

Heike Anette Kahla-Witzsch, Olga Platzer

Risikomanagement für die Pflege

Ein praktischer Leitfaden

2., überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Die Autorinnen



Dr. med. Heike A. Kahla-Witzsch, MBA ist Fachärztin für Urologie und für Ärztliches Qualitätsmanagement sowie Risikomanagerin.

Weitere Veröffentlichungen der Autorin im Verlag W. Kohlhammer:

Heike A. Kahla-Witzsch (2010): *Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2008. Ein Leitfaden. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* 978-3-17-020943-5

Heike A. Kahla-Witzsch (2009): *Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.* 978-3-17-020540-6

Heike A. Kahla-Witzsch, Thomas Geisinger (2004): *Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Ein Leitfaden.* 978-3-17-017501-3

Heike A. Kahla-Witzsch/Alexandra Jorzig/Bruno Brühwiler (in Vorbereitung): *Das sichere Krankenhaus. Leitfaden für das klinische Risikomanagement.* 978-3-17-021611-2

Foto @ Anne Simon (www.fotografie-anne.de)



Olga Platzer ist Krankenschwester, Diplom-Pflegewirtin (FH), Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin sowie zertifizierte klinische Risikomanagerin nach ONR.

Heike Anette Kahla-Witzsch
Olga Platzer

Risikomanagement für die Pflege

Ein praktischer Leitfaden

2., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Alle Inhalte dieses Buches sind nach bestem Wissen und Gewissen sowie unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Informationen entstanden. Dennoch können trotz sorgfältiger Recherche Fehler nicht komplett ausgeschlossen werden. Die Autorinnen und der Verlag übernehmen aus diesem Grund keinerlei Gewährleistung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Die Beispiele zu Erfassungslisten, Checklisten und Standards verstehen sich ausschließlich als Hilfestellung zur Ausarbeitung individueller, bereichs- und standortspezifischer Regelungen und berechtigen nicht zu der Annahme, dass diese ohne weitere Prüfung und/oder Anpassung genutzt werden können.

2. Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-031983-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-031984-4

epub: ISBN 978-3-17-031985-1

mobi: ISBN 978-3-17-031986-8

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Vorwort zur 2. Auflage

Errare humanum est.
Irren ist menschlich.
(Seneca, 4 v. Chr. – 65 n. Chr.)

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der ersten Auflage war dieses Buch das erste Risikomanagementbuch, welches sich speziell an die Pflege richtete. Seitdem gab es viele Veränderungen, Weiterentwicklungen und neue Erkenntnisse auf dem Gebiet des Risikomanagements und der Patientensicherheit, sodass eine grundlegende Überarbeitung erforderlich wurde.

Wo immer Menschen tätig werden, kommt es zu Irrtümern aus Unwissenheit, mangelnder Sorgfalt oder Selbstüberschätzung. Seit das Institute of Medicine im Jahr 1999 seinen Report »To Err is Human – Irren ist menschlich« veröffentlichte, wurde dem Thema Risikomanagement im Gesundheitswesen und Patientensicherheit weltweit und auch in Deutschland zunehmende Aufmerksamkeit zuteil.

Handeln tut Not, da davon auszugehen ist, dass zwischen 5 und 10 % der in deutschen Krankenhäusern behandelten Patienten¹ ein unerwünschtes Ereignis erleiden (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2006, S. 3), ebenso zeigt eine Veröffentlichung aus den USA (Makary 2016, S. 353), basierend auf Daten aus dem Jahr 2013, dass dort der medizinische Fehler auf Platz 3 der Todesursachenstatistik, nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, rangiert. 14 Jahre nach der Veröffentlichung von »To Err is Human« und zahlreichen Initiativen und Anstrengungen zur Erhöhung der Patientensicherheit ist dies ein ernüchterndes Ergebnis.

Im Jahr 2013 trat das »Patientenrechtegesetz« (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten) in Kraft, in welchem dem Thema Patientensicherheit verstärkte Bedeutung beigemessen wurde. Im Rahmen dieser Gesetzesänderung wurde dem gemeinsamen Bundesausschuss aufgetragen, in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme festzulegen. Zudem müssen Krankenhäuser in den jährlichen Qualitätsberichten über den Umsetzungsstand von Risikomanagement und Fehlermeldesys-

1 Wenn nicht anders aufgeführt, wird für alle Personen- und Funktionsbezeichnungen das generische Maskulinum verwendet. Dies schließt zu jeder Zeit die weibliche Form ein.

temen informieren (SGB V § 137, 2013). Diese neuen gesetzlichen Anforderungen machen Risikomanagement, die Umsetzung von Maßnahmen zur Patientensicherheit, sowie die Einführung von Fehlermeldesystemen zur Pflicht.

Doch Risikomanagement und Patientensicherheit bedeuten mehr als die Erfüllung gesetzlicher Pflichten und Anforderungen!

Der Umgang mit Fehlern, Versäumnissen und Risiken im Gesundheitswesen ist sowohl menschlich als auch rechtlich oft sehr schwierig. Die Angst vor Gesichtsverlust, Berufsverbot und Strafe führt häufig dazu, dass Mängel, Unachtsamkeiten oder auch fahrlässige Verhaltensweisen, obwohl den Mitarbeitern durchaus bekannt, nur selten oder nur »hinter verschlossenen Türen« geäußert werden. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern, eine positive Fehlerkultur oder darüber hinausgehend eine Sicherheitskultur sind bislang in nur wenigen Gesundheitseinrichtungen anzutreffen.

