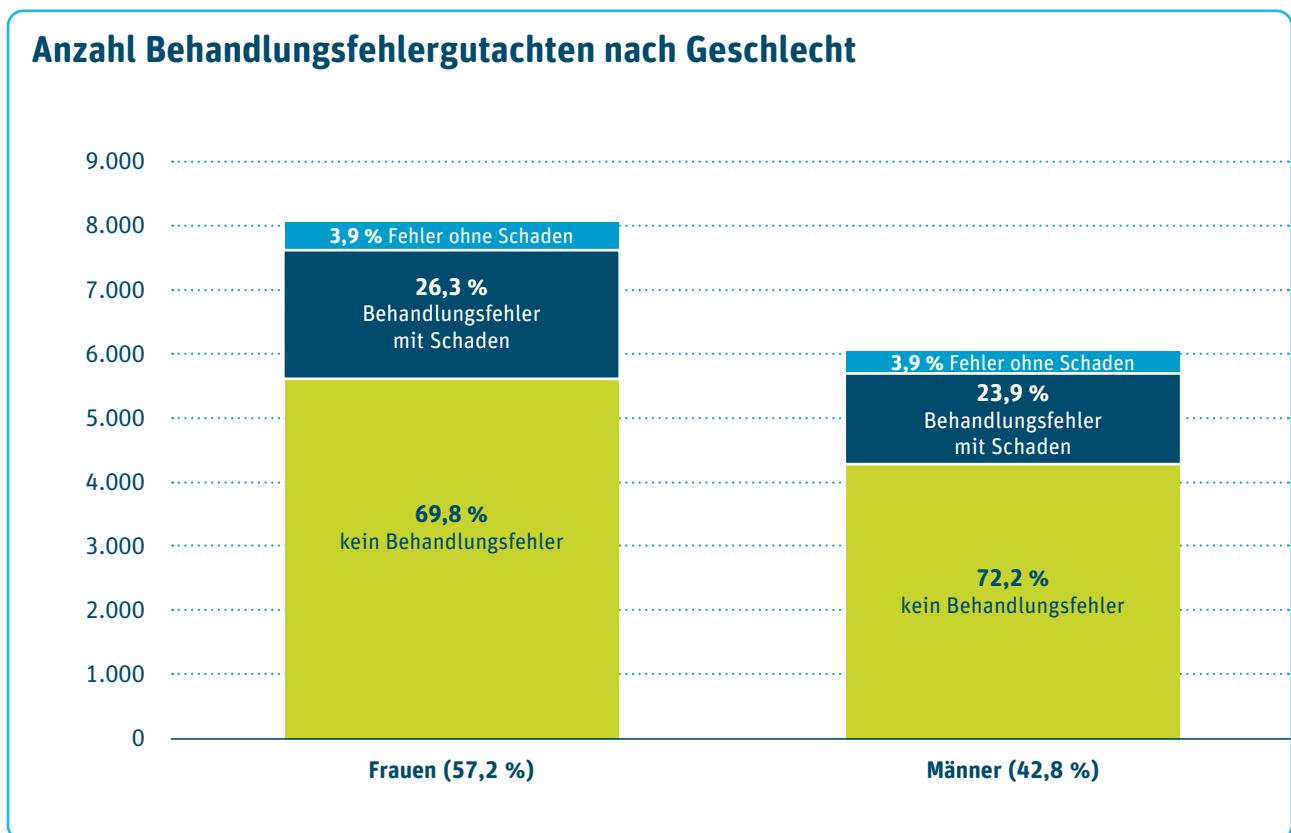
Fallzahlen bezogen auf die Altersdekade der Patientinnen und Patienten im Jahr des Ereignisses



