

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Jahresstatistik 2024



IMPRESSUM

Herausgeber:

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

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

Oktober 2025

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

im vergangenen Jahr haben die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes 12.304 Sachverständigengutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen erstellt: In mehr als jedem fünften Fall wurde ein Behandlungsfehler bestätigt; in jedem vierten Fall war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden der Patientinnen und Patienten. Die Aufklärung eines Behandlungsfehlervorwurfs ist für die Betroffenen ein wichtiger Schritt, um das Geschehene verstehen und verarbeiten zu können. Mit den Gutachten haben sie Gewissheit und können ggf. Schadensersatzforderungen geltend machen.

Unsere Begutachtungszahlen zeigen nur einen kleinen Ausschnitt des Fehlergeschehens. Aus verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen weiß man, dass die Dunkelziffer sehr viel höher liegt. Dies hat nicht nur Folgen für die geschädigten Patientinnen und Patienten. Es hat auch gesundheitsökonomische Auswirkungen: Die OECD schätzt, dass bis zu 15% der Krankenhausaussagen in den Industrieländern auf die Behandlung von Komplikationen infolge vermeidbarer Fehler entfallen. Diese finanziellen Belastungen treffen nicht nur die Gesundheitssysteme, sondern auch die gesamte Volkswirtschaft durch längere Arbeitsausfälle, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit.

Daher muss es zentrales gesundheitspolitisches Ziel sein, Behandlungsfehler systematisch zu verhindern. Auch wenn Fehler nicht immer vermeidbar sind, so ist mit nachhaltigen und systematischen Präventionsmaßnahmen sicherzustellen, dass so wenig Patientinnen und Patienten wie möglich in der Versorgung Schaden nehmen.

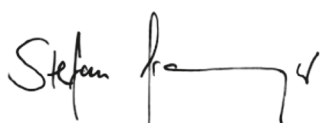
Um die Patientensicherheit in Deutschland zu stärken, ist ein grundlegender Wandel in der Sicherheitskultur notwendig. Basis dafür sind Transparenz, das Lernen aus Fehlern und systematische Prävention. Gesundheitsfachkräfte müssen die Möglichkeit haben, Zwischenfälle offen zu berichten ohne Sanktionen fürchten zu müssen. Nur so können systemische Schwachstellen erkannt und behoben werden.

Ebenso müssen sich Patientinnen und Patienten darauf verlassen können, dass sie in jedem Fall erfahren, wenn etwas schiefgegangen ist – anders ist ein von Vertrauen geprägtes Verhältnis nicht denkbar. In anderen Ländern ist dies längst etablierter Standard und gelebte Wirklichkeit.

Die Stärkung der Patientensicherheit ist eine ethische und ökonomische Notwendigkeit. Deutschland muss hier endlich entschlossen handeln – im Interesse der Patientinnen und Patienten und im Sinne des Gesundheitssystems.

Wir danken den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes für ihr großes Engagement bei der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen. Bei Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, bedanken wir uns für Ihr Interesse an den Begutachtungsergebnissen des Jahres 2024 und hoffen, dass es uns gelingt, wertvolle Anregungen für mehr Patientensicherheit zu geben.

Essen/München im Oktober 2025



Dr. Stefan Gronemeyer

Vorstandsvorsitzender, Medizinischer Dienst Bund



Dr. Christine Adolph

Stv. Vorstandsvorsitzende und 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)	19
2.5 Verantwortungsbereich / Medizinischer Zusammenhang	21
2.5.1 Übersicht	21
2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde	22
2.6 Maßnahmen (OPS-Schlüssel)	23
2.7 Fehlerarten	25
2.8 Schaden	26
2.8.1 Übersicht	26
2.8.2 Schaden bei festgestellten Fehlern und kausalen Fehlern (nach MERP-Index)	26
2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)	28
3 FAZIT	30

1 Einleitung

Der Medizinische Dienst unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts mit einem medizinischen Sachverständigengutachten. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse der Betroffenen. Sie ist interessen-neutral und für die Versicherten nicht mit Kosten verbunden.

Bei ihrer sektorenübergreifenden Arbeit nimmt sich die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste aller Behandlungsfehlerwürfe an: Es werden sowohl stationäre als auch ambulante Fälle aus den Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pflege begutachtet.

Seit vielen Jahren werden wesentliche Inhalte der Gutachten in einer einheitlichen Datenbank erfasst. Für die Erfassung ab dem Jahr 2014 ist der zugrunde liegende Datensatz verändert und erweitert worden. Er beinhaltet seitdem weitere Informationen über die Ausprägung des Gesundheitsschadens und über den vorliegenden Fehler. Dies betrifft die Abschnitte 2.3 (Versorgungsebene/Ort), 2.5.2 (Verantwortungsbereich/Medizinischer Zusammenhang) und 2.9 (Besondere Ereignisse („Never Events“)). Im Zuge einer Aktualisierung der Datenstruktur ab dem Erfassungsjahr 2024 wurde die Datensatzbeschreibung zur Behandlungsfehler-Begutachtung evaluiert und Erhebungsinhalte angepasst. Dies trägt zur Validierung der Datei bei.

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 können von einem Behandlungsfehler betroffen sein.

Bei einem vermuteten Behandlungsfehler ist es empfehlenswert, dass Geschädigte sich zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz ist der Anspruch der Versicherten auf Unterstützung bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern gestärkt worden. Seitdem ist die Krankenkasse laut § 66 SGB V dazu verpflichtet, bei der Aufklärung eines Behandlungsfehlervorwurfes und dem Durchsetzen eventuell daraus entstehender Schadenersatzansprüche zu unterstützen. Zuvor bestand zwar die Möglichkeit, nicht jedoch eine Verpflichtung dazu. Die Krankenkasse ist behilflich bei der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls, beschafft die notwendigen Fallunterlagen und veranlasst in der Regel eine medizinische Begutachtung durch den zuständigen 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 Behandlungsfehlervorwurfes 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 Behandlungsfehlervorwurfes erfolgt anhand der

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

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

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

1.2 Datenerfassung, Auswertung und Einordnung der Ergebnisse

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

Den nachfolgenden Darstellungen liegen 12.304 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern zugrunde, die im Erhebungszeitraum (Kalenderjahr 2024) 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. Krankenhäusern, 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 weisen seit langem darauf hin, dass eine objektive und exakte Erfassung aller fehlerhaften Vorkommnisse im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen ein schwer erreichbares Ziel sind. 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 kann, 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 12.304 vorgeworfenen Fälle:

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

Fehler: 3.731

Schaden: 3.301

Kausalität: 2.825

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.

