HELIOS Kliniken
Jeder Moment ist Medizin

Zentrales Behandlungsfehlerregister
– Aktueller Stand in Deutschland und im Ausland

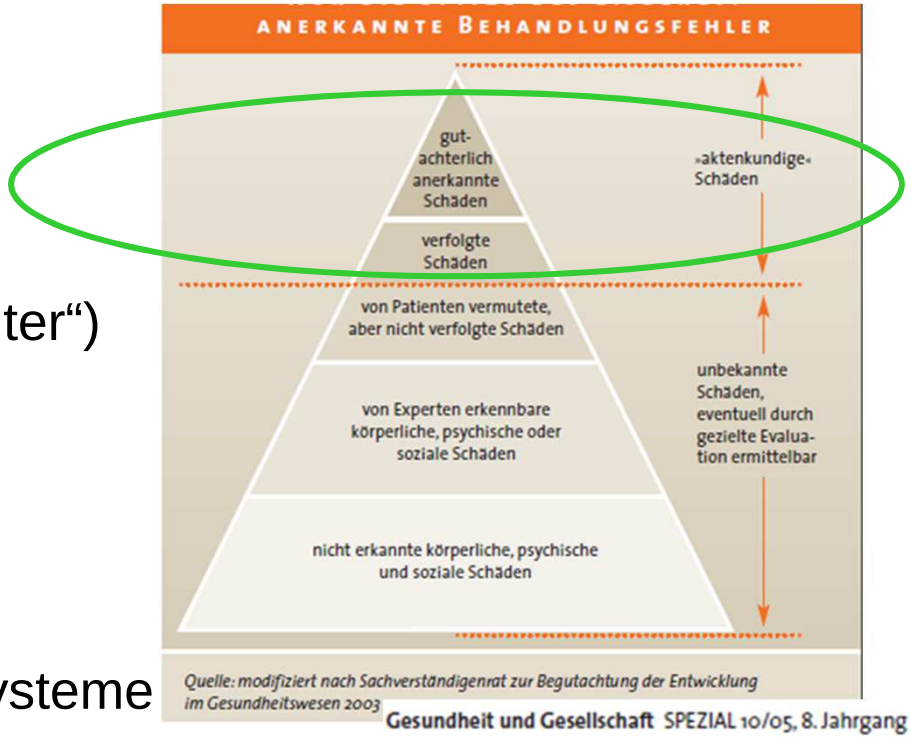
14. April 2016 – Jahrestagung APS

HELIOS Kliniken GmbH; Andreas Meyer; Leiter ZD Risikomanagement/Versicherungen

Agenda

– Daten zu vorgeworfenen und anerkannten Behandlungsfehlern mit <u>Schaden</u> (Arzthaftung/Haftpflicht)

=> Aus Fehlern lernen



- **Deutschland**
  - Vorhandende Daten („Datenhalter“)
  - Stärken/Schwächen
- **International**
  - Exkurs: Verpflichtende Meldesysteme
- **Diskussion**

Status Quo in D:
RKI 2001; Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Wege, Fehler zu klären:

- SST/GAK: 1999: 9.800 Anträge; 6.300 Gutachten
- MDK (Kassen): 1999: 9.678 Begutachtungen
- Gerichte und StA: ~
- Versicherung direkt: ~

~ 1999: 4 je 100 KH-Betten

Genaue Kalkulationen nicht möglich: rd. **40.000** Behandlungs-fehler-Vorwürfe pro Jahr und nicht über **12.000** nachgewiesenen …

- *Doppelbegutachtung:* Bei Aussagen über die Häufigkeit vermuteter Behandlungsfehler sollte berücksichtigt werden, dass Mehrfacherfassungen – bedingt durch Doppelbegutachtungen – zunächst durch eine Schlichtungsstelle und/oder den Medizinischen Dienst sowie anschließend im Zivilprozess möglich sind. Ihre Anzahl ist nicht bekannt.

warten. Je größer die Zahl der ausgewerteten Fälle zu einem Thema, umso belastbarer sind die abgeleiteten Empfehlungen. Es ist grundsätzlich zu überlegen, ob z. B. der Aufbau eines Behandlungsfehler-Registers ein geeigneter Weg wäre, zu entsprechend belastbaren Ergebnissen bzw. Empfehlungen zu gelangen, und gegebenenfalls zu diskutieren, welche Möglichkeiten der Realisierung eines solchen Registers bestehen.

http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9JI/PDF/24d1rmXbF2ZqM_68.pdf

SST/GAK (Bundesärztekammer) **und MDS/MDK bekannt** ☑

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2015

Tabelle 1

Anträge und Entscheidungen	2014	2015	Veränderung
1.1 Anzahl der gestellten Anträge	12053	11822	- 1,92 %
1.2 Anzahl der erledigten Anträge	11787	11245	- 4,6 %
1.2.1 Anzahl aller Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide)	7751	7215	- 6,92 %
1.2.2 Anteil der Sachentscheidungen an Erledigungen	65,76 %	64,16 %	- 2,43 %

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG

2.1.3 Entwicklung der Anzahl jährlich begutachteter Fälle

Jahresstatistik 2014

Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft

„Neu“: **Gerichte**
=> Urteile: nicht alle veröffentlicht (Medizin-Juristischer Standard)

- **Erledigte** Zivilprozesssachen:

  => Arzthaftungssachen

- *Amtsgericht:*
  - *2004: 2.394*
  - *…*
  - *2013: 1.630*
  - *2014: 1.708*

- Landgericht I. Instanz:
  - 2004: 5.265
  - …
  - 2013: 8.803
  - 2014: 9.116

Statistisches Bundesamt

DESTATIS wissen.nutzen.