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

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

2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

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

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

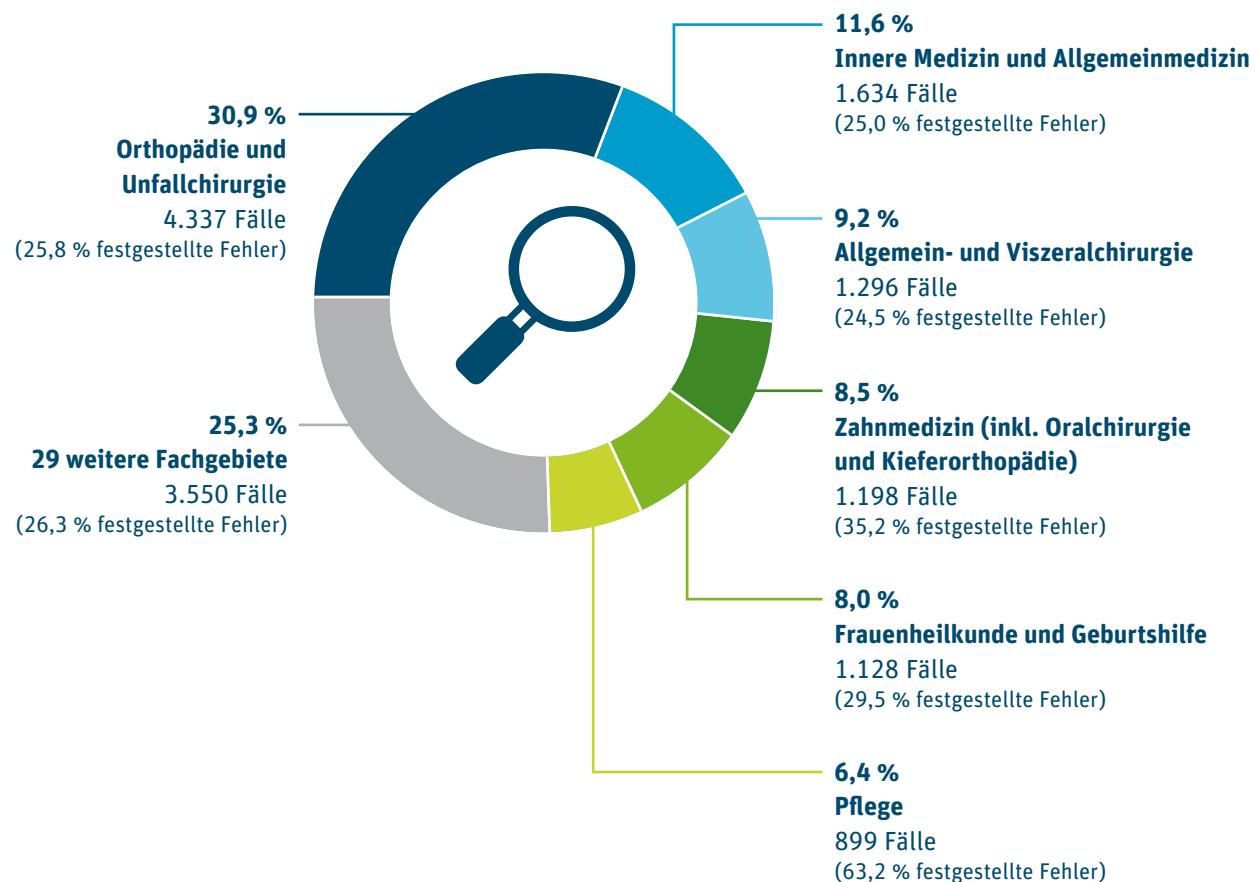
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber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

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

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete (gruppiert)



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

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

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

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

Ergänzungen/Kommentar zu 2.2:

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

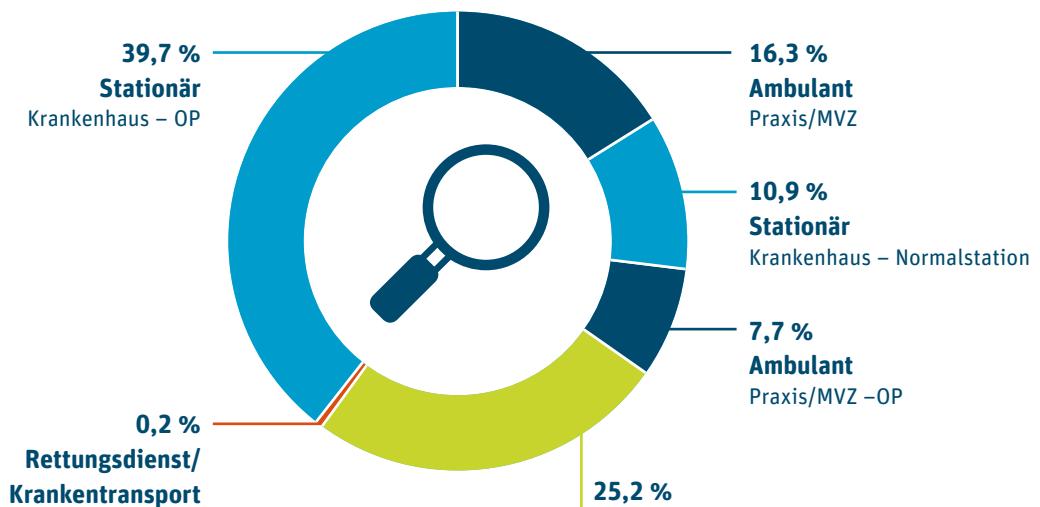
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine stärkere Gefährdung oder eine größere Fehlerhäufigkeit lassen sich daraus nicht unmittelbar ableiten.

Die dargestellte Quote bildet in gewisser Weise die „Treffsicherheit“ des Vorwurfs 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



Pflegeheim – Langzeitpflege	3,8 %
Stationär – Krankenhaus – Sonstiger Bereich	3,2 %
Ambulant – Krankenhaus – Notaufnahme	3,0 %
Stationär – Krankenhaus – Kreißsaal	2,4 %
Stationär – Krankenhaus – Intensivstation/IMC	2,3 %
Ambulant – Krankenhaus – OP	2,2 %
Ambulant – Krankenhaus – OP	8,3 %

2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

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

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

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

Ergänzungen/Kommentar zu 2.3:

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

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

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

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

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

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

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

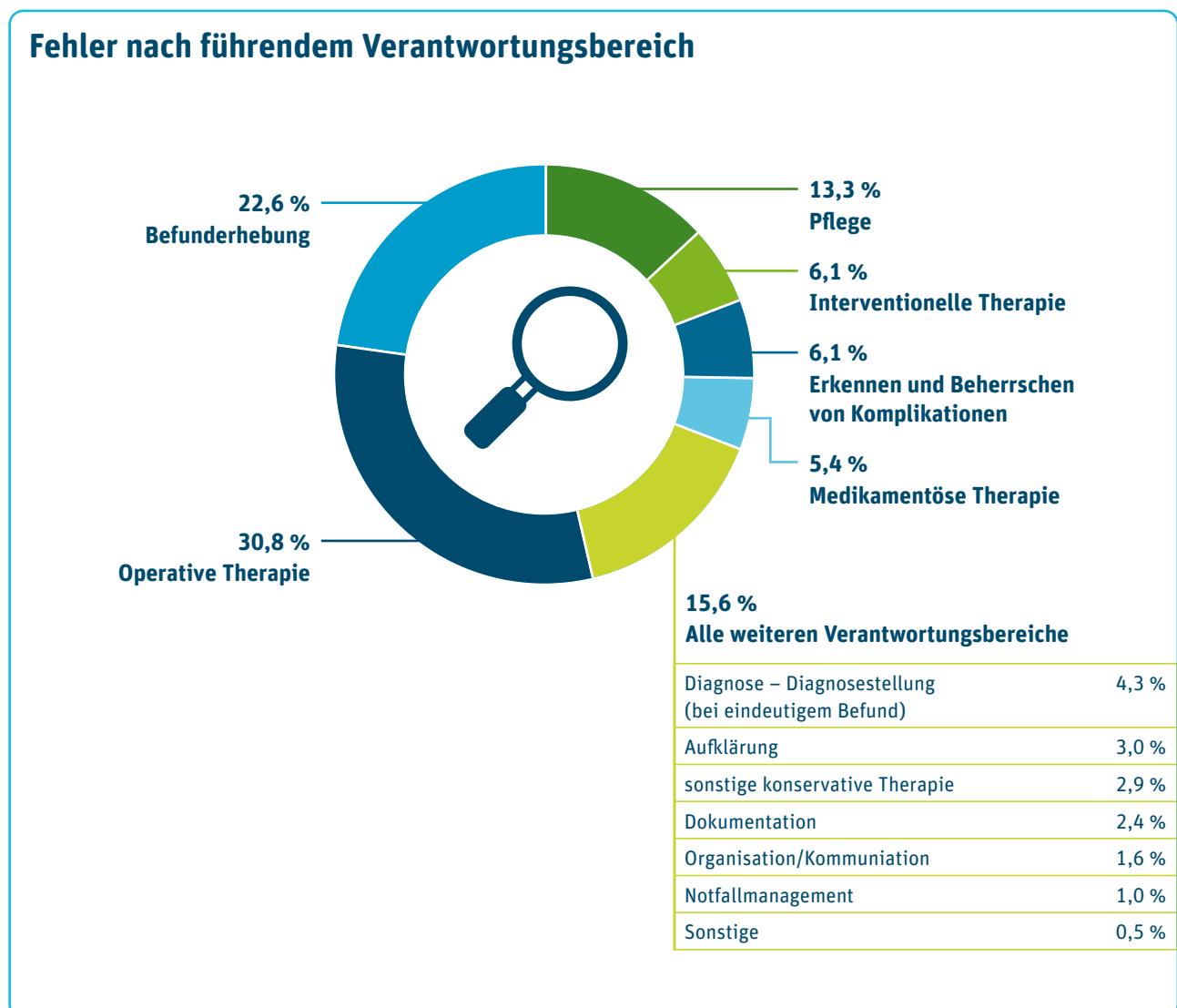
Ergänzungen/Kommentar zu 2.4:

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

Die wesentlichen Ergebnisse sind im Vergleich zu den Vorjahren wenig verändert. Wiederholt bildet sich der operative/chirurgische Fokus vieler Vorwürfe und Fehler auch hier ab. Die Fälle, die in einer Rangfolge der Vorwürfe bzw. festgestellten Fehler oben stehen, zeigen zwar eine gewisse Häufung an, man kann allerdings nicht von deutlichen Schwerpunkten sprechen. Das begutachtete Vorwurfs- und Fehlergeschehen betrifft letztlich die gesamte Breite der medizinischen Versorgung.

2.5 Verantwortungsbereich / Medizinischer Zusammenhang

2.5.1 Übersicht



2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

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

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

Ergänzungen/Kommentar zu 2.5:

* Schäden durch fehlerhafte Medizinprodukte sind zumeist keine Behandlungsfehler, weil Anwender bei ordnungsgemäßem Gebrauch auf die Sicherheit des Produktes vertrauen können müssen. Diese Daten lassen entsprechend keinen Rückschluss auf die Qualität und Sicherheit von Medizinprodukten zu.

2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)

Übersicht der häufigsten fehlerbehafteten Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel