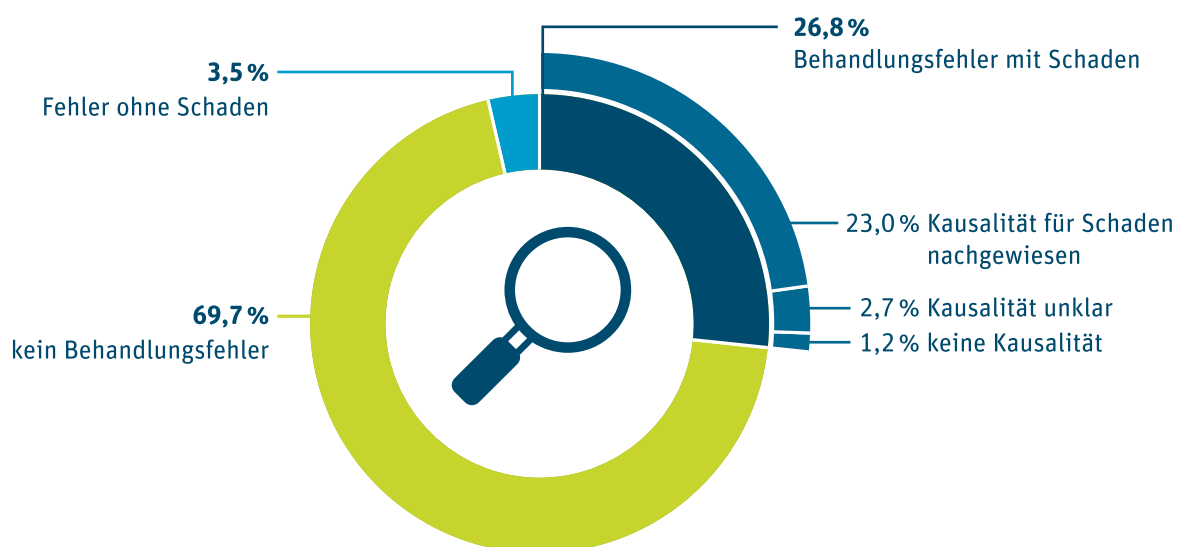
Im direkten Vergleich zum Vorjahr wurden etwa konstant viele Fälle begutachtet (2023: n = 12.438). Die Anzahl der festgestellten Fehler (2023: n = 3.595), der Fehler mit Schaden (2023: n = 3.160) und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität (2023: n = 2.679) variieren nur geringfügig. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität können hieraus 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. Seit Februar 2024 können Versicherte zudem selbst sicherheitsrelevante Erfahrungen aus der Gesundheitsversorgung mitteilen: Auf der Seite www.mehr-patientensicherheit.de werden diese Erfahrungsberichte gesammelt und von Expertinnen und Experten ausgewertet. 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

Gutachterliche Ergebnisse zu 12.304 vorgeworfenen Fällen



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

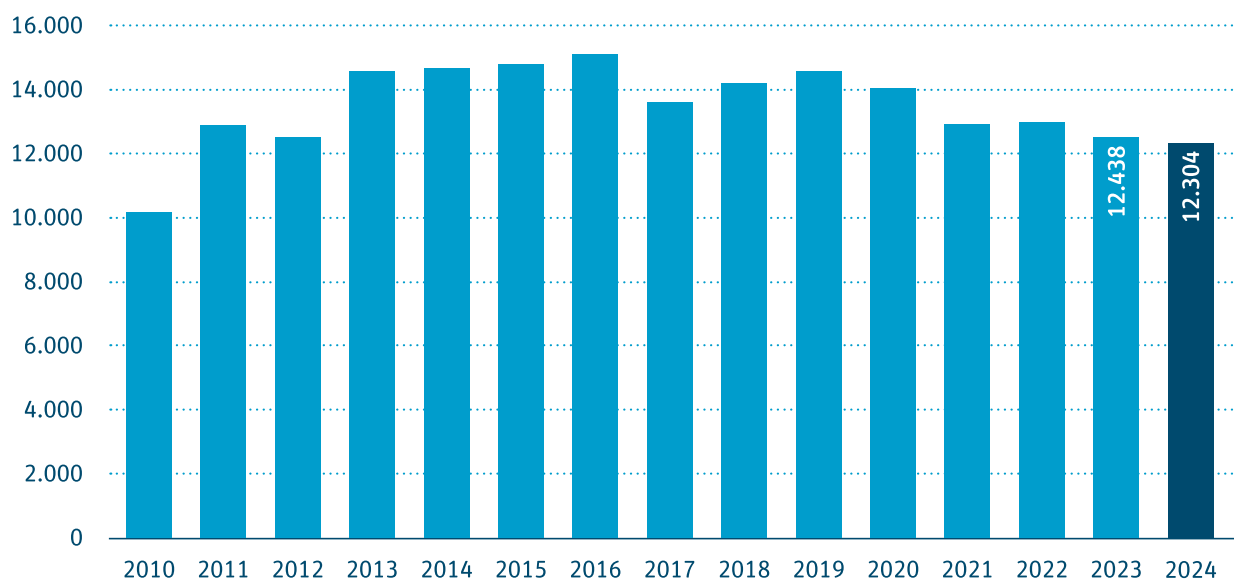
Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.2:

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 = 2.825 bzw. 23 % 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

Anzahl jährlich begutachteter Fälle



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.3:

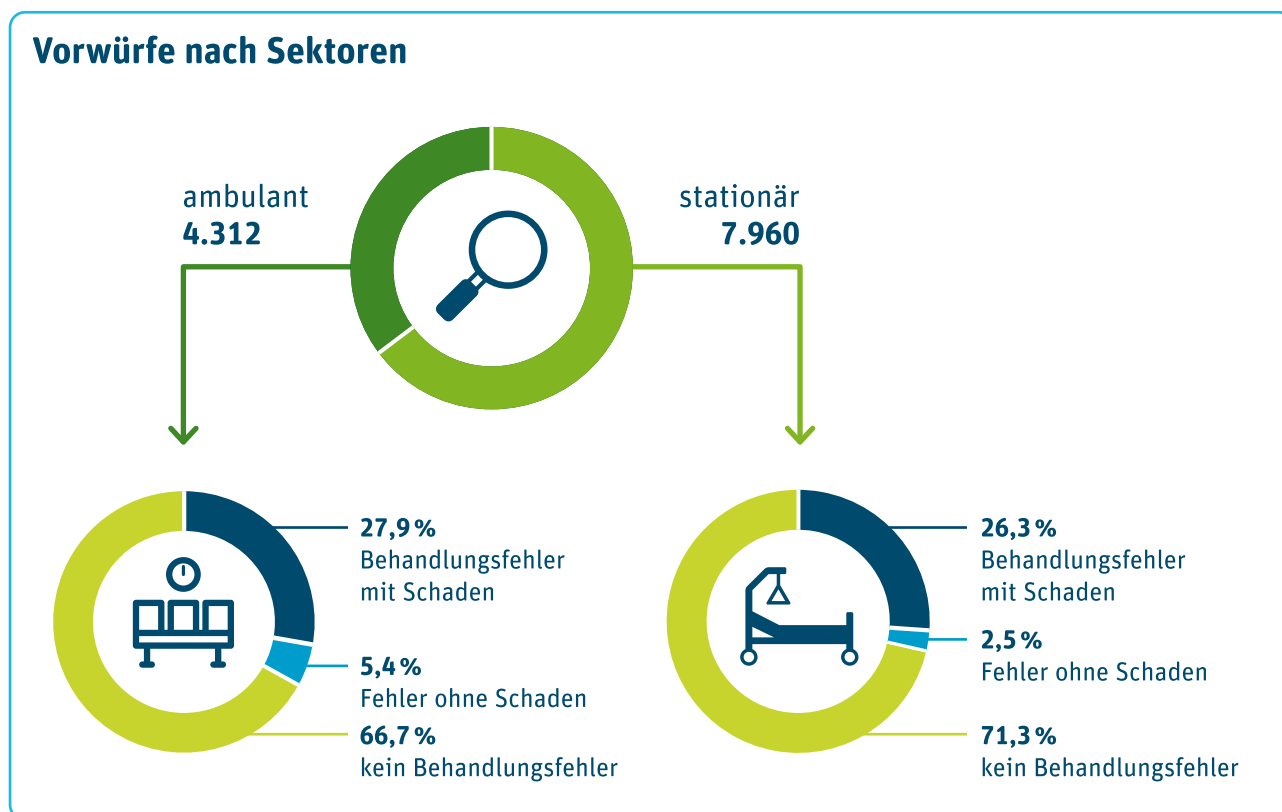
Die Zahl der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen durch den Medizinischen Dienst hat erstmals im Jahr 2010 und – vermutlich verbunden mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der damit einhergehenden zunehmenden Thematisierung und Aufklärung zu Patientenrechten, Patientensicherheit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