Fachserie 10 Reihe 2.1

Rechtspflege

Zivilgerichte

2014

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/GerichtePersonal/Zivilgerichte2100210137004.html

Straf-/Ermittlungsverfahren
(einmalige Studie im Auftrag des BMG)

- *4.450 (dav. 10% Fehler) staatsanwaltliche, letale Ermittlungsverfahren über 11 Jahre (1990 bis 2000) aus 17 von 33 rechts-medizinischen Instituten (davon 38,5% wegen Todesart in der Todesbesscheinigungen)*
- 434 (dav. 28,3% Fehler) nicht-letale Fälle aus 8 rechtsmedizinischen Instituten

Begutachtung behaupteter letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (bundesweite Multicenterstudie)

Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadensforschung

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. B. Madea

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)

Bearbeiter: Dr. med. J. Preuß
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. jur. R. Dettmeyer
Prof. Dr. med. B. Madea

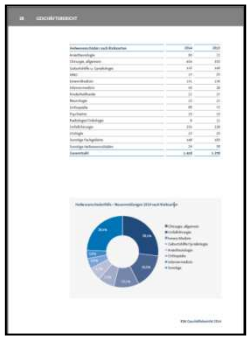
Mai 2005

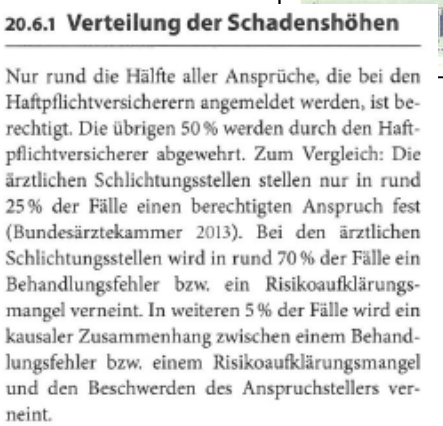
7. Eine Zusammenführung von Behandlungsfehlerdaten mit den Daten anderer Einrichtungen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern, Versicherungswirtschaft, Arzthaftungssenate an den Oberlandesgerichten) kann die Qualität der Behandlungsfehleranalyse erheblich fördern und insbesondere den Rückfluss von Informationen in die Ärzteschaft zum Nutzen der Patienten erleichtern. Auf diese Weise könnte der seit Jahren steigenden Zahl an bekannt gewordenen Behandlungsfehlervorwürfen entgegengewirkt werden, wobei Schadensvermeidung mittelfristig auch von erheblicher ökonomischer Bedeutung, nicht nur für die Versicherungswirtschaft, ist.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publikationen/forschungsberichte/Begutachtung-Behandlungsfehler-Rechtsmedizin.pdf

Versicherer
- Hier nicht Problem der Doppelzählung -

- *Einzelne Versicherer quasi nicht (mehr);*
  - *aber KSA Ost www.ksa.de*
- *Jedoch übergreifende* ***GDV-Studien*** *- Fokus: Schadenteuerung, Kalkulationsgrundlage*
- **Rd. die Hälfte (!) aller Ansprüche berechtigt** [rd. 50% der KH; >> 100.000 Schäden von 1998-2012]



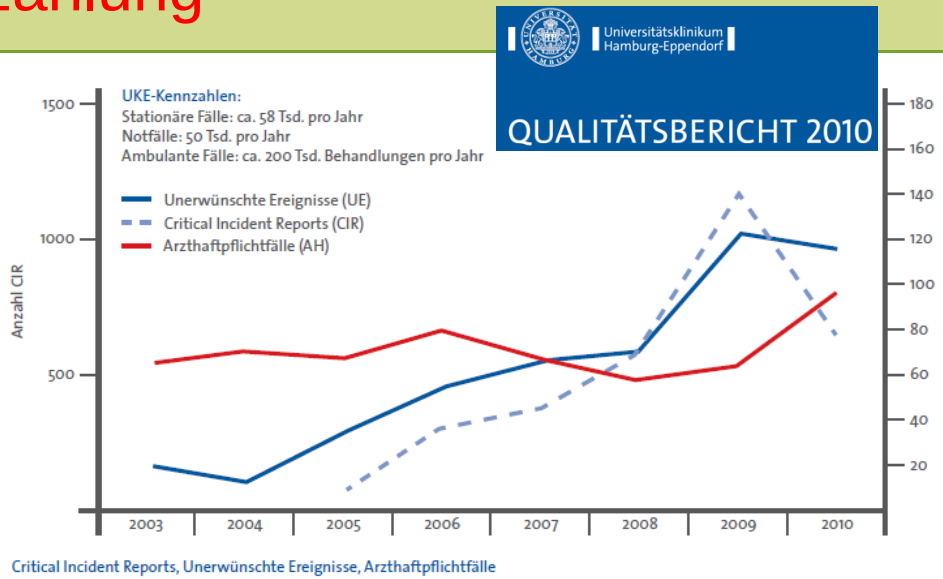


20.6.1 Verteilung der Schadenshöhen

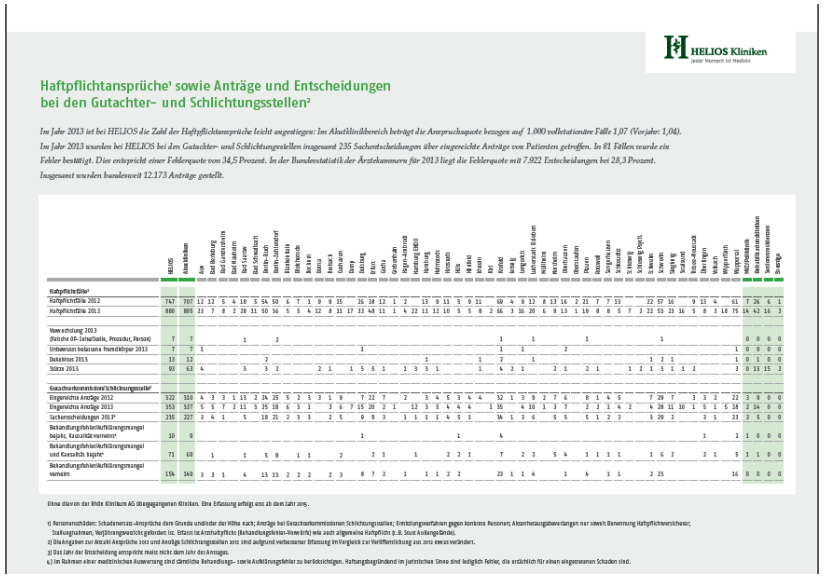
Nur rund die Hälfte aller Ansprüche, die bei den Haftpflichtversicherern angemeldet werden, ist berechtigt. Die übrigen 50 % werden durch den Haftpflichtversicherer abgewehrt. Zum Vergleich: Die ärztlichen Schlichtungsstellen stellen nur in rund 25 % der Fälle einen berechtigten Anspruch fest (Bundesärztekammer 2013). Bei den ärztlichen Schlichtungsstellen wird in rund 70 % der Fälle ein Behandlungsfehler bzw. ein Risikoaufklärungsmangel verneint. In weiteren 5 % der Fälle wird ein kausaler Zusammenhang zwischen einem Behandlungsfehler bzw. einem Risikoaufklärungsmangel und den Beschwerden des Anspruchstellers verneint.

