

Martin L. Hansis

Allgemeine Grundsätze des Risikomanagements im Krankenhaus

1. Antizipation: Erster Schritt des Risikomanagements ist die Antizipation – das Vorauserkennen und Voraus-Ahnen möglicher künftiger Risiken oder risikobehafteter Konstellationen. Ein solches Vor-Abschätzen wird durch die Rechtsprechung umfassend verlangt, und zwar sowohl von den (organisatorischen) Klinikleitungen (Geschäftsführungen etc.) wie von den Chefarzten.

Die Ideenfindung „was könnte passieren“ wird aus mehreren Quellen gespeist: Der systematischen Aufarbeitung und Nachbetrachtung manifest gewordener Fehler (vor allem aus den erhobenen Schadensersatzansprüchen), der systematischen Aufarbeitung und Nachbetrachtung der eingegangenen Risikomeldungen und Beschwerden sowie dem laufenden Studium einschlägiger Publikationen einschl. der Kommunikation mit anderen ähnlich Zuständigen.

Fachspezifisch bzw. Abteilungsspezifisch findet eine solche Nachbetrachtung zum Beispiel in Form von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M- und M- Konferenzen) in festem Rhythmus alle zwei oder drei Monate statt.

Gegenstand der Antizipation ist auch – so banal das klingen mag – die regelhaft wiederkehrende Betrachtung gesetzlicher und ähnlicher Normen. Bei peer audits bzw. externen Zertifizierungsaudits erlebt man immer wieder, dass bestimmte Regeln schlicht vergessen werden, vor allem Regeln, die im klinischen Alltag wenig präsent sind. Dazu zählt man zum Beispiel die Pflichten des Arbeits- und Brandschutzes zur jährlichen Schulung der Mitarbeiter oder die Datenschutzpflichten in Zusammenhang mit dem internen und externen mail-Verkehr. Die Liste antizipierend zu bearbeitenden Risiken wird deshalb überprüft und ggf. ergänzt durch einen wenigstens alle drei Jahre stattfindenden Durchgang durch die hausinterne Auflistung der relevanten Gesetze und Normen.

Aus diesen Quellen wird unter Federführung des Risikobeauftragten ¹ des Hauses einmal jährlich ein Risikobericht erstellt (bzw. der Bericht des Vorjahres fortgeschrieben). Es ist unverzichtbar, dass an diesem Bericht alle Führungspersonen mitarbeiten, ihr eigenes Wissen und ihre eigene Risikogewichtung einbringen. Dies geschieht zum Beispiel im Delphi-Verfahren; Ersterstellung und Schlussredaktion können beim Risikobeauftragten liegen, Schlussabnahme bei der Geschäftsführung. Aus diesem Risikobericht wird abgeleitet, welche der hausinternen Regeln ² (Arbeitsanweisungen) zeitnah zu ändern bzw. neu zu erstellen sind.

Die Verantwortung dafür, dass der Prozess der „Identifikation möglicher Risiken“ regelhaft stattfindet, und dass dabei nichts Wesentliches übersehen wird, liegt bei der Unternehmensleitung. In der Logik des DIN ISO 9001 (2008 oder später) stellt die systematische Identifikation potentieller

¹ Die vorliegende Schrift verwendet in der Regel entweder nur die weibliche oder nur die männliche Form – je nachdem, was im Kontext sinnvoll ist und sprachlich passt. Dieses Vorgehen ist nicht diskriminierend zu verstehen.

² Die Literatur kennt feinsinnige Unterscheidungen zwischen „Arbeitsanweisungen“, „Standards“, „Prozessbeschreibungen“, „internen Leitlinien“, „SOP – standard operation procedures“ usw. Die vorliegende Schrift verwendet einheitlich den Begriff „Arbeitsanweisung“.

Risiken und damit die Identifikation von internem Regelungsbedarf bereits ein eigenständige Leitungsaufgabe dar:

„Die Organisation muss...die für das Qualitätsmanagementsystem erforderlichen Prozesse und ihre Anwendung in der gesamten Organisation festlegen ... die erforderlichen Maßnahmen treffen, um die geplanten Ergebnisse sowie eine ständige Verbesserung dieser Prozesse zu erreichen.“

Während in der Logik der DIN also die Identifikation der „erforderlichen Prozesse“ bzw. "erforderlichen Maßnahmen“ im Unternehmen selbst zu erbringen ist, nimmt der KTQ-Katalog³ der Klinikleitung diese Aufgabe ab: Hier hat ein nationales Gremium festgelegt, wo welche Risiken für Krankenhäuser liegen und wie denen zu begegnen ist.