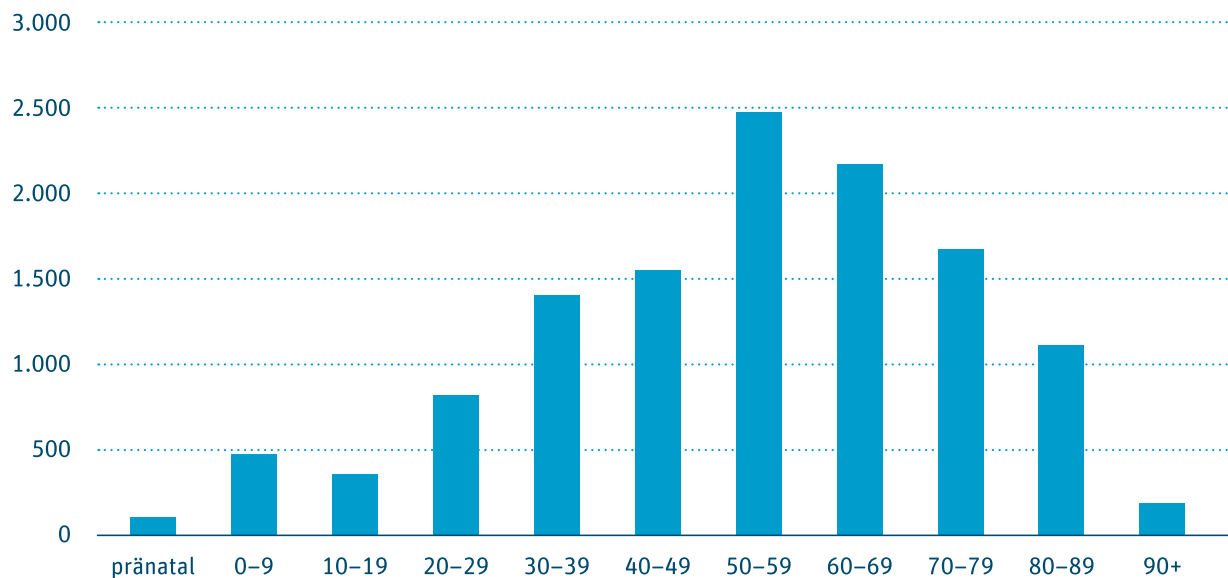
32 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport sind hier nicht einbezogen.

Die Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren fast unverändert. Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann. Nach wie vor werden etwa zwei Drittel der Begutachtungen zu stationärer Behandlung (v. a. Krankenhausbehandlung) erstellt und ein Drittel entfällt auf ambulant versorgte Fälle.

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

2.1.5 Behandlungsfehlervorwürfe nach Altersdekaden

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

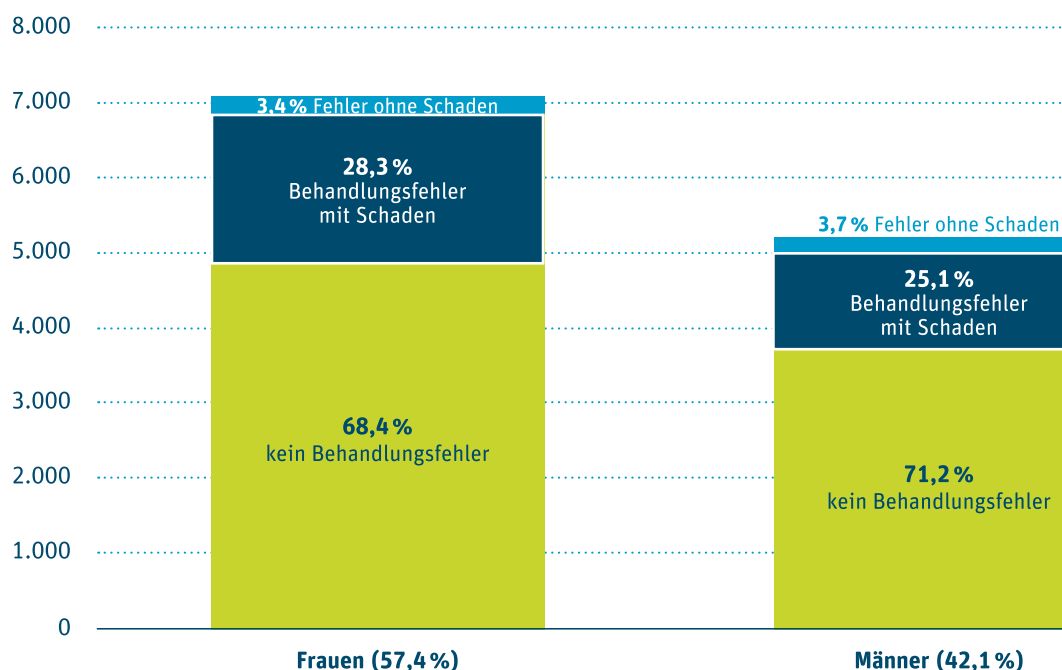


Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.5:

Die Verteilung der vorgeworfenen Fälle auf die Altersgruppen entspricht weiterhin in etwa den Vorjahren und passt dazu, dass in den höheren Altersgruppen insgesamt häufiger behandelt und operiert wird. Erstmals in 2024 wurde auch die Altergruppe „pränatal“ erfasst, um Menschen, welche zum Zeitpunkt der vorgeworfenen Behandlung noch nicht geboren waren, gesondert berücksichtigen zu können.

2.1.6 Behandlungsfehler nach Geschlecht

Anzahl Behandlungsfehlergutachten nach Geschlecht



Ergänzungen/Kommentar zu 2.1.6:

Hellblau dargestellt sind die Behandlungsfehler ohne Schaden, dunkelblau dargestellt sind die Behandlungsfehler mit Schaden. Hellgrün dargestellt werden die Begutachtungsergebnisse, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden kann. Erstmals in 2024 wurde auch die Geschlechtsangabe „divers“ in 58 Fällen erfasst.