Kliniken/Leistungserbringer
- Hier nicht Problem der Doppelzählung -

- Einzelne Kliniken/Sonstige
  - i.d.R. interne „Statistiken“ im KH; **Publikation** absolute Ausnahme.



- *HELIOS Kliniken Gruppe*
  - *Seit 2007; heute > 1.000 p.a.*
  - *Verwechslungen/Fremdkörper*
  - *Ergebnisse SST/GAK*



http://www.helios-kliniken.de/medizin/patientensicherheit.html

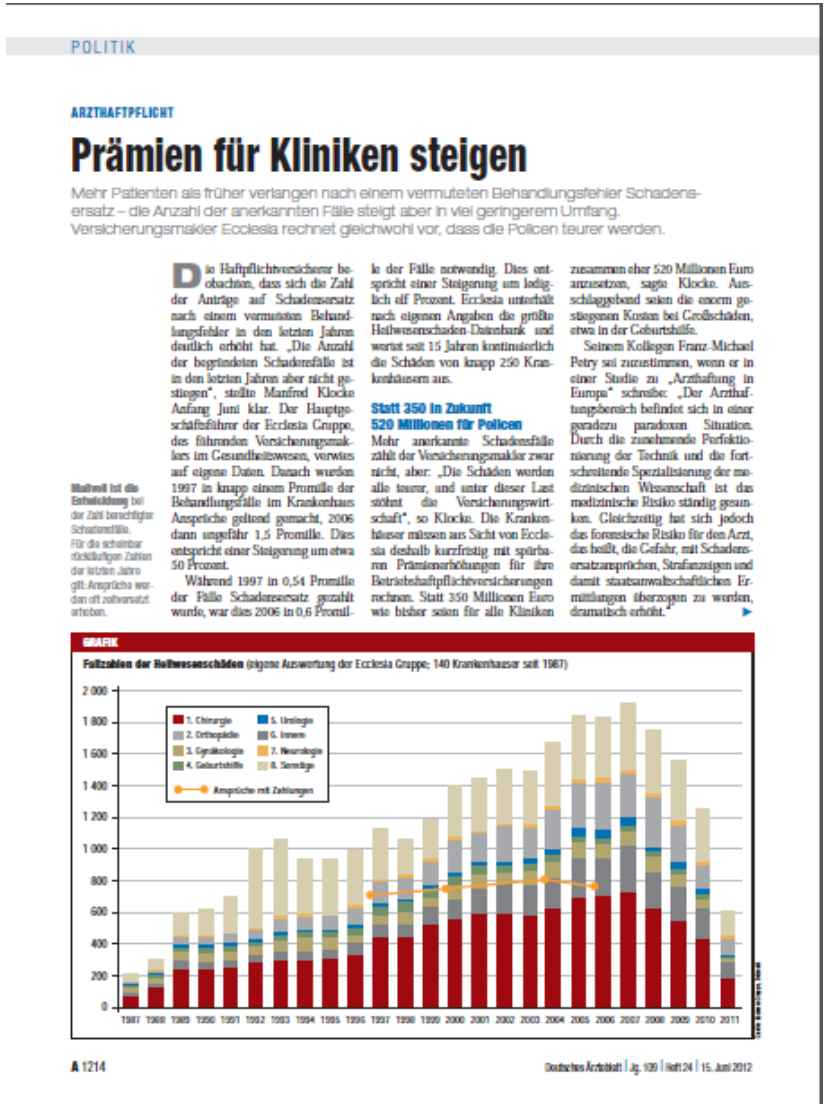
Ein **Versicherungsmakler**
(Daten der Kliniken/Leistungserbringer)

- *Sporadische Auswertungen:*
  ~ 140 / 250 KH:

  ***1997**: 1 Promille (0,54) der Fälle*

  ***2006**: 1,5 Promille (0,6) der Fälle*

– *RM-Beratung (Analyse Schadensfälle)*



POLITIK

ARZTHAFTPFLICHT

Prämien für Kliniken steigen

Mehr Patienten als früher verlangen nach einem vermuteten Behandlungsfehler Schadensersatz – die Anzahl der anerkannten Fälle steigt aber in viel geringerem Umfang. Versicherungsmakler Ecclesia rechnet gleichwohl vor, dass die Policen teurer werden.

Die Haftpflichtversicherer beobachten, dass sich die Zahl der Anträge auf Schadensersatz nach einem vermuteten Behandlungsfehler in den letzten Jahren deutlich erhöht hat. „Die Anzahl der begründeten Schadensfälle ist in den letzten Jahren aber nicht gestiegen", stellte Manfred Klocke Anfang Juni klar. Der Hauptgeschäftsführer der Ecclesia Gruppe, des führenden Versicherungsmaklers im Gesundheitswesen, verwies auf eigene Daten. Danach wurden 1997 in knapp einem Promille der Behandlungsfälle im Krankenhaus Ansprüche geltend gemacht, 2006 dann ungefähr 1,5 Promille. Dies entspricht einer Steigerung um etwa 50 Prozent.

Während 1997 in 0,54 Promille der Fälle Schadensersatz gezahlt wurde, war dies 2006 in 0,6 Promille der Fälle notwendig. Dies entspricht einer Steigerung um lediglich elf Prozent. Ecclesia unterhält nach eigenen Angaben die größte Heilwesenschaden-Datenbank und wertet seit 15 Jahren kontinuierlich die Schäden von knapp 250 Krankenhäusern aus.

Mal wieder ist die Entwicklung bei der Zahl berechtigter Schadensfälle. Für die scheinbar rückläufigen Zahlen der letzten Jahre gilt: Ansprüche werden oft zeitversetzt erhoben.

Statt 350 in Zukunft 520 Millionen für Policen

Mehr anerkannte Schadensfälle zählt der Versicherungsmakler zwar nicht, aber: „Die Schäden werden alle teurer, und unter dieser Last stöhnt die Versicherungswirtschaft", so Klocke. Die Krankenhäuser müssen aus Sicht von Ecclesia deshalb kurzfristig mit spürbaren Prämienerhöhungen für ihre Betriebshaftpflichtversicherungen rechnen. Statt 350 Millionen Euro wie bisher seien für alle Kliniken zusammen eher 520 Millionen Euro anzusetzen, sagte Klocke. Ausschlaggebend seien die enorm gestiegenen Kosten bei Großschäden, etwa in der Geburtshilfe.

