

Ein Plädoyer für mehr Transparenz

Zum sechsten Mal hat die MDK-Gemeinschaft ihre Jahresstatistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung veröffentlicht. Eine wesentliche Erkenntnis bleibt: Wir wissen zwar, was wir begutachten. Aber wir wissen deshalb nicht, ob sich die Patientensicherheit insgesamt verändert. Eine Meldepflicht würde helfen, dies viel besser einzuschätzen.

NIEMAND WEISS, wie sich die Patientensicherheit in Deutschland, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten wie Behandlungsfehlern, wirklich entwickelt hat, wenn gleich Behauptungen dazu aufgestellt werden. Die Medizinischen Dienste haben erstmals im Jahr 2012 die Ergebnisse der Behandlungsfehler-Begutachtungen aus dem Vorjahr öffentlich gemacht. Ab 2014 wurde der zugrunde liegende Datensatz mit Aspekten zur Patientensicherheit erweitert und modifiziert – unter anderem werden seitdem die sogenannten »Never Events« erfasst. Damit besteht ein »Best-Practice-Modell«.

Anzahl der Gutachten leicht gestiegen

Die Zahl der fachärztlichen Gutachten, die von den MDK im Auftrag der Krankenkassen erstellt wurden, ist erneut leicht gestiegen auf nunmehr 15 094. Von den Medizinischen Diensten wird der umfangreichste jährliche Datensatz zu Behandlungsfehlern veröffentlicht – sowohl in Bezug auf die Fallzahlen als auch zu den berichteten Details. Die Zahlen der festgestellten Fehler und der Fehler mit gutachterlich bestätigter Kausalität für den entstandenen Schaden sind 2016 jeweils leicht gesunken. Nach wie vor wird in etwa jedem vierten begutachteten Fall der Behandlungsfehlerverdacht bestätigt. Ein ursächlicher Behandlungsfehler lag in etwa jedem fünften Fall vor: Das waren 2948 Fälle im Jahr 2016 (2015: 3156). In diesen Fällen hat der Patient Aussicht auf Schadenersatz.

Keine Erkenntnis zur Patientensicherheit

Die Fallzahlentwicklung beinhaltet zunächst zwei gute Nachrichten: Zum einen sind seit Beginn der Berichterstattung über das Jahr 2011 die zu begutachtenden Fälle deutlich gestiegen, insgesamt um fast 20%. Besonders sprunghaft war

der Anstieg 2013 nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes. Die Patienten sind also zunehmend informiert und trauen sich, einem Fehlerverdacht nachzugehen. Sie wenden sich dazu an ihre Krankenkasse, um die im Sozialgesetzbuch festgelegte Unterstützung einzufordern. Die Krankenkassen beauftragen bei einem stichhaltigen Verdacht zumeist den MDK mit der Begutachtung. Die Bedeutung der MDK-Begutachtung nimmt folglich zu.

Zum anderen wurden 2016 erfreulicherweise etwas weniger Fehler festgestellt. Dies ist zwar für die unmittelbar Betroffenen eine positive Nachricht. Ein verlässlicher Hinweis auf eine insgesamt positive Entwicklung der Patientensicherheit ist dies hingegen nicht. So war beispielsweise 2015 die Zahl der Behandlungsfehler auf einen ähnlich hohen Wert wie 2011 gestiegen. Auch das hatten die Medizinischen Dienste nicht als Zeichen einer zunehmenden Gefährdung interpretiert, sondern als Schwankung in einem Datensatz, der eben nur das beinhaltet, was von Patienten vermutet, bei der Krankenkasse vorgeworfen und zur Begutachtung beauftragt wird.

Details weitgehend stabil

Bei der Verteilung der Vorwürfe und Fehler auf die Sektoren, die Fachgebiete und die konkreten Behandlungsorte haben sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Auch hier bestehen eher Schwankungen, zumeist im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Ebenso stabil ist die Verteilung hinsichtlich der am häufigsten betroffenen Behandlungsanlässe (ICD-Diagnosen) und der Maßnahmen (OPS-Prozeduren). Zwei Drittel der Patienten werden durch den Behandlungsfehler vorübergehend geschädigt, ein Drittel erleidet einen Dauerschaden, 4% versterben. Auch diese Daten sind im Vergleich zu den Vorjahren quasi unverändert. Ein klarer Fokus der Behandlungsfehler-Begutachtungen bleiben Ope-

Patienten trauen sich, Verdacht zu äußern

rationen; in der Zahnmedizin und der Pflege bleibt die Bestätigungsquote im Vergleich höher. Die Medizinischen Dienste sehen hier keineswegs einen Hinweis auf eine besondere Gefährdung oder Fehlerhäufigkeit, sondern schlicht darauf, dass Betroffene bei unerwünschten Operationsergebnissen oder Zahnbehandlungen sowie bei Pflegefehlern einfacher einen Fehler selbst erkennen können. Die Vorwürfe sind daher zielgenauer und entsprechend häufiger zutreffend. Medikationsfehler oder Fehler in der Hygiene beispielsweise sind für Patienten oft weder erkennbar noch nachzuweisen.