Neben diesen psychologischen Hemmnissen sind der Aufbau von Risikomanagement und die Erfüllung der genannten Anforderungen für jede Einrichtung mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden. Gerade in Zeiten knapper werdender Ressourcen, in der zahlreiche Kliniken, aber auch Alten- und Pflegeeinrichtungen in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht sind und mit immer weniger Personal immer mehr Leistungen erbringen müssen, schmerzt jede weitere Anforderung und will hinsichtlich Einführung und Umsetzung gut überlegt und geplant sein. Da die zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt sind, muss jede Einrichtung zwischen dem Notwendigen und Möglichen abwägen, zumal eine Gegenfinanzierung der geforderten zusätzlichen Maßnahmen bislang nicht erfolgt.

Es stellen sich somit bei jeder neuen Herausforderung die Fragen:

- Brauchen wir das wirklich und was kostet es?
- Wie groß ist der mögliche Schaden oder welche Konsequenzen entstehen, wenn man es nicht tut?

Entscheidet man sich für Maßnahmen, so ist dann das Ziel, mit möglichst geringem Aufwand größtmögliche Wirkung zu erreichen.

Risikomanagement ist aus unserer Sicht eine Investition, die sich lohnt. Es schafft Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Einrichtung bei Patienten und Bewohnern und bildet die Grundlage für Stabilität und Sicherheit für Mitarbeiter und Kooperationspartner. Ein kluges und zielgerichtetes Risikomanagement lässt sich mit vielen bereits etablierten Managementsystemen und Instrumenten verknüpfen. Zwar bedeutet die Einführung eines weiteren Systems immer Aufwand und Anstrengung, doch ein wichtiger Grundsatz im Risikomanagement lautet: »Weniger ist mehr!« Durch die Fokussierung auf wesentliche, sicherheitsrelevante Themen und deren konsequente Bearbeitung kann Risikomanagement dazu beitragen, die verfügbaren Ressourcen sinnvoll einzusetzen und ein vorhandenes Qualitätsmanagement möglicherweise zu verschlanken sowie zu vereinfachen.

Gerade die Pflege, als stärkste Berufsgruppe im Gesundheitswesen, übernimmt oftmals eine Vorreiterrolle bei der Einführung und Umsetzung

neuer Managementmethoden und trägt in vielen Einrichtungen dabei die Hauptlast, beispielsweise im Rahmen von Qualitätsmanagementprojekten. Aus diesem Grund möchten wir mit diesem Buch die Bedeutung von Risikomanagement und Patientensicherheit für die Mitarbeiter der Pflege unter Berücksichtigung der hier entstehenden Fragen und Problemstellungen beleuchten.

Unser Anliegen besteht darin, das Risikomanagement, Risikomanagementsystem und Methoden des Risikomanagements für die Mitarbeiter der Pflege verständlich darzustellen, die Anforderungen mit den für die Pflege relevanten Aspekten zu beleuchten und so die erforderlichen berufsspezifischen Kenntnisse und Informationen für und über das Risikomanagement zu vermitteln.

Wir orientieren uns in den nachfolgenden Kapiteln an den folgenden Fragen:

- Warum brauchen wir Risikomanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens?
- Welche haftungsrechtlichen Grundlagen spielen eine Rolle?
- Was ist überhaupt Risikomanagement, -system, -prozess?
- Welche Methoden und Instrumente nutzt das Risikomanagement?
- Welche Grundlagen sind für ein wirksames Risikomanagement wichtig?
- Welche Risiken entstehen im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit?
- Welche Risikobereiche sind spezifisch für die Pflege?
- Wie hängen Qualitäts- und Risikomanagement zusammen?
- Welche Möglichkeiten und Grenzen hat Risikomanagement?

Unsere Absicht war es, die einzelnen Kapitel auch für sich allein stehen zu lassen, so dass die Leserin/der Leser je nach Interesse die Reihenfolge wählen kann. Auch sollen die pflegepraktischen Kapitel als eine Art Nachschlagewerk dienen. Da die Darstellung von Anforderungen aus unserer Sicht nur dann Sinn ergibt, wenn diese anhand von Fallbeispielen erläutert werden, war es uns wichtig, eine ausgewogene Mischung aus Theorie und praktischen Beispielen anzubieten. So finden sich gerade in den Kapiteln mit hohem Praxisbezug viele Beispiele in Form von Pflegestandards, Formularen oder Checklisten, welche eine erste Orientierung geben und an die jeweilige Einrichtung adaptiert werden können.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu betonen, dass wir keineswegs mit den vorgestellten Beispielen »Patentlösungen« anbieten möchten. Keine der in diesem Buch verwendeten Vorlagen kann und soll ohne Anpassung und kritische Prüfung von den Einrichtungen übernommen werden, da dies sowohl den spezifischen Rahmenbedingungen als auch dem Bedürfnis der Mitarbeiter nach Partizipation bei der Erstellung widersprechen würde.

Wir hoffen, mit diesem Buch dem Thema Risikomanagement in Ihrer Einrichtung mehr Gewicht zu verleihen, Diskussionen anzustoßen und somit einen Beitrag für mehr Sicherheit für Patienten und Bewohner, aber auch für die Mitarbeiter zu leisten.