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

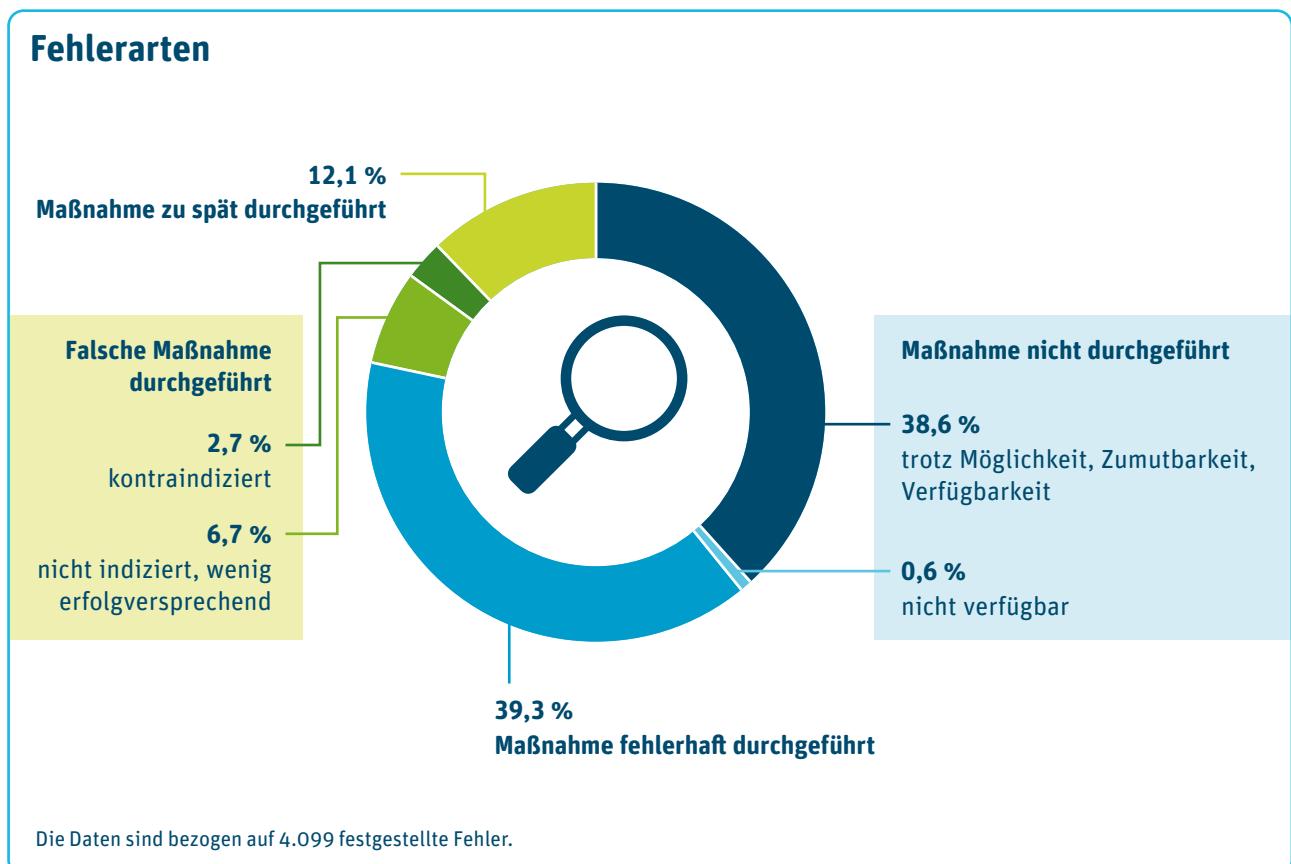
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.489 Fällen (32,0 %) steht keine nach OPS-Schlüssel kodierbare Maßnahme in direktem Zusammenhang mit dem Vorwurf. Entsprechend liegt zu diesen Vorwürfen keine OPS-Kodierung vor. Bei den festgestellten Fehlern betrifft dies 1.519 Fälle, die nicht im Zusammenhang mit einer OPS-Kodierung stehen. Die Darstellung der festgestellten Fehler in Bezug auf durchgeführte Operationen und Prozeduren ergänzt deshalb lediglich die Daten zu den „Verantwortungsbereichen“ aus dem vorhergehenden Kapitel 2.5.

Die von Fehlern betroffenen medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) – breit verteilt, sodass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 19-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.281 Fälle von allen Fehlern aus (31,3 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 18 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 486 unterschiedlichen nach OPS kodierbaren Maßnahmen festgestellt.