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

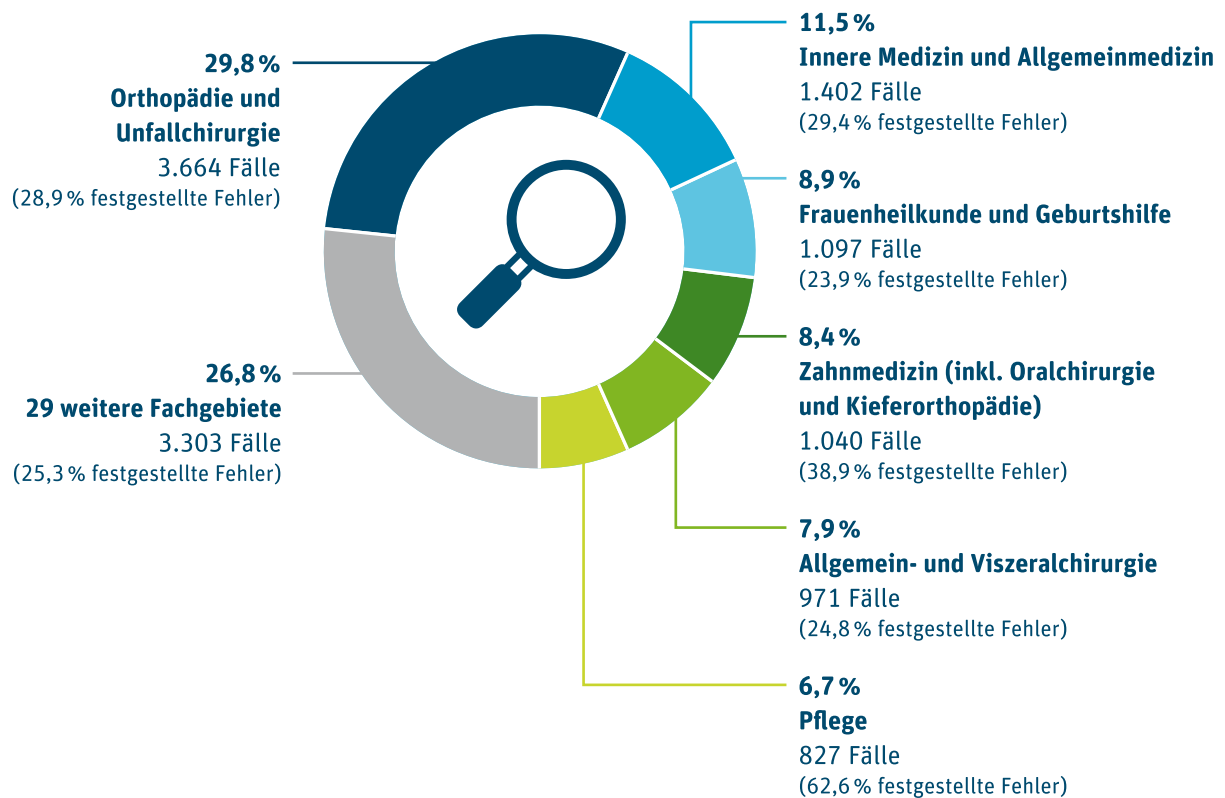
Darüber hinaus wird der Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Medizin immer noch keine ausreichende Bedeutung beigemessen. Ein geschlechtsbezogener Verzerrungseffekt („Gender Bias“) kann alle Bereiche einer medizinischen Behandlung betreffen, sowohl die Prävention von Erkrankungen, aber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

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

2.2 Fachgebiete

2.2.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete (gruppiert)



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

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Orthopädie und Unfallchirurgie	3.664	1.060	28,9 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.097	262	23,9 %
Zahnmedizin	920	363	39,5 %
Pflege	827	518	62,6 %
Viszeralchirurgie	589	130	22,1 %
Innere Medizin	566	194	34,3 %
Neurochirurgie	440	124	28,2 %
Allgemeinchirurgie	382	111	29,1 %
Augenheilkunde	377	64	17,0 %
Urologie	330	66	20,0 %
Innere Medizin und Kardiologie	275	80	29,1 %
Gefäßchirurgie	273	77	28,2 %
HNO-Heilkunde	271	52	19,2 %
Neurologie	271	50	18,5 %
Anästhesiologie	259	73	28,2 %
Allgemeinmedizin	210	55	26,2 %
Kinder- und Jugendmedizin	171	63	36,8 %
Herzchirurgie	159	26	16,4 %
Innere Medizin und Gastroenterologie	157	32	20,4 %
Radiologie	144	84	58,3 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	139	31	22,3 %
Plastische und Ästhetische Chirurgie	103	31	30,1 %
Psychiatrie und Psychotherapie	96	15	15,6 %
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	85	22	25,9 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	77	16	20,8 %
Kinderchirurgie	68	34	50,0 %
Kieferorthopädie	67	11	16,4 %
Oralchirurgie	53	30	56,6 %
Thoraxchirurgie	47	3	6,4 %
Innere Medizin und Nephrologie	37	7	18,9 %
Sonstiges (z. B. Pharmakologie)	33	10	30,3 %
Innere Medizin und Pneumologie	31	8	25,8 %
Innere Medizin und Angiologie	23	7	30,4 %
Pathologie	10	7	70,0 %
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	9	4	44,4 %
Innere Medizin und Rheumatologie	9	3	33,3 %
Strahlentherapie	8	1	12,5 %

Fachgebiet	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	7	2	28,6 %
Nuklearmedizin	6	3	50,0 %
Physikalische und rehabilitative Medizin	6	1	16,7 %
Hygiene und Umweltmedizin	2	1	50,0 %
Arbeitsmedizin	1	–	0,0 %
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	1	–	0,0 %
Humangenetik	1	–	0,0 %
Pharmakologie und Toxikologie	1	–	0,0 %
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1	–	0,0 %
Transfusionsmedizin	1	–	0,0 %
Laboratoriumsmedizin	–	–	–
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	–	–	–
Neuropathologie	–	–	–
Klinische Pharmakologie	–	–	–
Gesamt	12.304	3.731	30,30 %

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. Geringfügige Schwankungen bei der Fallzahl und der festgestellten Fehlerquote einzelner Fachgebiete sind am ehesten auf unsystematische und zufällige Einflussfaktoren zurückzuführen. Angesichts der beschriebenen Grundlagen der Datenerhebung können aus der Momentaufnahme keine direkten Rückschlüsse auf die Entwicklung der Patientensicherheit und der Qualität in einem Fachgebiet gezogen werden. Die Daten können lediglich als Anhaltspunkt für weitere Untersuchungen dienen.