Nicht weil es schwer ist,
wagen wir es nicht,
sondern weil wir es nicht wagen,
ist es schwer.
(Seneca)

oder

Vor Fehlern ist niemand sicher.
Das Kunststück besteht darin, denselben Fehler nicht zweimal zu machen.
(Edward Heath)

Im Dezember 2017
Heike Anette Kahla-Witzsch
Olga Platzer

Für meine Töchter Alexandra und Sophie
(Heike Anette Kahla-Witzsch)

Für Thomas und Marla
(Olga Platzer)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Auflage	5
1 Betrachtungsweisen und Anforderungen an ein Risikomanagement	15
1.1 Risikomanagement aus Sicht der Organisation	16
1.1.1 Juristische Aspekte	16
1.1.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte	21
1.2 Risikomanagement aus Sicht der Patienten/der Bewohner	22
1.2.1 Der aufgeklärte Patient	24
1.2.2 Stärkung der Patienten-/Bewohnerrechte	25
1.2.3 Die »Null-Risiko-null-Fehler-Erwartung« ...	26
1.3 Risikomanagement aus Sicht der Mitarbeiter... ..	30
1.4 Risikomanagement aus Sicht der Kostenträger	32
1.5 Risikomanagement aus Sicht der Haftpflichtversicherer	33
1.5.1 Schadensentwicklung	36
1.5.2 Erlangung von Versicherungsschutz und die Bedeutung von Risikomanagement	39
1.6 Risikomanagement aus Sicht des Gesetzgebers	41
1.7 Ursachen für Fehler im Gesundheitswesen.....	44
2 Einführung in das Haftungsrecht für Pflegeberufe	47
2.1 Behandlungsfehler und Haftpflichtentwicklungen ...	47
2.2 Zivilrechtliche Haftung	49
2.2.1 Haftung aus Vertrag	50
2.2.2 Haftung aus Delikt	51
2.3 Strafrechtliche Haftung	52
2.4 Haftungsbereiche der Pflege	53
2.5 Haftungsrechtlich relevante Bereiche der Pflegedienst- und Heimleitung	54
2.6 Überlastungs- bzw. Gefährdungsanzeige	56
3 Was bedeutet Risikomanagement?	61
3.1 Einführung	61
3.2 Risikobasiertes Denken nach DIN EN ISO 9001:2015	63

3.3	Das Risikomanagementsystem nach ISO 31000/ONR 49000	64
3.3.1	Einführung	64
3.3.2	Risikomanagementprozess	64
4	Gestaltung des Risikomanagements	74
4.1	Risikomanagement als Führungsinstrument und Führungsaufgabe	74
4.2	Risikomanagement und Unternehmenskultur	75
4.3	Risikomanagementpolitik und Risikomanagementstrategie	86
4.4	Strukturen des Risikomanagements	86
4.4.1	Rollen und Verantwortlichkeiten im Risikomanagement	87
4.4.2	Strukturen für das Klinische Risikomanagement	89
4.5	Implementierung von Risikomanagement	90
4.6	Risikomanagement geht alle an	95
4.6.1	Motivation	96
4.6.2	Schulung und interne Kommunikation	96
4.7	Das Für und Wider externer Beratung	98
5	Methoden und Instrumente des klinischen Risikomanagements	100
5.1	Einführung	100
5.2	Szenariorisikoanalyse	101
5.3	Prozessrisikoanalyse	104
5.4	Schadenfallanalyse	107
5.5	Critical Incident Reporting System (CIRS)	111
5.6	Meldewesen und systematische Datensammlung	116
5.7	Instrumente des klinischen Risikomanagements	119
5.7.1	Brainstorming	119
5.7.2	Ursache-Wirkungs-Diagramm	119
5.7.3	Risikoaudit	120
6	Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, Medikamententherapie und Kommunikation	123
6.1	Die horizontale Aufgabenverteilung und mögliche Problemstellungen	124
6.2	Die vertikale Arbeitsverteilung und mögliche Problemstellungen	125
6.3	Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten	126
6.3.1	Unterscheidung der Delegationsfähigkeit ärztlicher Tätigkeiten	128
6.3.2	Delegation von Injektionen und Infusionen	128

6.3.3	Grundvoraussetzungen für eine Delegation	129
6.4	Allgemeine Problemstellung der interdisziplinären Arbeit am Beispiel Medikamententherapie	134
6.4.1	Möglichkeiten zur Prävention medikamentenbedingter Fehler	137
6.4.2	Einrichtungsstandard Medikamententherapie	137
6.5	Allgemeine Problemstellung der interdisziplinären Arbeit am Beispiel Kommunikation	140
6.5.1	Die Problematik der schriftlichen Kommunikation	140
6.5.2	Die Problematik der mündlichen Kommunikation	143
6.5.3	Hilfsmittel zur gezielten und gesteuerten Informationsweitergabe	144
6.6	Allgemeine Problemstellung der interdisziplinären Arbeit am Beispiel korrekte Patientenidentifikation	147
7	Spezifische Risikobereiche der Pflege	152
7.1	Allgemeine Pflegedokumentation	152
7.2	Expertenstandards in der Pflege	155
7.3	Dekubitus	156
7.3.1	Juristische Aspekte	158
7.3.2	Die Häufigkeit des Dekubitus in Deutschland	159
7.3.3	Finanzielle Auswirkungen	160
7.3.4	Dokumentationsanforderungen	161
7.4	Sturz	169
7.4.1	Juristische Aspekte	169
7.4.2	Die Sturzhäufigkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen	171
7.4.3	Finanzielle Auswirkungen	172
7.4.4	Dokumentationsanforderungen	173
7.4.5	Pflegestandard Sturz	180
8	Risikomanagement und/oder Qualitätsmanagement?	183
8.1	Risikomanagement vs. Qualitätsmanagement aus Sicht der Gesetzgebung	185
8.2	Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen für die ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege	186
8.3	Anforderungen unterschiedlicher QM-Systeme an Patientensicherheit und Risikomanagement	188
8.3.1	Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015	189

8.3.2	Anforderungen der DIN EN 15224:2017 ...	190
8.3.3	Anforderungen der KTQ®	192
8.3.4	Anforderungen der Joint Commission International (JCI)	194
8.4	Fazit	197
9	Möglichkeiten und Grenzen von Risikomanagement	198
9.1	Das Problem der Aufwand-Nutzen-Analyse	203
9.2	Ausblick	205
	Glossar	207
	Literaturverzeichnis	210
	Anlage 1: Gefahrenliste stationäre Pflege	222
	Anlage 2: Risikoanalyse Pflege (Fragenkatalog)	229
	Elektronische Zusatzmaterialien	243

1 Betrachtungsweisen und Anforderungen an ein Risikomanagement

Die moderne Gesundheitsversorgung stellt von allen Aktivitäten auf dieser Erde die größte Herausforderung an Sicherheit dar.²

Warum brauchen wir ein Risikomanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens? Je nach Blickwinkel des Betrachters werden wir auf diese Frage unterschiedliche Antworten erhalten.