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

2.7 Fehlerarten

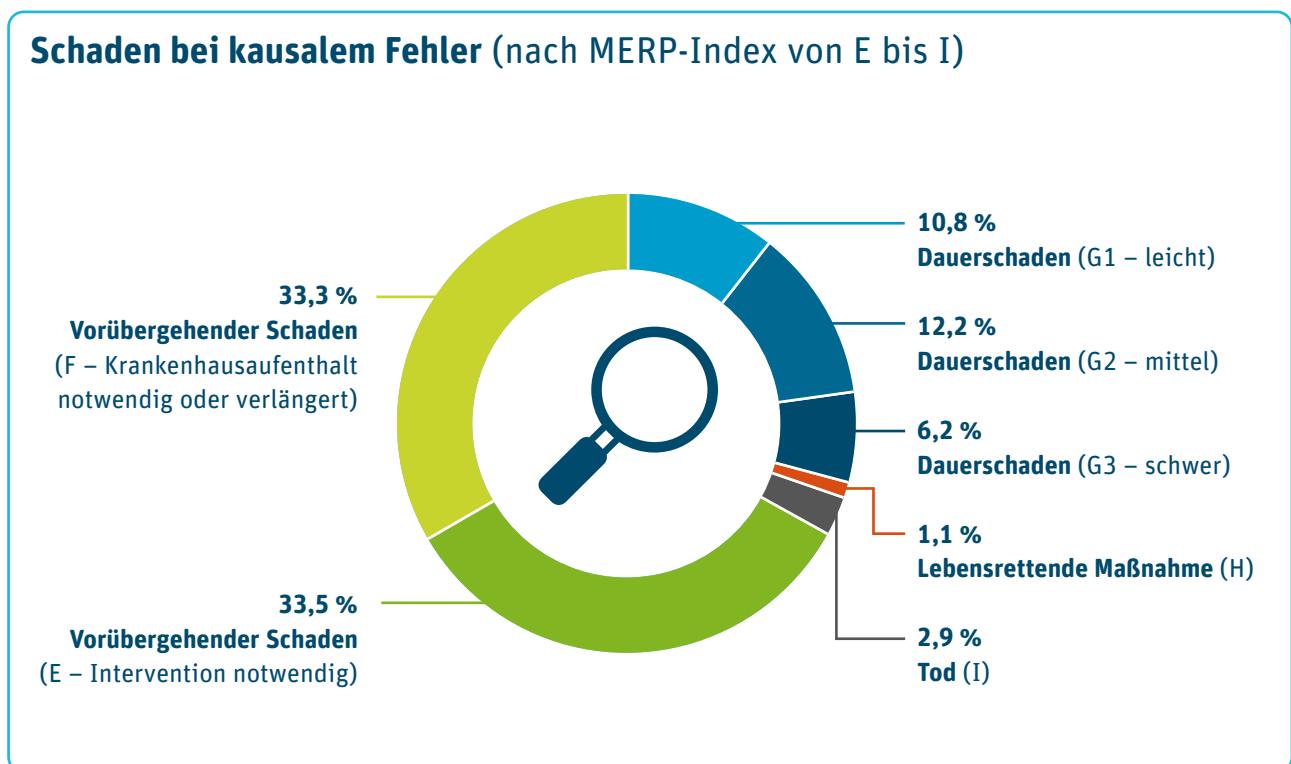


Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (39,2 %) oder fehlerhaft (39,3 %) durchgeführt wurde. Die Indikationsqualität, also die Frage danach, ob eine Operation oder medizinische Maßnahme überhaupt erforderlich oder die primär angezeigte war, spielt bei den gutachterlich festgestellten Fehlern mit insgesamt 9,4 % keine herausragende Rolle. Etwas häufiger (12,1 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend unverändert ab.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht



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

Schweregrad des Gesundheitsschadens		Anzahl	Kausalität nachgewiesen	Anteil kausaler an festgestellten Fehlern
Vorübergehender Schaden (MERP E, F)	mit Interventionsnotwendigkeit (E)	1.133	946	83,5 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	1.191	941	79,0 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	398	305	76,6 %
	mittel (G2)	435	346	79,5 %
	schwer (G3)	231	174	75,3 %
Lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		42	32	76,2 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		120	82	68,3 %
Gesamt		3.550	2.826	79,6 %

Ergänzungen/Kommentar zu 2.8:

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

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

Im Vergleich zu den Vorjahren sind nur kleine Änderungen erkennbar.

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

In vier von fünf Fällen (79,6 %) mit einem festgestellten Fehler und vorhandenem Schaden liegt nach gutachterlicher Sicht eine Kausalität des Fehlers für den Schaden vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadenfolgen. Sofern bei verstorbenen Patientinnen/Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (68,3 %). In 28 dieser 120 Fälle blieb unklar, ob der festgestellte Fehler auch kausal für den Tod war. In diesen unklaren Fällen handelt es sich zumeist um 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	49
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	29
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	13
Falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	8
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	5
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	5
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	3
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	1
Entlassung eines hilflosen Patienten/Kindes aus stationärer Einrichtung in die Hände einer nicht autorisierten Person	1
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	1
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	1
Fehlerhafte Applikation von Insulin	1
Opioid-Überdosierung bei einem nicht mit Opioiden vorbehandelten Patienten	1
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	1
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	1
Gesamt	120

Ergänzungen/Kommentar zu 2.9:

Seit 2014 besteht für die Gutachterinnen und Gutachter bei der Erfassung des Datensatzes die Option, einzuschätzen, ob ein Fehler, der einen Gesundheitsschaden verursacht hat, als ein sogenanntes „Never Event“ angesehen werden kann. Hier dargestellt sind nicht alle definierten Never Events, sondern die Vorwürfe, die im Jahr 2020 bei der Begutachtung als solche bewertet wurden.

Aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Erfassung können aus der oben dargestellten Anzahl keine direkten Rückschlüsse auf die allgemeine Häufigkeit oder die zeitliche Entwicklung des Auftretens von Never Events in Deutschland gezogen werden.

Bei Never Events handelt es sich um fehlerbedingte Schadenereignisse, die in der Regel einerseits besonders folgenschwer sind und andererseits als vermeidbar gelten durch bekannte Maßnahmen der Patientensicherheit (z. B. Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen). Never Events sind seltene Einzelereignisse, spielen jedoch eine besondere Rolle in der Sicherheitskultur. Das Auftreten eines Never Events zeigt dabei keineswegs einen besonders gravierenden Fehler eines Einzelnen an. Es weist vielmehr auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Schon ein einzelnes Ereignis kann somit einen unsicheren und entsprechend verbesserbaren Versorgungsprozess

aufdecken. Unter anderem in den USA und Großbritannien – zum Teil überschneidend – sind Never Events seit vielen Jahren definiert und werden regelhaft erfasst.

Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil dieser Ereignisse über die Krankenkassen vorgeworfen wird und bei den Medizinischen Diensten zur Begutachtung gelangt. 4,2 % (120/2.826) der gut-achterlich als kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden gesehenen Fehler entfallen auf die Never Events. Trotz Schwankungen zu Anzahl und Verteilung der einzelnen Ereignisse zeigt die Gesamtanzahl auch in 2020, dass eigentlich sicher vermeidbare Ereignisse in relevanter Anzahl sogar in der Begutachtung der Medizinischen Dienste auftreten.