2. Interne Regeln (Arbeitsanweisungen): Rückgrat der Risikoprävention ist das Festlegen und Ausformulieren der hausinternen Arbeitsregeln für medizinische und nicht-medizinische Bereiche und Verankerung in Arbeitsanweisungen. Diese sind in ihrer Diktion und Regelungstiefe an die Gegebenheiten des Hauses und den Kenntnisstand der Mitarbeiter angepasst. Sie werden auf eine einheitlich systematische Weise bekannt gemacht und ständig vorgehalten. Ideal ist eine Veröffentlichung im Intranet, da so das Überarbeiten und die allgemeine Zugänglichkeit einfach zu handhaben sind; veraltete Versionen in veralteten Ordnern in verstaubten Regalen sind damit leicht zu vermeiden.

Die Frage der Kenntnisnahme und Gültigkeit muss man regeln. Zum Beispiel so:

„Kenntnis vom Inhalt des Handbuchs wird bei neuen Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern ab dem fünften Arbeitstag vorausgesetzt soweit dieser den spezifischen Arbeitsbereich der betreffenden Mitarbeiterin / des betreffenden Mitarbeiters betrifft. Leserecht besteht für alle Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter für alle Handbuch-Einträge... Es liegt in der fachlichen Verantwortlichkeit der einzelnen Vorgesetzten zu entscheiden, ob bzw. wie neue Dokumente gesondert bekanntgemacht werden müssen.“⁴

Nach ihrer Natur haben die Arbeitsanweisungen Leitliniencharakter. Das heißt, sie stellen einen Regelablauf dar, der unter Umständen verlassen werden muss. Dazu im selben Dokument:

„Die Ausführungen im QOH haben Leitliniencharakter. Das heißt, sie stellen Handlungsempfehlungen für Standardfälle dar. In keinem Fall dürfen Ausführungen des Qualitäts- und Organisationshandbuchs Grundlage für offenkundig fehlerhaftes oder unsinniges Handeln sein. Wenn im Einzelfall eine Vorgabe des QOH zu einem vorhersehbaren Schaden (für Patienten, Mitarbeiter oder für das Unternehmen) führen würde, so ist jede Mitarbeiterin / jeder Mitarbeiter verpflichtet, von den Vorgaben abzuweichen und dies entsprechend zu dokumentieren. Darüber hinaus ist jede Mitarbeiterin / jeder Mitarbeiter verpflichtet, der Abteilung Qualitätsmanagement oder der Geschäftsführung sofort mitzuteilen, wenn Fehler im Qualitäts- und Organisationsbuch zu finden sind.“

³ Die Organisation „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)“ bietet ein Verfahren der Systemzertifizierung für Krankenhäuser an. Der Selbstbewertungskatalog gibt die zu bearbeitenden risikobehafteten Bereiche vor. <http://www.ktq.de/index.php?id=9>

⁴ „Grundsätzliche Hinweise zum Qualitäts- und Organisationshandbuch“, Städt. Klinikum Karlsruhe, Stand 31.8.2014

Drei organisatorische Bereiche sind besonders oft Gegenstand von Gerichtsentscheidungen: Personaleinsatzplanung, technische und bauliche Sicherheit sowie Vorkehrungen für medizinische Notfälle bzw. richtiges Verhalten, wenn sich ein Risiko beginnt zu verwirklichen.

- In der Personaleinsatzplanung geht es besonders oft um die Frage, welche Tätigkeit Nicht-Fachärzten übertragen werden kann, welche Tätigkeiten von Ärzten an Nicht-Ärzte übertragen werden können (vertikale Delegation), und was die angemessene Personalausstattung für bestimmte Situationen bzw. Arbeitsbereiche (z.B. Nachtdienste) sei.
- Für technische und bauliche Sicherheit zu sorgen sind typische Aufgaben der Krankenhausleitung.
- Richtiges Verhalten innerhalb der problematischen Situation: Vollständiges Risikomanagement versucht vorrangig, Risiken zu vermeiden, indem man sie erahnt und durch geeignete Abläufe und / oder Schulungen gar nicht erst eintreten lässt. Vollständiges Risikomanagement überlegt auch, was bei einem medizinischen Notfall zu tun ist, bzw. wenn ein Fehler eingetreten ist (mit oder noch ohne Schaden): Was ist konkret zu tun, wenn es zur Wundinfektion gekommen ist, wenn ein Medikament statt intravenös intraarteriell gespritzt wurde, wenn die Operation begonnen wurde, obwohl keine Einverständniserklärung vorliegt oder wenn ein Mitarbeiter eine Aktentasche voll Krankenakten in der Straßenbahn hat liegenlassen? Die Rechtsprechung fordert gerade auch diese vorausschauenden Festlegungen für den „beginnenden Schadensfall“ ausdrücklich. Auch diese Festlegungen gehen natürlich in das Handbuch ein (Ziff. 2) und sind (mit besonderem Nachdruck) Gegenstand von Schulungen. Dem richtigen Umgang mit dem „in Verwirklichung begriffenen Risiko“ muss bei allen Schritten des Risikomanagements ganz besondere Aufmerksamkeit gezollt werden.