Risikomanagement kann unterschiedliche Inhalte und Aspekte umfassen:

- Strategische und betriebswirtschaftliche Risiken
- Patienten- und Mitarbeitersicherheit
- Compliance, die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen und unternehmensinterner Richtlinien (Deutscher Corporate Governance Kodex 2017, S.6)

Dabei können je nach Art der Organisation jeweils unterschiedliche Aspekte im Vordergrund stehen. Es werden andere Gründe für ein Risikomanagement in einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung gesehen werden als in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Ganz gleich aber, um welche Einrichtung es sich auch handeln mag, am Thema Risikomanagement führt kein Weg vorbei.

Seit Inkrafttreten des »Patientenrechtegesetzes« (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten) und den daraus resultierenden Anforderungen ist die Implementierung von Risikomanagement und Fehlermeldesystemen für ambulant tätige Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie für Krankenhäuser gesetzliche Pflicht. Ziel ist hierbei, langfristig die Patientensicherheit durch die Stärkung der Patientenperspektive zu verbessern.

Doch Risikomanagement bedeutet mehr als die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen.

Aus Sicht der Leitung einer Organisation geht es darum, Schadensereignisse abzuwenden, die ihren Fortbestand gefährden, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, den Ruf beschädigen und möglicherweise Haftungsprobleme für Führungskräfte bedingen. Patienten und Bewohnern hingegen geht es um Sicherheit in der Versorgung und Betreuung, während für die

2 Leape et al. 1998, S. 1444, Übersetzung des englischen Originals durch die Autorin

Mitarbeiter die eigene Sicherheit sowie der Schutz vor Fehlern und Fehlleistungen im Vordergrund stehen. Für Kostenträger und Haftpflichtversicherer stehen die Vermeidung von Patientenschäden und daraus entstehende Kosten im Fokus.

Unterscheidung
verschiedener
Sichtweisen

Im Folgenden sollen daher die unterschiedlichen Sichtweisen und Anforderungen an das Risikomanagement betrachtet werden:

- Sichtweise der Organisation
- Patienten-/Bewohnersicht
- Sicht der Mitarbeiter
- Sicht der Kostenträger
- Sicht der Haftpflichtversicherer
- Sicht des Gesetzgebers

1.1 Risikomanagement aus Sicht der Organisation

Aus Sicht der Organisation sind juristische und betriebswirtschaftliche Aspekte für das Risikomanagement von Bedeutung.

1.1.1 Juristische Aspekte

Ziel: Juristische
Unangreifbarkeit

Die juristische Sichtweise des Risikomanagements stellt Risikoprävention, Sicherheit und Schutz des Patienten in den Mittelpunkt. Vorrangiges Ziel ist es, die medizinisch-pflegerische Qualität der Krankenhausbehandlung bzw. Betreuung in Alten- oder Pflegeeinrichtungen juristisch unangreifbar zu machen sowie die Einrichtungsträger vor Vorwürfen des Organisationsverschuldens zu bewahren. So verstehen Ulsenheimer et al. (1996, S. 1280) unter einem Risikomanagementsystem »ein Schadenverhütungsprogramm und Risikovorsorgekonzept, mit dessen Hilfe potenzielle Haftungsgefahren für Arzt, Pflegepersonal und Krankenhaus aufgespürt und eliminiert bzw. gesenkt werden.«

Bereits heute nehmen die Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld gegenüber Ärzten, Pflegepersonen und Krankenhäusern sowie Strafverfahren wegen fahrlässiger Tötung, fahrlässiger Körperverletzung und unterlassener Hilfeleistung zu. Dass sich hierbei längst nicht mehr nur Ärzte mit möglichen Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert sehen, belegt ein Bericht des Instituts der Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Preuß et al. 2005). Dort war der Pflegedienst als viertstärkste Berufsgruppe (nach Krankenhaus-, niedergelassenen und Notdienst-Ärzten) von möglichen Behandlungsfehlervorwürfen mit tödlichem Ausgang betroffen.

Während es beispielsweise in vielen Krankenhäusern üblich ist, bei aufgetretenen vermeintlichen oder tatsächlichen Schadensereignissen zu reagieren, zielt das juristische Risikomanagement auf Vorbeugung und Vermeidung von Haftungsfällen. Dazu werden, gemäß dem Grundsatz »aus Fehlern lernen«, aus der richterlichen und Versicherungspraxis stammende Erkenntnisse zur Vermeidung ähnlicher oder gleicher neuer Schäden eingesetzt.

Je sicherer die Behandlungsabläufe und der Einsatz der technischen Mittel, je besser die Organisation, Dokumentation und Aufklärung sind, umso weniger Schäden, Auseinandersetzungen und Angriffspunkte wird es zwischen der Patienten- und der Behandlungsseite geben. So schreibt Ulsenheimer (2002, S. 1127): »Schutz und Sicherheit des Patienten haben absolute Priorität vor allen anderen Erwägungen.«

Bei der juristischen Risikoprävention geht es darum, die Einrichtung, ihre einzelnen Abteilungen und ihre Bereiche dahingehend zu analysieren, inwieweit Rechtsvorschriften, Gerichtsurteile, Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände im Sinne einer juristischen Risikoanalyse beachtet werden.

