

Auf dem Weg zu einem effektiven Risikomanagement im Krankenhaus

Nicht nur eine Frage der Motivation der Mitarbeiter

Von Sönke Paulsen, Editor Helica Hermann (Red. Hospital)

Der Begriff „Risiko“ war Versicherungen schon im Mittelalter bekannt. Im damaligen Seeversicherungswesen bedeutete es das Umschiffen einer gefährlichen Klippe. Heute verstehen wir unter Risiko allgemein eine Gefahrensituation, die einen möglichen Schaden hervorrufen kann.

Risikomanagement resultiert aus der Notwendigkeit, Schäden für ein Krankenhaus und die Patienten so gering wie möglich zu halten. Risikomanagement wird von der Unternehmensleitung in das Krankenhaus getragen und ist ein Element der Unternehmenspolitik. Risikomanagement ist aber nicht nur eine Frage der Motivation, sondern auch des Bewusstseins. Entscheidend ist die Sensibilisierung der Mitarbeiter für die bestehenden Risiken.

Umsetzung des Risikomanagement

Der Weg zu einem funktionierenden System führt in der Regel über 3 Stufen, die als Bestandteil des Prozesses durchgehend wirksam sind:

1. **Risikoidentifizierung:** Häufig wird dieser Prozess durch externe Berater unterstützt. Es geht darum,- Risiken vor allem im Organisationsablauf eines Krankenhauses zu erkennen. Bei der Beurteilung spricht man von einer *Strukturqualität*, in welcher sich grundsätzliche Organisationsmerkmale zeigen. Lange Wege zwischen der Notaufnahme und dem Operationssaal wären z.B. ein Risiko welches auf eine ungünstige Strukturqualität zurückzuführen ist. Die *Prozessqualität* meint die Zuverlässigkeit mit der Behandlungsabläufe stattfinden. Unvollständige prä-operative Untersuchungen wären hier ein Beispiel für eine ungünstige Prozessqualität, welche dann zu einer Verschlechterung der *Ergebnisqualität* führen kann. In die Beurteilung der Ergebnisqualität fließen natürlich Schadensfälle der Klinik ein. Relevant sind auch bekannte „Beinahe-Zwischenfälle“, Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und deren Angehörigen oder die Ergebnisse von Fragebögen zur Behandlungszufriedenheit.
2. **Risikobeurteilung/Risikominimierung:** Risiken, die einmal identifiziert sind, lassen sich nicht immer sofort beheben. Allerdings wird durch die Identifizierung eine Einschätzung möglich. Verhältnismäßig einfache Maßnahmen zur Risikominimierung können Kennzeichnungen von Operationsgebieten bei Patienten sein. Diese Maßnahmen sind leicht durchzuführen und schließen bei konsequenter Durchführung Verwechslungen aus. Schwieriger wird es, wenn das Abstellen von Risiken mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden ist. Dann ist eine Risikoabwägung erforderlich, die auch dazu führen kann, dass suboptimale Maßnahmen ergriffen werden, weil sie finanziell eher machbar sind und ein bestehendes Risiko zumindest teilweise vermindern. Als Beispiel hierfür wäre der Austausch einer Klimaanlage aus hygienischen Gründen in einem insgesamt sanierungsbedürftigen OP-Trakt.

3. **Risikokontrolle:** Alle Maßnahmen, die zur Risikominimierung durchgeführt werden bedürfen der Kontrolle. Risikomanagement begnügt sich nicht mit dem Ausgeben von Dienstanweisungen und Verfahrensvorschriften. Zugleich ist die Überwachung von neuen Verfahrensweisen zur Risikoverminderung ein ständiges Thema. In diesem Bereich kann sich ein interdisziplinäres Risiko-Team nützlich erweisen, wenn es erkannte Risiken auch nach der Durchführung von Abwehrmaßnahmen immer noch im Auge behält, mit Mitarbeitern spricht und Unzulänglichkeit in der Durchführung, aber auch in der Durchführbarkeit von Abwehrmaßnahmen aufdeckt. Diesen Prozess könnte man auch als Evaluationsphase bezeichnen, weil die eingeführten Änderungen auch auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

Zusammenfassend dienen die 3 Schritte des Risikomanagement dazu einen bestehenden risikoreichen „Ist-Zustand“ in einen relativ risikoärmeren „Soll-Zustand“ zu überführen.

Erkenntnisse aus Störungen des Normalbetriebes

Nicht jede Störung des Normalbetriebes führt in seiner Konsequenz zu einem Schaden. Dennoch ist es notwendig, auch Störungen des Normalbetriebes sowie Critical Incidents und Near Misses zu erfassen und Erkenntnisse daraus in ein Risiko-Management zu integrieren.

Verschiedene Untersuchungen von Versicherungen, aus der Luftfahrt und in anderen Risikobereichen ergeben, dass eine große Zahl von Beinahe-Ereignissen (Near Misses) einer geringen Zahl von Schadensfällen gegenübersteht. Dies bedeutet, dass sich Schadensfälle in der Regel durch eine gewisse Zahl von Beinahe-Ereignissen ankündigen. Es wäre also sehr sinnvoll, Fehler aufzuklären, in deren Folge es Beinahe zu einem Schaden gekommen wäre. In der Luftfahrt-Branche ist eine solche systematische Aufarbeitung von Fehlern schon die Regel. In der Medizin ist bisher nur die Aufklärung von Schadensfällen, die zu einem Klageverfahren führten üblich gewesen.

