

Andreas Frodl

Krisenmanagement für Gesundheitseinrichtungen

Vorbeugung und Stabilität im Umgang
mit Risiken und Krisen



Springer Gabler

Krisenmanagement für Gesundheitseinrichtungen

Andreas Frodl

Krisenmanagement für Gesundheitseinrichtungen

Vorbeugung und Stabilität im Umgang mit
Risiken und Krisen



Springer Gabler

Andreas Frodl
Erding, Deutschland

ISBN 978-3-658-36373-4 ISBN 978-3-658-36374-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-36374-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Margit Schlomski

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Nach der Krise ist vor der Krise! Egal ob Pandemie, ärztliche Kunstfehler, Hackerangriffe, Naturkatastrophen, Fachpersonalmangel oder wirtschaftliche Probleme: Gesundheitseinrichtungen sind im Grunde genommen permanent Risiken ausgesetzt, die sie in große Schwierigkeiten stürzen oder gar in Existenznöte bringen können. Die Eintrittswahrscheinlichkeiten von Schadensereignissen mögen noch so gering sein, völlig auszuschließen sind diese nie. Die Erfahrung lehrt leider, dass auch unrealistisch erscheinende Bedrohungsszenarien Wirklichkeit werden können und nie für möglich gehaltene Krisensituationen tatsächlich eintreten. Daher ist es wichtig, während einer Ausnahmesituation für Stabilität zu sorgen, um die Folgen weitgehend abzumildern. Dazu gehören nicht nur geprüfte Feuerlöscher und gekennzeichnete Fluchtwege, sondern etwa auch die Sicherstellung einer ausreichenden Liquidität und eine vertrauensfördernde Krisenkommunikation.

Das Stabilitätsmanagement ist jedoch darüber hinaus eine Daueraufgabe und beginnt bereits früher, sozusagen im Vorfeld einer Krise, um deren Folgen möglichst abzuwenden oder es gar nicht erst soweit kommen zu lassen. Es geht somit über das eigentliche Krisenmanagement hinaus und trägt mit seinen Vorkehrungen dazu bei, im Falle des Eintritts einer Krisensituation möglichst gut vorbereitet zu sein, diese gut zu bewältigen und – auch unter gegebenenfalls veränderten Bedingungen – stabile Verhältnisse für das Fortbestehen und den neuen betrieblichen Alltag einer Gesundheitseinrichtung zu schaffen.

Anhand von 10 Leitfragen und daraus abgeleiteten Kapiteln werden das Krisen- und Stabilitätsmanagement für Gesundheitseinrichtungen vorgestellt und anhand von zahlreichen Beispielen, Tabellen und Grafiken konkrete Handlungsanleitungen dazu aufgezeigt.

Für den „Schnellzugriff“ enthält ein Glossar am Ende des Buches Kurzbeschreibungen wichtiger Fachbegriffe des Krisen-, Risiko- und Stabilitätsmanagements.

Jedes Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung sowie mit weiterführenden Literaturhinweisen ab.

Erding
im September 2021

Dr. Andreas Frodl

Inhaltsverzeichnis

1	Stabilität und Sicherheit: Worauf kommt es an, um Risiken und Krisen erfolgreich zu widerstehen?	1
1.1	Bedrohungen für Gesundheitseinrichtungen	1
1.2	Grundzüge des Krisen- und Stabilitätsmanagements	5
1.3	Unsicherheit reduzieren – Sicherheit erzeugen	11
	Literatur	16
2	Führung in Krisenzeiten: Wie lassen sich Nervosität vermeiden und Zuversicht vermitteln?	19
2.1	Grundlagen der Führung in Krisensituationen	19
2.2	Notwendige Führungskompetenzen und -qualifikationen	25
2.3	Führungstechniken und –instrumente für das Risiko- und Krisenmanagement	32
	Literatur	42
3	Schutz durch Gesetze und Verordnungen: Welche rechtliche Grundlagen sind beim Krisen- und Stabilitätsmanagement maßgeblich?	45
3.1	Arbeitsschutz	45
3.2	Betriebssicherheit	52
3.3	Schutz Kritischer Infrastrukturen und Datensicherheit	65
3.4	Katastrophenschutz	76
3.5	Umweltschutz	83
3.6	Compliance und Rechtskataster für das Risiko- und Krisenmanagement	83
	Literatur	92
4	Präventives Risikomanagement: Wie lassen sich Risiken frühzeitig erkennen und bewältigen?	95
4.1	Identifizierung und Erfassung von Risiken	95
4.2	Bewertung von Risiken	102