Haftungsspezifische
Bereiche

Im Rahmen dieser Analyse zeigen sich für Einrichtungen des Gesundheitswesens folgende haftungsspezifischen »Gefahrenquellen« für Ärzte und Pflegendе:

- Organisationsmängel,
- Aufklärungsmängel,
- Dokumentationsmängel,
- Gerätemängel sowie
- Fehler bei Diagnostik, Behandlung und Pflege.

Auf diese Bereiche wird daher im Rahmen der Risikoanalyse ein besonderes Augenmerk gelegt.

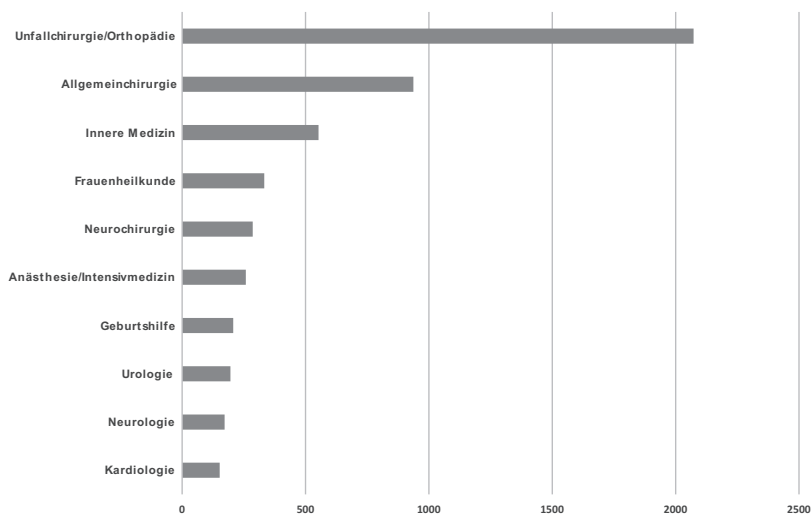
Im Krankenhaus konzentriert sich das juristische Risikomanagement insbesondere auf die haftungsrechtlichen »Hochrisikobereiche«. Dies sind Intensivstationen, Operationsäle und der Kreissaal sowie Notaufnahmen.

Hochrisikobereiche im
Krankenhaus

Jährlich werden ca. 12.000 vermutete Arzthaftungsfälle durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern bewertet. Aus diesen Verfahren werden anonymisierte Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) einheitlich erfasst und in einer bundesweiten statistischen Erhebung zusammengeführt. 2016 (Bundesärztekammer 2016) wurden durch die Schlichtungsstellen 11.803 Anträge bearbeitet und 7.639 Sachentscheidungen gefällt. In 5.394 Fällen wurden keine Behandlungsfehler oder Aufklärungsmängel festgestellt. Bei 47 Fällen wurden Aufklärungsmängel, bei 2.198 Fällen Behandlungsfehler festgestellt, allerdings eine Kausalität in nur 1.845 Fällen bejaht.

Betrachtet man die Fachdisziplinen, gegen welche Anträge gestellt wurden, findet sich eine Häufung bei den operativen Disziplinen (► Abb. 1.1). Dies erklärt, warum gerade in diesen Bereichen Risikomanagement eine hohe Bedeutung haben sollte.

Abb. 1.1:
Verteilung der Antragstellungen bei Behandlungsfehlervorwürfen nach Fachbereichen 2016



Pflegequalitätsberichte des MDS

Für den Pflegedienst als eigenständige Berufsgruppe im Gesundheitswesen fällt eine Untergliederung in »Hochrisikobereiche« deutlich schwerer. Eindeutige und umfassende Studien über die Risikosituation in der stationären und ambulanten Pflege, sieht man hier einmal von Indikatoren über Sturz und Dekubitus ab (►Kap. 7), fehlen bislang und somit auch konkrete Zahlen zu möglichen Fehlern. In 2002 trat das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege³ in Kraft. Auf diesem aufbauend erfolgen seitdem in allen ambulanten und stationären Pflegediensten und -heimen jährliche Qualitätsprüfungen (nähere Ausführungen zu diesem Vorgehen ►Kap. 8). Seit 2009 werden die Ergebnisse dieser Prüfungen auf der Homepage des MDK veröffentlicht (siehe hierzu www.mdk.de, »Leistungserbringer«).

Wurde den Pflegeorganisationen im ersten Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) noch ein sehr schlechtes Zeugnis ausgestellt (Brüggemann et al. 2004) – hier fielen Mängel in allen Stufen des Pflegeprozesses, in der Durchführung von Prophylaxemaßnahmen, in der Hygiene, bei der Medikamententherapie sowie in der Personalausstattung auf –, wurden die Ergebnisse über die Jahre immer besser und sind im letzten Bericht von 2014 (MDS 2014) weitestgehend zufriedenstellend. Daher lassen sich auf diese Weise für die Gesamtheit der Einrichtungen keine allgemeinen Risikobereiche mehr identifizieren.

3 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG). Auf diesem aufbauend wurde das elfte Buch des Sozialgesetzbuchs – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) geändert und ergänzt. Insbesondere das elfte Kapitel (»Qualitätssicherung«) wurde um die Paragraphen 112 bis 120 erweitert. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages, veröffentlicht in der Drucksache 456/01 des Bundesrats 2001.

