



Hochschule Wismar

University of Technology, Business and Design

Fachbereich Wirtschaft



Hochschule Wismar

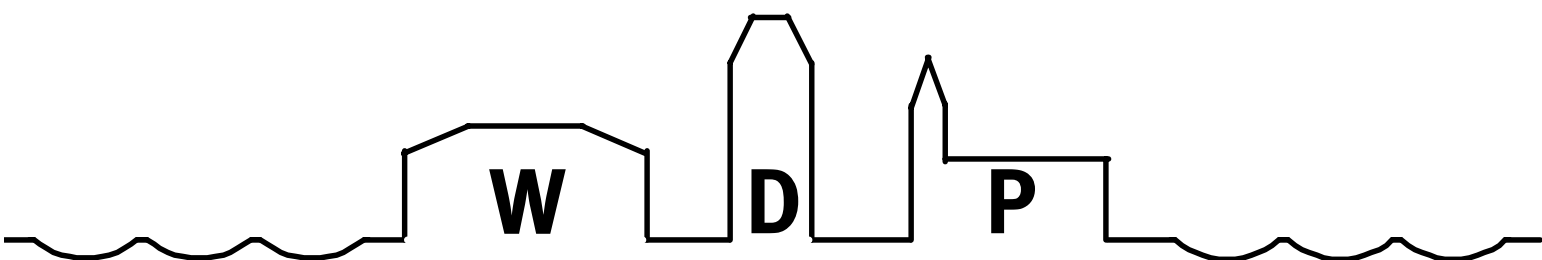
University of Technology, Business and Design

Faculty of Business

Katrin Heduschka

Qualitätsmanagement als Instrument
des Risikomanagements am Beispiel
des Krankenhauses

Heft 16 / 2006



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Der Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Business Consulting, Facility Management, Sales and Marketing, Quality Management, Betriebswirtschaft und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
E-Mail: j.kramer@wi.hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon:++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0) 3841/753-575
E-Mail: info@hws-wismar.de
Homepage: <http://www.hws-wismar.de/wismarer-diskussionspapiere.html>

ISSN 1612-0884

ISBN 3-939159-05-0

JEL-Klassifikation M21, L30

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, 2006.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Problemstellung	6
3. Definition von Qualitäts- und Risikomanagement und deren Zusammenhang	6
3.1. Qualitätsmanagement	7
3.2. Risikomanagement	7
4. Vorteile des Zusammenführens von Qualitäts- und Risikomanagement	8
5. Vorkommen des Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern – Analyse des Centrums für Krankenhaus-Management in Münster zur Integration des Risikomanagements im Krankenhaus	8
5.1. Analyse zu Informationen auf den Internetseiten deutscher Krankenhäuser	9
5.2. Befragung von Krankenhauspersonal	9
6. Rechtliche Aspekte und gesetzliche Grundlagen eines Risikomanagementsystems	9
7. In welchen Schritten könnte im Rahmen des KonTraG im Krankenhaus eine Risikoerfassung am Beispiel der Instrumentensicherheit vorgenommen werden?	10
7.1. Projektdarstellung	10
7.2. Risikoerfassung	10
7.3. Risikobewertung	11
7.4. Risikobehandlung	12
7.5. Risikokommunikation	12
7.6. Risikokontrolle	13
7.7. Risiko-Nutzen-Überlegung	13
8. Ursachen von Risiken im Krankenhaus	14
8.1. Vorder- und hintergründige Schäden und Fehler im Krankenhaus	14

8.2.	Vordergründige Schäden und Fehler	15
8.2.1.	Nebenwirkungen von Medikamenten	15
8.2.2.	Verabreichung falscher Medikamente	16
8.3.	Hintergründige Schäden und Fehler	16
8.3.1.	Organisatorische Defizite	16
8.3.2.	Unzureichende Gerätesicherheit	17
9.	Strategien und Konzepte in der Ablauforganisation und Risikodokumentation der Krankenhäuser	18
9.1.	Strategien und Konzepte in der Ablauforganisation	18
9.1.1.	Checklisten im Krankenhaus	18
9.1.2.	Teamarbeit	19
9.1.3.	Human Factors	19
9.2.	Strategien und Konzepte in der Risikodokumentation	20
9.2.1.	Das Qualitätsmanagement-Dokumentationssystem	20
9.2.2.	Berichtssystem für klinische und pflegerische Zwischenfälle	21
9.2.3.	Fall Busters-Program	22
9.2.4.	Mitarbeiterbefragung	23
9.2.5.	Fehlermeldeformular für Krankenhausmitarbeiter	24
9.2.6.	Balanced Scorecard	24
10.	Prävention medizinischer Fehler und deren Risikofaktoren	25
11.	Schlussbetrachtung	26
	Literaturverzeichnis	27
	Autorenangaben	29
	Anhang: Mitarbeiterfragebogen zur Patientensicherheit	30

1. Einleitung

Die heutige Situation im Heilwesen ist gekennzeichnet durch hohe Ansprüche des Patienten. Hierzu zählt an erster Stelle die richtige Diagnose durch den Arzt und die Verschreibung der richtigen Medikamente. Ein vom Gesetzgeber hervorgehobener Kosten-Leistungsdruck, verbunden mit einer erheblichen Verkürzung der Verweildauer, hat zu einem starken Zeitdruck für die Beschäftigten im Gesundheitswesen geführt. Durch den hohen Kostendruck bestehen Bestrebungen, kostengünstiges Personal einzusetzen, welches dann aber meist auch weniger qualifiziert ist (vgl. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft 2000: 1). Des Weiteren führt dieser Kostendruck auch zur Reduktion von Personal, zu längeren Arbeitszeiten, Stress, weniger Zeit für den einzelnen Patienten und letztendlich zur Unzufriedenheit des Personals. Dies führt oft zu Behandlungsfehlern im Gesundheitsbereich, insbesondere im Krankenhaus. Die Folgen sind eine stetig zunehmende Zahl von Zivilprozessen mit steigenden Schadenersatz- und Schmerzensgeldforderungen. Des Weiteren nimmt zwangsläufig die Qualität der Leistungen ab.

Das Robert-Koch-Institut kam in seinem Bericht „Medizinische Behandlungsfehler“ vom Oktober 2003 zu dem Ergebnis, dass in Deutschland von ca. 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen pro Jahr auszugehen ist. Davon betreffen 60% den Versorgungsbereich der Krankenhäuser. Dies sind nur die Fälle, die durch Klageverfahren bekannt geworden sind (vgl. von Eiff 2004: 537). Die Dunkelziffer ist weit höher anzusetzen. „Fehlervorwürfe betreffen dabei vornehmlich die operativen Disziplinen und in überdurchschnittlichem Maße Krankenhausärzte.“ (Hansis: Vorwort o. S.). Die in Deutschland anerkannten Fälle von Schadenersatz werden jährlich auf 12.000 geschätzt (vgl. Robert Koch-Institut 2001: 1). In diesem Zusammenhang soll zu Beginn der Arbeit eine Abgrenzung des Qualitätsmanagements vom Risikomanagement vorgenommen werden.

Hinzu kommt ein weiterer wichtiger Faktor – die Konkurrenz. Im Gesundheitswesen findet derzeit eine Marktberreinigung statt. Träger von Krankenhäusern suchen nach Möglichkeiten, ihr Haus vor dem Hintergrund dieses Verdrängungswettbewerbs zu positionieren und zukunftsfähig zu machen (vgl. Reif 2004: 532). Die Budgetdefizite der Krankenhäuser wachsen und die Länder und Kommunen sind immer weniger in der Lage, diese Defizite aus Haushaltsmitteln zu decken (vgl. Jaeckel 2003: 205-206). Dadurch kam es in der Vergangenheit vermehrt zu Schließungen medizinischer Einrichtungen. Diese Problematik soll jedoch nur erwähnt und darauf im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden.

Auf Grund der Schließung von Krankenhäusern ist es in derart unsicheren Zeiten wichtig, als Geschäftsleitung des Krankenhauses nicht das eigene Ziel aus den Augen zu verlieren. Man muss in der Lage sein, bestehende Risiken

zu erkennen und auf sie vorbereitet zu sein.

Um Schäden generell zu vermeiden, ist es initial notwendig, das Risiko quantitativ und qualitativ zu erfassen und Präventionsstrategien zu entwickeln (vgl. Grube/Schaper/Graf 2002: 239).

Zu Beginn meiner Arbeit wird die Problemstellung erläutert. Eine anschließende Definition der Begriffe Qualitäts- und Risikomanagement und die Verdeutlichung von deren Zusammenhang bietet sich an. Die Vorteile des Zusammenführens beider Managementansätze geben aufschlussreiche Einblicke. Im Kapitel 4 meiner Arbeit wird das Vorkommen des Risikomanagement in deutschen Krankenhäusern analysiert. Anschließend wird auf rechtliche Aspekte und gesetzliche Grundlagen eines Risikomanagementansatzes eingegangen. Da diese in engem Zusammenhang mit der Umsetzung einer Risikoerfassung stehen, gebührt ihnen in Punkt 6 ein entsprechender Raum. In Punkt 7 werden die Ursachen von Risiken im Krankenhaus erläutert. Insbesondere wird hier auf vorder- und hintergründige Schäden und Fehler in deutschen Kliniken eingegangen. Anschließend werden mögliche krankenhausspezifische Strategien und Konzepte in der Ablauforganisation und Risikodokumentation vorgestellt. Zum Schluss der Arbeit wird auf notwendige Präventionsmaßnahmen bezüglich medizinischer Fehler eingegangen.

Das Ziel der Arbeit ist es, den Zusammenhang und die Wichtigkeit von Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen zu verdeutlichen und den Bezug insbesondere zur Patientensicherheit herzustellen.

