



GB QM und klinisches Prozessmanagement

# Fallbesprechung von Risikofällen im BM

Lob und Beschwerdemanagement  
Herbsttagung Beschwerdebeauftragte November 2019



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

# Agenda

- Bearbeitung von Risikofällen im BM
- Fallvorstellungen
- Fazit

# Bearbeitung von Risikofällen im BM

- Erfassung
- Bearbeitung
- Risikositzung
- Weiteres Vorgehen

## **Bearbeitung von Risikofällen im BM UKE**

### **Schwerwiegend**

Patientenschaden  
vom BF vermuteter Pflege- oder Behandlungsfehler  
Organisationsverschulden  
Imageschaden (Presse und/oder juristischen Auseinandersetzungen)  
Datenschutzmissbrauch  
gravierende Hygienemängel

### **Bedeutend**

Patientengefährdungen  
Erhebliche Regelabweichungen  
Verletzung der Persönlichkeitsrechte (Intimsphäre)  
Datenschutzverletzungen

## **Bearbeitung von Risikofällen im BM**

### **Moderat**

Organisationsmängel (OP-Verschiebung ohne Absage)

Verärgerung der Patienten, da Basisleistungen unzureichend (Information/Kommunikation, med/pfleg. Versorgung, Sauberkeit, Diät, Abrechnung)

Unzufriedenheit mit der BS-Bearbeitung

### **Gering**

Enttäuschung des Patienten, da subjektiv erwartete Wunschleistungen fehlen (Verpflegung, WLAN)

Verlust oder Diebstahl von Privateigentum (Bearbeitung über Sachschäden/Polizei/Si)

Ausstattung

### **Trivial**

Ärgernis/Missverständnis

nachweislich nicht begründete, nicht nachvollziehbare Rückmeldungen (auf Grund der Erkrankung oder psych. Situation der Patienten)

## Bearbeitung von Risikofällen im BM

Eskalationsstufen	HCAT 01	Lob	HCAT 02	Beschwerdeführer	Bearbeitungsstatus	BF Bearbeitungs-Zufriedenheit	Umzug O10	Emotionalität	Hinweisgebersystem
-------------------	---------	-----	---------	------------------	--------------------	-------------------------------	-----------	---------------	--------------------

### Vorgehen UKE

- Erfassung in der Bearbeitungssoftware Intrafox
- Einteilung der Meldung in die Eskalationsstufen -> Patienten-/Angehörigensicht
- Kategorisierung-> Patientensicht->HCAT 01, ggf Lob ...
- Erfassung, ob ggf. med. Risiko vorliegt
- Einholung von Stellungnahmen aus der Klinik
- Neubewertung der Beschwerde Eskalationsstufen und HCAT 02
- Festlegung: med. Risiko begründet oder unbegründet aus Klinikseite
- Ggf. Einleitung von geeigneten Maßnahmen -> Klinikinterne Prozessoptimierung,
- M&M-Konferenz, Fehlerprotoll (ERA, Londonprotokoll)

## Fall 1: Nicht erkannte Lungenembolie

### Schilderung aus Patientensicht

Patientenbeschwerde:

Sehr geehrte Damen und Herren,  
am Samstag suchte ich mit meiner Ehefrau aufgrund akuter Probleme die ZNA Ihres Klinikums auf. Obwohl meine Frau die Symptome sehr genau beschrieben hatte, wurde sie mit dem Hinweis am Montag den Hausarzt und bei Gelegenheit mal einen Kardiologen aufzusuchen entlassen. Ihr Zustand sei allerdings nicht akut gefährdend.

Am Sonntag ging es ihr nicht viel besser. Am Montag ging meine Ehefrau zu ihrer Hausärztin, die sie nach einem EKG, das leider anlässlich der Untersuchung im UKE nicht durchgeführt wurde, sofort auf die Notaufnahme im Krankenhaus Anderswo überwies. Hier wurde schließlich im Rahmen der stationären Aufnahme eine frische beidseitige und lebensbedrohliche Lungenarterienembolie festgestellt. Ich mag mir gar nicht ausmalen, was auf der Fahrt nach Hause bzw. am nächsten Tag hätte passieren können.

Beigefügt erhalten Sie den UKE-Entlassungsbericht sowie den vorläufigen Arztbericht der weiterbehandelnden Klinik als Datei.

