

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

**Pressekonferenz:  
„Begutachtung von Behandlungsfehlern:  
Medizinische Dienste veröffentlichen Jahresstatistik 2017“**

**5. Juni 2018 in Berlin**

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

Anrede,

auf der Suche nach Fakten über Behandlungsfehler liegen verschiedene Fragen auf der Hand:

- Wie viele Behandlungsfehler geschehen?
- Wie ist die Entwicklung, werden es mehr oder weniger Fehler?
- Wie viele Behandlungsfehler werden entschädigt?
- Wie schwer werden Patienten durch Fehler geschädigt?
- Welche schwerwiegenden Fehler sind am besten vermeidbar?

Solche naheliegenden Fragen können leider für Deutschland nicht belastbar beantwortet werden. Auch wenn es keine umfangreichere jährliche Statistik über begutachtete Behandlungsfehler gibt als die der MDK-Gemeinschaft, bilden diese Daten ausschließlich die beim MDK vorgelegten Fälle ab, aber weder alle stattfindenden noch alle vorgeworfenen, begutachteten oder entschädigten Fälle. Verfügbare Daten sind nicht repräsentativ für das tatsächliche Fehlergeschehen oder die Patientensicherheit in Deutschland. Auf dieses Defizit weisen wir seit Jahren hin. Immerhin versuchen wir mit unseren Berichten einen Beitrag zu mehr Transparenz über Fehler zu leisten.

**Aussagekraft von Daten über Behandlungsfehler richtig einordnen**

Bei Aussagen zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern muss man zwei Fragen bedenken:

1. Liegen begutachtete Fälle zugrunde oder handelt es sich um Hochrechnungen aus Studien, bei denen zum Beispiel Patientenakten in Stichproben wissenschaftlich ausgewertet wurden?
2. Auf welche Grundgesamtheit bezieht sich die Statistik?

Den Statistiken des MDK und der Ärztekammern liegen zwar einerseits echte Fälle zugrunde, andererseits eben nur von den Patientinnen und Patienten, die – mehr oder weniger zufällig – bei einer der beiden Institutionen begutachtet wurden. Solche Statistiken kön-

nen nicht repräsentativ sein für das gesamte Fehlergeschehen bei allen medizinischen Behandlungen in Deutschland. Eine gewisse Repräsentativität kann hingegen für Hochrechnungen aus Studien angenommen werden, sofern diese nach wissenschaftlichen Standards erfolgten. Die Häufigkeit von Behandlungsfehlern liegt dabei etwa 30-mal höher als in den Daten zu begutachteten Fällen. Ein einfacher Grund dafür ist, dass wahrscheinlich nur etwa drei Prozent der Patienten eine möglicherweise fehlerbedingte Schädigung überhaupt klären lassen.

### **Aus den Fehlern anderer lernen und sie vermeiden**

Der Fokus bei Betroffenen sowie in der Begutachtung ist das Klären des Einzelfalles im haftungsrechtlichen Sinne. Es geht also um Schadensersatz und Schmerzensgeld. Zusätzlich besteht aber der Anspruch, dass sich der Fehler nicht wiederholen soll. In einem hochentwickelten Gesundheitswesen muss deshalb über den konkreten Fall hinaus der systemische Blick auf Fehler erfolgen mit dem Ziel eines Lernprozesses und resultierend in einer nachweislichen Fehlervermeidung. Im besten Fall ist damit vor allem die Fehlervermeidung bei anderen gemeint, denen der Fehler bislang (noch) nicht unterlaufen ist. Im Gesundheitssystem sollte das „Lernen aus Fehlern“ deshalb vor allem verstanden werden als das „Lernen aus den Fehlern anderer“. Dazu braucht es zuerst verlässliche und umfassende Transparenz von allen Seiten. Von Leistungserbringern (z. B. den Krankenhäusern und Ärzten), Haftpflichtversicherungen und Gerichten werden die erforderlichen Daten leider nicht veröffentlicht.

Für die Patientensicherheit ist es notwendig, gerade solche Fehler in den Blick zu nehmen, die auch tatsächlich schwerwiegendste Schäden hervorgerufen haben.

Das Fehlergeschehen ist in der Begutachtung sehr vielschichtig. Um sich der Frage nach den vordringlichsten Handlungsfeldern zu nähern, spielen nach unserer Ansicht besondere und klar zu definierende Ereignisse eine Rolle, die so genannten „Never Events“. Hier sind beispielsweise Verwechslungen (von Patienten, Eingriffen, Eingriffsorten oder Medikamenten) oder zurückgebliebene Fremdkörper und Organisationsfehler zu nennen. Bei konsequentem und standardisiertem Umsetzen von bekannten Sicherheitsmaßnahmen wie Checklisten, Vier-Augen-Prinzip, Simulationstrainings und vielen anderen gelten diese Ereignisse in einem Team als vollständig vermeidbar. Treten Sie dennoch auf, zeigt dies nicht ein Versagen des Einzelnen, sondern einen fehleranfälligen Versorgungsprozess. Wir gehen davon aus, dass wir gerade offensichtlich fehlerbedingte Schäden zumeist nicht sehen, weil sie wegen ihrer Eindeutigkeit ohne MDK-Begutachtung reguliert werden. Dennoch waren 120 der 2.690 fehlerbedingten Schäden (4,5 Prozent) im Jahr 2017 diesen Ereignissen zuzuschreiben. Wie viele Never Events geschehen aber tatsächlich? Ist der Rückgang, den wir in unseren Daten zuletzt gesehen haben, ein erfreuliches Abbild der Versorgungsrealität? Oder wurde bloß schneller eine Entschädigungsleistung angeboten, so dass der Fall gar nicht bei der Krankenkasse vorgebracht wurde? Leider liegen auch hierzu in Deutschland keine Erkenntnisse vor.

### **Meldepflicht zu Arbeitsunfällen als Vorbild**

Zu Recht wird regelmäßig die Luftfahrt als leuchtendes Vorbild für Sicherheit und Transparenz angeführt. Es ist undenkbar, dass zum Beispiel eine Notlandung unbekannt bleibt und nicht gemeldet und erfasst werden müsste. Ich möchte die Notwendigkeit für eine Meldepflicht von besonderen, unerwünschten und sicher vermeidbaren Ereignissen heute mit einem anderen Vergleich verdeutlichen: der Sicherheit am Arbeitsplatz. Der Arbeitsschutz hat genauso wie die Medizin für Millionen Menschen höchste Bedeutung. Arbeitsunfälle müssen gemeldet werden. Sie werden erfasst und transparent gemacht. Seit Jahren sind Arbeitsunfälle insgesamt und auch tödliche Arbeitsunfälle deutlich rückläufig.

Wir sollten uns in der Medizin auch am Arbeitsschutz orientieren und „Behandlungsunfälle“ endlich systematisch und verbindlich erfassen als Basis für wirkliche und messbare Erfolge. Das ist in einem modernen Gesundheitssystem den Patientinnen und Patienten genauso geschuldet wie den Pflegekräften, den Ärztinnen und Ärzten und allen weiteren Beschäftigten in Versorgungseinrichtungen.