2. Problemstellung

In immer kürzeren Zeitabständen ändern sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser. Eine längerfristige Unternehmensplanung wird somit immer schwieriger. Hinzu kommt der Kostendruck, den die Gesundheitspolitik mit sich bringt. Stress, längere Arbeitszeiten und weniger Zeit für die Patienten sind die Folge. Parallel dazu häufen sich die Schadens- und Schmerzensgeldforderungen auf Grund von Behandlungsfehlern in deutschen Krankenhäusern. Das Personal fühlt sich oft nicht mehr in der Lage, diesem Druck Stand zu halten. Die Patienten sind verunsichert. Um mögliche Gefahren für die Patienten, Mitarbeiter und für das gesamte Unternehmen rechtzeitig zu erkennen, muss diesbezüglich etwas unternommen werden.

3. Definition von Qualitäts- und Risikomanagement und deren Zusammenhang

Eine kurze Erläuterung der Begriffe Qualitäts- und Risikomanagement soll die Grundlage für die Erklärung des Zusammenhanges beider Managementansätze bilden.

3.1. Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist positiv belegt und bedeutet eine schrittweise Veränderung von Strukturen und Abläufen im Hinblick auf die Definition von Qualitätsstandards und Durchführung von Qualitätszirkeln, Weiterbildungsmaßnahmen etc (vgl. von Eiff 2004: 538). Qualitätsmanagement will aktiv Zufriedenheit erzeugen. Die Qualität der Abläufe steht dabei im Mittelpunkt.

In Bezug auf das Krankenhaus ist Qualität die Summe von Eigenschaften und Merkmalen jener Teilleistungen in der Behandlungskette, die die Erfüllung der Patientenerwartungen sichert und dem heutigen medizinischen Standard genügt.¹

3.2. Risikomanagement

„...Risikomanagement dagegen ist negativ belegt und wird assoziiert mit „Schaden“, „Blamage“, „Kunstfehlerklage“ und „Abmahnung“. Risikomanagement führt auch nicht zu einer höheren Zufriedenheit, sondern hilft lediglich, Unzufriedenheit zu vermeiden.“ (von Eiff 2004: 538f) Die Transparentmachung der Risiken und die Vorbeugung der Schäden stehen hierbei im Mittelpunkt. Risikomanagement hat die wünschenswerte Sicherheit, medizinische Behandlungen individuell und systemisch zu gewährleisten und entsprechende Verfahren bezüglich ihrer Implementierung zu institutionalisieren.²

Trotz der unterschiedlichen Bewertung bedingen sich beide Managementansätze. Krankenhäuser, die sich mit Qualitätsmanagement systematisiert auf eine Zertifizierung vorbereiten bzw. bereits zertifiziert sind, legen damit die Grundlagen für die Optimierung der Abläufe bzw. Schnittstellen und somit für höhere Rechtssicherheit (vgl. Martin 2000: 4). Ein Krankenhaus ist ein komplexes System, das aus verschiedenen Einheiten besteht und diese weisen wiederum Schnittstellen auf, die sich gegenseitig beeinflussen. (vgl. Hett/Schneider 2003: 9). Krankenhäuser funktionieren als Unternehmen mit einer Risikopolitik, die sämtliche Teilsysteme integrieren muss. Tritt z. B. ein Problem in der Sterilisationsabteilung auf, kann dies weit reichende Konsequenzen für die Patientensicherheit haben. Des Weiteren kann dieses Problem im Schadensfall zu Haftpflichtforderungen, Ausbleiben von Patienten, Imageverlust und schließlich zu wirtschaftlichen Einbußen führen.

Letztendlich kann der Risikomanagementansatz als notwendiger Baustein im integrierten Qualitätsmanagementansatz definiert werden. In den wenigen deutschen Krankenhäusern, die sowohl Qualitäts- als auch Risikomanagement

¹ Vgl. <http://www.dr-eick-de/aktuelles/ppt/9.Doppelstunde-Risk-Management.ppt>, abgerufen am 15.12.2004.

² Vgl. <http://www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/personen/projekt/risikoma.htm>, abgerufen am 14.12.2004.

betreiben, stehen oft beide Managementansätze in engem und sehr effektiven Austausch (vgl. Martin 2000: 4). Durch die Zusammenführung von Qualitäts- und Risikomanagement ergeben sich strukturelle und inhaltliche Synergieeffekte. Einige der Häuser haben zwar beide Bereiche zu einem integrierten Qualitätsmanagement verbunden, aber die Einzelfunktionen bleiben unverändert.

4. Vorteile des Zusammenführens von Qualitäts- und Risikomanagement

Das Zusammenführen von Qualitäts- und Risikomanagement vermeidet Doppelarbeiten und bietet viele Vorteile wie z. B.

- gemeinsame Bearbeitung thematisch gleicher Sachverhalte (vgl. Tengler 2003: 501),
- ökonomischer Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen,
- sinnvolle Kombination unterschiedlicher Blickwinkel von Qualitäts- und Risikomanagement,
- Aufbau transparenter Strukturen für alle Prozesse,
- einheitliche, übersichtliche Dokumentation in einem gemeinsamen Managementhandbuch,
- hohes Maß an Rechtssicherheit,
- haftungsrechtliche Absicherung der Prozesse.

Da Qualitäts- und Risikomanagement oft dieselbe Thematik unter unterschiedlichen Gesichtspunkten bearbeiten, lassen sich die daraus resultierenden Synergieeffekte nutzen (vgl. Tengler 2003: 501). Beispielsweise möchte das Qualitätsmanagement mit einem gezielten Beschwerdemanagement die Zufriedenheit der Patienten sicherstellen. Das Risikomanagement zieht aus der Auswertung der eingegangenen Beschwerden wichtige Informationen für Schwachpunkte in der Sicherheit.

Solche Vergleiche lassen sich auch im Bereich der Archivierung, Patientenaufnahme und -aufklärung anstellen, die hier jedoch nur erwähnt bleiben sollen.

5. Vorkommen des Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern - Analyse des Centrums für Krankenhaus-Management in Münster zur Integration des Risikomanagements im Krankenhaus -

Eine auf Stichproben basierende Analyse von 30 Organigrammen deutscher Krankenhäuser durch das Centrum für Krankenhaus-Management in Münster (CKM) ergab, dass bisher in keinem dieser Krankenhäuser eine offizielle Position des Risikomanagements eingerichtet war (vgl. von Eiff 2004: 538). Im Vergleich dazu war in 53% der Häuser eine Stelle für Qualitätsmanagement

im Organigramm zu finden.

Wie ist dies möglich? Im Laufe der Arbeit soll darauf eine Antwort gefunden werden.

5.1. Analyse zu Informationen auf den Internetseiten deutscher Krankenhäuser

Das CKM untersuchte im Jahre 2000 hierbei die Internetseiten von 60 deutschen Krankenhäusern im Hinblick auf Inhalte oder Erläuterungen zu Ansätzen des Risikomanagements (vgl. von Eiff 2004: 539). Hierbei gaben nur 5% der Kliniken an, Risikomanagement im Rahmen des Qualitätsmanagements durchzuführen. Bei weiteren 3% der Stichprobe konnte man der Internetseite entnehmen, dass Elemente des Risikomanagements eingesetzt werden. Hierzu zählen u. a. die Erfassung von Zwischenfällen oder der Einsatz von Instrumenten des Fehlermanagements. Im Ergebnis der analysierten Homepages der Krankenhäuser enthielten jedoch 87% keine Angaben zum Risikomanagement.

5.2. Befragung von Krankenhauspersonal

Um eine erste Einschätzung der Risikosituation aus Sicht der Krankenhausbeschäftigten zu bekommen, wurden durch das CKM 92 Mitarbeiter aus 22 deutschen Krankenhäusern befragt (vgl. von Eiff 2004: 539). Ergebnis dieser Befragung war, dass 59% der Befragten die Organisation und Wirksamkeit des Risikomanagements in ihrem Haus als „verbesserungsdürftig“ oder „nicht vorhanden“ beurteilten. Nur 10% der Befragten gaben dem Risikomanagement das Prädikat „gut“. Der Rest der Befragten beurteilte die Risikoabsicherung in ihrem Haus mit „zufrieden stellend“. Das größte Risikofeld stellen dabei, aus Sicht der Befragten, medizinische und pflegerisch bedingte Behandlungsfehler dar.

6. Rechtliche Aspekte und gesetzliche Grundlagen eines Risikomanagementsystems

Die Richtlinien des Robert-Koch-Instituts für Spitäler sind in der EU nur eine Empfehlung und daher nicht verbindlich (vgl. Hett/Schneider 2003: 9). Eine EU-weit geltende Gesetzesgrundlage für die Implementierung des Risikomanagements in Unternehmen ist noch nicht verabschiedet.

Jedoch besteht gem. § 137 SGB V eine Verpflichtung zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und im Rahmen des Risikomanagement für Krankenhäuser das KonTraG, welches gesetzlich für Aktiengesellschaften vorgeschrieben ist.³

³ Vgl. <http://mond.modulo3.de/soq/kontrag/kontrag.html>, abgerufen am 11.10.2004.

Mit dem KonTraG werden Unternehmen insbesondere verpflichtet, ein Überwachungssystem zur Früherkennung existenzgefährdender Entwicklungen einzurichten. Durch dieses Überwachungssystem wird die Geschäftsführung jedes Spitals gesetzlich verpflichtet, ein unternehmensweites Risikomanagement zu implementieren sowie einen jährlichen Risikobericht zu erstellen. Wird die Einrichtung eines Risikomanagementsystems versäumt, kann dies zum Versagen des Bestätigungsvermerkes für den Jahresabschluss führen. Darüber hinaus sind die Geschäftsführer bzw. Vorstände im Schadensfall den Anteilseignern persönlich zum Schadensersatz verpflichtet. Das KonTraG findet auf alle Wirtschaftsjahre Anwendung, die nach dem 31.12.1998 begannen.

7. In welchen Schritten könnte im Rahmen des KonTraG im Krankenhaus eine Risikoerfassung am Beispiel der Instrumentensicherheit vorgenommen werden?

7.1. Projektdarstellung

Die Risikoanalyse beginnt mit einer Projektdarstellung. In dieser wird in Bezug auf die Durchführung und Ziele der Risikoanalyse versucht, die notwendige Transparenz, Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft aller Beteiligten zu erreichen (vgl. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft 2000: 5). Es erfolgt eine Erläuterung des Ablaufs und der Inhalte. An juristischen, medizinischen, organisatorischen und technischen Beispielen werden Schadensszenarien praxisnah verdeutlicht.