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

3 Fazit

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

Die Arbeit der Medizinischen Dienste in diesem Begutachtungsfeld ist weiterhin stark gefragt und wir werten dies als Zeichen des Vertrauens in unsere unabhängige und neutrale Arbeit. Durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes erlangen jedes Jahr Patientinnen und Patienten in vielen tausenden Einzelfällen Gewissheit, ob ein Gesundheitsschaden durch einen Fehler in der Behandlung verursacht wurde oder nicht. Diese kostenfreie Unterstützung kann beruhigen und Vertrauen wiederherstellen. Im Falle einer Bestätigung des 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. Behandlungsfehervorwürfe, die bei einem Medizinischen Dienst im Auftrag einer Krankenkasse begutachtet werden, und tatsächlich vorgekommene Behandlungsfehler – das sind zwei verschiedene Aspekte. Unsere Daten aus der Begutachtung sind genauso wenig repräsentativ für tatsächlich auftretende Fehler in der Versorgung wie Daten anderer Institutionen. Wir berichten über die Inanspruchnahme eines gesetzlich verankerten Angebotes an Patientinnen und Patienten und nicht über die Entwicklung der Art und Anzahl von Behandlungsfehlern bzw. der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse in Deutschland. Es ist uns wichtig, dies zu betonen. An dieser Stelle tritt ein Erkenntnisdefizit im deutschen Gesundheitswesen erneut hervor, auf das wir seit Jahren ebenfalls hinweisen: Es ist unklar, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland tatsächlich entwickelt. Eine Ursache dafür ist, dass es kein verbindliches Monitoring für Behandlungsfehler bzw. vermeidbare unerwünschte Ereignisse gibt. Unsere Daten zeigen einen Handlungsbedarf auf.

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

Fragen und Antworten zur Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den Medizinischen Dienst

Was ist ein Behandlungsfehler?

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine ärztliche, zahnärztliche und pflegerische Behandlung, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt gegen die Verpflichtung, die hieraus erwächst, verstößt, d.h. die Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchführt, dann ist dies ein Behandlungsfehler. Gleiches gilt für Angehörige weiterer Gesundheitsberufe.

Der Begriff Behandlungsfehler umfasst unterschiedliche Arten von Fehlverhalten. So kann ein Behandlungsfehler vorliegen, wenn eine Behandlung nicht den aktuellen medizinischen Standards entspricht, wenn eine gebotene medizinische Behandlung unterlassen, eine unnötige Behandlung durchgeführt oder wenn eine Diagnose trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt wird.

Was tun Krankenkassen für Patientinnen und Patienten, die sich mit einem Behandlungsfehlerverdacht an sie wenden?

Haben Versicherte einen Verdacht auf einen Behandlungsfehler, dann sind die Krankenkassen erste Ansprechpartner. Sie sind nach dem Patientenrechtegesetz verpflichtet, Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen arbeiten die Krankenkassen eng mit den Medizinischen Diensten zusammen, die in ihrem Auftrag ein fachärztliches Gutachten erstellen. Dieses Gutachten ist für Versicherte kostenfrei. Kommt der Medizinische Dienst zu dem Ergebnis, dass der Verdacht auf einen Behandlungsfehler gerechtfertigt ist, kann das Gutachten den Betroffenen dabei helfen, ihre Ansprüche durchzusetzen.

Wie geht der Medizinische Dienst bei der Begutachtung eines Behandlungsfehlers vor?

Der Medizinische Dienst erstellt auf der Grundlage der Patienten- bzw. Krankenunterlagen sowie eines Gedächtnisprotokolls der Patientin oder des Patienten ein medizinisches Sachverständigengutachten. Auch ohne besondere Begründung haben Versicherte das Recht, ihre Krankenunterlagen einzusehen. Dazu gehören zum Beispiel Operations- und Pflegeberichte, Laborwerte, die Karteikarte, die die Ärztin oder der Arzt angefertigt hat oder ein entsprechender Ausdruck aus dem Praxiscomputer.

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes werten die Unterlagen aus, stellen den dokumentierten Behandlungsverlauf in allgemeinverständlicher Sprache dar und bewerten ihn vor dem Hintergrund des erhobenen Vorwurfs. Zur Beurteilung des Sachverhalts ziehen die Gutachterinnen und Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate. Aus dem Ergebnis muss erkennbar sein, ob ein Behandlungsfehler im Sinne eines nachweisbaren Verstoßes gegen den fachlichen Standard, der zum Zeitpunkt der Behandlung galt, oder gegen allgemeine Sorgfaltspflichten vorlag. Außerdem muss deutlich werden, ob ein Gesundheits- oder Körperschaden nachweisbar ist, der aus diesem Behandlungsfehler resultieren könnte.

Wenn beide Voraussetzungen – Behandlungsfehler und Schaden – nachgewiesen sind, prüfen die Gutachterinnen und Gutachter die Kausalität: Sie müssen aus medizinischer Sicht beurteilen, ob der gesundheitliche Schaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde oder nicht.

Wann haben Versicherte Anspruch auf Schadenersatz?

Ein Schadenersatzanspruch aus einem Behandlungsfehler besteht für Patientinnen und Patienten nur dann, wenn der Behandlungsfehler einen Gesundheitsschaden verursacht hat. Wer einen solchen Schadenersatzanspruch geltend macht, muss dies im Streitfall beweisen (Beweislast). Die Patientin bzw. der Patient muss sowohl den Behandlungsfehler als auch den Schaden an sich und die Tatsache, dass der Fehler ursächlich für den Schaden war (Kausalität), beweisen. Der Kausalitätsbeweis stellt Betroffene oft vor große Hürden. Denn dabei sind nicht nur rechtliche, sondern auch medizinische Fragen zu klären. Dazu dienen die Gutachten, die von den Medizinischen Diensten im Auftrag der Krankenkassen erstellt werden.