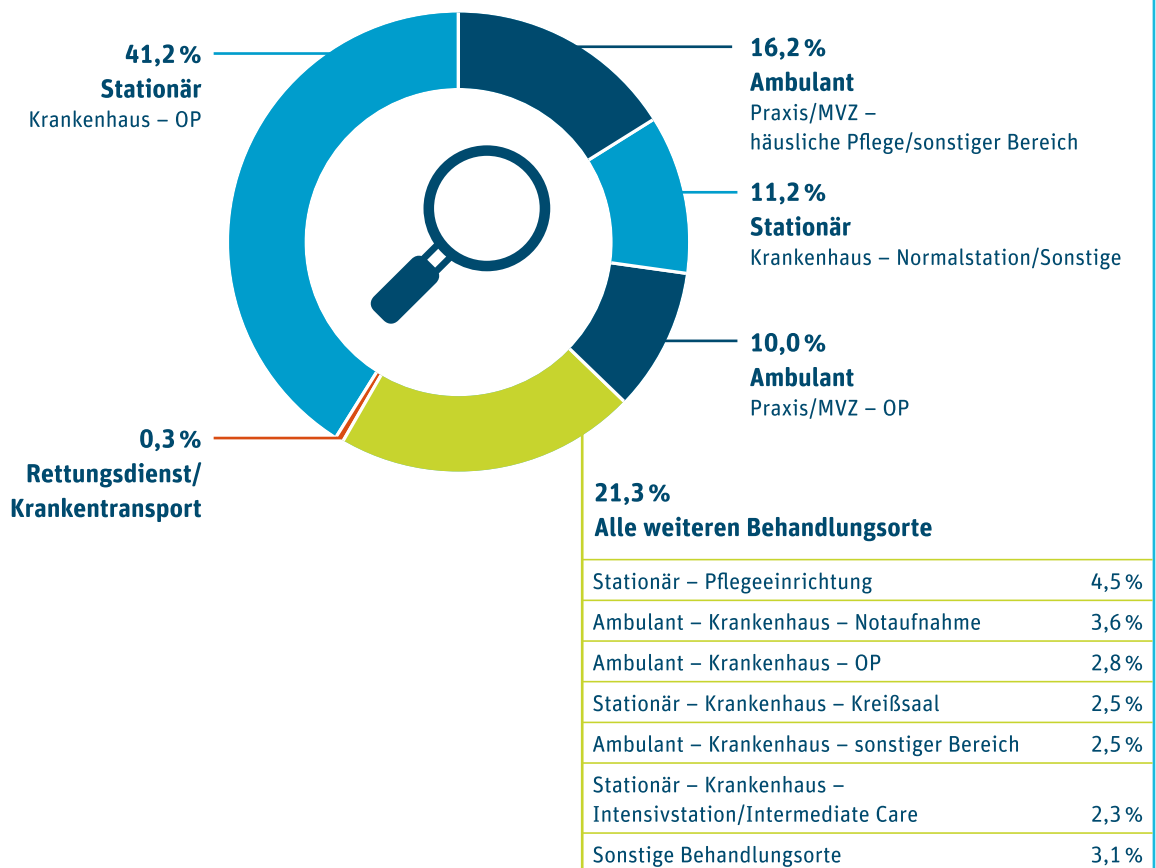
Einen Schwerpunkt in der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bilden nach wie vor die operativen/chirurgischen Fachgebiete. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten fehlerbedingte Gesundheitsschäden für die Betroffenen einfacher zu erkennen sind als in anderen. Eine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

Die dargestellte Quote bildet in gewisser Weise die „Treffsicherheit“ des Vorwurfes ab, zumindest bei den Fachgebieten mit einer hohen Anzahl an Vorwürfen. Wie in den Vorjahren fällt auf, dass insbesondere in der Pflege höhere Fehlerquoten vorliegen. Wir führen dies grundsätzlich darauf zurück, dass Pflegefehler für Patientinnen und Patienten einfacher erkennbar sind. Auch die Höhe dieser Quote ist deshalb kein Hinweis auf eine besondere Gefährdung in einem Fachgebiet.

2.3 Versorgungsebene/Ort

2.3.1 Übersicht

Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



2.3.2 Auflistung der Behandlungsorte nach Sektor und Anzahl der Vorwürfe

Versorgungsebene	Behandlungsort	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Ambulant	Praxis/MVZ – häusliche Pflege/sonstiger Bereich	1.994	690	34,6 %
	Praxis/MVZ – OP	1.231	388	31,5 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	439	184	41,9 %
	Krankenhaus – OP	345	92	26,7 %
	Krankenhaus – sonstiger Bereich	303	80	26,4 %
Stationär	Krankenhaus – OP	5.070	1.146	22,6 %
	Krankenhaus – Normalstation/Sonstige	1.372	495	36,1 %
	Pflegeeinrichtung	550	364	66,2 %
	Krankenhaus – Kreißsaal	307	65	21,2 %
	Krankenhaus – Intensivstation/Intermediate Care	277	72	26,0 %
	Krankenhaus – Notaufnahme	275	100	36,4 %
	Rehaklinik	109	46	42,2 %
Rettungsdienst/Krankentransport		32	9	28,1 %

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. Infolge einer Anpassung der Datensatzbeschreibung werden Angaben zur Versorgungsebene/-ort in diesem Berichtsjahr erstmalig zusammenfassend dargestellt. Die wesentlichen Kategorien wurden jedoch beibehalten.

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

2.4 Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen)

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

ICD	Bezeichnung	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
M17	Kniegelenksverschleiß	468	109	23,3 %
M16	Hüftgelenksverschleiß	416	77	18,5 %
K02	Zahnkaries	311	117	37,6 %
L89	Druckgeschwür (Dekubitus)	311	193	62,1 %
K04	Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	293	128	43,7 %
S72	Bruch des Oberschenkels	254	74	29,1 %
S82	Bruch des Unterschenkels	209	71	34,0 %
S42	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	208	80	38,5 %
M48	Sonstige Veränderungen der Wirbelkörper	175	51	29,1 %
S52	Bruch des Unterarmes	161	64	39,8 %
H25	Grauer Star	157	25	15,9 %
T84	Komplikation bei orthopädischem Gelenkersatz	155	46	29,7 %
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne	153	59	38,6 %
M54	Rückenschmerzen	152	50	32,9 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	147	29	19,7 %
K07	Kieferorthopädische Erkrankungen	138	35	25,4 %
S83	Verrenkung, Verstauchung, Zerrung am Kniegelenk	122	30	24,6 %
C50	Brustkrebs	115	41	35,7 %
I70	Arterienverkalkung (Atherosklerose)	111	27	24,3 %
I25	Chronische Durchblutungsstörung am Herzen	109	25	22,9 %
M75	Schulterläsion/-verletzung	106	16	15,1 %
K80	Gallensteine	101	25	24,8 %
I63	Schlaganfall durch Gefäßverschluss (Hirnfarkt)	98	31	31,6 %
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	96	31	32,3 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenks	96	20	20,8 %
K35	Akute Entzündung des Wurmfortsatzes (Appendizitis)	93	23	24,7 %
K40	Leistenbruch	90	15	16,7 %
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	83	63	75,9 %
K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	82	28	34,1 %
S62	Bruch im Bereich des Handgelenkes und der Hand	81	41	50,6 %

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:

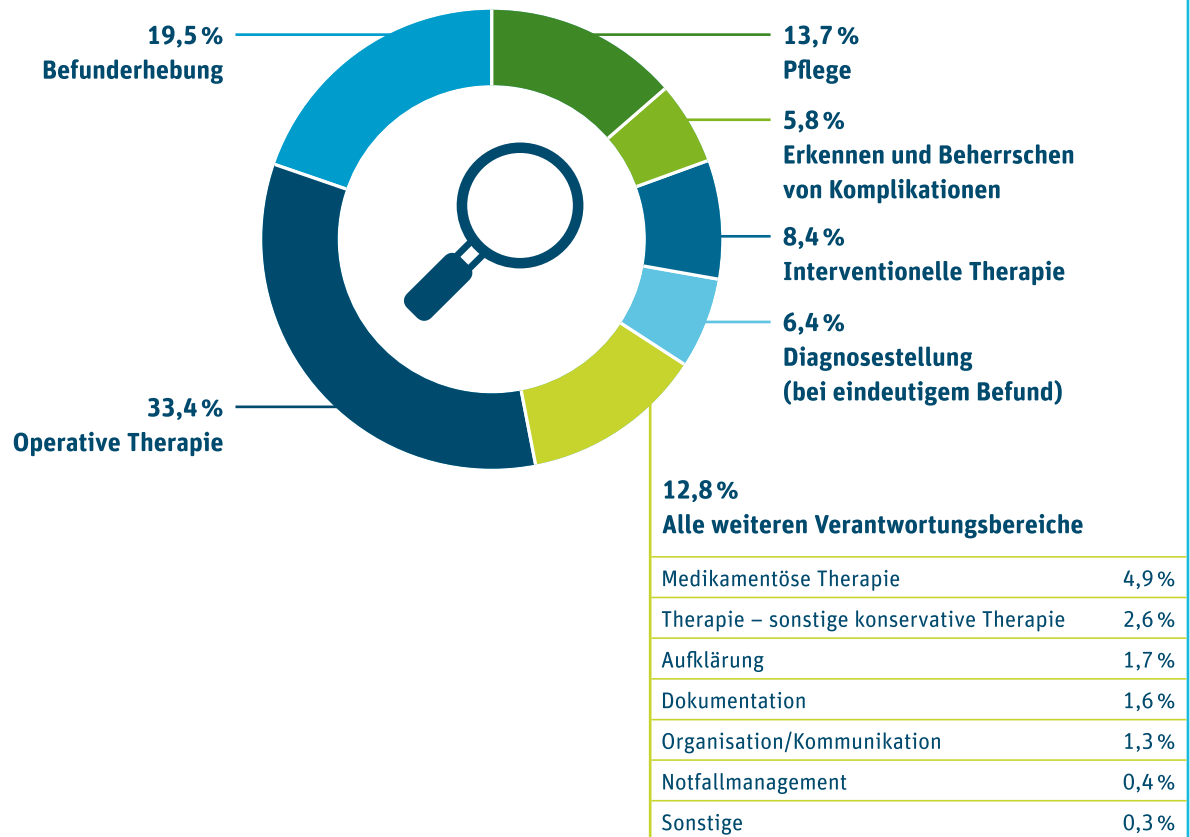
Hier dargestellt sind die 30 häufigsten Diagnosen gemessen an der Gesamtzahl der Vorwürfe. Diese machen allerdings nur 41,4 % aller vorgeworfenen Fälle und nur 3 % aller verschiedenen Behandlungsanlässe aus. Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1001 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben.

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

2.5 Verantwortungsbereich / Medizinischer Zusammenhang

2.5.1 Übersicht

Fehler nach führendem Verantwortungsbereich



2.5.2 Verantwortungsbereich, in dem führend ein Fehler vorgeworfen wurde

Verantwortungsbereich/medizinischer Zusammenhang			Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Diagnose	Befunderhebung		1.637	728	44,5 %
	Diagnosestellung (bei eindeutigem Befund)		496	240	48,4 %
Therapie	Operative Therapie		5.875	1.246	21,2%
	davon	Indikation	306	142	46,4 %
		OP-Technik	4.373	804	18,4 %
		Lagerung	90	36	40,0 %
		Nachsorge	345	112	32,5 %
		sonstiges	761	152	20,0 %
	Intervention		1.216	313	25,7 %
	davon	Indikation	95	42	44,2 %
		Technik der Durchführung	587	115	19,6 %
		Lagerung	28	12	42,9 %
		Nachsorge	88	30	34,1 %
		sonstiges	418	114	27,3 %
	Konservative Therapie		610	95	15,6%
	Medikamentöse Therapie		525	184	35,0%
	Sicherungsaufklärung zur Therapie		15	6	40,0%
Pflege			831	511	61,5 %
	davon	Planung	121	70	57,9 %
		Durchführung	647	422	65,2 %
		Sonstiges	63	19	30,2 %
Dokumentation			63	59	93,7 %
Organisation/Kommunikation			72	50	69,4 %
Aufklärung			112	63	56,3 %
Medizinprodukte*			12	5	41,7 %
Erkennen und Beherrschen von Komplikationen			773	217	28,1 %
Notfallmanagement			58	14	24,1 %
Hygiene			9	–	0,0 %

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:

Im vorliegenden Datensatz entfällt die dritte Verantwortungsebene, wenn eine weitere Fragmentierung nicht mehr sinnvoll erscheint. Neu aufgenommen wurde der Verantwortungsbereich „Indikation“ im operativen und interventionellen Kontext.

* 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
5-237	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung eines Zahns	103
5-820	Implantation einer Hüftgelenksprothese	96
5-822	Implantation einer Kniegelenksprothese	87
5-836	Versteifungsoperation an der Wirbelsäule	72
5-233	Zahnersatz	69
5-790	Geschlossene Reposition eines Knochenbruchs und Fixation mit z. B. Platten, Schrauben	59
5-230	Zahmentfernung	57
5-794	Offene Reposition eines komplizierten Gelenkbruchs	45
5-793	Operatives Richten eines Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	41
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	37
5-455	Teilentfernung des Dickdarmes	31
5-231	Operative Zahmentfernung (durch Osteotomie)	29
5-821	Operative Korrektur, Wechsel und Entfernung einer Hüftgelenksprothese	29
5-232	Zahnsanierung durch Füllung	26
5-235	Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes	26
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie)	26
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule (andernorts nicht aufgeführt)	25
5-683	Entfernung der Gebärmutter	24
5-740	Klassische Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	23
5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	22
5-144	Operative Entfernung der Linse am Auge	21
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	20
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	19
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenks	19
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	18
5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehen	18
5-808	Offen chirurgische Arthrodesen	18
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	17
5-749	Andere Kaiserschnittentbindung (Sectio caesarea)	16
5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	16
5-808	Offen chirurgische Arthrodesen	15