Seinem Kollegen Franz-Michael Petry sei zuzustimmen, wenn er in einer Studie zu „Arzthaftung in Europa" schreibe: „Der Arzthaftungsbereich befindet sich in einer paradezu paradoxen Situation. Durch die zunehmende Perfektionierung der Technik und die fortschreitende Spezialisierung der medizinischen Wissenschaft ist das medizinische Risiko ständig gesunken. Gleichzeitig hat sich jedoch das forensische Risiko für den Arzt, das heißt, die Gefahr, mit Schadensersatzansprüchen, Strafanzeigen und damit staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen überzogen zu werden, dramatisch erhöht." ▸

GRAFIK

Fallzahlen der Heilwesenschäden (eigene Auswertung der Ecclesia Gruppe; 140 Krankenhäuser seit 1987)

A 1214 Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 24 | 15. Juni 2012

http://www.aerzteblatt.de/archiv/126816

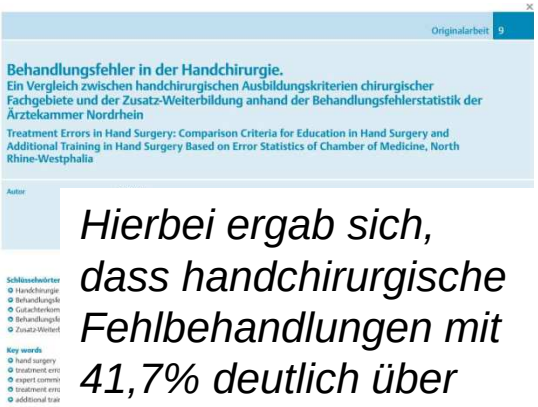
Zwischenfazit - Deutschland

	Ärztekammern	MDK und MDS	Krankenkassen	Haftpflichtversicherer	Gerichte	Kliniken	Ambulante / Sonstige	Versicherungsmakler
Statistische Erfassung								
Medizinische Verschlagwortung / Fehlerursachen								
Regelmäßige Publikation (Statistik)								
Fort- und Weiterbildung / Lernpotential								

- Weiterhin **keine verlässliche Gesamtaussage** zu Häufigkeiten / Entwicklung von Behandlungsfehlervorwürfen *(>> Diagnosen, Fehlerkategorien)*

- Aber: Von einzelnen GAK / SST sehr gute „Teil-Publikationen“ mit hohem **Lernpotential (durch Aktenanalyse)** vorhanden; MDS-Statistik um Inhalte erweitert.

„Teil-Publikationen“ – **Lernpotential** – Auffälligkeiten, Fort – und Weiterbildungsbedarf, Entwicklung Leitlinien / Standards


Originalarbeit 9

Behandlungsfehler in der Handchirurgie.
Ein Vergleich zwischen handchirurgischen Ausbildungskriterien chirurgischer Fachgebiete und der Zusatz-Weiterbildung anhand der Behandlungsfehlerstatistik der Ärztekammer Nordrhein

Treatment Errors in Hand Surgery: Comparison Criteria for Education in Hand Surgery and Additional Training in Hand Surgery Based on Error Statistics of Chamber of Medicine, North Rhine-Westphalia

Autor

Schlüsselwörter
- Handchirurgie
- Behandlungsfehler
- Gutachterkommission
- Behandlungsfehler
- Zusatz-Weiterbildung

Key words
- hand surgery
- treatment errors
- expert commission
- treatment errors
- additional training

Hierbei ergab sich, dass handchirurgische Fehlbehandlungen mit 41,7% deutlich über dem allgemeinen Durchschnittswert von 31,1% lagen.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Leitlinienprogramm

Empfehlungen zur Verhinderung lagerungsbedingter Schäden in der operativen Gynäkologie

Vermehrt eingehende Anfragen … Widersprüchliche Empfehlungen …

Kasuistiken

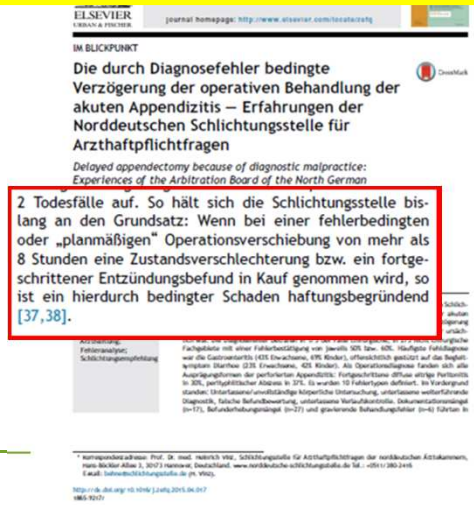
K.E. von Mühlendahl[1,2]

Komplikationen von Infusionen bei Säuglingen und Kleinkindern

Lehren aus 6 Fällen aus der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

den. Bei einer über mehrere Stunden problemlos funktionierenden Infusion dürften Abstände von 2 h ausreichend sein. Intervalle von mehr als 4 h sind als unzulänglich anzusehen. Nicht immer ist eine

Entwicklung Häufigkeiten? Wie Priorisierung? Effektivität Maßnahmen?


ELSEVIER URBAN & FISCHER

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/zcrfq

IM BLICKPUNKT

Die durch Diagnosefehler bedingte Verzögerung der operativen Behandlung der akuten Appendizitis – Erfahrungen der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

Delayed appendectomy because of diagnostic malpractice: Experiences of the Arbitration Board of the North German

2 Todesfälle auf. So hält sich die Schlichtungsstelle bislang an den Grundsatz: Wenn bei einer fehlerbedingten oder „planmäßigen“ Operationsverschiebung von mehr als 8 Stunden eine Zustandsverschlechterung bzw. ein fortgeschrittener Entzündungsbefund in Kauf genommen wird, so ist ein hierdurch bedingter Schaden haftungsbegründend [37,38].

Komplikationen kompakt: Orthopädie und Unfallchirurgie

Carl Joachim Wirth

Beim arthrosk. Kreuzbandersatz wurden als vermeidbar fehlerhaft gesehen: 46 von 48 fehlplatzierten Bohrkanälen

Thieme

Rheinisches Ärzteblatt Wissenschaft und Fortbildung

Aus der Arbeit der Gutachterkommission – Folge 93

Kopfschmerzen im Alter: An die gefährliche Riesenzellarteriitis denken

von Dieter Friedburg, Klaus Becker und Ernst Jürgen Kratz

Riesenzellarteriitis aus augenärztlicher Sicht

Beispiel: Unbeabsichtigt verbliebene Fremdkörper
Wie kommt das Wissen in die Praxis? Und Wann?