In manchen Fällen, zum Beispiel bei einem groben Behandlungsfehler, kann die Beweislage zu Gunsten des oder der Geschädigten etwas erleichtert sein. Von einem groben Behandlungsfehler spricht man, wenn eine Ärztin oder ein Arzt derart eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen hat, dass der Fehler nicht nachvollziehbar ist bzw. eindeutig nicht unterlaufen darf. Dann können Betroffene – im Rahmen einer Klage – vom Kausalitätsnachweis befreit werden. Sie müssten dann nur beweisen, dass ein grober Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser grundsätzlich geeignet ist, den vorliegenden Schaden zu verursachen. Die Ärztin oder der Arzt müsste dagegen nachweisen, dass der grobe Behandlungsfehler dennoch nicht zu dem Schaden geführt hat.

Was bedeutet die Kausalität eines Behandlungsfehlers?

Stellen die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler fest und weisen sie nach, dass der Fehler die Ursache des gesundheitlichen Schadens war, spricht man von „nachgewiesener Kausalität“. Doch nicht jeder Schaden ist auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Unerwünschte Behandlungsergebnisse können auch Begleiterscheinungen der Behandlung

sein, die nicht zu vermeiden sind. Dann handelt es sich um Komplikationen, die trotz sorgfältiger Behandlung nach dem anerkannten Standard nicht zu verhindern sind. Über die Möglichkeit eines Schadens durch eine Komplikation müssen Patienten vor der Behandlung angemessen aufgeklärt worden sein, ansonsten stellt auch die unzureichende oder fehlende Aufklärung unter Umständen einen Fehler dar.

Und schließlich muss nicht jeder Behandlungsfehler die Ursache für einen eingetretenen Schaden sein. Möglich ist, dass Sachverständige zwar einen Behandlungsfehler feststellen, dieser aber nicht im Zusammenhang mit dem Schaden steht. In einem solchen Fall ist der Fehler „nicht kausal“ für den Schaden, und es gibt keine Aussichten auf Schadenersatz. Genauso ist es möglich, dass mit den vorliegenden Dokumenten die Kausalität des Fehlers für den Schaden nicht oder nicht ausreichend beweisbar ist. Auch dann besteht kaum Aussicht auf Schadenersatz.

Wie lange dauert ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst?

Das hängt in erster Linie von der Komplexität des zu beurteilenden Falles ab. Im Schnitt dauert ein Behandlungsfehlergutachten durch den Medizinischen Dienst drei Monate.

Haben die Medizinischen Dienste das notwendige Fachwissen?

Die Medizinischen Dienste verfügen über eine umfangreiche Fachkompetenz in Medizin und Pflege. So sind bei den Medizinischen Diensten über 2.400 Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichen – auch seltenen – ärztlichen Qualifikationen tätig. Eine abgeschlossene Facharztausbildung ist Einstellungsvoraussetzung.

Gutachterinnen und Gutachter, die Behandlungsfehlervorwürfe begutachten, erhalten regelmäßige Schulungen im Arzthaftungsrecht und besitzen auch die notwendigen medizinrechtlichen Grundkenntnisse. Außerdem steht ihnen ein breit gefächerter Literaturservice zur Verfügung, über den sie auf hochwertige Literatur zugreifen und den jeweiligen medizinischen Standard zu verschiedenen Zeitpunkten ermitteln können.

Weiterhin achten die Medizinischen Dienste darauf, dass bei Behandlungsfehlerbegutachtungen Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtung und mit entsprechender Qualifikation eingesetzt werden. Ist eine solche Qualifikation im Medizinischen Dienst nicht vorhanden, werden externe Fachärztinnen und Fachärzte als Sachverständige hinzugezogen. So erhalten die Betroffenen eine fundierte fachärztliche, gutachterliche Unterstützung, ohne dass ihnen zusätzliche Kosten entstehen.

Ist ein Schlichtungsverfahren die Voraussetzung für ein Gutachten des Medizinischen Dienstes?

Nein, ein Schlichtungsverfahren ist keine Voraussetzung für ein Gutachten des Medizinischen Dienstes bei vermuteten Behandlungsfehlern. Das Schlichtungsverfahren bei einer Ärztekammer ist ein alternatives Vorgehen bei einem vermuteten Behandlungsfehler. Patientinnen und Patienten können entweder den Weg über die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst beschreiten oder ein Schlichtungsverfahren beantragen. Im Gegensatz zum Schlichtungsverfahren kann ein Gutachten des Medizinischen Dienstes auch bei bereits laufenden gerichtlichen Auseinandersetzungen erstellt werden.

Wann verjährt ein Behandlungsfehler bzw. der Anspruch auf Schadenersatz?

Im Regelfall beträgt die Verjährungsfrist drei Jahre und beginnt mit dem Abschluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist nicht, bevor nicht die Patientin oder der Patient Kenntnis von Tatsachen erlangt hat, aus denen sich ergibt, dass die Ärztin oder der Arzt von dem üblichen Vorgehen abgewichen ist oder keine Maßnahmen getroffen hat, die nach ärztlichem Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich gewesen wären. Schadenersatzansprüche aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers verjähren allerdings – ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis – spätestens nach 30 Jahren.