Denn wir wissen, was wir nicht wissen ...

... und sagen das deutlich: Die zur Begutachtung gelangten Fälle sind nicht repräsentativ für alle erkannten und entschädigten Behandlungsfehler, schon gar nicht für alle tatsächlich geschehenen. Die Jahresstatistik der MDK-Gemeinschaft bietet aber Transparenz über die Begutachtung sowie Anknüpfungspunkte für weitere Fehler- und Gefährdungsanalysen. Eine unmittelbare Aussage zur Patientensicherheit lassen die Daten nicht zu, genauso wenig wie andere in Deutschland vorliegende Zahlen. Eines kann nämlich nicht bestritten werden: Der überwiegende Teil der Fehler wird entweder nicht erkannt – weder von Patienten noch von Ärzten und Pflegekräften –, oder Fehler werden aus den unterschiedlichsten Gründen nicht von Patienten vorgeworfen. Hier besteht folglich eine Dunkelziffer, der man sich nur über verstärkte Forschung und intensivere Nutzung freiwilliger anonymer Fehlermeldesysteme nähern kann.

Meldepflicht würde wichtige Fakten liefern

Zusätzlich existiert ein Graubereich, denn aktuell ist es so: Gerade wenn ein offensichtlicher Behandlungsfehler unterläuft und ein Patient geschädigt wird, kommt es zwar unter Umständen zu einer Entschädigungszahlung vom Leistungserbringer oder von seiner Haftpflichtversicherung. Damit ist der Einzelfall dann zumeist »erledigt«, der Fall bei den Akten. Der vordringlichste Wunsch vieler Betroffener ist es jedoch, dass aus dem Fehler gelernt wird und dass sich ein ähnlicher Fehler nicht wiederholt. Gerade damit hätte der erlittene Schaden einen besonderen Sinn erhalten. Genau das ist aber bestenfalls möglich, keinesfalls (systematisch) sichergestellt. Vermutlich wird oftmals vor Ort aus einem Fehler gelernt. Andernorts aber wird der Fehler nicht bekannt,

ähnliche Fehler – und damit allgemeines Gefährdungspotenzial – werden nirgends verpflichtend erfasst und zusammengeführt. Dadurch besteht ein unnötiger Graubereich, wichtiges Wissen zur Fehlervermeidung fehlt.

Aus gutem Grund fordern die Medizinischen Dienste schon lange eine Meldepflicht: Erkannte Behandlungsfehler (bzw. entschädigte Fälle) sollten an eine unabhängige zentrale Institution gemeldet werden. Eine nachfolgende anonyme Aufarbeitung würde verlässlichere Erkenntnisse bieten zur tatsächlichen Gefährdung und zur Häufigkeit schwerwiegender und sicher vermeidbarer Fehler. Und nicht zuletzt könnte man bei gleichzeitiger Anwendung daraus abgeleiteter Fehlervermeidungsmaßnahmen die Entwicklung analysieren: So könnten Aussagen darüber getroffen werden, welche Maßnahmen erfolgreich waren und welche nicht. Eines der am besten untersuchten Instrumente der Patientensicherheit ist zum Beispiel die OP-Checkliste. Dazu gehört unter anderem die Markierung der zu operierenden Stelle oder Zählkontrollen von Material, das bei einem chirurgischen Eingriff verwendet wird. Die OP-Checkliste wurde mittlerweile auch in Deutschland verpflichtend eingeführt. Da aber weder vorher noch nachher die hierdurch vermeidbaren unerwünschten Ereignisse erfasst werden, weiß man flächendeckend auch nichts vom Erfolg zu berichten. Das ist überaus schade, denn nichts würde die Akzeptanz und die Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen insgesamt so befördern wie klar messbare Erfolge.

Weitere Infos, wie die komplette Jahresstatistik, sind unter www.mds-ev.de verfügbar.



PD Dr. Max Skorning ist Leiter der Stabsstelle Patientensicherheit beim MDS.
m.skorning@mds-ev.de