Sch	Ans	Sch	Schadenursache 1
S	2015	2015	RC19 Fremdkörper, VAC-Schwamm
S	2014	2015	RC21 Fremdkörper, VAC-Schwamm
S	2012	2015	RC21 Fremdkörper, VAC-Schwamm
S	2014	2015	RC18 Fremdkörper, VAC-Schwamm
V	2015	2015	RC20 Fremdkörper, VAC-Schwamm
V	2015	2015	RC18 Fremdkörper, Tupfer/Tamponade
V	2015	2015	RC18 Fremdkörper, Tupfer/Tamponade
V	2015	2015	RC21 Fremdkörper, Sonstige
S	2013	2015	RC16 Fremdkörper, Sonstige
S	2015	2015	RC20 Fremdkörper, Sonstige
S	2014	2015	RC19 Fremdkörper, OP-Nadel/ Nadelstück
S	2013	2015	RC21 Fremdkörper, Kompresse (*2 x)
S	2015	2015	RC19 Fremdkörper, Kompresse
V	2015	2015	RC20 Fremdkörper, Kompresse
S	2015	2015	RC20 Fremdkörper, Katheterspitze/ -rest
S	2015	2015	RC19 Fremdkörper, Drainagestück
S	2015	2015	RC21 Fremdkörper, Bauch-/ OP-Tuch
S	2014	2015	RC17 Fremdkörper, Bauch-/ OP-Tuch
S	2014	2015	RC19 Fremdkörper, Bauch-/ OP-Tuch
V	2015	2015	RC18 Fremdkörper, Bauch-/ OP-Tuch

2009: **2.730**, … , 2015: **?**

http://www.heliosaktuell.de/menschen/verbliebener-schwamm-nach-vakuumtherapie-therapie/

Ausland
Europa (nicht abschließend)

- *Schweden: http://www.patientforsakring.se - The Patient Insurance LÖF*
- *Finnland: http://www.pvk.fi/en/ - Finnish Patient Insurance Centre*
- *Dänemark: http://patienterstatningen.dk/en.aspx - The Patient Compensation Association*
- *Norwegen: http://www.npe.no/en - The Norwegian System of Compensation to Patients*

- *Frankreich: http://www.oniam.fr - Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Nur Statistik)*

- *England/Wales: http://www.nhsla.com - The NHS Litigation Authority*
- *Schottland: https://clo.scot.nhs.uk/our-services/cnoris.aspx - Clinical Negligence and Other Risks Indemnity Scheme (Nur Statistik)*
- *Irland: http://stateclaims.ie - State Claims Agency*

=> i.d.R. Zentrale Statistik (Abwicklung) – Jahresberichte + Publikationen zu Anzahl/Fehlervermeidung

England/Wales

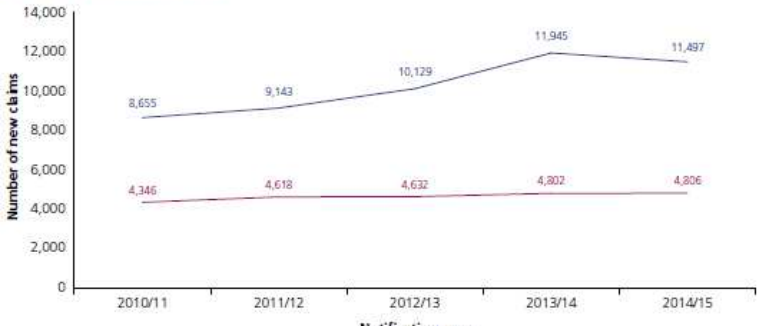
http://www.nhsla.com/Pages/Home.aspx

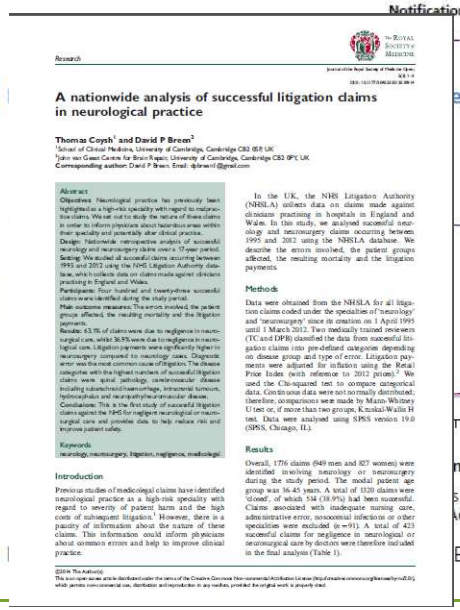
Claim Volumes

We received 11,497 new clinical negligence claims in 2014/15 demonstrating a sustained high level of new claims.

In the same period we received 4,806 new non-clinical liability claims. (See figure 18).

Figure 18: Claims reported





Research

A nationwide analysis of successful litigation claims in neurological practice

Thomas Coysh[1] and David P Breen[2]

[1]School of Clinical Medicine, University of Cambridge, Cambridge CB2 0SP, UK
[2]John van Geest Centre for Brain Repair, University of Cambridge, Cambridge CB2 0PY, UK
Corresponding author: David P Breen. Email: dpbreen1@gmail.com

Abstract

Objectives: Neurological practice has previously been highlighted as a high-risk specialty with regard to malpractice claims. We set out to study the nature of these claims in order to inform physicians about hazardous areas within their specialty and potentially alter clinical practice.
Design: Nationwide retrospective analysis of successful neurology and neurosurgery claims over a 17-year period.
Setting: We studied all successful claims occurring between 1995 and 2012 using the NHS Litigation Authority database, which collects data on claims made against clinicians practising in England and Wales.
Participants: Four hundred and twenty-three successful claims were identified during the study period.
Main outcome measures: The errors involved, the patient groups affected, the resulting mortality and the litigation payments.
Results: 63.1% of claims were due to negligence in neurosurgical care, whilst 36.9% were due to negligence in neurological care. Litigation payments were significantly higher in neurosurgery compared to neurology cases. Diagnostic error was the most common cause of litigation. The disease categories with the highest numbers of successful litigation claims were spinal pathology, cerebrovascular disease including subarachnoid haemorrhage, intracranial tumours, hydrocephalus and neuropathy/neuromuscular disease.
Conclusions: This is the first study of successful litigation claims against the NHS for negligent neurological or neurosurgical care and provides data to help reduce risk and improve patient safety.

Keywords
neurology, neurosurgery, litigation, negligence, medicolegal

Introduction

Previous studies of medicolegal claims have identified neurological practice as a high-risk speciality with regard to severity of patient harm and the high costs of subsequent litigation.[1] However, there is a paucity of information about the nature of these claims. This information could inform physicians about common errors and help to improve clinical practice.