7.2. Risikoerfassung

Als zweiter Schritt erfolgt die Risikoerfassung. Um ein Risiko beherrschen zu können, muss man die Art und Eigenschaften der Risikofaktoren kennen und wissen, wo sie im Betrieb auftreten und wie sie ggf. beseitigt werden können. Die Risikoerfassung liefert Rahmendaten wie z. B. Organigramme oder krankenhausinterne Statistiken (vgl. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft 2000: 6). Eine solche Statistik kann z. B. umfassen, wie viele Menschen in einem bestimmten Zeitraum sich mit einem Virus infiziert haben. Um dies jedoch erfassen zu können, muss man Annahmen treffen, um Wahrscheinlichkeiten zu berechnen. Das Problem hierbei sind die starken Schwankungen der einzelnen Annahmen, die schließlich zu einer sehr großen Spanne zwischen Best- und Worst-Case-Szenarios⁴ führen.

Man unterscheidet diverse Wahrscheinlichkeiten bei der Berechnung (vgl.

⁴ Entwerfen fiktiver Welten, um Strategien und Verhaltensweisen zu entwickeln, die in den Szenariowelten möglichst erfolversprechend anwendbar sind; vgl. Hett/Schneider (2003: 4).

Hett/Schneider 2003: 9):

- Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient bereits mit diesem Virus z. B. Variante Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJD) infiziert ist,
- Wahrscheinlichkeit, dass sich ein infizierter Patient einer Risikooperation z. B. Kopfoperation unterziehen muss,
- Wahrscheinlichkeit, dass infizierte Instrumente wieder zum Einsatz kommen,
- Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient, der mit infizierten Instrumenten operiert wird,
- empfänglich ist für vCJD auf Grund der Genetik,
- Wahrscheinlichkeit, dass ein im Krankenhaus infizierter Patient erneut operiert wird und damit weitere Infektionen auslöst.

Hier liegt das Problem vor, dass der Risikoanalytist am Ende der Abschätzung mit einhundert bis zu mehreren zehntausend möglichen Fällen konfrontiert wird.

Um die Risikoerfassung zu verstärken, erfolgen im Krankenhaus Beobachtungen der Arbeitsabläufe, Gespräche und Besichtigungen (vgl. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft: 6). Dies kann je nach Größe des Krankenhauses ein oder mehrere Tage in Anspruch nehmen. Anschließend bewertet das Expertenteam die zusammengetragenen Daten. Diese erfassten und bewerteten Daten werden in einem Risikobericht festgehalten. Folgend werden abteilungsübergreifende und -spezifische Risiken aufgezeigt und Maßnahmenpläne ausgearbeitet. In diesen Plänen werden die festgestellten Risiken in tabellarischer Form zusammengefasst, um die Umsetzung zu erleichtern. Auf die Maßnahmenpläne wird immer wieder Bezug genommen, da diese das weitere Vorgehen begleiten. Wichtig ist, dass für die Durchführung ein Verantwortlicher festgelegt wird, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die konkrete Durchsetzung unterbleibt.

7.3. Risikobewertung

Die Risikobewertung befasst sich mit der Bewertung des Risikos in Bezug auf seine Bedeutsamkeit, Schwere und Ernsthaftigkeit (vgl. Schütz et al. 2003: 26). Risikobewertung ist daher ein „wissenschaftlicher Prozess zur Ermittlung unerwünschter Konsequenzen und ihrer Ursachen sowie zur Messung von Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß.“⁵ Die Größe eines Risikos allein gibt keinen Aufschluss darüber, wie bedeutend dieses Risiko ist (vgl. Schütz et al. 2003: 28). Die Bedeutsamkeit erschließt sich erst, wenn das Risiko in Bezug zu anderen Faktoren gesetzt wird. Dies geschieht am besten durch ein Risikomodell, wobei Modelle Abstraktionen der Realität darstellen. Der

⁵ [Http://europa.eu.int/comm/food/risk/session1.1.de.pdf](http://europa.eu.int/comm/food/risk/session1.1.de.pdf), abgerufen am 03.12.2004.

Risikoanalyt bildet ein Vergleichspaar, indem er zwei oder mehrere Risiken in Bezug zueinander setzt. Hierbei müssen klare Zielsetzungen formuliert werden, um sinnvolle Ergebnisse zu erhalten. Zielsetzungen erhält man oft aus Problemen mit zugehörigen Fragestellungen. Eine Zielsetzung kann dabei entstehen, indem der Risikoanalyt bestimmte Risiken ihrer Priorität nach in eine entsprechende Reihenfolge setzt. Dies erfolgt vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen oder unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten.

7.4. *Risikobehandlung*

Die Risikobehandlung umfasst den richtigen Umgang mit dem Risiko. Um dieses vollständig zu beheben, muss im Krankenhaus ein Operationsstopp erfolgen, um die Operationsinstrumente vollständig auf eine Infizierung untersuchen zu können (vgl. Hett/Schneider 2003: 6). Dies ist jedoch ein unrealistisches Szenario, von welchem hier ausgegangen wird.

Ein mögliches Konzept hat das Robert-Koch-Institut erarbeitet. Dieses Konzept umfasst ein Mehrstufenverfahren, bei dem einerseits Patienten in Risikogruppen eingeteilt werden und andererseits die Instrumentensicherheit erhöht wird.

Eine höhere Instrumentensicherheit könnte durch drei Möglichkeiten erreicht werden (vgl. Hett/Schneider 2003: 6):

- Einweginstrumente, die nach der Verwendung entsorgt werden,
- Mehrweginstrumente, die nach jedem Eingriff aufwändig zu reinigen und zu desinfizieren sind,
- Instrumentenpools für gewisse Medizinalprodukte, welche ein umfassendes Instrumenten-Führsystem im Krankenhaus voraussetzen. Voraussetzung hierfür ist die Gewährleistung einer lückenlosen Rückverfolgung der Instrumentenverwendung.

„Bei der Risikobehandlung besteht das Ziel nicht darin, das Risiko auf Null zu reduzieren, sondern es auf ein der Gesellschaft zumutbares Niveau zu senken.“⁶

7.5. *Risikokommunikation*

Die Risikokommunikation beinhaltet „Kommunikationsprozesse, die die Identifikation, Analyse, Bewertung und das Management von Risiken sowie die dafür notwendigen Voraussetzungen und Beziehungen zwischen den beteiligten Personen, ...zum Gegenstand haben“ (vgl. Wiedemann 1993: 197).

Die Risikokommunikation hat zwei Ziele - die Verständigung sowie das Sichern von Verständnis (vgl. Schütz et al. 2003: 33). Die Verständigung bezieht sich auf Prozesse zur Herstellung und Aufrechterhaltung von Kommuni-

⁶ [Http://europa.eu.int/comm/food/risk/session1.1.de.pdf](http://europa.eu.int/comm/food/risk/session1.1.de.pdf), abgerufen am 03.12.2004.

kation. Hierbei geht es um die Beteiligung sowie um das Sichern von Fairness, Respekt und Vertrauen. Die Verständigung ist die Voraussetzung für das Verständnis. Das Sichern von Verständnis ist für die Risikoabschätzung von großer Bedeutung.

7.6. *Risikokontrolle*

Die Risikokontrolle umfasst eine kritische, kontinuierliche Beobachtung und zeitnahe Überprüfung der Wirksamkeit von Neuerungen. Um jedoch die Wirksamkeit von Maßnahmen zu messen, müssen die Krankenhäuser z. B. in der Lage sein, mit Hilfe anerkannter Verfahren die „infektiösen Partikel auf den Instrumenten zu dokumentieren“ (vgl. Hett/Schneider 2003: 8). Hiermit lässt sich feststellen, ob nach allen Reinigungsschritten noch ansteckende Reste auf den Instrumenten verblieben sind bzw. wo die Probleme in der Aufbereitung liegen. Obwohl die Bewertung dieser Maßnahmen wesentlich ist, wird aus Kostengründen diese oft vernachlässigt oder sogar ganz darauf verzichtet.

Ein schwerwiegender Fehler ist, dass viele Krankenhäuser ohne ein strukturiertes Risikomanagement wirtschaften (vgl. Hett/Schneider 2003: 8). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in den meisten Fällen eine klare Prozessbeschreibung fehlt. Besonders im Bereich der Sterilisation zertifizieren nur wenige Einrichtungen ihre Prozesse. Die Folgen daraus sind, dass bestimmte Abweichungen von Zielwerten nicht erkannt werden können und somit korrigierende Maßnahmen unmöglich werden. Hinzu kommt, dass es in den meisten Fällen keine zentrale Abteilung für Qualitätssicherung gibt.

7.7. *Risiko-Nutzen-Überlegung*

Sind vorbeugende Maßnahmen zur Risikobehandlung möglich, steigt die Haftpflichtigkeit im Falle eines Behandlungsfehlers. Wird z. B. die Risikominimierung auf Grund wirtschaftlicher Überlegungen vernachlässigt, nimmt das Klage- und somit das Haftpflichtschadenpotenzial zu (vgl. Hett/Schneider 2003: 9-11). Patienten und Versicherer müssen daher in jedem Spital minimale Sicherheitsmaßnahmen voraussetzen können. Jedes Spital muss dabei für sich Prioritäten setzen, um mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Es darf den Krankenhäusern aber nicht im Sinne der Risikohaftung durch die Versicherer das gesamte Risiko abgenommen werden. Das Problem hierbei liegt darin, dass die Krankenhäuser sich mit der Vermeidung von Risiken nicht wirklich auseinander setzen müssen. Sie schließen mit den Versicherungen eine Police ab und sind im Ernstfall abgesichert. Somit tragen die Krankenhäuser keine Verantwortung. Und wenn Krankenhäuser die Folgen nicht selbst zu tragen haben, sehen sie keinen Anreiz, etwas zu verändern. Im schlechtesten Fall haben sie mit einem gerichtlichen Verfahren, welches meist noch außergerichtlich

beigelegt wird oder mit einem Imageverlust zu rechnen, der jedoch meist erst später eintritt – wenn überhaupt. Wer Risiken eingeht, sollte diese auch verantworten können.