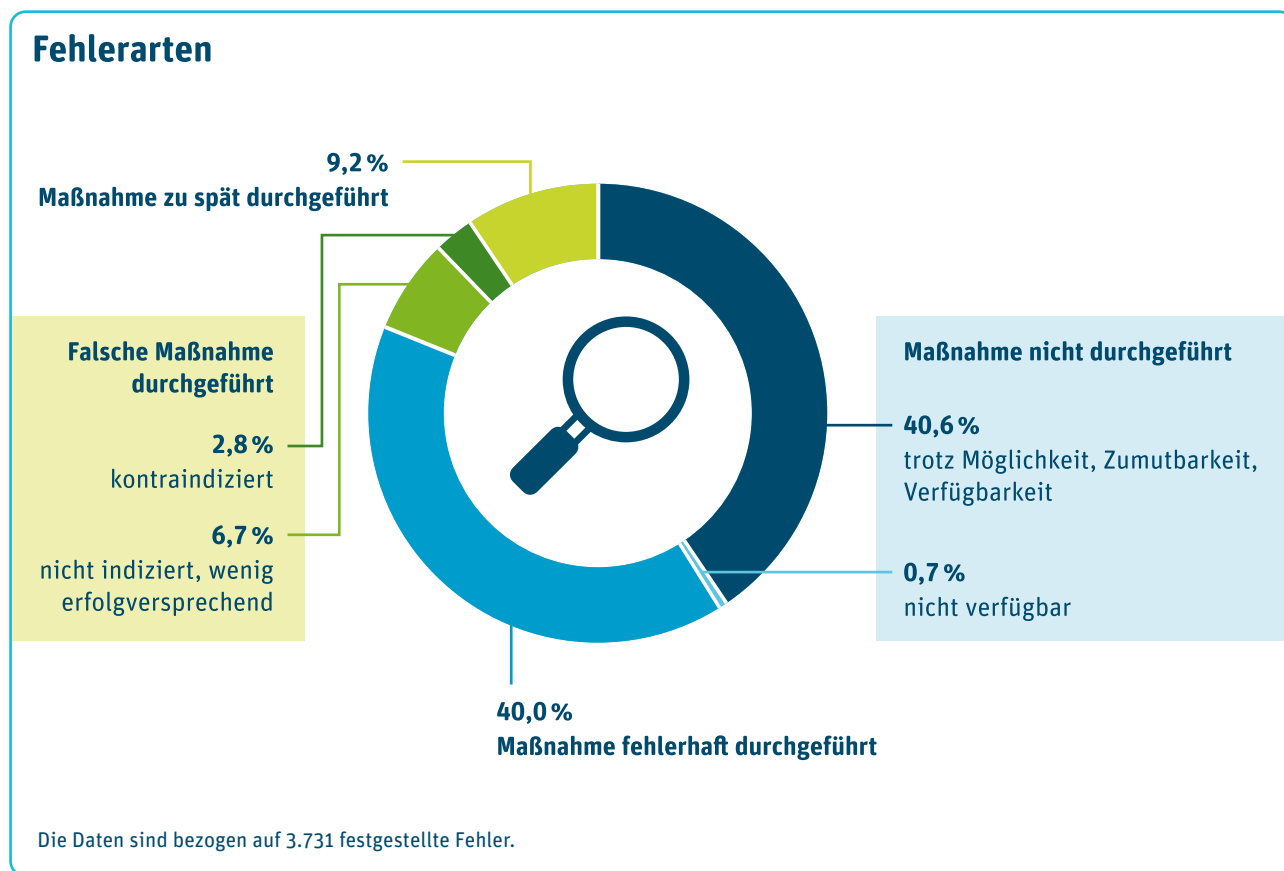
Ergänzungen/Kommentar zu 2.6:

In 4.128 Fällen (33,6 %) 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 1.087 Fälle, die nicht im Zusammenhang mit einer OPS-Kodierung stehen. Die Darstellung der festgestellten Fehler in Bezug auf durchgeführte Operationen und Prozeduren ergänzt deshalb lediglich die Daten zu den „Verantwortungsbereichen“ aus dem vorhergehenden Kapitel 2.5.

Die von Fehlern betroffenen medizinischen Maßnahmen sind – entsprechend der zahlreichen Fachgebiete und Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) – breit verteilt, sodass man hier ebenfalls nur bedingt von echten „Fehlerschwerpunkten“ in den begutachteten Fällen sprechen kann. Alle mindestens 16-mal betroffenen OPS-Maßnahmen sind hier aufgelistet, machen aber in Summe lediglich 1.109 Fälle von allen Fehlern aus (29,7 %). Es sind folglich zahlreiche weitere Maßnahmen in 15 und weniger oder nur in einzelnen Fällen betroffen. Fehler wurden bei insgesamt 477 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



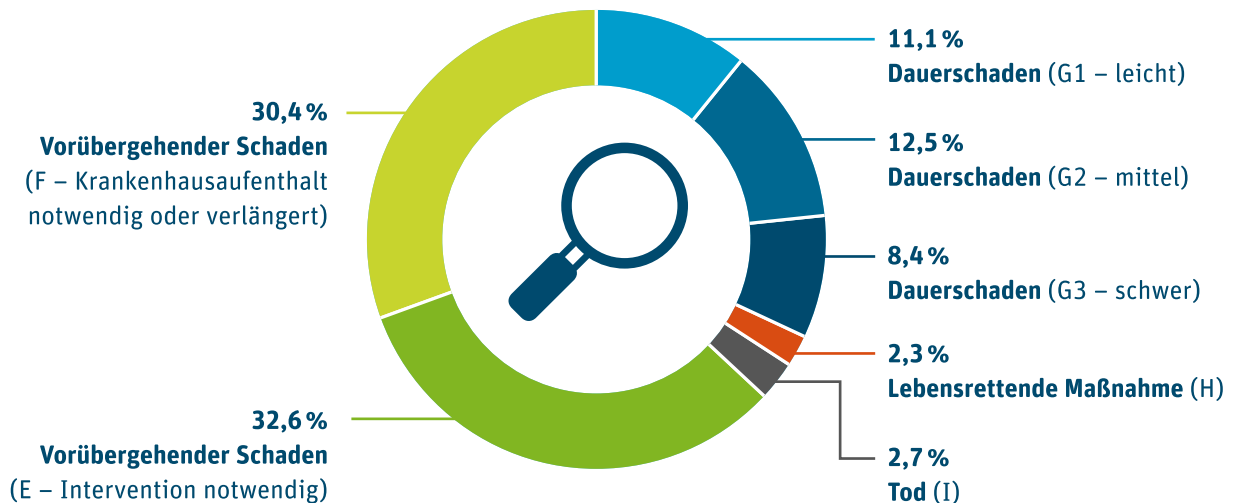
Ergänzungen/Kommentar zu 2.7:

Der Großteil der festgestellten Fehler besteht darin, dass eine indizierte Maßnahme nicht (41,3 %) oder fehlerhaft (40,0 %) 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 9,5 % keine herausragende Rolle. Ähnlich selten (9,2 %) konnte festgestellt werden, dass eine erforderliche Maßnahme zwar korrekt, aber zeitlich zu spät durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zu den Fehlerarten bilden sich im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend unverändert ab.

2.8 Schaden

2.8.1 Übersicht

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



Die Daten sind bezogen auf 2.825 Fälle mit Schaden bei kausalem Fehler.

