

---

**Statement von PD Dr. Max Skorning,  
Leiter Patientensicherheit, MDS**

**Pressekonferenz:  
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:  
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2014“**

**am 20. Mai 2015 in Berlin**

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

Anrede,

um bestmöglich aus Fehlern lernen zu können, muss bekannt sein: Welche Arten von Fehlern sind geschehen und welche Schäden sind daraus entstanden. In der vorliegenden Jahresstatistik 2014 haben wir genauere Informationen zu den Fehlerarten und zur Schadensschwere erfasst. Außerdem haben wir Erkenntnisse über besonders berichtenswerte Ereignisse, sogenannte „Never Events“, die zuvor nicht statistisch erfasst wurden.

Zunächst zur Fehlerart: 77 % der festgestellten Fehler beruhen darauf, dass eine indizierte Maßnahme entweder gar nicht oder falsch durchgeführt wurde. Das sind die Schwerpunkte bei der Analyse der Fehlerart. In 12 % der Fälle bestand der Fehler im Umsetzen einer falschen, also nicht indizierten Maßnahme. Beispielsweise wurde ein Medikament verordnet, obwohl es aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll war oder eine bekannte Allergie dagegen vorlag. In 11 % der Fälle ist zwar eine korrekte Maßnahme eingeleitet worden, aber zu spät, wenn z.B. bei einem Schlaganfall deutlich verzögert eine Computertomographie erfolgt und deshalb wichtige Zeit für die Therapie verloren geht.

Welche Schäden sind den Patienten durch diese Fehler insgesamt entstanden? Zwei von drei betroffenen Patienten erlitten nur vorübergehend einen Schaden. Das heißt sie mussten wegen des Fehlers behandelt werden oder sie verblieben länger als ursprünglich vorgesehen im Krankenhaus. Das betraf 1.828 Patienten.

Etwa bei jedem dritten betroffenen Patienten hat der Fehler jedoch einen dauerhaften Schaden verursacht – 1.022 Fälle insgesamt. Die Folgen des Fehlers waren bei drei von hundert Patienten so erheblich, dass sie verstorben sind oder der Fehler wesentlich dazu beigetragen hat. Das war bei 92 Patienten, die von den MDK im vergangenen Jahr begutachtet worden sind, der Fall.

Eingangs hatte ich von besonders berichtenswerten Ereignissen, den sogenannten „Never Events“ gesprochen. Diese Ereignisse sind einerseits folgenschwer und andererseits fast immer vermeidbar. Um Ihnen ein Beispiel zur Veranschaulichung zu nennen: Wenn ein Patient mit einem Stift an der richtigen OP-Stelle markiert wird und dies mehrfach kontrolliert wird, dann verhindert man auf sehr einfache Weise, dass jemand an der falschen Seite operiert wird. Das ist einfach umsetzbar und kann sehr sinnvoll dazu beitragen, dass ein folgenschwerer Fehler verhindert wird. Tritt eine Verwechslung trotzdem auf, dann liegt es

nahe, dass bei der OP solche Routinen, Checklisten und ähnliches nicht konsequent verwendet wurden. Daher ist es ein sehr wertvoller Ansatz zur Prävention, wenn man sich diese besonderen Ereignisse genau anschaut. Weitere Beispiele für Never Events sind verwechselte Medikamente, nach Operationen versehentlich zurückbleibende Fremdkörper, und vor allem auch Pflegefehler, die zu schwerem Dekubitus oder zu Stürzen führen.

2014 hatten die MDK-Gutachter erstmals die Möglichkeit, diese Ereignisse für die Auswertung zu benennen. In 209 Fällen wurden Never Events festgestellt. An erster Stelle der Never Events steht mit 67 Fällen der hochgradige Dekubitus. Das ist ein Druckgeschwür, das bei bettlägerigen Patienten eine schwere Wunde hervorruft. Wenn sich so etwas bei stationär versorgten Patienten entwickelt, dann kann man in der Regel von einem systematischen Fehler ausgehen. Der Patient wurde z. B. nicht frühzeitig als Risikopatient erkannt und daher unterblieben notwendige Präventionsmaßnahmen.

Die Fehler, die einem Never Event zugrunde liegen, sind nicht per se „schwerer“ oder unverständlicher als andere. Sie sagen auch gar nichts über das individuelle Versagen von Einzelnen aus. Meist geht es um ein systematisches Problem in einem Versorgungsprozess, das gelöst werden kann, indem die richtigen Standards und etablierte Patientensicherheitsmaßnahmen angewendet werden. Deshalb gilt in diesen Fällen besonders: „Aus jedem Fehler muss gelernt werden“. Das ist eine unabdingbare Basis für mehr Patientensicherheit.

Anrede,

„Transparenz!“ ist in aller Munde. Keine Qualitätsdiskussion endet ohne diese Forderung. Eine neue Sicherheitskultur, in der alle Fehler offen genannt und auch analysiert werden, ist im Sinne der Patientensicherheit unverzichtbar. Fehlertransparenz ist ein Fundament der Sicherheitskultur, das in Deutschland weiter ausgebaut werden muss. Wir haben in Deutschland ein enorm leistungsfähiges, modernes und zu vielen Aspekten vorbildliches Gesundheitssystem. Aber ein Fehlerregister, wie andere Länder es haben, fehlt uns bislang. Es wäre eine wichtige Innovation im Gesundheitswesen, um nicht nur die Patienten, sondern auch das medizinische Personal besser vor Fehlern zu schützen.

„Bestmögliche Fehlerprävention erfordert maximale Fehlertransparenz.“