In the UK, the NHS Litigation Authority (NHSLA) collects data on claims made against clinicians practising in hospitals in England and Wales. In this study, we analysed successful neurology and neurosurgery claims occurring between 1995 and 2012 using the NHSLA database. We describe the errors involved, the patient groups affected, the resulting mortality and the litigation payments.

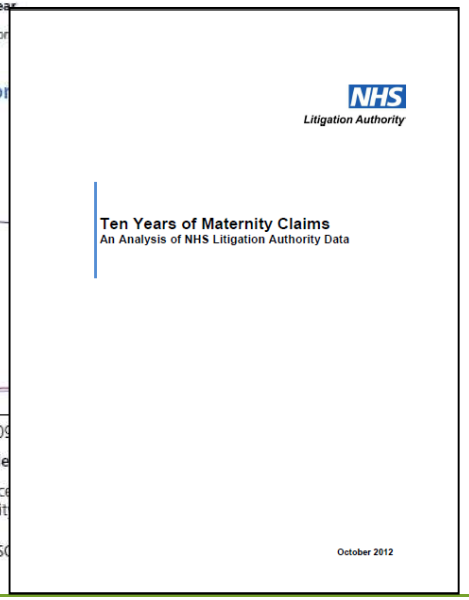
Methods

Data were obtained from the NHSLA for all litigation claims coded under the specialties of 'neurology' and 'neurosurgery' since its creation on 1 April 1995 until 1 March 2012. Two medically trained reviewers (TC and DPB) classified the data from successful litigation claims into pre-defined categories depending on disease group and type of error. Litigation payments were adjusted for inflation using the Retail Price Index (with reference to 2012 prices).[2] We used the Chi-squared test to compare categorical data. Continuous data were not normally distributed; therefore, comparisons were made by Mann-Whitney U test or, if more than two groups, Kruskal-Wallis H test. Data were analysed using SPSS version 19.0 (SPSS, Chicago, IL).

Results

Overall, 1776 claims (949 men and 827 women) were identified involving neurology or neurosurgery during the study period. The modal patient age group was 36-45 years. A total of 1320 claims were 'closed', of which 514 (38.9%) had been successful. Claims associated with inadequate nursing care, administrative error, nosocomial infections or other specialities were excluded (n=91). A total of 423 successful claims for negligence in neurological or neurosurgical care by doctors were therefore included in the final analysis (Table 1).

©2014 The Author(s)
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Non-commercial Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/), which permits non-commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

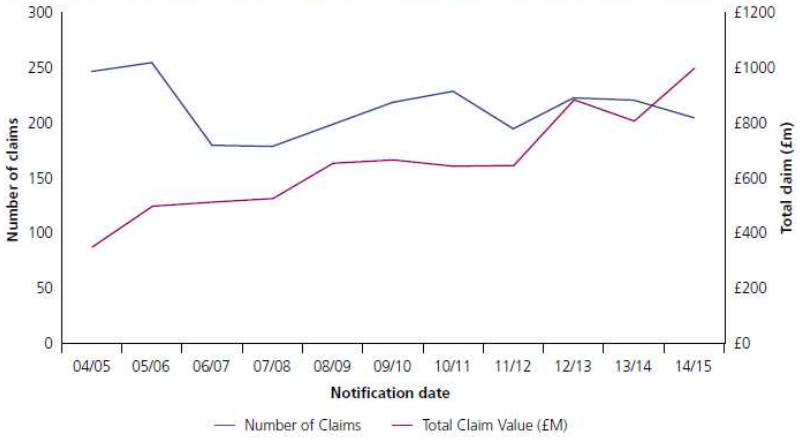


NHS
Litigation Authority

Ten Years of Maternity Claims
An Analysis of NHS Litigation Authority Data

October 2012

Figure 9: Number & value of maternity cerebral palsy/ brain damage claims received



http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012671/

Ausland
USA/Übersee (nicht abschließend)

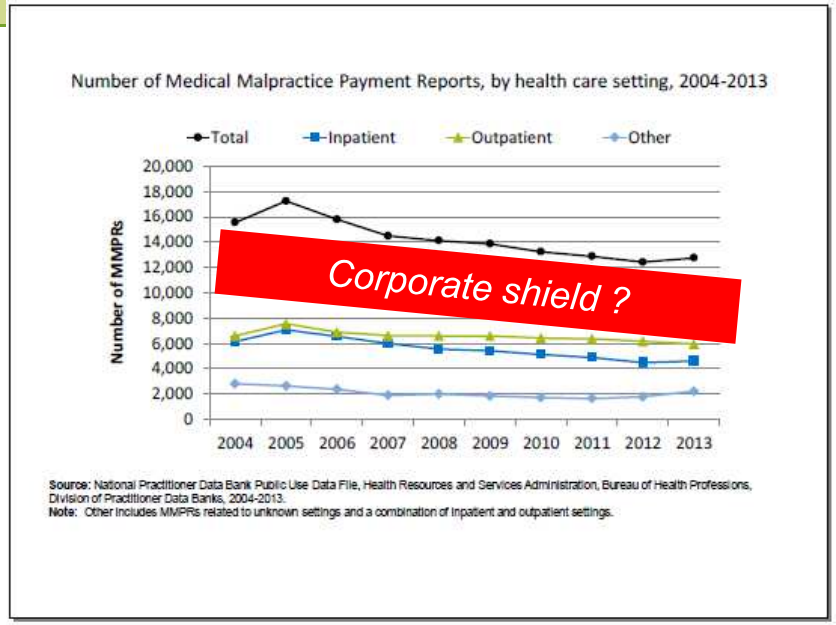
- *Neuseeland: http://www.acc.co.nz - The Accident Compensation Corporation*
- *Australien: http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129547940 - Australia's medical indemnity claims 2012-13 (Nur Statistik)*
- *Kanada: https://www.cmpa-acpm.ca - Canadian Medical Protective Association*
- *USA: http://www.npdb.hrsa.gov/ - National Practioner Data Bank*

- *Japan, Südkorea … ?*

=> i.d.R. Zentrale Statistik (Abwicklung) – Jahresberichte + Publikationen zu Anzahl/Fehlervermeidung

USA - The NPDB - Public Use Data File

http://www.npdb.hrsa.gov/resources/publicData.jsp



- **Change Over Time:** From 2004 to 2013, the number of MMPRs per year decreased by 18%, from 15,537 in 2004 to 12,708 in 2013.