Es ist Aufgabe der Gesundheitsbehörden und der Politik, hier entsprechende Maßnahmen zu erlassen.

8. Ursachen von Risiken im Krankenhaus

„Fehler können individuelle und institutionell-organisatorische Gründe haben. Je besser man die Gründe kennt, desto eher kann man Fehlerwiederholungen verringern.“⁷ Wenn von Risiken in einem Krankenhaus gesprochen wird, treten diese in „Nebenschauplätzen“ wie in der Aufklärung, Organisation, Dokumentation oder auch Gerätesicherheit auf (vgl. Martin 2000: 1). Hierzu gehören ebenfalls Störungen in den Bereichen Kommunikation, Kooperation, Koordination, die sich aus der zunehmenden Arbeitsteilung in den Schnittstellen ergeben können (vgl. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft 2000: 5). Doch sollte man hierbei Risiken im Bereich der Diagnose und Behandlung nicht unerwähnt lassen. Je nach Risikosituation kann es erforderlich sein, auch die Bereiche Sicherheit, EDV, Umwelt, Brandschutz und Öffentlichkeitsarbeit in eine Risikoerfassung einzubeziehen.

Viele Auswertungen lassen vermuten, dass bei über 90% aller Schäden ein Behandlungsfehler vorliegt (vgl. Martin 2000: 1). Arzthaftungsrechtler schätzen aufgrund ihrer Erfahrungen den Anteil von reinen Behandlungsfehlern auf 30% bis 40% (vgl. Martin 2000: 1). Der Anteil der Schäden, der durch Risikomanagement beeinflussbar ist, also Fehler von unklaren Abläufen und unzureichend definierten Schnittstellen, liegt demnach bei über 60%. Jedoch resultieren Unfälle selten nur aus einem Fehler.

8.1. Vorder- und hintergründige Schäden und Fehler im Krankenhaus

Bei der Definition von Schäden durch Fehler im medizinischen Bereich denkt man an Nebenwirkungen, Verabreichung falscher Medikamente durch Verwechslung oder unverträgliche Medikamentenkombinationen etc. Aber wie ist es mit dem Erfassen von weniger offensichtlichen, aber mindestens ebenso fatalen Schäden und Fehlern? Dies umfasst organisatorische Defizite oder auch unzureichende Gerätesicherheit im Krankenhaus.⁸ Ersteres kann beispielsweise auf einen erhöhten Kostendruck innerhalb des Gesundheitssystems zurückzuführen sein. „Jede Behandlung, die mit einer Komplikation behaftet

⁷ [Http://www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/personen/projekt/risikoma.htm](http://www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/personen/projekt/risikoma.htm), abgerufen am 14.12.2004.

⁸ Vgl. <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-098.PDF>, abgerufen am 14.12.2004.

ist oder die nicht im erwarteten guten Ergebnis mündet, führt beim Patienten zu zusätzlichen Beschwerden und persönlichem Leid. Darüber hinaus entsteht ein Vertrauensverlust sowohl zwischen Betroffenenem und Arzt, als auch seitens des Patienten gegenüber der Gesundheitsversorgung an sich“ (Hansis 2002: 53).

8.2. *Vordergründige Schäden und Fehler*

8.2.1. Nebenwirkungen von Medikamenten

Die Gefahren der Nebenwirkungen von Medikamenten werden unterschätzt. „Laut einer Studie von Prof. Dr. Peter Schönhöfer erkranken pro Jahr in Deutschland etwa 200.000 Menschen an schwerwiegenden arzneimittelbedingten Nebenwirkungen. Etwa 16.000 Menschen sterben an den Folgen pro Jahr.“⁹ Verantwortlich für Nebenwirkungen sind nicht nur die Bestandteile des Medikamentes, sondern oft der zu häufige und fehlerhafte Arzneimittelgebrauch durch den Patienten. Patienten sehen ihr Krankheitsgefühl auch dadurch bestätigt, dass der Arzt oft unverzüglich ein Rezept ausstellt. Ein Grund dafür sind die schlechten Arzthonorare. Gleichzeitig bekommen Patienten eine Heilungshoffnung vermittelt, die schmerzliche Einsichten oder persönliche Umstellungen zu vermeiden hilft.¹⁰ Des Weiteren reagieren Menschen individuell auf einen Arzneimittelwirkstoff. „Das persönliche Therapieverhalten hängt u. a. von der körperlichen Konstitution und von Umweltfaktoren ab, hat aber dennoch eine bedeutende genetische Determinante.“ (VDGH 2002: 1). Auf konkrete gesundheitliche Probleme eines Patienten soll an dieser Stelle aber nicht weiter eingegangen werden.

Eine ausreichend verbraucherorientierte Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten findet zudem sehr selten statt. Hier reichen juristisch abgesicherte Fragebögen oft nicht aus. „Hier bedarf es der Sensibilisierung der Ärzteschaft, die Forderungen der Rechtsprechung zu verinnerlichen, und des verantwortlichen Arztes, sein Wissen auch permanent an die Mitarbeiter weiterzugeben“ (Martin 2000: 3). Die Ärzte sind gegenüber den Patienten juristisch verpflichtet, verständlich über Art, Ziel, Ablauf, Folgen, Risiken und Nebenwirkungen eines Medikamentes sowie auch über Alternativen der Behandlung aufzuklären.¹¹ Der Patient muss selbst Nutzen und Risiko des ärztlichen Eingreifens abwägen und über die Notwendigkeit der Behand-

⁹ http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20020304/b_3.phtml, abgerufen am 03.12.2004.

¹⁰ Vgl. http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20020304/b_3.phtml, abgerufen am 03.12.2004.

¹¹ Vgl. http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20020304/b_3.phtml, abgerufen am 03.12.2004.

lung entscheiden können. Hinzu kommt, dass die dafür gesetzlich vorgeschriebenen Beipackzettel für den Patienten oft unverständlich sind. Hier muss zweifellos mehr Aufklärung gegenüber dem Patienten stattfinden.

8.2.2. Verabreichung falscher Medikamente

Auch die Verabreichung falscher Medikamente führt oft zum Tod. Es ist die häufigste Todesursache durch medizinische Fehlbehandlungen.¹² Unter Verabreichung falscher Medikamente zählen Verordnungen von zwei oder mehreren Medikamenten mit bekannten, klinisch relevanten Interaktionen oder Verordnungen von Medikamenten, auf die Patienten allergisch reagieren. (vgl. Ollenschläger 2001: 1405). Unerwünschte Ereignisse durch Arzneimittel lassen sich auf Diskontinuitäten im Verordnungs-, Verpackungs-, und Verabreichungsablauf einschließlich bekannter Probleme der Patientensicherheit, Arbeitsablaufunterbrechungen und mangelnde Effizienz zurückführen (vgl. Baldauf-Sobez 2003: 2). „Erschwert wird eine rationale Arzneimitteltherapie durch den extrem unübersichtlichen Arzneimittelmarkt.“¹³ In Deutschland werden derzeit rund 60.000 Präparate zum Kauf angeboten. Auch Ärzte können hier nur selten den genauen Überblick behalten. Hinzu kommt, dass sich mit dem Stand von 2002 rund 19.000 Medikamente ohne Zulassungsprüfung auf dem deutschen Arzneimittelmarkt befinden.¹⁴ Dies ist eine Tatsache, obwohl das Arzneimittelrecht von 1978 vorsieht, dass ab 1990 nur noch Arzneimittel verkauft werden dürfen, für die zuvor ihre pharmazeutische Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nachgewiesen wurde. Sogar Apotheker tun nichts gegen die Unachtsamkeit der Ärzte, obwohl sie häufig in der Lage sind, fehlerhafte Verschreibungen zu erkennen. Hierzu zählt auch die Verschreibung mehrerer Medikamente gleichzeitig, die als Medikamentencocktail verheerende Nebenwirkungen auslösen können, worüber die Patienten meist ebenfalls nicht aufgeklärt werden, auch in der Apotheke nicht. Apotheker machen aber auch nicht die Ärzte auf Verschreibungsfehler aufmerksam, weil sie sich nicht in deren Therapie einmischen und möglicherweise Geschäftsbeziehungen gefährden wollen.

8.3. *Hintergründige Schäden und Fehler*

8.3.1. Organisatorische Defizite

Durch die fortschreitend komplexer werdende Medizin und zunehmende Ar-

¹² Vgl. <http://www.welt.de/data/2003/02/01/37880.html?prx=1>, abgerufen am 05.12.2004.

¹³ http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20020304/b_3.phtml, abgerufen am 03.12.2004.

¹⁴ Vgl. http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20020304/b_3.phtml, abgerufen am 03.12.2004.

beitsteilung sind immer mehr Absprachen zwischen den Ärzten einer laufenden Behandlung notwendig. In der Praxis ist dies jedoch nicht immer gegeben. Besonders im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung sind vermehrt Absprachedefizite erkennbar. Aus diesem Grund sind abteilungs- oder praxisinterne Vorgaben unerlässlich.¹⁵ Weiterhin ist eine mangelnde Organisation im Krankenhaus oft mit hohem Kostendruck und einem entsprechend optimiertem Personaleinsatz verbunden. (vgl. Martin 2000: 3). Fehlende fachärztliche Qualifikation z. B. durch den Einsatz von Ärzten im Praktikum, fehlende schriftliche Anweisungen, die zu einem erschwerten Nachweis von häufig praktizierten hohen Standards führen, sind hier mögliche Ursachen für mangelnde Qualifikation (vgl. Martin 2000: 3). Darüber hinaus führen nicht eingeübte Verhaltensweisen bei Zwischenfällen, insbesondere bei den Pflegekräften, zu Behandlungsfehlern. Routineabläufe wie Fort- und Weiterbildung, Personalvertretungen, Einführung von Praktikanten sind oft eingefahrene, selbstverständliche Aufgaben. Es wird dabei übersehen, dass das KonTraG den Nachweis einer entsprechenden Kontrolle fordert, die aber oft nicht dokumentiert wird. Jedes Krankenhaus sollte diesbezüglich nach rechtssicher formulierten Leitfäden arbeiten und umfangreiche Dienstanweisungen vermeiden.