Ihrer Stellungnahme entgegensehend verbleibe ich

mit freundlichem Gruß



## Fall 1: Nicht erkannte Lungenembolie

### Wie würdet ihr/wie würden Sie vorgehen

#### Notizen aus dem Workshop

- Lösungsvorschläge
- Zur Klärung an den Chefarzt weitergeben und Rechtsabteilung in CC setzen
- **In die Patientenakte schauen, ob der Patient tatsächlich in der Klinik war**
  - Hinsichtlich der Diagnostik = objektives Bild über den Vorfall verschaffen
- **Direkte Verständigung mit dem Patienten, wie weiter vorgegangen werden soll**
  - Ist eine Schweigepflichtentbindung vorhanden
- **Sofort Anruf an Patienten, zu einem Gespräch mit dem Arzt einladen**
  - Schnelle Reaktion!
  - Signal: Vorgang ist bekannt und wird ernst genommen
  - Es besteht Verständnis für die Beschwerden
  - Recherche
- **Dazu: nicht ohne Rücksprache mit dem zuständigen Bereich; Rechtsabteilung informieren; durch eine schnelle Reaktion kann man sich ein „Zeitpolster“ schaffen, um Recherche betreiben zu können**
- **Nur Eingangsbestätigung und keine weiteren Äußerungen**
  - Ist es bekannt, ob es sich wirklich um den Ehemann der Patientin handelt?
  - Interne Abklärung des Vorgangs
  - Dann erst direkt mit der Patientin in Verbindung setzen, nicht mit dem Ehemann (Datenschutz)



## Fall 1: Nicht erkannte Lungenembolie Notizen aus dem Workshop (weitere)

- **Patienten ist es manchmal gar nicht bewusst, dass sich Angehörige beschweren**
  - Abklären, ob die Patientin weiß, dass sich ihr Ehemann beschwert hat
- **Nachweis von Identität (Patient und Angehöriger)**
- **Dazu: Ist das schon notwendig bei einer Eingangsbestätigung?**
- **Es ist eine emotionale Angelegenheit, somit den Angehörigen auf emotionaler Ebene abholen**
  - Ohne Verstoß der DSGVO Fragen an den Ehemann zur Patientin stellen; Nachweis Identität bzw. Zusammengehörigkeit
- **Man sollte schnell handeln und keine Hürden einbauen**



## Fall 1: Nicht erkannte Lungenembolie

So sind wir vorgegangen...

1. Eskalationsstufe: bedeutend
2. Arztberichte aus dem KH Anderswo vom Ehemann erbeten
3. Stellungnahmen eingeholt, Sicht der Mediziner
4. Risikobesprechung LBM
5. Rechtsabteilung hinzugezogen/ informiert, Rat eingeholt
6. Einschätzung: Med. Risiko begründet
7. Ärztlicher Leiter rief Beschwerdeführer an
8. Beschwerdeführer und Patientin kamen zu einem Gespräch ins UKE

Ergebnis: Nicht alle med. Informationen lagen vor. Wenn der Arzt alles gewusst hätte, dann wäre er zu anderen Differentialdiagnosen gekommen



## Fall 2: Trotz bekannter Medikamentenallergie wurde Antibiotika verabreicht

### Schilderung aus Patientensicht

#### Beschwerde:

Befindlichkeit: Die Patientin ist schockiert

Kritik aus Patientensicht:

- Trotz bekannter Medikamentenallergie wurde der Patientin ein Antibiotika verabreicht. Die Patientin erlitt einen Anaphylaktischen Schock
- die Ärzte sagten, dass sie auf ein neues Medikament reagiert hätte, dabei war es ein Antibiotikum aus der gleichen Wirkstoffgruppe, auf die die Patientin allergisch reagiert

Wunsch des Patienten:

- Allergien der Patienten bei Medikation berücksichtigen
- wenn ein Fehler gemacht wurde, dazu stehen und nicht lügen.

Zusammengefasster Rückblick:

Die Patientin hat sehr viele Allergien. Ihre Allergiepässe hat sie abgegeben. Trotzdem hat man ihr ein Medikament verabreicht gegen das sie nachweislich allergisch reagiert. Statt dies zuzugeben hat man ihr erzählt, dass es ein neues Medikament gewesen sei.

Empfehlung LBM:

Klärung in der Klinik



## Fall 2: Trotz bekannter Medikamentenallergie wurde Antibiotika verabreicht

Wie würdet ihr/wie würden sie vorgehen

### Notizen aus dem Workshop

- Versicherung melden /Haftpflichtfall
- Schnellstmöglich Kontaktaufnahme mit der Patientin
- Stellungnahme einfordern
- Info an die Rechtsabteilung/ Haftpflichtversicherung
  - Nicht selber agieren
- In Verbindung mit Chefarzt setzen und den Vorfall besprechen
  - Gespräch mit Patientin führen
  - Ärzte und Pflege entschuldigen
  - Transparenz schaffen um Vertrauen wiederherzustellen
- E-Mail an den Chefarzt und informieren
  - Stellungnahme und persönliches Gespräch
  - Rückmeldung an LBM
- Entschuldigen ist immer möglich / kein Schuldeingeständnis
  - Wichtige Unterscheidung, man bittet um Entschuldigung für diesen Vorfall; „spitze Wortfindung“
    - Viele Entschuldigungen finden aus Angst vor den Konsequenzen gar nicht statt
- Patient sollte auch hier wieder auf emotionaler Ebene abgeholt werden