Dieser Problemstellung folgend, führten Habermann und Cramer an der Hochschule Bremen am Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (Zepb) eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Studie (Projektzeitraum 2007–2009) mit dem Titel »Pflegerfehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen« (2009) durch. Ziel war hierbei, Pflegekräfte »als konstante Akteure am sogenannten ›sharp end‹ der Versorgung« (S. 4) zu ihrer »Fehlerwahrnehmung«, ihren »erinnerten Fehlerhäufigkeiten«, den »Arten von Fehlern«, und den »Fehlerkategorien« zu befragen (S. 8)⁴. In die Studie wurden 3.905 Pflegenden aus 46 Pflegeheimen und 30 Krankenhäusern mit mehr als 50 Plätzen bzw. Betten eingeschlossen und per Fragebogen anonymisiert befragt. Bei der Betrachtung der Ergebnisse (► Tab. 1.1 und ► Tab. 1.2) ist erwähnenswert, dass einige Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen der Pflege in Krankenhäusern und der in stationären Pflegeeinrichtungen zu finden sind.

So sehen fast 70 % der Pflegekräfte im Krankenhaus die Diagnostik und Therapie insgesamt als risikoreich an, wohingegen diese Ansicht nur 46 % der Pflegekräfte im Pflegeheim teilen. Auch haben über 60 % der Pflegekräfte im Krankenhaus Angst vor Fehlern in der Arzneimitteltherapie, wohingegen dies nur knapp 40 % der Pflegekräfte in Pflegeheimen so sehen.

Risikobereiche aus Sicht der Pflegekräfte

Fehlerkategorien	Krankenhäuser (n = 724)	Pflegeheime (n = 376)
	Nennungen in Prozent	Nennungen in Prozent
Diagnostik und Therapie insgesamt	68,1	46
Diagnostik und Therapie (nur Medikationsfehler)	61,5	39,9
Direkte Pflege	14,1	33,5
Koordination und Kooperation	2,6	0,3
Kommunikation mit Patienten/Bewohnern	2,2	6,7
Gewalt/Missachtung	2,5	9,3

Tab. 1.1:
Fehlerkategorien
(nach Habermann
und Cramer 2012,
S. 22)

Als Fehlerursachen (► Tab.1.2) sehen deutlich mehr Pflegekräfte im Krankenhaus, über 76 %, eine hohe Arbeitsbelastung sowie Unterbrechungen (19,1 %) als treibenden Faktor, wohingegen diese Ansicht von nur knapp 57 % bzw. 8 % der Pflegekräfte in den befragten stationären Pflegeheimen geteilt wird. Für diese scheint jedoch ein Wissens- und

⁴ Details zu Stichprobenverfahren, Einschlusskriterien und Stichprobenkalkulationen sind dem Abschlussbericht (2009, S. 11 ff.) zu entnehmen.

Motivationsmangel eine größere Bedeutung zu besitzen als für die Pflegekräfte in den Krankenhäusern (16,2 %/11,2 % vs. 10,6 %/5,1 %).

Tab. 1.2:
Fehlerursachen
(nach Habermann
und Cramer 2012,
S. 25)

Fehlerursachen	Krankenhäuser (n = 724)	Pflegeheime (n = 376)
	Nennungen in Prozent	Nennungen in Prozent
hoher Arbeitsanfall	76,1	56,7
Unterbrechungen	19,1	8
Wissensmangel	10,6	16,2
Motivationsmangel	5,1	11,2
mangelnde prof. Einstellung	6,6	9,8
nicht qualifiziert	6,5	9,8
fehlende Vorgaben, Standards...	3,2	2,1
mangelnde Sprachkenntnisse	1	2,7

Bei den Ergebnissen des Projektes wird deutlich, dass Risikobereiche für die Pflege nicht pauschal, im Sinne einer Blaupause für alle Einrichtungen, festgelegt werden können. So wirken sich eine hohe Komplexität und Interdisziplinarität im Krankenhaus auch auf die Pflege aus und spielen für deren Risikolandschaft eine wichtige Rolle. Dies wiederum trifft nur bedingt für die stationäre Altenpflege zu und kann für ambulante Pflegedienste (je nach Leistungsangebot) wiederum ganz anders gestaltet sein. Hier ist eine objektive und realistische Einschätzung der Ist-Situation für den jeweiligen Bereich notwendig.

Das Organisationsverschulden

Nachweis einer
dokumentierten
Aufbau- und
Ablauforganisation

Jedes Unternehmen hat Organisationspflichten zu beachten, damit durch Betriebs- und Arbeitsabläufe Dritte nicht geschädigt werden können. Diese Pflichten resultieren aus § 823 BGB, wonach derjenige, der eine Gefahrenquelle eröffnet, die Pflicht hat, alles Erforderliche zu tun, um Schäden bei Dritten durch diese Gefahrenquelle zu verhindern (»Verkehrssicherungspflicht«) (Adams 2002).

Um dem Vorwurf des Organisationsverschuldens zu entgehen, muss ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung, wie jedes andere Unternehmen auch, eine dokumentierte Aufbau- und Ablauforganisation nachweisen. Diese beinhaltet in Form eines Anweisungs- und Nachweissystems (Adams 2002):

- Anweisungs-, Auswahl- und Überwachungspflichten
- transparente Delegation von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung

- Kooperationsregelungen zwischen Mitarbeitern, einzelnen Abteilungen, Beauftragten und Externen

Die Einrichtungen müssen im Schadensfall nachweisen können, dass sie die allgemeinen Organisationspflichten beachtet haben. Beispielsweise muss eine Krankenhausleitung im Falle eines Schadens nachweisen, dass das von ihm eingesetzte Personal sorgfältig ausgewählt wurde, entsprechende Anleitung erfahren hat und überwacht wurde (Adams 2002). Weitere Aspekte, insbesondere im Hinblick auf ein personalbedingtes Organisationsverschulden und das Stellen bspw. von Überlastungs- oder Gefährdungsanzeigen, werden in Kapitel 2 weiter ausgeführt.