3. Schulung: Teil der Antizipation ist es, abzuschätzen, welche Verhaltensweisen, welche Techniken einmalig oder auch regelmäßig zu schulen sind. Typische Schulungsmaßnahmen sind:

- Curriculare Weiterbildung für Pflegekräfte bzw. Ärzte (Ziel: Fachpflegekraft bzw. Facharzt)
- Laufende fachspezifische Fortbildung
- Kollegiale Informationen über Kongressbesuche etc.
- Journal Club (regelmäßiger Austausch über aktuelles aus der Fachliteratur)
- Regelmäßig wiederkehrende Schulung medizinischer Notfälle (ggf. nach Berufsgruppen abgestuft)

- Normativ vorgegebene Schulungen (Brandschutz, Arbeitsschutz, Strahlenschutz und Umgang mit Biostoffen je einmal jährlich, Hygiene „regelmäßig“, Nutzereinweisung für Medizinprodukte durch Beauftragte Personen)
- Vorhalten von Personen, die normativen Schulungen genügen (Fachkunde Rettungsdienst bzw. Strahlenschutz bzw. Sterilgutaufbereitung, hygienebeauftragte Ärzte etc.)
- Vertiefte Informationen zu neuen internen Regularien, ggf. auch zu aktuellen Problemen.

So war es zum Beispiel aus aktuellem Anlass im Laufe des Jahres 2013 geboten, die liquidationsberechtigten bzw. kassenärztlich ermächtigten Ärzte gesondert und auf ihre Pflichten zur persönlichen Leistungserbringung hinzuweisen.

Vernünftigerweise wird man die Schulungen in einem Gesamtpaket planen. Erinnerungsfunktionen für Mitarbeiter sowie Anwesenheitsnachweise (sowohl personenindividuell als auch auf den betreffenden Inhalt bezogen) können im Streitfall den Nachweis erleichtern, dass das Haus bzw. der betreffende Chefarzt den Schulungs-Pflichten nachgekommen sind. Zwischen Schulungen mit persönlicher Anwesenheit, schriftlichen Hinweisen und e-learning-Programmen wird man eine vernünftige Balance suchen.

4. Ergebnis-Überprüfung durch Indikatoren: Die Ergebnisüberprüfung durch zuvor festgelegte Indikatoren ist eine der klassischen Formen des systematischen Qualitäts- und Risikomonitorings.

- Die durch die Krankenhäuser auf Grund gesetzlicher Pflichten auszuleitenden Ergebnismesswerte bilden sowohl einzelne Prozessschritte ab (gefragt wird zum Beispiel nach der Durchführung einer antibiotischen Prophylaxe vor einer Operation) als auch sog. Endpunktmessungen (z.B. Komplikations- oder Mortalitätsraten). Diese durch Vertreter zahlreicher krankenhauserferner Interessengruppen festgelegten Indikatoren jedoch sind in ihrer Mehrheit für das konkrete Risikomanagement, für das konkrete Erkennen von Schwachstellen oder auch der Arbeitsgüte in risikobehafteten Bereichen etc. nicht geeignet..
- Deutlich mehr dem konkreten Nutzen der Leistungserbringer sehen sich – auch mit den vorgegebenen Messwerten – die beiden großen träger- und einrichtungsübergreifenden qualitätsorientierten Krankenhausgruppierungen „Initiative Qualitätsmedizin (IQM)“⁵ bzw. „Qualitätskliniken.de“⁶ verpflichtet. Dicht am risikobehafteten Geschehen und mit hohem direkten Informationsnutzen für Krankenhäuser sind die Hygieneüberwachungsprogramme des „Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ)“⁷.

In der Rechtsprechung spielt die Arbeit mit Qualitätsindikatoren keine wesentliche Rolle – mit Ausnahme einzelner Hinweise auf eine Infektionsstatistik.