Mit einer Checkliste, wie sie unter 9.1.1. erläutert wird, könnte diesem Problem abgeholfen werden.

Zu den organisatorischen Defiziten gehören u. a. auch Dokumentationsmängel, da die Dokumentation eine wichtige Grundlage für eine optimal geführte und nachvollziehbare Behandlung ist (vgl. Hansis 2002: 53). Des Weiteren ist eine genaue Dokumentation für eine gute Kooperation mit anderen Ärzten und Mitarbeitern des Krankenhauses wichtig. Dokumentationsmängel können Fehler verursachen und zu Beweisnachteilen eines belasteten Arztes führen.

Wenn ein Arzt auf Grund von Behandlungsfehlern belastet wird, ist es zwangsläufig die Folge, dass sich der Ruf des Arztes verschlechtert. Dies würde wiederum einen Abbau der Qualität des Krankenhauses nach außen bedeuten.

8.3.2. Unzureichende Gerätesicherheit

Das Medizin-Produkte-Gesetz (MPG) stellt erhöhte rechtliche Anforderungen, indem es nachzuweisen gilt, dass Personalschulungen bezüglich der medizinischen Geräte und Personalerfahrungen vorliegen. (vgl. Martin 2000: 4). Bezüglich der Inhalte und Abgrenzung von Geräteverantwortung und Gerätebeauftragung müssen ideale Bedingungen gewährleistet sein, was oft nicht der

¹⁵ Vgl. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2002-37/titel.htm>, abgerufen am 04.12.2004.

Fall ist. Das MPG schreibt sehr detaillierte Regelungen vor, wie die Funktion von Medizingeräten zu überprüfen und zu gewährleisten ist. Routineüberprüfungen sowie die Pflege von Gerätebüchern weisen oft Lücken auf, die schnell zur Gefahrenquelle werden können. Leider gibt es auch im Bereich der Gerätesicherheit Schwachstellen, die auf mangelnde Information, Kommunikation und unsichere Delegation von Verantwortung zurückzuführen sind. Jedoch heißt Delegation nicht die Abgabe der *vollen* Verantwortung, die Kontrollverantwortung bleibt.

9. Strategien und Konzepte in der Ablauforganisation und Risikodokumentation der Krankenhäuser

Im Laufe der Jahre hat die Erfahrung im Gesundheitsbereich gezeigt, dass strategiefokussierte Organisationen langfristig besser funktionieren. (vgl. Pateisky 2004: 5). Dadurch gelang man zu der Erkenntnis, dass Strategien und Konzepte zur Ablauforganisation und Risikodokumentation dringend erforderlich sind. Besonders in turbulenten Zeiten, die aus Hektik und Stress resultieren, bilden Risikodokumentationen die Grundlage für Sicherheit und Kontrolle über den Arbeitsablauf und die Durchführung von Prozessen im Unternehmen. In der Ablauforganisation und Risikodokumentation gibt es verschiedene Möglichkeiten der Durchführung, die nachfolgend aufgeführt sind. Nicht alle davon werden bereits in Deutschland angewandt. Über eine Anwendung der folgenden Strategien und Konzepte in Deutschland sollte ggf. nachgedacht werden.

9.1. Strategien und Konzepte in der Ablauforganisation

9.1.1. Checklisten im Krankenhaus

Checklisten gehören zum standardisierten Verfahren. Standardisierte Verfahren schaffen die Möglichkeit, für ein gegebenes Problem den allgemein günstigsten Ablaufweg als Lösung zu wählen (vgl. Härting 2004: 6). Standards sind in der Lage, Fehlerquellen auszuschalten. Deren Erfolg ist aber nur gegeben, wenn sie von allen Mitarbeitern im Krankenhaus verstanden, akzeptiert und auch angewandt werden. Eine Hilfe hierfür sind Checklisten. Diese helfen, alle möglich begehbaren Fehler zu minimieren oder konsequenzlos zu machen. Man kann mit Sicherheit auch ohne eine Checkliste im Krankenhaus seine Arbeit verrichten. Jedoch passieren die häufigsten Fehler i. d. R. bei Routinearbeiten. Annähernd fehlerfrei kann ein Mitarbeiter nur sein, wenn er ausgeschlafen, konzentriert und nicht abgelenkt ist. Dies ist jedoch unrealistisch, denn wie anfangs erwähnt, stehen die Mitarbeiter im Krankenhaus oft unter Stress und machen Überstunden. Deshalb sind Checklisten im Krankenhaus insbesondere eine Hilfe für Routineaufgaben, die den einzelnen Mitarbei-

tern Sicherheit geben. Dieses Vorgehen setzt dabei eine gewisse Akzeptanz aller Mitarbeiter voraus.

Zu dieser Problematik führte der Arbeitskreis Junge Ärzte der Ärztekammer Berlin eine repräsentative Befragung durch.¹⁶ Diese ergab, dass Checklisten zur Stärkung der Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern dringend entwickelt und gefordert werden müssen.

9.1.2. Teamarbeit

Nicht nur technische oder operative Mängel sind mögliche Ursachen von Fehlern, sondern auch menschliches Versagen. Hierzu zählen u. a. mangelnde Informationen, Misstrauen und fehlende direkte Kommunikation zwischen den Mitarbeitern. „Je besser Ärzte, Pflege, Technik und Verwaltung miteinander kooperieren ..., umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Information und Kommunikation frei fließen können“ (Kunz 2004: 7). Kooperation ergibt eine vertrauensvolle Basis für eine effiziente Zusammenarbeit und ist somit eine gute Voraussetzung für optimale Sicherheit im Krankenhaus (vgl. Kunz 2004: 7). Ein gutes Team entsteht erst im Laufe der Zeit und es umfasst das gemeinsame Entwickeln von Regeln der Zusammenarbeit, klaren Zuständigkeiten sowie die Übernahme von Verantwortung. Besonders beim Einsatz neuer Sicherheitsmaßnahmen, z. B. der Verbesserung der Prozessabläufe, ist eine gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz im Team unbedingt notwendig.

Eine gute Zusammenarbeit im Team ist die Summe der sich zielkonform verhaltenden Mitarbeiter, die die Gesamtqualität der Behandlung ausmacht (nach Taiichi Ohno).¹⁷ In Deutschland muss durch verstärkte Teamarbeit die Sicherheit im Krankenhaus noch deutlich verbessert werden.

9.1.3. Human Factors

Im Mittelpunkt der Betrachtungen steht der Mensch und sein Wirken im System. Neuerungen müssen für den Menschen Sinn machen, erst dann werden sich seine Einstellung und sein Verhalten verändern (vgl. Müller 2004: 7). Eine solche Umsetzung sollte mit allen Mitarbeitern des Krankenhauses gemeinsam erfolgen. Human Factors beinhaltet die Kombination aus Theorie, erfahrungsnahen Übungen, Diskussionen sowie einen Austausch unter den Teilnehmern des Workshops. Des Weiteren umfasst es eine Analyse von aktuellen Un- und Zwischenfällen in einem bestimmten Zeitraum, z. B. in der letzten Woche. Hierbei geht es größtenteils um Erlebnisse und Fehler der Mitarbeiter.

¹⁶ Vgl. http://www.sekis-berlin.de/patienten/pat_set.htm?patienten/pat_ak_press.htm, abgerufen am 15.12.2004.

¹⁷ [Http://www.dr-eick-de/aktuelles/ppt/9.Doppelstunde-Risk-Management.ppt](http://www.dr-eick-de/aktuelles/ppt/9.Doppelstunde-Risk-Management.ppt), abgerufen am 15.12.2004.

Dazu wird eine offene Atmosphäre, absolute Vertraulichkeit und Sanktionsfreiheit vorausgesetzt.

Hierbei lassen sich Erfahrungen aus anderen Arbeitsbereichen mit hohem Sicherheitsanspruch erfolgreich nutzen. Ein Beispiel wäre die Fliegerei. Zum Beispiel im Falle einer Schmerzbehandlung durch Medikamente muss angesichts ethischer und finanzieller Anforderungen Risikomanagement als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements betrachtet werden (vgl. Grube/Schaper/Graf 2002: 240).

9.2. *Strategien und Konzepte in der Risikodokumentation*

9.2.1. Das Qualitätsmanagement-Dokumentationssystem

Das Qualitätsmanagement-Dokumentationssystem macht eine Qualitätssicherung auf Ebene der Einzelinstrumente möglich (vgl. Hett/Schneider 2003: 6). Mit Hilfe von Chip-Identifikation und Einlesegeräten erfolgt eine sichere Verwaltung von Instrumenten.

Ziel dieses Systems soll es sein, das Risikomanagement als Instrument zur Schadensprävention zu etablieren, um die Schadenssituation im Krankenhaus zu verbessern (vgl. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft 2000: 5). Der Patient oder auch Kunde muss dabei sowohl für allgemeine als auch für spezifische Risiken sensibilisiert werden. Als nächster Schritt müssen für das jeweilige Krankenhaus die besonderen Risiken identifiziert werden. Hierfür gibt es bestimmte Anforderungen, die als Grundlage für die Entscheidung dienen. Im Bereich des Risikomanagements wird entschieden, welche Risiken künftig zu vermeiden oder zu verringern, aber auch welche davon an den Versicherer abzugeben und vom Krankenhaus selbst zu tragen sind. Wenn man in der Lage ist, die Risiken zu erkennen und zu steuern, gewährleistet dies jederzeit einen Überblick über krankenhausspezifische Gegebenheiten. Anhand eines Maßnahmenplans sollten im nächsten Schritt die erkannten und bewerteten Risiken beseitigt bzw. reduziert werden. Die Umsetzungsphase wird nun eingeleitet und durch einen Verantwortlichen begleitet. Doch ein Maßnahmenplan allein reicht nicht aus. Die Risiken im Krankenhaus ändern sich auf Grund technischer Innovationen, spezifischer Verordnungen oder der Rechtsprechung der obersten Gerichte fortlaufend. Daher müssen Risiken und die zur Behebung ergriffenen Maßnahmen einer kontinuierlichen Bewertung und Anpassung unterzogen werden.