1.1.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte

Gesetzliche Bestimmungen verpflichten Unternehmen zur Einführung eines Risikomanagementsystems.

Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gilt es, ein Risikomanagementsystem zu implementieren, das in der Lage sein muss, bestandsgefährdende Entwicklungen, die die wirtschaftliche und finanzielle Lage der Einrichtung betreffen, frühzeitig und vollständig zu identifizieren.

Die Gründe, die aus Sicht der Leitung für die Einführung eines Risikomanagementsystems sprechen, sind maßgeblich durch gesetzliche Bestimmungen im Haushaltsgrundsätzegesetz (HGrG), Aktiengesetz (AktG) sowie Handelsgesetzbuch (HGB) bedingt, da diese auch Einrichtungen des Gesundheitswesens, gleich welcher Rechtsform oder Trägerschaft, betreffen können.

Gesetzliche Grundlagen

So ist gemäß §91(2) AktG der Vorstand einer Aktiengesellschaft verpflichtet, »geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden.«

Diese Bestimmung des Aktiengesetzes gilt

- für die meisten Kapitalgesellschaften, unabhängig von der Struktur der Anteilseigner (Grundlage: **Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG)**), und
- für alle Unternehmen (unabhängig von der gewählten Rechtsform), die nach § 53 HGrG geprüft werden müssen, da die Einrichtung eines Risikomanagementsystems nach herrschender Ansicht nur als Konkretisierung der ohnehin bereits existenten Anforderungen des § 53 HGrG gesehen wird.

Vom § 53 HGrG sind Unternehmen in der Rechtsform des privaten Rechts betroffen, die entweder einen öffentlich-rechtlichen Anteilseigner haben, der unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 % der Kapitalanteile besitzt, oder mehrere öffentlich-rechtliche Anteilseigner, von denen ein öffentlich-rechtlicher Anteilseigner mindestens 25 % der Anteile besitzt und die

öffentlich-rechtlichen Anteilseigner zusammen über die Mehrheit der Kapitalanteile an dem privatwirtschaftlichen Unternehmen verfügen.

Die Leitung des Krankenhauses, der ambulanten/stationären Kranken- oder Altenpflegeeinrichtung muss mit Hilfe eines Risikomanagements in die Lage versetzt werden, durch Gegenmaßnahmen Risiken zu begegnen und sie damit kalkulierbar zu machen, die sich im Sinne einer **Bestandsgefährdung** auswirken können.

Kreditvergabe

Auch im Bereich der Kreditvergabe gewinnt der Nachweis eines funktionstüchtigen Risikomanagementsystems eine immer größere Bedeutung. So sieht das Konsultationspapier des Baseler Ausschusses für Bankenaufsicht (Basel II) vor, bei der Kreditvergabe durch Banken an Unternehmen künftig die Kreditwürdigkeit stärker zu berücksichtigen. Hierzu wird ein sogenanntes Rating durchgeführt, das eine »Aussage über die künftige Fähigkeit eines Unternehmens zur vollständigen und termingerechten Tilgung und Verzinsung seiner Verbindlichkeiten« (Westhelle 2002, S. 19) trifft.

In Zukunft werden auch für Einrichtungen im Gesundheitswesen unabhängige Rating-Agenturen die Kreditwürdigkeit und Zukunftsperspektiven des Trägers prüfen. In diese Bewertung wird auch das Risikomanagementsystem einbezogen. Erhält ein Unternehmen ein schlechtes Rating, so erhält es unter Umständen gar keinen Kredit mehr oder muss um 3–5 % höhere Kreditzinsen zahlen als ein Unternehmen mit einem guten Rating. Diese höheren Kosten müssen dann auch wieder erwirtschaftet werden.

»Nur Unternehmen, die frühzeitig ein Risikomanagement betreiben, werden in der Lage sein, sich auch in Krisensituationen am Markt zu behaupten« (Westhelle 2002, S. 18) und werden demzufolge fähig sein, den Banken aufgenommene Kredite und deren Zinsen zu bezahlen.

Ohne ein solches Risikomanagementsystem wird die Erlangung von Krediten auf dem freien Kapitalmarkt zukünftig entweder sehr teuer oder unmöglich werden.

Gesundheitspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens ändern sich in immer kürzeren Zeitabständen. Daher ist primäres Ziel des Risikomanagements aus betriebswirtschaftlicher Sicht, das wirtschaftliche Überleben der Organisation sicherzustellen.

1.2 Risikomanagement aus Sicht der Patienten/ der Bewohner

Sicherheit in der
Behandlung und
Betreuung

Aus Sicht der Patienten und Bewohner bedeutet Risikomanagement vor allen Dingen Sicherheit in der Behandlung sowie Schutz vor Fehlern und Irrtümern. Patienten erwarten eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens. Die Versorgung soll so geplant und durchgeführt

werden, dass keine Komplikationen auftreten. Sowohl für Patienten und Bewohner als auch für die Angehörigen ist die Sicherheit in der Behandlung und Betreuung ein zentrales Bedürfnis. Gerade der zunehmende Hilfebedarf sowie die Überforderung mit der Situation begründen die Inanspruchnahme der Leistung. Die Einsicht, allein mit der Situation nicht mehr zurechtzukommen, die Angst, allein zu stürzen, sich zu verletzen oder zu verahrlosen, begründen die Erwartungshaltung, dass alles getan wird, um negative Ereignisse zu vermeiden.