⁵ <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>

⁶ <http://www.qualitaetskliniken.de/>

⁷ <http://www.nrz-hygiene.de/>

5. Überprüfung durch Audits / persönliche Inaugenscheinnahme: Das Überprüfen durch persönliche Inaugenscheinnahme ist wohl die älteste Form der risikoorientierten Überprüfung überhaupt. Ob die erfahrene Pflegekraft der unerfahrenen, der Facharzt dem Nicht-Facharzt, der Arzt dem nicht-ärztlichen Mitarbeiter beim Arbeiten oder der Brandschutzbeauftragte den Stationsmitarbeitern bei der Probeevakuierung kritisch zuschaut – stets zählt der Gesamteindruck, wie der Betreffende mit seiner Aufgabe umgeht. Auch wenn theoretisch das Verfahren positiv wie negativ einen aus der Situation heraus falschen Eindruck vermitteln kann, wird eine persönliche Beobachtung – vor allem wenn sie mehrfach durchgeführt wird – vor allem für komplexe Abläufe immer noch die verlässlichste Information liefern.

Das gilt auch für die strukturierte Beobachtung von komplexen Abläufen – für Audits. Auch hier gilt: Alleine schon der Vorgang des Beobachtens (interner Beobachter oder externer Beobachter) hat strukturierende und aufmerksamkeitsfördernde Wirkung auf die Arbeitsabläufe. Audits wirken damit (bezogen auf Risiken) nicht alleine diagnostisch – sie haben bereits einen therapeutischen (risikovermindernden) Charakter.

Hier einzuordnen ist auch die Pflicht eines Krankenhauses, sich zu vergewissern, dass Leistungen, die einem Fremden übertragen wurden (Outsourcing) dort richtig und risikoarm erbracht werden.

6. Nicht-hierarchische, nicht-systematische risikorelevante Informationen: Die Erfassung von Indikatoren, das Durchführen von Audits plant das Krankenhaus selbst. Abgeleitet aus den antizipierenden Überlegungen (s. Ziff. 1) legt es fest, wann welche Form der Überprüfung stattfinden soll. Hieraus ergibt sich das systematische Problem, dass an ein Risiko eventuell überhaupt nicht gedacht wird und deshalb auch keine Arbeitsanweisungen, Schulungen und Überprüfungen vorgesehen werden.

Diese potentielle Lücke füllen die verschiedenen Formen der nicht-hierarchischen, nicht-systematischen risikorelevanten Informationen – die Beschwerden (von Patienten bzw. Angehörigen), die Risikomeldungen (von Mitarbeitern), die von Patienten vorgebrachten Haftungsansprüche, die Ergebnisse behördlicher Überprüfungen bzw. Begehungen sowie die Remonstration von Mitarbeitern des Krankenhauses.

- **Beschwerden und Risikomeldungen:** Externe Beschwerdeführer ebenso wie Mitarbeiter ohne Führungsaufgaben sind durch die genannten vorangehenden Schritte des Risikomanagements nicht bereits auf bestimmte Wahrnehmungen fokussiert. Beide Gruppen werden (wenn man sie erkennbar ernst nimmt und ihre Äußerungen ausdrücklich willkommen heißt) ihre positiven wie negativen Eindrücke zum Krankenhaus bzw. seinen organisatorischen Gliederungen frei schildern. Beide Informationsquellen müssen deshalb sorgfältig gepflegt werden, alle Äußerungen aufgegriffen und in den hier besprochenen

Regelkreis eingebracht werden. - Im eigenen Erleben haben Beschwerden und Risikomeldungen weit mehr konkrete risikoreduzierende organisatorische Änderungen ausgelöst als die ungleich aufwändiger zu erfüllenden gesetzlichen Datenübermittlungspflichten. - Im Zuge der Etablierung des Patientenrechtegesetzes wurde in § 137, SGB V auch die Pflicht zur Etablierung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen für Krankenhäuser gesetzlich verankert.

- Auch die Haftungsansprüche (gerichtlich oder außergerichtlich vorgebracht) werden auf ihre Aussagekraft bezüglich etwaiger systematischer Risiken des Hauses untersucht.
- Behördliche Begehungen werden von Krankenhäusern vielfach als störend empfunden. Auch deren Nutzen ist jedoch unverkennbar – auch sie werfen auf einzelne Leistungsbereiche einen unverstellten, nicht betriebsblinden Blick. Auch deren Ergebnis gehört in den Risikomanagement-Zyklus eingearbeitet (unabhängig vom Erfüllen konkreter Auflagen).

Eine Sonderform von Risikomeldungen außerhalb der vorgegebenen Routinen stellt die Remonstration von Mitarbeitern dar: Erkennen Mitarbeiter, dass sie gezwungen sind, unter Bedingungen zu arbeiten, die sie nicht verantworten können, sind sie verpflichtet, sich bei ihrem Vorgesetzten und / oder der Klinikleitung dagegen zu wehren (Remonstration).

Januar 2012