Erfolgreiche Meldesysteme

Die systematische Erfassung von Kritischen Ereignissen nennt sich Critical Incident Reporting und setzt ein strukturiertes und umfassendes Meldesystem voraus. Für ein erfolgreiches Meldewesen von Critical Incidents und Near Misses müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Entscheidend ist ein offener Umgang mit Fehlern ohne übertriebene Schuldzuweisungen. Die ersten Schritte hierfür sind getan. Maßnahmen zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur und eines präventiven Fehlermanagements müssen auf mehreren Ebenen ansetzen. Die Mitarbeiter eines Krankenhauses lassen sich verständlicherweise nur dann motivieren, wenn aus einer Meldung keine negativen Konsequenzen für die eigene weitere Tätigkeit resultieren.

Teilweise wird daher bei der Einführung des Incident Reporting System die Meldung anfangs anonym durchgeführt, auch wenn dann die Auswertung erschwert ist. Bei diesen Systemen muss auf Freiwilligkeit gesetzt werden, sonst werden sie unterlaufen.

Die Nutzung von EDV gestützten Meldesystemen stellt allerdings eine Glaubensfrage dar, es gibt ebenso stichhaltige Argumente für Meldebögen in Papierform. Insbesondere sind diese einfacher und schneller zu handhaben. Einige Universitätskliniken haben das Incident-Reporting System in ihrem Intranet integriert, z.T. erfolgen die Meldungen hier auch anonym.

Intranet-Formulare sind häufig verhältnismäßig kompliziert aufgebaut und erschweren dadurch die Meldung.

Auch der Personenkreis, der für die Auswertung der gemeldeten Ereignisse zuständig ist (RM-Team) beeinflusst das Meldeverhalten. Eine zeitnahe und kompetente Auswertung mit möglichst schneller Analyse und Vorschlägen zu künftigen Abwehrmaßnahmen kann nicht nur gravierende Risiken mindern, sondern auch die Motivation der Mitarbeiter steigern, erneut vom Incident-Reporting System Gebrauch zu machen.

Risk-Management im Umgang mit Medizin-Technischer Ausstattung

Gemäß §3 der deutschen Medizinprodukte-Betreiberverordnung haben sowohl Betreiber als auch Anwender die Pflicht jede Störung von Medizinischen Produkten (z.B. Geräte), die einen gesundheitlichen Nachteil von Patienten bewirken können dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu melden.

Auf der anderen Seite ergibt eine Studie der MH-Hannover, dass bei Zwischenfällen mit medizinischen Geräten 63,3% auf Bedienfehler, 17,7% auf Instandhaltungsfehler, 11% auf Fertigungs- und Materialfehler und lediglich 7,7% auf Gerätefehler zurückzuführen waren. Diese Untersuchung ergibt eindeutig, dass der Faktor Mensch auch bei der Medizin-Technischen Ausstattung die Hauptfehlerquelle darstellt. Es stellt sich die Frage, wie sich solche Fehler minimieren lassen. Vorgeschlagen werden natürlich ausführliche Schulungen mit Wiederholungen für die entsprechenden Anlagen, z.B. auf Intensivstationen. Diese werden aber schon durchgeführt. Somit ergibt sich die Frage nach weiteren möglichen Trainingsmaßnahmen, die hier Fehler-reduzierend wirken können. Im letzten Kapitel, in welchem es um ein Risikomanagement-Training geht, werden wir hierauf zurückkommen.

Vorteile des Risk-Management

In den USA, wo Risk-Management bereits seit den 70er Jahren praktiziert wird, zeigen verschiedene Studien mögliche Schadensreduzierungen von bis zu 80%. In Deutschland werden ähnliche Ergebnisse (bis 50%) bei flächendeckender Einführung von Risk-Management-Systemen erwartet.

Dabei stehen vor allem mittel- bis längerfristige Zielsetzungen zur Risikominimierung im Vordergrund. Diese könnten dann auch zu reduzierten Versicherungsprämien seitens der großen Versicherungsgesellschaften führen. Bei Haftpflichtprämien von 1000 – 1500 Euro pro Bett können bei verbesserter Schadensbilanz deutliche Senkungen möglich sein. Manche Kliniken könnten dann in Zukunft sechsstellige Beträge einsparen.

Die Integration von Risk-Management-Systemen in das bestehende Qualitätsmanagement einer Klinik hat dabei viele Vorteile.

Der personelle und zeitliche Aufwand kann bei einer guten Integration der beiden Systeme geringer gehalten werden. Thematisch ähnliche Sachverhalte werden nicht getrennt voneinander betrachtet. Häufig ist eine Fehlerkette, die im Risikomanagement aufgedeckt wird, Folge einer schlechten Struktur und Prozessqualität im Behandlungsprozess, die auf diese Weise verbessert werden kann. Neben der Vermeidung von Fehlern kommt es dann gleichzeitig zu einem effizienteren Behandlungsprozess und somit zu echten Fortschritten im

Sinne des Qualitätsmanagement. Aus negativen Zielen, der Vermeidung von Fehlern, werden dann positive Ziele, die Verbesserung von Behandlungsabläufen, die sich für die Patientenzufriedenheit und die Klinik positiv auswirken.

Der Trainingseffekt im Rahmen der Einführung eines Risikomanagements kann für die Mitarbeiter erheblich sein.. Auch die Motivation kann durch aktive Beteiligung der Mitarbeiter an der Umsetzung der Konzepte und Verbesserung der Prozessqualität gesteigert werden. Kosten können bei der genauen Analyse uneffektiver und dann häufig fehleranfälliger Behandlungsabläufe ebenfalls eingespart werden, wenn diese im Weiteren optimiert werden. In einem solchen Fall erfolgt die Kosteneinsparung aber nicht um den Preis eines höheren Behandlungsrisikos, sondern gleichsinnig mit der Reduzierung des Behandlungsrisikos.

Autor:

Sönke Paulsen

Paulsen-Consult

Trainer

Kassel, Deutschland

spaulsen@gedaechtnisbuero.de