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

Schweregrad des Gesundheitsschadens		Anzahl	Kausalität nachgewiesen	Anteil kausaler an festgestellten Fehlern
Vorübergehender Schaden (MERP E, F)	mit Interventionsnotwendigkeit (E)	1.079	922	85,4 %
	mit Notwendigkeit/Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes (F)	988	858	86,8 %
Dauerschaden (MERP G)	leicht (G1)	372	314	84,4 %
	mittel (G2)	416	354	85,1 %
	schwer (G3)	276	237	85,9 %
Lebensrettende Maßnahme erforderlich (MERP H)		69	65	94,2 %
Schaden mit Todesfolge (MERP I)		100	75	75,0 %
Gesamt		3.301	2.825	85,6 %

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 geringfügige Änderungen erkennbar.

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

In 85,6 % der Fälle mit einem festgestellten Fehler und vorhandenem Schaden liegt nach gutachterlicher Sicht eine Kausalität des Fehlers für den Schaden vor. Dies bildet sich vergleichbar ab bei dem großen Anteil der nicht tödlichen Schadenfolgen. Sofern bei verstorbenen Patientinnen/Patienten ein Fehler in der Versorgung festgestellt werden konnte, war dieser deutlich seltener als kausal für den Schaden nachzuweisen (75,0 %). In 19 dieser 100 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 6 Fällen konnte der festgestellte Fehler hingegen als nicht kausal für das Versterben identifiziert werden.

2.9 Besondere Ereignisse („Never Events“)

Ereignis	Anzahl
Verwechslung	34
einer Person	2
eines Körperteils	15
eines Eingriffs (z. B. Operation/invasive Maßnahme)	6
eines Medizinprodukts (z. B. Implantat/Prothese)	3
individuellen biologischen Materials (z. B. Probe/Samen- oder Eizelle)	1
Sonstiges	7
Schaden durch einen Medikationsfehler , also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg oder Gabe trotz dokumentierter Allergie	31
Schaden in Zusammenhang mit der Verwendung eines Medizinprodukts	27
Verbrennungen durch atypischen Stromfluss bei Verwendung eines Elektrokauters	7
in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt/zweckentfremdet wurde	4
durch eine Luftembolie	1
durch unentdeckte Fehllage einer Magensonde oder eines Endotrachealtubus	1
Sonstiges	14
Intraoperativ unbeabsichtigt/unbemerkt zurückgelassener Fremdkörper	26
Schaden durch fehlende Übermittlung oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung oder eines sonstigen Befunds (z. B. Konsil)	7
Schaden durch fehlerhafte, nicht begründete Unterversorgung mit Sauerstoff bzw. fehlendes Monitoring bei medizinischer Notwendigkeit	3
Flucht oder Suizid/versuch eines Patienten von/in einer geschlossenen psychiatrischen Station	2
Schaden infolge einer Transfusion ABO-inkompatibler Blutprodukte oder infolge einer Transplantation unter Verwendung ABO-inkompatibler Organe, Gewebe, Gewebezubereitungen oder Zellen	1
Verbrennungen/Verbrühungen im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung (z. B. durch Wärmflasche/Waschen mit zu heißem Wasser)	1
Schaden in direktem Zusammenhang mit der Fixierung eines Patienten	1
Unersetzlicher Verlust von biologischem Material (z. B. eines Transplantats, einer Probe)	1
Gesamt	134

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. Infolge einer Überarbeitung der Never Event Liste werden bestimmte Zwischenfälle, welche das Kriterium der sicheren Vermeidbarkeit nicht erfüllen, bei den Medizinischen Diensten nicht länger als Never Event gewertet. Hierzu gehören beispielsweise der Dekubitus oder der Tod bzw. schwere Schaden eines Neugeborenen im Geburts-

verlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft. Andere Never Events wurden stärker differenziert, beispielsweise die Schäden im Zusammenhang mit der Verwendung eines Medizinprodukts. Hier dargestellt sind nicht alle definierten Never Events, sondern die Vorwürfe, die im Jahr 2024 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. 4,7 % (134 von 2.825) der gutachterlich als kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden gesehenen Fehler entfallen auf die Never Events. Trotz Schwankungen zu Anzahl und Verteilung der einzelnen Ereignisse zeigt die Gesamtanzahl auch in 2024, 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 bietet 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 Vertrauen wiederherstellen. Im Falle einer Bestätigung des Fehlerverdachts kann das Gutachten des Medizinischen Dienstes eine wichtige Voraussetzung für Schadenersatzforderungen, Schmerzensgeld und eine faire Regulierung sein.

Die Medizinischen Dienste sehen immer wieder ähnliche bzw. dieselben Fehlerkonstellationen in der Begutachtung. Aus den einzelnen Fällen können alle Beteiligten lernen. Die Daten liefern Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen und für die Fehlerprävention in Abteilungen, Praxen oder Fachgebieten. Die Verteilung der begutachteten Fälle auf die medizinischen Fachgebiete, auf die Zahnmedizin und die Pflege bildet sich seit Jahren ähnlich ab, genauso wie die Anteile der bestätigten Vorwürfe und der gutachterlich als kausal bestätigten Fehler. Im Fokus stehen zwar tendenziell solche Fachgebiete, Operationen und Versorgungsmaßnahmen, bei denen zum einen hohe Fallzahlen in der Versorgung geleistet werden, zum anderen am einfachsten Fehler zu vermuten oder zu erkennen sind. Das bedeutet aber nicht, dass in diesen zumeist operativen/chirurgischen Fachgebieten auch die höchste Gefährdung zu verzeichnen wäre. In konservativen Fachgebieten oder beispielsweise in der Intensivmedizin ist es für die Patientinnen und Patienten oftmals schwieriger, Fehler zu erkennen. Daher werden Vorwürfe in diesen Bereichen vermutlich seltener erhoben.

Die transparenten Informationen und Erkenntnisse zu den Fall- und Fehlerkonstellationen sowie die Tatsache, dass dies der größte jährlich veröffentlichte Datensatz zu Behandlungsfehlern in Deutschland ist, werden gerne verwechselt mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen. Dann werden solche Daten fälschlicherweise als „Maßstab“ für die Häufigkeit oder Seltenheit von Behandlungsfehlern und damit für die Patientensicherheit herangezogen. Behandlungsfehlervorwürfe, die bei einem Medizinischen Dienst im Auftrag einer Krankenkasse begutachtet werden, und tatsächlich vorgekommene Behandlungsfehler sind zwei verschiedene Aspekte. Unsere Daten aus der Begutachtung sind genauso wenig repräsentativ für tatsächlich auftretende Fehler in der Versorgung wie Daten anderer Institutionen. Wir berichten über die Inanspruchnahme eines gesetzlich verankerten Angebotes an Patientinnen und Patienten und nicht über die Entwicklung der Art und Anzahl von Behandlungsfehlern bzw. der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse in Deutschland. Es ist uns wichtig, dies zu betonen. An dieser Stelle tritt ein Erkenntnisdefizit im deutschen Gesundheitswesen erneut hervor, auf das wir seit Jahren ebenfalls hinweisen: Es ist unklar, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland tatsächlich entwickelt. Eine Ursache dafür ist, dass es kein verbindliches Monitoring für Behandlungsfehler bzw. vermeidbare unerwünschte Ereignisse gibt. Unsere Daten zeigen einen Handlungsbedarf auf.

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