## Fall 2: Trotz bekannter Medikamentenallergie wurde Antibiotika verabreicht

### Das haben wir gemacht

Eskalationsstufe: Beurteilung schwerwiegend

Beschwerdekategorien HCAT 1:

Klinisch-Medikation – Verabreichung

Klinisch-Medikation-Allergie/Kontraindikation

2. Beurteilung nach der Risikobesprechung:

HCAT 02: Verifikation eindeutig

Klinisch-Medikation-Verabreichung

Klinisch-Medikation-Allergie/Kontraindikation

Beschwerdeführer: Patient/in

Anmerkung wurde als UE gemeldet. M&M Konferenz hat stattgefunden

Kategorien: Korrekturmaßnahmen:

Arztgespräch aufgrund der Beschwerde erfolgt

Protokoll Fallbearbeitung: klinisches Risiko-begründet

Recherche erfolgt - Ursachenanalyse durchgeführt



## Fall 3: Nach Bestrahlung wurde Colitis nicht behandelt

### Schilderung aus Patientensicht

**Befindlichkeit:**

Die Patientin ist sehr enttäuscht über die Ärzte und weinte am Telefon

**Kritik aus Patientensicht:**

- Kein Arzt hat zugehört, keiner hat sie ernst genommen
- keine Diagnostik durchgeführt

**Wunsch der Patientin:**

- Reflektion

**Zusammengefasster Rückblick:**

Nach der stationären Strahlentherapie bekam die Patientin eine Colitis. Sie erzählte den Ärzten immer wieder, dass sie starke Schmerzen und Durchfall hat. Keiner hörte zu, niemand unternahm etwas. Nach der Entlassung nahmen die Beschwerden weiter zu. Sie rief an und kam sogar persönlich auf die Station, um die Dringlichkeit ihres Anliegens zu untermauern. Es fand ein kurzes Gespräch mit dem OA statt. Er sagte nur, sie müsse sich einen niedergelassenen Onkologen suchen und damit war der Fall für ihn abgeschlossen. Dies war allerdings nicht so einfach. Die Schmerzen und Beschwerden hielten an. Sie sprach es bei der Nachsorge an, aber auch Frau Dr. H. unternahm nichts. So ging die Patientin in ein anderes Krankenhaus. Dort wurden sofort ein MRT und eine Darmspiegelung durchgeführt. Danach folgte die OP. Heute hat die Patientin einen Anus praeter, da im UKE kein Arzt ihre Darmentzündung ernst nahm.



## Fall 3: Nach Bestrahlung wurde Colitis nicht behandelt

### Wie würdet ihr/wie würden sie vorgehen

Fall 5: Nach Bestrahlung wurde Colitis nicht behandelt

- Gilt das schon als Schadensmanagement?
- Kontaktaufnahme mit dem Patienten
- Richtige Nachbehandlung mit Zuständigen überprüfen
- Im Schadensfall: Versicherung informieren
- Kontinuierlicher Kontakt mit de Patienten und sich für das Interesse des Patienten einsetzen
- Auf die Wünsche des Patienten eingehen
  - Haftpflicht?
  - Reicht ein persönliches Gespräch aus?
- Möglichkeit anbieten Haftpflicht einzuschalten
- An eine Schlichtungsstelle weiterleiten
  - Hinweis an Rechtsabteilung geben
- Transparenz dem Patienten gegenüber vermitteln



## Fall 3: Nach Bestrahlung wurde Colitis nicht behandelt

### Das haben wir gemacht

Stellungnahmen eingeholt

„Als sich die Patientin nach Abschluss der RT mit oben genannter Beschwerdesymptomatik bei uns auf Station meldete, empfahl ich ihr eine sofortige internistische Vorstellung, ggfs. eine Vorstellung über die ZNA, da wir stationär keine Kapazität zur erneuten Aufnahme hatten. Diagnostische, ggfs, therapeutische Möglichkeiten bestehen nur nach internistischer Vorstellung ambulant oder ggfs. über die ZNA, dies habe ich der Patientin auch vermittelt.“

**Anmerkung:** Arztgespräch angeboten, Patientin an die ZNA verwiesen, Patientin war zum Zeitpunkt der Bauchbeschwerden auch gestürzt und hatte eine Prellung der Hüfte. Die Ärzte haben die Beschwerden daher auf den Sturz bezogen.



## Fall 4: Datenschutz

**Zusätzliche Powerpoint Präsentation aus dem Klinikum Stuttgart wird veröffentlicht.**



## Fazit

Was ist im Zusammenspiel von RM/BM besonders wichtig:

- Einheitliche Kategorisierung der Meldungen  
(BM, CIRS, UE)
- Regelmäßiger Austausch
- Einheitliche Bearbeitung der Meldungen
- Bereitstellung praktikabler Werkzeuge

## Vielen Dank und gute Heimreise