Was passiert, wenn der Medizinische Dienst einen Behandlungsfehler bestätigt?

Zunächst erhält die beauftragende Krankenkasse das Gutachten. Die Patientin oder der Patient kann das Gutachten über die Krankenkasse erhalten. In der Regel wird dann das weitere Vorgehen gemeinsam mit der Krankenkasse beraten. Wenn – was häufig der Fall ist – sowohl die Krankenkasse als auch die oder der Versicherte Schadenersatzansprüche aus dem Gutachten ableiten, stellt sich die Frage, wer zuerst seine Forderungen geltend macht.

Wenn keine Verjährung droht, kann zunächst die Krankenkasse Schadenersatz verlangen. Dann beginnen meist außergerichtliche Verhandlungen mit der Haftpflichtversicherung bzw. mit der betroffenen Klinik oder Praxis. Im Falle eines Erfolgs der Krankenkasse verbessert sich meistens auch die Verhandlungsposition der Patientin oder des Patienten. So können dann ebenfalls außergerichtliche Verhandlungen begonnen und ein Vergleich kann angestrebt werden. Sind die Verhandlungen erfolglos, so bleibt die Möglichkeit der Zivilklage. Hierfür sind spezialisierte Anwältinnen und Anwälte unbedingt zu empfehlen. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes kann in das Klageverfahren eingebracht werden.

An welche Institutionen können sich Patientinnen und Patienten generell bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler wenden?

- Gesetzliche Krankenkassen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) und Verbraucherzentralen
- Anwältinnen und Anwälte für Medizinrecht
- Schlichtungsstellen/Gutachterkommissionen bei den Landesärztekammern
- Verschiedene Interessengemeinschaften Medizingeschädigter

Begutachtung des Medizinischen Dienstes bei vermuteten Behandlungsfehlern

Was Versicherte wissen sollten

Was ist ein Behandlungsfehler?

Wenn eine ärztliche, zahnärztliche, pflegerische oder sonstige medizinische Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt wird, handelt es sich um einen Behandlungsfehler. Dies kann unter anderem bedeuten:

- Eine Behandlung entspricht nicht den medizinischen Standards.
- Eine gebotene medizinische Maßnahme wird unterlassen.
- Eine Diagnose wird trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt.
- Es fehlt eine Aufklärung über Verhaltensweisen, die bei einer Therapie zu beachten sind.

Was können Sie bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler tun?

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten und Schadenersatzansprüche geltend machen wollen, sind Ihre Krankenkasse und Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt wichtige Ansprechpersonen. Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen (§ 66 SGB V). Um einen Vorwurf zu klären, beauftragt die Krankenkasse in der Regel den Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst prüft mit einem Sachverständigengutachten, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und zu einem Schaden geführt hat.

Was benötigt der Medizinische Dienst für ein Gutachten?

→ Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre Behandlung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Deshalb müssen Sie Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbinden, damit die Krankenkasse notwendige Dokumente und Informationen anfordern kann. Mustervordrucke erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

→ Ihre Behandlungsunterlagen

Dazu zählen zum Beispiel Arztbriefe, Operations- und Pflegeberichte, Bildaufnahmen (Röntgen, CT, MRT), Laborwerte, die Karteikarte, die Ihre Ärztin oder Ihr Arzt angefertigt hat, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Sie haben das Recht, alle Unterlagen, die Ihre Behandlung betreffen, einzusehen.

→ Gedächtnisprotokoll

Das Gedächtnisprotokoll sollte den zeitlichen Ablauf des medizinischen Geschehens zusammenfassen: Was? Wann? Wo? (siehe Checkliste).

Checkliste für ein Gedächtnisprotokoll

- Welche Beschwerden oder Behinderungen sind für Sie die Folge eines Fehlers bei Ihrer Behandlung? Mussten Sie länger oder zusätzlich behandelt werden?
- Können Sie den Behandlungsverlauf beschreiben, in dem aus Ihrer Sicht der Fehler aufgetreten ist? Wie war die zeitliche Abfolge? An welchem Ort/welchen Orten fand die Behandlung statt?
- Wer hat Sie behandelt? Bitte listen Sie möglichst alle Beteiligten in diesem Zusammenhang auf.
- Kann jemand Ihre Vermutung bestätigen (Angehörige, Zimmernachbarn, Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, andere Personen)?
- Sind Sie zuvor in einem Aufklärungsgespräch darüber informiert worden, dass der Schaden, den Sie erlitten haben, auftreten kann?
- Haben Sie mit der Person, die Sie behandelt hat, über den Schaden gesprochen? Was hat diese Ihnen erklärt?

Wie geht der Medizinische Dienst vor?

Der Medizinische Dienst erstellt das Gutachten auf der Grundlage Ihrer Behandlungsunterlagen und Ihres Gedächtnisprotokolls. Um zu klären, ob bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten ist, rekonstruieren die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes zunächst das Behandlungsgeschehen anhand dieser Dokumente. Anschließend gleichen sie diesen Verlauf mit den medizinischen Standards ab, die zum Zeitpunkt der Behandlung galten. Dabei ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate und beurteilen, ob Sie sorgfältig behandelt worden sind.

Wer bekommt das Gutachten?

Der Medizinische Dienst erstellt das Gutachten im Auftrag Ihrer Krankenkasse und leitet es an diese weiter. Sie erhalten das Gutachten dann von Ihrer Krankenkasse.

Was kostet das Gutachten?

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes kostenfrei.