In den Spitälern muss ein Umdenkungsprozess stattfinden. Risikomanagementprinzipien müssen in die Unternehmenskultur einfließen, auch wenn dies mit Kosten verbunden ist. (vgl. Hett/Schneider 2003: 11). Forderungen nach Kostensenkungen im Gesundheitswesen stehen in diesem Bezug im Widerspruch zum Bestreben nach Risikominimierung.

Aber eine Risikovorsorge lohnt sich, denn jede Maßnahme zur Risikomin-

derung trägt zur Steigerung der Patientensicherheit und Qualität für den Patienten bei. In diesem Sinne kann Risikomanagement ein Instrument des Qualitätsmanagements sein und nicht nur umgekehrt. Die heutige Gesellschaft ist stark von Konkurrenzdenken geprägt. Dies ist auch auf die wirtschaftliche Situation zurückzuführen. Spitäler stehen zunehmend in Konkurrenz zueinander und sollten ein Interesse daran haben, Patienten als Kunden an sich zu binden. Aus diesem Grund ist eine Investition in die Risikominimierung keine Fehlinvestition.

9.2.2. Berichtssystem für klinische und pflegerische Zwischenfälle

Das Berichtssystem für klinische Zwischenfälle spielt eine bedeutende Rolle. Durch eine ausführliche Offenlegung von Zwischenfällen wird ermöglicht, die tatsächlichen Ursachen der Probleme aufzudecken. Dadurch ist es möglich, Empfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit abzuleiten. Auch Beinahez Zwischenfälle dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Sie sind wichtige Frühwarnindikatoren, die besondere Beachtung verdienen, um ernsthafte Vorfälle zu vermeiden. (vgl. von Eiff 2004: 538). Die Meldung von Zwischenfällen kann auf mehreren Ebenen und in ganz unterschiedlicher Form geregelt werden.¹⁸ Möglich ist die Meldung innerhalb eines einzelnen Teams, eines Krankenhauses oder an eine regionale oder nationale Datensammelstelle. Die Meldung kann sich auch nur auf ein Spezialgebiet des gesamten Gesundheitswesens beziehen.

Eine Untersuchung des CKM im Jahre 2000 ergab, dass nicht einmal jedes zweite von 30 analysierten Krankenhäusern über ein Berichtssystem für klinische und pflegerische Zwischenfälle verfügt (vgl. von Eiff 2004: 540). Im medizinischen Bereich haben lediglich 36% der Krankenhäuser ein solches System. Im Bereich der Pflege sind es 45%. Dies ist nicht ausreichend. Im medizinischen Bereich muss diesbezüglich noch mehr Prävention betrieben werden. Erfahrungen der Kliniken, die dieses Berichtssystem anwenden, zeigen, dass sich der Einsatz lohnt. In vielen der Häuser hat sich durch die Anwendung des Berichtssystems die Unternehmenskultur verändert. Die Mitarbeiter sind bereit, über die Fehler und Risiken zu sprechen. Jedoch muss hierbei vorausgesetzt sein, dass die Offenlegung von Fehlern nicht zu persönlichen Sanktionen führt. Dies würde die Fehlermeldungen erschweren oder sogar zur Vermeidung der Bekanntgabe von Fehlermeldungen führen. Somit wäre ein Berichtssystem ineffektiv. Bisher gibt es ein solches System nur in der Schweiz. Erste Ansätze in Deutschland werden auf diesem Gebiet durch Wissenschaftler vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Kiel geplant (vgl. Merten 2004: A 162). Das Institut arbeitet an einem flächendeckenden

¹⁸ Vgl. <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-098.PDF>, abgerufen am 14.12.2004.

Fehlerberichtssystem für Hausarztpraxen. Voraussetzung für den Erfolg des geplanten Fehlerberichtssystems ist für Hausarztpraxen ein Grundrepertoire an Techniken zur Fehlervermeidung. Es bleibt abzuwarten, welche möglichen Modelle und Trägerschaften für das deutsche Fehlerberichtssystem in Frage kommen.

9.2.3. Fall Busters-Program

Das Fall Busters-Program ist als systematische Vorgehensweise des vorbeugenden Risikomanagements anzusehen. Ziel des Programms ist es, die Ursachen von Fehlern zu analysieren, um frühzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können. (vgl. von Eiff 2004: 541). Hierbei muss man zwischen Fehler-symptomen, angenommenen und wirklichen Ursachen entscheiden. Hilfreich ist hierbei die Fehlerbaumanalyse. Sie ist eine graphische Darstellung der logischen Zusammenhänge von Fehlern und den daraus entstehenden Ereignissen. Dabei wird von einem unerwünschten Ereignis ausgegangen. Das Fehlerbaummodell findet dann alle möglichen Einzelrisiken oder Risikokombinationen, die als Ursache für dieses Ereignis in Frage kommen oder auch nur dazu beigetragen haben. Bisher gibt es das Fall Busters-Program nur in den USA.

Abbildung 1 zeigt einen Ausschnitt aus einem Fehlerbaum am Beispiel eines Sturzes aus dem Krankenhausbett.

Abbildung 1: Ausschnitt eines Fehlerbaums



Quelle: In Anlehnung an: von Eiff (2004: 542).

Eine mögliche Ursache für einen Patientensturz kann ein fehlendes Bettgitter sein. Somit fehlt eine entsprechende Sicherung. Hierfür kann es zwei Gründe geben. Entweder wurde der Patient nicht sturzgefährdet eingestuft oder nicht entsprechend der internen Pflegepläne versorgt, die für Risikopatienten die Anbringung von Bettgittern vorsieht. Andererseits kann es auch vorkommen, dass ein Patient dennoch aus dem Bett fällt, obwohl ein Bettgitter angebracht wurde. Dies ist möglich, wenn der Patient selbst versucht, sein Bett zu verlassen und auf die Hilfe einer Pflegekraft verzichtet.

Wenn der Patient davon in Kenntnis gesetzt ist, dass das Krankenhaus, in dem er zukünftig behandelt wird, am Risikomanagement teilnimmt und weiß, welches der Systeme in diesem Haus Anwendung findet, trägt dies in großem Maße zu seiner Sicherheit bei. Des Weiteren steigt damit die nach außen dokumentierte Qualität des Krankenhauses.

9.2.4. Mitarbeiterbefragung

Anhand eines Fragebogens soll herausgefunden werden, wie sicher sich ein Patient im Krankenhaus fühlen kann. Dies soll einerseits im Rahmen des Qualitätsmanagements zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit, andererseits im

Rahmen des Risikomanagements zur Patientensicherheit beitragen. Es geht darum, die gegenwärtige Situation auf mögliche negative Folgen hin kritisch zu hinterfragen. Die Beurteilungen der Mitarbeiter sollen eine Basis für notwendige Umstrukturierungen bilden und als Informationen für Verbesserungen im Krankenhaus dienen. Ein Ausschnitt eines möglichen Fragebogens befindet sich im Anhang.

9.2.5. Fehlermeldeformular für Krankenhausmitarbeiter

Ein solches Meldeformular soll es ermöglichen, alle krankenhausesinternen Fehler zu dokumentieren. Hierbei handelt es sich z. B. um kritische Zwischenfälle, Beinahevorkommnisse etc. Bei der Angabe der Daten soll auch der Grund des Zwischenfalls sowie des Zeitfaktors, der dabei eine Rolle gespielt hat, Berücksichtigung finden (vgl. Merten 2004: A 162). Die Daten werden gesammelt, strukturiert und ausgewertet. Dabei ist es wichtig, dass alle Angaben, die von berechtigten Nutzern gemacht werden, eingesehen und elektrisch diskutiert werden können. Rückschlüsse auf einen bestimmten Mitarbeiter werden ausgeschlossen.

Auch für den meldenden Krankenhausmitarbeiter soll hierbei ein persönlicher Nutzen i. S. eines Fortbildungseffektes entstehen. Besonders wichtig für ein Meldeformular ist seine Qualität. Die Fragen zum Ereignis müssen sich auf ein wesentliches Minimum beschränken, auf die Tätigkeiten der verschiedenen Fachgebiete ausgerichtet sowie in einfacher Sprache verfasst sein.¹⁹ Dies ist wichtig, damit auch Pflegende und medizinische Praxisassistenten/innen Fehler melden können. Ein computergestütztes Meldesystem würde die Auswertung vereinfachen und rationalisieren.²⁰ Parallel dazu sollte eine Meldevariante auf griffbarem Papier vorhanden sein. Bezüglich der internen und externen Anonymität könnte z. B. auf das ASAS-Sicherheitssystem von HIN (Health Info Net) zurückgegriffen werden. Mit diesem System arbeiten bereits viele Krankenhäuser in der Schweiz. Es ist zu prüfen, ob dieses System auch in Deutschland Anwendung finden kann. Jedoch muss bezüglich der Kompatibilität mit anderen Computersystemen daran noch gearbeitet werden.

9.2.6. Balanced Scorecard

Die Balanced Scorecard ist ein Instrument des strategischen Managements und beinhaltet Methoden zur Entwicklung, Umsetzung, Kommunikation und Monitoring von Unternehmensstrategien. (vgl. Heberer et al. 2002: 428). Sie ba-

¹⁹ Vgl. <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-098.PDF>, abgerufen am 14.12.2004.

²⁰ Vgl. <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-098.PDF>, abgerufen am 14.12.2004.

siert auf ebenso einfacher wie sinnvoller Strukturierung betrieblichen Handelns in die vier Dimensionen Finanzen, Kunden, interne Prozesse und Innovation. Das Konzept der Balanced Scorecard besitzt grundsätzliche Gültigkeit, da ein Unternehmen ohne Innovation, kompetitive Prozessqualität, Zufriedenheit der Kunden und einem ausgleichenden Finanzergebnis längerfristig nicht bestehen kann (vgl. Heberer et al. 2002: 428). Durch die Feststellung z. B. finanzieller Probleme im Unternehmen unter Einbezug dieser Erkenntnisse in die Prozess- und Ablauforganisation des Unternehmens bewährt sich das Konzept der Balanced Scorecard sowohl im Qualitäts- als auch im Risikomanagement. Weitere Eigenschaften der Balanced Scorecard sind z. B. der Strategiebezug sowie Potential zur Konfliktlösung und Kommunikation.