- National Practitioner Data Bank (NPDB), 1986/1990

- Meldung bei Zahlung aufgrund eines Behand-lungsfehlers (eines Arztes)

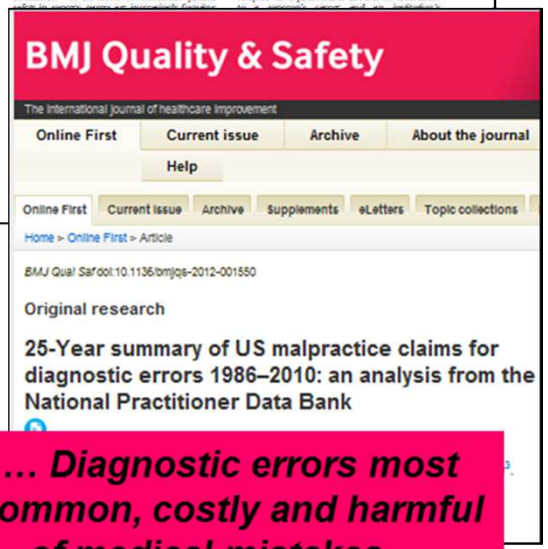
ARTICLE IN PRESS

Surgical never events in the United States

Table IV. Patient outcome by type of surgical never event*

Patient outcomes	*All surgical never events* n = *2,355 (%)*	*Surgical retained foreign body* n = *1,126 (%)*	*Wrong procedure* n = *620 (%)*	*Wrong site* n = *583 (%)*	*Wrong patient* n = *26 (%)*
Mortality	155 (6.6)	51 (4.5)	86 (13.9)	16 (2.7)	2 (7.7)
Permanent injury	774 (32.9)	184 (16.3)	341 (55.0)	242 (41.5)	7 (26.9)
Temporary injury	1,395 (59.2)	879 (78.1)	186 (30.0)	318 (54.6)	12 (46.2)
Emotional injury	31 (1.3)	12 (1.1)	7 (1.1)	7 (1.2)	5 (19.2)

*Descriptive statistics, number of observations: 2,355 paid malpractice claims for surgical never events with patient outcomes.


BMJ Quality & Safety

The International Journal of Healthcare Improvement

Online First | Current issue | Archive | About the journal | Help

Online First | Current issue | Archive | Supplements | eLetters | Topic collections

Home > Online First > Article

BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2012-001550

Original research

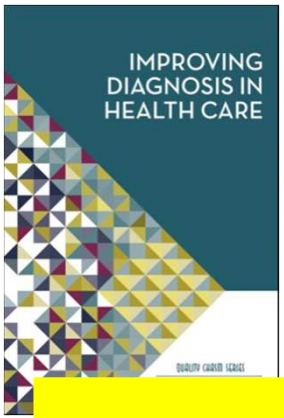
25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986–2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank

… Diagnostic errors most common, costly and harmful of medical mistakes …

http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqrdr/2014chartbooks/patientsafety/2014nhqdr-ptsafety.pdf

USA – IOM Institut of Medicine; www.nap.edu
=> *„Auch aus Schaden-Reporting Lernen“*

2015



Goal 6: Develop a reporting environment and medical liability system that facilitates improved diagnosis by learning from diagnostic errors and near misses

BOX S-1
Goals for Improving Diagnosis and Reducing Diagnostic Error

- Facilitate more effective teamwork in the diagnostic process among health care professionals, patients, and their families
- Enhance health care professional education and training in the diagnostic process
- Ensure that health information technologies support patients and health care professionals in the diagnostic process
- Develop and deploy approaches to identify, learn from, and reduce diagnostic errors and near misses in clinical practice
- Establish a work system and culture that supports the diagnostic process and improvements in diagnostic performance
- Develop a reporting environment and medical liability system that facilitates improved diagnosis through learning from diagnostic errors and near misses
- Design a payment and care delivery environment that supports the diagnostic process
- Provide dedicated funding for research on the diagnostic process and diagnostic errors

c-
iiza-
nd
ats
rors

RECOMMENDATION 6C

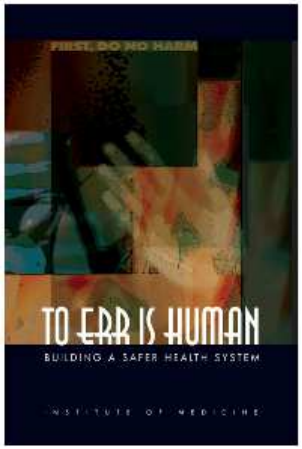
States, in collaboration with other stakeholders (health care organizations, professional liability insurance carriers, state and federal policy makers, patient advocacy groups, and medical malpractice plaintiff and defense attorneys), should promote a legal environment that facilitates the timely identification, disclosure, and learning from diagnostic errors.

RECOMMENDATION 6D

Professional liability insurance carriers and captive insurers should collaborate with health care professionals on opportunities to improve diagnostic performance through education, training, and practice improvement approaches and increase participation in such programs.

Health care for decades with a blind spot: Diagnostic errors …

2000



Human: Building a Safer Health System

EXECUTIVE SUMMARY

RECOMMENDATION 5.1 A nationwide mandatory reporting system should be established that provides for the collection of standardized information by state governments about adverse events that result in death or serious harm. Reporting should initially be required of hospitals and eventually be required of other institutional and ambulatory care delivery settings. Congress should

The committee believes there is an important role for both mandatory and voluntary reporting systems. Mandatory reporting of serious adverse events is essential for public accountability and the current practices are too lax, both in enforcement of the requirements for reporting and in the regulatory responses to these reports. The public has the right to expect health care org… what-
ever ste… event
to occu… about
unsafe … ction
from lia… com-
mittee r… stems
have th… n pa-
tient sa… ses in
these re… liabil-
ity purp…

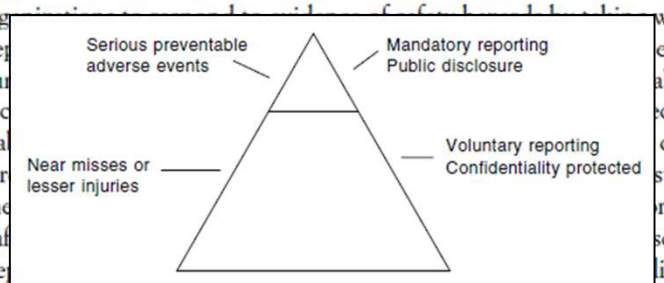
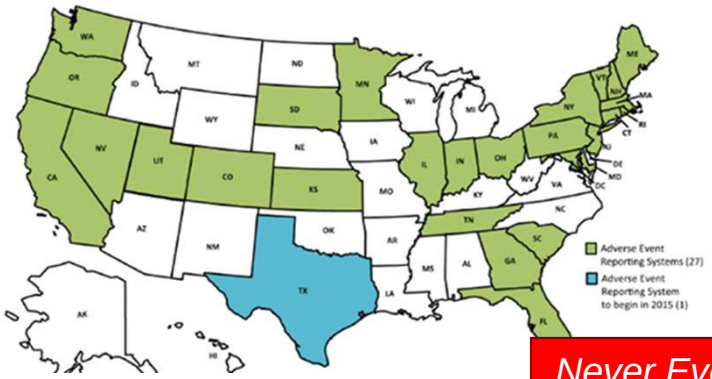


FIGURE 5-1 Hierarchy of reporting.