Diskussionen über Fehler in der Medizin und über Pflegeskandale, die zum Teil in reißerischer Form in den Medien erfolgen, sensibilisieren Patienten und ihre Angehörigen, schüren Ängste und belasten das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Pflegekraft und Patient. So ist es nicht verwunderlich, dass 87 % der Deutschen meinen, dass Ärzte- und Pflegefehler prinzipiell nicht entschuldbar seien (Lechleuthner 2001). In einer Studie, durchgeführt durch den Asklepios Konzern (Asklepios Kliniken 2015) an 1.000 befragten Bundesbürgern über 18 Jahren, war insbesondere die Angst vor einer Ansteckung mit multiresistenten Keimen (65 %) für die Patienten besonders bedrohlich. Dies ist sicherlich nicht verwunderlich, da gerade die Ausbreitung von multiresistenten Erregern, sowohl beim Menschen als auch beim Tier, immer wieder in den Medien präsent ist (bspw. Zeit Online 2014) und auch durch die Fachwelt kritisch diskutiert und mit Informationen flankiert wird⁵. Auch die Angst vor Behandlungsfehlern ist mit 49 % ganz oben auf der Liste der Dinge, die Patienten während eines stationären Aufenthaltes am meisten Sorgen bereiten (► Abb. 1.2).

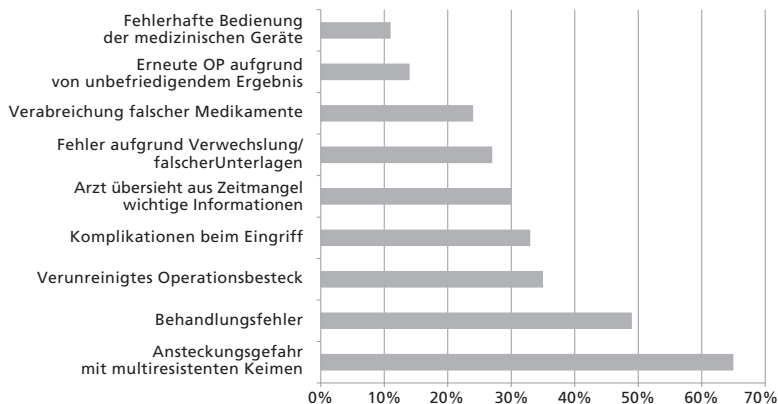


Abb. 1.2:
»Das bereitet den Patienten bei einem Klinikaufenthalt Sorgen« (aus: Asklepios Kliniken 2015)

2003 kam der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (S. 56) zu dem Ergebnis, dass immerhin 19 % der Bürger

⁵ www.patienten-information.de »Multiresistente Erreger« (ein Service der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

glaubten, mindestens einmal in ihrem Leben einen medizinischen Behandlungsfehler erlitten zu haben, die Hälfte davon im Rahmen einer Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt. Diese Ergebnisse konnten seitdem in dieser Form nicht mehr verifiziert werden. So erkennt auch das Bundesgesundheitsministerium auf seiner Homepage⁶ an, dass es »zu Behandlungsfehlern oder Behandlungsfehlervorwürfen [...] keine Bundesstatistik« gibt und verweist in der Folge auf die Datenerhebungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Diese Daten beziehen jedoch nur diejenigen Fälle mit ein, welche tatsächlich durch die Betroffenen gemeldet wurden. Hier kann man sicherlich von einer hohen Grauzone ausgehen, da eine Meldung primär nur dann erfolgt, wenn Aufwand und Mühe der Meldung mit den zu erwartenden Vorteilen (bspw. einer Kompensation) ausgeglichen werden. Diese sind für den Betroffenen nicht immer einfach abzuschätzen und so verlaufen viele Verdachtsfälle noch vor einer Meldung im Sande oder werden, wenn überhaupt, per Beschwerdemanagement oder soziale Medien direkt kommuniziert. Gerade bei letzterem erfolgt in der Folge eine »Abstimmung mit den Füßen«, welche nur sehr schlecht zu quantifizieren ist. Daher ist es nur folgerichtig, wenn Bernsmann et al. (2002, S. 25) feststellen: »Wer auch immer es ernst meint mit der Qualität im Gesundheitswesen, muss die Erwartungen, Bedürfnisse und Urteile der Klienten, Patienten, Kunden erfragen, sie ernst nehmen, analysieren und in seine Entscheidungen einfließen lassen.«

1.2.1 Der aufgeklärte Patient

Patientenwunsch:
Information und
Transparenz

Auch im deutschen Gesundheitswesen hat das Zeitalter des informierten, aufgeklärten Patienten bzw. Bewohners und Angehörigen begonnen. Patienten bemühen sich zunehmend um Informationen zur Art ihrer Erkrankung, zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sowie zu geeigneten Anbietern. Dazu nutzen sie moderne Informationstechnologien wie das Internet, um sich schnell und einfach über Gesundheitsthemen zu informieren.

Das große Interesse an Ärzte- und Krankenhauslisten, wie sie zum Beispiel in der Zeitschrift Focus veröffentlicht werden, zeigt uns, dass Patienten mehr Informationen und Transparenz hinsichtlich der Qualität der Leistungen ihrer behandelnden Ärzte und Krankeneinrichtungen wünschen. Dieser Entwicklung trägt auch die Gesetzgebung Rechnung, die die Krankenhäuser seit 2005 zur Veröffentlichung eines strukturierten Qualitätsberichtes verpflichtet, der im Internet allen Interessierten zur Verfügung steht. Auf diese Weise sollen Patienten mehr Transparenz über das Leistungsangebot und die Qualität der erbrachten Leistungen der

6 <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patienten-rechte/behandlungsfehler.html>