„Leitbild, resultierende Unternehmensziele und Unternehmensstrategien bestimmen die Detailziele in den vier Dimensionen der Scorecard“ (Heberer et al. 2002: 428). Darüber hinaus bestehen dimensionale Abhängigkeiten der Detailziele, die sich in ihrer Wirkung gegenseitig unterstützen (vgl. Heberer et al. 2002: 428). Beispielsweise bestimmt die Strategie des Krankenhauses, welche Finanzmittel für welche Innovation bereitgestellt werden müssen, um interne Prozesse zu optimieren. In engem Zusammenhang stehen damit die Patientenbindung sowie die Refinanzierung der eingesetzten Investivmittel. Durch strategische Kartierung werden Ursache-Wirkungs-Beziehungen der Detailziele dargestellt, so dass Konflikte erkannt und gelöst werden können. Die Balanced Scorecard erfüllt somit wesentliche Bedingungen, die an ein strategieorientiertes Führungssystem gestellt werden. Jedoch ist hierfür Voraussetzung, dass finanzielle Mittel und Informationstechnologien vorhanden sind, die Führungsebene engagiert sowie die Spitalstrategie angemessen ist.

10. Prävention medizinischer Fehler und deren Risikofaktoren

„Unter Prävention versteht man alle medizinischen und sozialen Anstrengungen, die Gesundheit zu fördern und Krankheit und Unfälle sowie deren Folgen zu verhüten.“²¹ Durch Prävention und Gesundheitsförderung kann das Auftreten von Gesundheitsproblemen und Krankheiten vermindert oder hinausgezögert werden.²² Präventionsansätze beinhalten die Einführung von Qualitätssicherungs- und Managementinstrumenten in Krankenhäusern.²³

Hinzu kommt die Analyse zusammengefasster Fehlervorwürfe, z. B. jene der Gutachterkommission, des medizinischen Dienstes sowie die Entwicklung von Leitlinien.

²¹ <http://www.infektionsnetz.at/TextExtPraevention.phtml>, abgerufen am 05.12.2004.

²² <http://www.aezq.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view>, abgerufen am 03.12.2004.

²³ <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/16/207a0203.asp?cat=/politik/gesundheits-systems>, abgerufen am 27.10.2004.

Jedoch werden vorhandene Präventionsmaßnahmen im Gesundheitsbereich in Deutschland noch zu wenig propagiert. Sie müssen durch die Bundesgesundheitsministerin mit gezielten Aktivitäten noch mehr unterstützt werden. Ein Grund für fehlende Maßnahmen könnte die schwierige Quantifizierung von Erfolgen sein, welche oft erst mittel- bzw. langfristig auftreten. Dies gilt insbesondere für die finanziellen Vorteile.²⁴

Wenn Planungssicherheit zu Ausmaß und Prioritäten der Fehlerproblematik hergestellt werden kann, müssen zunächst für besonders risikoträchtige Konstellationen Programme zur Fehlervermeidung entwickelt und implementiert werden.²⁵ Hier handelt es sich vorrangig um verhaltensorientierte Trainingsmaßnahmen für medizinisches Personal zur Fehlererkennung und -vermeidung. Faktoren wie unzureichendes Fehlerbewusstsein, unangemessenes Offenlegen von Fehlern sowie zu geringe Fehlermeldungen sollen dabei analysiert werden.

Ein möglicher Themenkatalog für ärztliche Informations- und Aufklärungskampagnen zu Fehlern in der Medizin könnte wie folgt aussehen:

- Verpflichtung zur Fehlermeldung nach dem Berufsrecht,²⁶
- Individuelle Aspekte: Bewusstsein und Umgang mit Fehlern,
- Offenlegung von Fehlern, Hemmungen und Konsequenzen,
- Fehlertypenerfassung und -meldung,
- Fehlervermeidung und dazugehörige Strategien und Techniken,
- Techniken des Qualitäts- und Risikomanagements etc.

Es ist wichtig, dass diese Qualitätsmaßnahmen durch Anreizsysteme für die Beteiligung an Programmen zur Fehleridentifizierung und -vermeidung ergänzt werden, um Verhaltensänderungen verzeichnen zu können.²⁷ Ein Beispiel könnte die Aufnahme der Meldungen für unerwünschte Arzneimittelwirkungen in den Katalog erstattungsfähiger ärztlicher Leistungen sein.

11. Schlussbetrachtung

Nur mit einer konsequenten Verbesserung des Risikomanagements lassen sich Schadensfälle reduzieren und die Qualität im Krankenhaus verbessern. Jeder erkannte Irrtum oder Missstand und die daraus möglicherweise folgende Schadensverhinderung kann nur ein Gewinn für jedes Krankenhaus sein. Ein vor-

²⁴ [Http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2002-37/titel.htm](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2002-37/titel.htm), abgerufen am 04.12.2004.

²⁵ [Http://www.aeqz.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view](http://www.aeqz.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view), abgerufen am 03.12.2004.

²⁶ [Http://www.aeqz.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view](http://www.aeqz.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view), abgerufen am 03.12.2004.

²⁷ [Http://www.aeqz.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view](http://www.aeqz.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view), abgerufen am 03.12.2004.

vorhandenes Risikomanagementsystem im Unternehmen dient nicht nur der Erkennung von Risiken, sondern leistet auch einen Beitrag zur Identifikation langfristiger Erfolgspotentiale und zur Steigerung des Unternehmenswertes i. S. d. Qualitätsmanagements. Jedoch kann eine Qualitätssicherung allein das Risikomanagement nicht ersetzen, sondern Haftungsaspekte nur mit einem solchen umfassend erkennen und beeinflussen (vgl. Martin 2000: 5). Ziel eines jeden Krankenhauses sollte es sein, ein integriertes Qualitätsmanagement anzustreben, das Qualität und Risiko in gleichem Maße berücksichtigt. Vorgenanntes kommt gleichzeitig den Mitarbeitern zu Gute, die aus rechtlicher Sicht somit in einem sicheren Umfeld arbeiten und die Qualität des Hauses nach Außen hin vertreten können.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass der Behauptung, Qualitätsmanagement sei ein Instrument des Risikomanagements, zugestimmt werden kann. Die Transparenzmachung der Risiken und die Vorbeugung der Schäden erfolgt mit Hilfe von Qualitätsmanagementmaßnahmen. Beispiele wären hierfür die regelmäßige Wartung der technischen Geräte im Krankenhaus oder das qualifizierte Personal. Diese Maßnahmen erhöhen die Patientensicherheit und die Folgen sind weniger Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen. Krankenhäuser die i. S. d. Qualitätsmanagements bereits zertifiziert sind, legen damit die Grundlage für die Optimierung der Klinikabläufe und somit für höhere Rechtssicherheit.

Andererseits ist ein Rückschluss möglich, Risikomanagement als Instrument des Qualitätsmanagements zu sehen. In diesem Sinne kann hier durch die Transparenzmachung der Risiken und durch die Vorbeugung der Schäden einem Imageverlust des Krankenhauses auf Grund von gerichtlichen Auseinandersetzungen mit dem Patienten vorgebeugt werden. Durch das Betreiben eines Risikomanagements kann sich der Patient bzgl. seiner gesundheitlichen Behandlung im Krankenhaus sicherer fühlen. Dies ist wiederum für die Patienten ein Qualitätskriterium. Um die Qualität im Krankenhaus zu verbessern bzw. beizubehalten, sollte deshalb in jedem Krankenhaus ein Risikomanagementsystem eingeführt werden. Somit kann der Risikomanagementansatz auch als notwendiger Baustein im integrierten Qualitätsmanagementansatz definiert werden.

Letztendlich stehen oft beide Managementansätze in einem engen und sehr effektiven Austausch.

Literaturverzeichnis

- Grube, C./Schaper, N./Graf, B. M.** (2002): Man at Risk, Aktuelle Strategien zum Risikomanagement in der Anästhesie, in: Der Anaesthetist, Springer Verlag, 4/2002, S. 239-240.
- Hansis, Martin L.** (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 6/2002, S. 53.