Exkurs: Verpflichtende Schadens-Meldesysteme: USA + England
Adverse/Never/Serious Reportable Events
(**Unabhängig von Schadenersatz)**

http://www.nashp.org/sites/default/files/2014_Guide_to_State_Adverse_Event_Reporting_Systems.pdf
> Minnesota: http://www.health.state.mn.us/patientsafety/ae/2016ahereport.pdf

Adverse Event Reporting Systems, November 2014



REPORTED ADVERSE HEALTH EVENTS (OCTOBER 7, 2014 – OCTOBER 6, 2015)

CATEGORY AND TYPE	NUMBER	OUTCOME		
SURGICAL/OTHER INVASIVE PROCEDURE EVENTS				
Surgery/Other invasive procedure performed on wrong body part	1	Deaths: 0;	Serious Injury: 0;	Neither: 1
Retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure	1	Deaths: 0;	Serious Injury: 0;	Neither: 1
CARE MANAGEMENT EVENTS				
Stage 3, 4 or unstageable pressure ulcers (with or without death or Serious Injury)	3	Deaths: 0;	Serious Injury: 0;	Neither: 3
A fall while being cared for in a facility	3	Deaths: 0;	Serious Injury: 3;	Neither: 0
TOTAL EVENTS FOR THIS FACILITY	**8**	**Deaths: 0;**	**Serious Injury: 3;**	**Neither: 5**

* The surgical/invasive procedure count on this page includes endoscopies, regional anesthetic blocks, and other invasive procedures, which are included as part of the definition of "surgery" in the Adverse Health Events Reporting Law

Never Events Liste in den USA nicht unumstritten (falls, pressure ulcer)

https://www.england.nhs.uk/patientsafety/never-events/ne-data/

TABLE THREE: Never Events 1 to 30 September 2015 by type of incident with additional detail

PROVISIONAL DATA: SUBJECT TO CHANGE AS LOCAL INVESTIGATION COMPLETED	
Type *and brief description* of Never Event	Number
Wrong site surgery	**12**
Wrong side block	4
Wrong side chest drain	2
Wrong tooth/ teeth removed	2
Wrong eye injection	1
Wrong ankle	1
Wrong side incision for a craniotomy	1
Wrong skin lesion removed	1
Retained foreign object post procedure	**12**
Vaginal swab	6
Surgical swab	2
Guide wire	1
Part of a resectascope	1
Plastic cannula	1
Throat pack	1
Wrong implant/ prosthesis	**4**
Lens	3
Wrong vascular line	1

PROVISIONAL DATA: SUBJECT TO CHAN

Provider organisation where Never Event (NE) occurred	Retained foreign object post procedure	Wrong site surgery	Wrong implant/ prosthesis
Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust		1	
Spire Fylde Coast Private Hospital, reported by NHS Fylde and Wyre CCG		1	
Tameside Hospital NHS Foundation Trust	1		
The Dudley Group NHS Foundation Trust	2		
The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust			1
The Royal Wolverhampton NHS Trust		2	
Torbay and South Devon NHS Foundation Trust	1		
University Hospitals of Leicester NHS Trust			
Weston Area Health NHS Trust	1		
Whittington Hospital NHS Trust			
Total	**12**	**12**	**4**

https://www.england.nhs.uk/patientsafety/never-events/ > Revised List 2015

Zwischenfazit - International

- (Verpflichtende) **Register (und Reportingsysteme) über anerkannte Behandlungsfehler oder in hohem Maße vermeidbare Patientenschäden sind mittlerweile in einer ganzen Reihe von Ländern in Europa und Übersee/USA etabliert.**

- Systeme verfolgen neben Versicherung, Abwicklung und Kompensation der Schadensfälle durch eine übergeordnete Auswertung zunehmend auch einen Risikomanagementansatz.

Diskussion: *Eine nationale Statistik – Mehrwert?*
(Wie) Kommt das Wissen in die Praxis?

- Auch Methode des QM/RM

Pros	Cons
• Focuses on high severity • Rich (exp. reviews, depositions) • Ability to track/trend rare events → set priorities • Helps align RM/PS perspectives	• Age of claim/suit (old) • Small N • Unique circumstances

https://www.rmf.harvard.edu/~/media/Files/ Global/KC/PDFs/cricormf_pt_safety_data_sources.pdf

- Andere Fehler / Schäden (als z. B. CIRS; QS-Sicherung)
- am besten geprüfte Fälle (medizinisch+juristisch)
- Kein Allheilmittel, könnte aber Lücke schließen / wichtige Ergänzung sein.
- **Patientensich**erheit

Ärzte Zeitung, 20.05.2015

Kommentieren (0) Twittern

Kommentar zur Behandlungsfehler-Statistik

Spektakuläre Fälle, aber nüchterne Zahlenreihen

Von Hauke Gerlof

Das Thema Behandlungsfehler ist immer für Schlagzeilen gut. Das gilt besonders dann, wenn es ur spektakuläre Einzelfälle geht. So war es auch am Dienstag wieder im Talkshow-Format "Menschen Maischberger" zum Thema "Der verunsicherte Patient: Warum misstrauen wir Ärzten?".

Ein echtes Manko ist, dass es bis heute nicht einmal für die bekanntgewordenen Fehler ein Register gibt, das objektive Rückschlüsse auf die tatsächliche Entwicklung zulassen würde. Der MDS sieht einen leichten Zuwachs bei Fehlern, die Schlichtungsstellen einen leichten Rückgang - doch aussagekräftige Zahlen gibt es nicht. Niemand führt die Fälle zusammen.

Lesen Sie dazu auch:
Arztfehler: Zumeist falsche Verdächtigungen