- Härting**, Hans (2004): Sicherheitsstandards und Checklisten, in: *Speculum* 1/2004, S. 6.
- Heberer, M./Imark, P./Bogdan, B./Freiermuth, O./Hurlebaus, T./Juhasz, E./Bodoky, A.** (2002): Welche Kennzahlen braucht die Spitalführung?, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 2002, S. 428.
- Hett, Annabelle/Schneider, Reto** (2003): Ansteckung mit Prionen? Spitäler brauchen Risikomanagement, in: *Focus Report*, 2003, S. 4-11.
<http://europa.eu.int/comm/food/risk/session1.1.de.pdf>, abgerufen am 03.12.2004.
<http://www.aezq.de/projekte/patientensicherheit/schlussfolgerungen/view>, abgerufen am 03.12.2004.
http://www.ärztezeitung.de/docs/2001/11/16/207a0203.asp?cat=/politik/gesundheitsystem_uns, abgerufen am 27.10.2004.
<http://www.dr-eick-de/aktuelles/ppt/9.Doppelstunde-Risk-Management.ppt>, abgerufen am 15.12.2004.
<http://www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/personen/projekt/risikoma.htm>, abgerufen am 14.12.2004.
<http://www.infektionsnetz.at/TextExtPraevention.phtml>, abgerufen am 05.12.2004.
<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2002-37/titel.htm>, abgerufen am 04.12.2004.
<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-098.PDF>, abgerufen am 14.12.2004.
http://www.sekis-berlin.de/patienten/pat_set.htm?/patienten/pat_ak_press.htm, abgerufen am 15.12.2004.
<http://www.welt.de/data/2003/02/01/37880.html?prx=1>, abgerufen am 05.12.2004.
- Jaeckel**, Roger (2003): Künftige Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg, Strukturwandel ohne Qualitätsverluste, in: *Landkreisnachrichten* 42. Jahrgang, Heft 3/2003, S. 205-208.
- Kunz**, Caroline (2004): Teamentwicklung und Kommunikation, in: *Speculum* 1/2004, S. 7.
- Martin**, Klaus (2000): Im Zweifelsfall für den Patienten – Arzthaftung und Risk Management im Krankenhaus, in: *Versicherungswirtschaft*, Heft 13/2000. S. 1-5.
- Merten**, Martina (2004): „Schweiz als Vorreiter“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 4, Januar 2004, S. A 162.
- Müller**, Wolfgang (2004): Risikomanagement im Krankenhaus – damit Sicherheit kein Zufall ist, in: *Speculum* 1/2004, S. 7.
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft** (2000): *Krankenhaus-Risk-Management – Risikoassessment – ein Instrument zur Schadensprävention*, München, 2000, S. 1-8.
- Ollenschläger**, Günter (2001): Medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit, in: *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri*, 2001; 82. Jg., Nr. 26, S. 1405.
- Pateisky**, Norbert (2004): Medizinische Kompetenz und klinisches Risikomanagement, in: *Speculum* 1/2004, S. 5.
- Reif**, Marina (2004): Ungesteuerter Zusammenbruch, in: *Krankenhaus Umschau*, 6/2004, S. 532.
- Robert Koch-Institut** (2001): Medizinische Behandlungsfehler, in: *Gesundheitsberichter-*

stattung des Bundes, Heft 04/2001, S. 1-14.

Schütz, H./Wiedemann, P. M./Hennings, W./Mertens, J./Clauberg, M. (2003): Vergleichende Risikobewertung, Konzepte, Probleme und Anwendungsmöglichkeiten, Schriften des Forschungszentrums Jülich, Reihe Umwelt/Environment, [Forschungs-zentrum Jülich GmbH], Jülich 2003, S. 26-33.

Tengler, Christine (2003): Aus Zwei mach Eins, in: Krankenhaus Umschau 6/2003, S. 501.

VDGH Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (Hrsg.) (2002): Maßgeschneiderte Pharmakotherapie – Trend der Zukunft im Gesundheitswesen?, Ausg. 2/2002, Frankfurt am Main, S. 1-4.

Von Eiff, Wilfried/Middendorf, Conrad (2004): Klinisches Risikomanagement – kein Bedarf für deutsche Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 7/2004, S. 537-542.

Wiedemann, Peter M. (1993): Risikokommunikation, in: Holger Schütz/Peter M. Wiedemann (Eds.), Schlüsselbegriffe der Technikbewertung, [IMK] Frankfurt am Main 1993, S. 197-202.

Autorenangaben

Katrin Heduschka
c/o Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

Anhang: Mitarbeiterfragebogen zur Patientensicherheit

Gründe der Mitarbeiterbefragung und vertrauliche Behandlung der Daten

Geschlecht:

Männlich Weiblich

Alter: _____ Jahre

Familienstand: _____

Nationalität: _____

In welcher Fachrichtung sind Sie derzeit beschäftigt? _____

Pflege Arzt

In welcher Funktion sind Sie derzeit beschäftigt? _____

Als wie wichtig bewerten Sie nachfolgende Arbeitsbereiche für die Entstehung von Patientenschäden?

Krankenhaushygiene

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Röntgenstrahlung

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Patientenbeobachtung/-betreuung

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Informationsaustausch zw. dem Personal

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Angehörigen, Hausarzt

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Bestelldauer von Medikamenten

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Stress, Zeitknappheit und zu lange Arbeitszeiten

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

Medikamentenverteilung

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Nicht wichtig

*Dokumentationen**(Vollständigkeit, Lesbarkeit)*

- Sehr wichtig
 Wichtig
 Nicht wichtig

Abteilungsinterne Fortbildungen

- Sehr wichtig
 Wichtig
 Nicht wichtig

Arbeitsteilung

- Sehr wichtig
 Wichtig
 Nicht wichtig

Welche der folgenden Probleme kommen in Ihrem Hause vor und führen zum Risiko für Patienten? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Unterlassen einer notwendigen Diagnostik o. Therapie
 Verzögerungen von Befunden
 Mangel an Kontrolle der Anordnungen und Ausführung
 Mangelnde Patientenbeobachtung und -betreuung
 Fehler bei der Medikamentenverabreichung
 Mangelnde Krankenhaushygiene
 Verzögerungen bei der Medikamentenbeschaffung
 Falsche Dosierungen von Medikamenten

Häufigkeiten von Fehlern im Krankenhaus
--

Bitte schätzen Sie, bei wie vielen Patienten in Ihrem Krankenhaus von 1000 kommt es zu

Unerwünschten Ereignissen während des

<i>Krankenhausaufenthaltes</i>	_____ Patienten
<i>einem Behandlungsfehler</i>	_____ Patienten
<i>einem behandlungsbedingten Schaden</i>	_____ Patienten

Unerwünschte Ereignisse:

Bitte schätzen Sie, wieviel Prozent der unerwünschten Ereignisse in ihrem Krankenhaus wären *eventuell vermeidbar* gewesen? _____ %
 sind *auf Fehler zurückzuführen*? _____ %

Zusammenarbeit der Schnittstellen im Krankenhaus

Bei der Arbeit in unserem Krankenhaus gibt es Probleme in der Zusammenarbeit mit:

- Ärzten
- Hausärzten
- Pflegekräften
- Stationen
- Abteilungen
(z. B. Chirurgie, Gynäkologie)
- Funktionsabteilungen
(z. B. Labor, Röntgen)

Folgen von Problemen in der Zusammenarbeit:

Wenn es in Frage Probleme in der Zusammenarbeit gibt, welche Folgen können sie haben?

- Schlechtes Arbeitsklima
- Unklare Zuständigkeiten
- Missverständnisse
- Informationsverluste
- Sonstiges _____

Informationsquellen

Aus welcher Quelle erhalten Sie als Mitarbeiter im Krankenhaus die wichtigsten Informationen über den Behandlungsverlauf der Patienten?

- Durch Visite
- Durch die Übergaben
- Aufgrund der Dokumentationen
- Durch Nachfrage beim Patienten
- Durch Nachfrage beim behandelnden
Arzt bzw. Pflegepersonal
- Sonstiges _____

Hektik

Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Die Ärzte bzw. Pflegekräfte auf den Stationen haben mehr Arbeit, als sie bewältigen können

Arzt

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Pflegekräfte

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

In unserem Krankenhaus geht es hektisch zu

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Sicherheit**Nach kritischen Vorfällen wird nach den Ursachen geforscht**

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Beinaheunfällen sind bei uns stets mit Konsequenzen verbunden

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Neue Mitarbeiter werden bei uns umfassend eingearbeitet

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Bei uns finden regelmäßig Teambesprechungen für alle Mitarbeiter statt

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu

- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Sicherheitsbewusstsein

Der Patient muss bei der Behandlung im Krankenhaus ein mögliches Risiko in Kauf nehmen

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Behandlungszwischenfälle hat unser Krankenhaus im Griff

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Auch wenn ich unter Stress stehe, dürfen mir Behandlungsfehler nicht unterlaufen

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Sicherheitsverhalten

Ich sichere mich bei meinen Entscheidungen sehr gut ab

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Ich hole mir stets eine zweite Meinung ein

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Alle Mitarbeiter im Krankenhaus kontrollieren sich gegenseitig

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

Ich nehme regelmäßig an Weiterbildungen zu meinem Aufgabenbereich teil, um stets über Neuigkeiten informiert zu sein

- Stimme ich absolut nicht zu
- Stimme ich eher nicht zu
- Stimme z. T. zu
- Stimme voll und ganz zu

WDP – Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 02/2006: Kathrin Behlau: Arbeitszeitmodelle im Kinderzentrum Mecklenburg – Job-Sharing und Arbeitszeitkonten –
- Heft 03/2006: Christin Possehl: Das Eigenkapitalverständnis des IASB
- Heft 04/2006: Ines Pieplow: Zur Problematik der Abgrenzung von Eigen- und Fremdkapital nach IAS 32
- Heft 05/2006: Rüdiger-Waldemar Nickel: Der Markenwert. Ermittlung – Bilanzierung – Auswirkungen von IFRS
- Heft 06/2006: Jost W. Kramer: Sozialwirtschaft – Zur inhaltlichen Strukturierung eines unklaren Begriffs
- Heft 07/2006: Monika Paßmann: Potential und Grenzen automatischer Verhaltensmuster als Instrument erfolgreichen Selbstmanagements
- Heft 08/2006: Mandy Hoffmann/Antje Deike: Analyse der Auslandsaktivitäten von Unternehmen in Westmecklenburg
- Heft 09/2006: Jost W. Kramer: Grundkonzeption für die Entwicklung eines Qualitätsmanagements im sozialwirtschaftlichen Bereich
- Heft 10/2006: Dierk A. Vagts: Ärztliche Personalbedarfsermittlung in der Intensivmedizin
- Heft 11/2006: Andreas Beck: Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ratingkriterium – unter besonderer Berücksichtigung von NPO-Krankenhäusern
- Heft 12/2006: Robert Löhr: Tax Due Diligence bei Kreditinstituten – eine Betrachtung ausgewählter Bilanz- und GuV-bezogener Analysefelder bei der Ertragsbesteuerung
- Heft 13/2006: Kristine Sue Ankenman: Austrian Neutrality: Setting the Agenda
- Heft 14/2006: Jost W. Kramer: Co-operative Development and Corporate Governance Structures in German Co-operatives – Problems and Perspectives
- Heft 15/2006: Andreas Wyborny: Die Ziele des Neuen Kommunalen Rechnungswesens (Doppik) und ihre Einführung in die öffentliche Haushaltswirtschaft
- Heft 16/2006: Katrin Heduschka: Qualitätsmanagement als Instrument des Risikomanagements am Beispiel des Krankenhauses