4.3	Reduzierung von Risiken	105
	Literatur	108
5	Sicherheit bei Finanzen und Liquidität: Welche Instrumente beugen einer drohenden Insolvenz vor?	111
5.1	Vorausschauende Finanzplanung und Kapitalausstattung	111
5.2	Vermeidung von Liquiditätsmangel	119
5.3	Verbesserung der Kreditwürdigkeit und Finanzierungsmöglichkeit	127
	Literatur	134
6	Krisenfestes Personal: Wie lassen sich die Beschäftigten gut vorbereiten und ihre medizinischen und pflegerischen Leistungen sicherstellen?	135
6.1	Gezielte Aus- und Weiterbildung im Risiko- und Krisenmanagement	135
6.2	Personalinstrumente für Krisensituationen	144
6.3	Umgang mit krisenbedingten Stresssituationen und Konflikten	151
6.4	Prävention durch betriebliches Gesundheitsmanagement	156
	Literatur	174
7	Ausreichende Bevorratung und Lagerhaltung: Wie werden notwendige Vorratsmengen an medizinischen Materialien ermittelt und gelagert?	177
7.1	Logistik in Krisensituationen	177
7.2	Bestandsführung zur Vermeidung von Materialengpässen	186
7.3	Krisensichere Lagerhaltung und Kommissionierung	191
	Literatur	198
8	Organisatorische Kontinuität: Wodurch lässt sich die Aufbau- und Ablauforganisation der Gesundheitseinrichtung stabilisieren?	201
8.1	Geordnete Prozesse und Organisationsstrukturen	201
8.2	Health Process Continuity Management	212
8.3	Medizinische und pflegerische Qualitätssicherung	218
8.4	Funktionierende Notfallkonzepte und -pläne	227
8.5	Schutz vor Cyber-Risiken durch IT- und Datensicherheit	233
8.6	Physische Gefahrenabwehr durch Bewachung und Zutrittsschutz	240
8.7	Change Management: Anpassung der Gesundheitseinrichtung an veränderte Gegebenheiten	245
	Literatur	248

9	Kostenmanagement und Betriebswirtschaft: Welche betriebswirtschaftlichen Instrumente schaffen Kosten- und Umsatzstabilität?	251
9.1	Instrumente zur Kostenstabilität.	251
9.2	Umsatzerzielung in Krisenzeiten	257
9.3	Rechtzeitig und richtig investieren.	262
	Literatur	265
10	Kommunikation in der Krise: Wer ist wann und wie zu informieren?	267
10.1	Organisation der Krisenkommunikation und Austausch mit Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS)	267
10.2	Kommunikation mit Beteiligten.	270
10.3	Information von Aufsichtsbehörden, Trägern und Öffentlichkeit.	274
	Literatur	282
	Glossar	285
	Stichwortverzeichnis	303

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
ÄLRD	Ärztliche Leiter Rettungsdienst
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ADKA	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V.
AGGB	Arbeitsgruppe Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz
AKNZ	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
AktG	Aktiengesetz
AMG	Arzneimittelgesetz
Amp.	Ampulle
AMVerkRV	Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel
AMVV	Arzneimittelverschreibungsverordnung
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
ApoG	Apothekengesetz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund e. V.
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
ASR	Technische Regeln für Arbeitsstätten
ATF	Analytische Task Force
B3S	Branchenspezifischer Sicherheitsstandard
BÄK	Bundesärztekammer
BAND	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V.
BayKSG	Bayerisches Katastrophenschutzgesetz
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BCM	Business Continuity Management
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.

BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
BetrSichV	Betriebssicherheitsverordnung
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFS	Bank für Sozialwirtschaft
BfV	Bundesamt für Verfassungsschutz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BHKG	Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz
BHP	Behandlungsplätze
BIA	Business Impact Analysis
BioStoffV	Biostoffverordnung
BMI	Bundesministerium des Innern
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
BPR	Business Process Reengineering
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
BSIG	BSI-Gesetz
BSI-KritisV	BSI-Kritisverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
bvfa	Bundesverband Technischer Brandschutz
CBNRE-Lagen	Chemische, biologische, nukleare, radiologische und explosive Gefahren und Unfälle und deren Abwehr
CBRN	chemisch, biologisch, radiologisch und nuklear
CEO	Chief Executive Officer
Ch.	Charge
ChemG	Chemikaliengesetz
CIMIC- HAD	Civil Military Cooperation in Humanitarian Assistance and Disaster Response
CISM	Critical Incident Stress Management
CIRS	Critical Incident Reporting-System
CMS	Compliance-Management-System
CRW	Crew-Resource-Management
DAKEP	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplan
DBR	Deckungsbeitragsrechnung
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

DHPol	Deutsche Hochschule der Polizei
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz e. V.
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EFQM	Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement
EPA	Europäisches Praxisassessment
EÜR	Einnahme-Überschuss-Rechnung
FB PSNV	Fachberater PSNV
Fraunhofer-SIT	Fraunhofer-Institut für Sichere Informationstechnologie
FüAss PSNV	PSNV-Führungsassistent
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMLZ	Gemeinsames Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HBKG	Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz
HEAT	Hostile Environment Awareness Training
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HGB	Handelsgesetzbuch
HPCM	Health Process Continuity Management
HPIA	Health Process Impact Analyse
HUS	hämolytisch-urämisches Syndrom
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InsO	Insolvenzordnung
IQMP	Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
ISM	Informationssicherheitsmanagement
IT	Informationstechnologie
ITSABV	ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung
ITSCM	IT-Service Continuity Management
IuK	Information und Kommunikation
i.v.	intravenös
IVENA	Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz

KAEP	Krankenhausalarm- und -einsatzplan
KaVoMa	Katastrophenvorsorge und Katastrophenmanagement
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
kDL	kritische Dienstleistungen
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSFV	Krankenhausstrukturfonds-Verordnung
KIT	Kriseninterventionsteam
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
QKM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KRITIS	Kritische Infrastrukturen
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
Kug	Kurzarbeitergeld
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LasthandhabV	Lastenhandhabungsverordnung
LKHG BW	Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg
LNA	Leitender Notarzt
L PSNV	Leiter PSNV
LSM	Lebensrettende Sofortmaßnahmen
LÜKEX	Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübung (Exercise)
MANV	Massenanfall von Verletzten
MCP	Metoclopramidhydrochlorid
MIND	Minimaler Notarzt Datensatz
MedFAngAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachan- gestellten/zur Medizinischen Fachangestellten
MedHygV	Bayerische Medizinhygieneverordnung
MERS-CoV	Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus
MoWaS	Modulares Warnsystem
MPBetrV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MPDG	Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz
MPSV	Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung
MRSA	Multiresistenter Staphylococcus aureus
MTA	Maximal tolerierbare Ausfallzeit
MTN	Maximal tolerierbare Notbetriebszeit
MTW	Maximal tolerierbare Wiederherstellungszeit
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung

NaCl	Natriumchlorid
NOAH	Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe
NRGS	Nationale Reserve Gesundheitsschutz
NWA	Nutzwertanalyse
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OK	Organisierte Kriminalität
PACS	Picture Archiving and Communication System
PBV	Pflege-Buchführungsverordnung
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PSNV-B	Psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene
PSVN-E	Psychosoziale Notfallversorgung für Einsatzkräfte
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QM-RL	Qualitätsmanagement- Richtlinie
QMS	Qualitätsmanagementsystem
RET	Rational-Emotive Therapy
RiKrIT	Risikoanalyse Krankenhaus-IT
RKI	Robert Koch Institut
RMS	Risikomanagementsystem
SAE	Stäbe für außergewöhnliche Ereignisse
SARS-CoV	Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus
SbE	Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen
S/E	Senden und Empfangen
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Spontanhelfende
SMS	Sicherheitsmanagementsystem
St./Stck.	Stück
StrlSchG	Strahlenschutzgesetz
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung
THW	Technisches Hilfswerk
TQM	Total Quality Management
TRBA	Technische Regeln beim Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen
ÜMANV	Überregionale Hilfeleistung beim Massenanfall von Verletzten
ukb	Unfallkrankenhaus Berlin
USV	Unterbrechungsfreie Stromversorgung
VAH	Verbund für Angewandte Hygiene e. V.
vS/E	vorlagenerstellendes Senden und Empfangen
VVB	Verordnung über die Verhütung von Bränden

WAZ	Wiederanlaufzeit
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZPO	Zivilprozessordnung
ZSH	Zivilschutz-Hubschrauber
ZSKG	Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz
ZVK	Zentralvenöse Kathederisierung

Stabilität und Sicherheit: Worauf kommt es an, um Risiken und Krisen erfolgreich zu widerstehen?

1

1.1 Bedrohungen für Gesundheitseinrichtungen

Gesundheitseinrichtungen sind vielfältigen Bedrohungen und Gefährdungen ausgesetzt: Kriminelle Handlungen, Pandemien, Fahrlässigkeiten, ärztliche Kunstfehler, technisches Versagen, Naturkatastrophen, Fachpersonalmangel oder wirtschaftliche Probleme können sie in große Schwierigkeiten stürzen oder gar in Existenznöte bringen. Obwohl die Eintrittswahrscheinlichkeiten von Schadensereignissen oft geradezu verschwindend gering sind, bleibt ein Restrisiko, das nie völlig auszuschließen ist. Auch völlig unrealistisch erscheinende Bedrohungsszenarien können Wirklichkeit werden und nie für möglich gehaltene Krisensituationen tatsächlich eintreten.

Ein Blick auf die Einrichtungszahlen zeigt, dass die potenzielle Angriffsfläche für Gefährdungen und Bedrohungen beeindruckende Ausmaße aufweist: So gab es beispielsweise 2018 1925 Krankenhäuser mit 19,4 Mio. Patienten und 1,25 Mio. Beschäftigten im ärztlichen und nichtärztlichen Dienst (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020a, S. 1), 101.472 haus- und fachärztliche sowie psychologisch-psychotherapeutische Praxen, 3173 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020b, S. 1), 50.022 niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte in eigener Zahnarztpraxis (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020c, S. 1) und ca. 15.000 Pflegeheime (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020d, S. 1). Insgesamt waren 2018 ca. 4,1 Mio. Beschäftigte (auf der Basis von Vollzeitäquivalenten) im Gesundheitswesen tätig (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020e, S. 1).

Kriminelle Bedrohungen durch **Cyber-Sicherheitsvorfälle** können in Gesundheitseinrichtungen zu mehrfachen Schadensszenarien führen:

- **Eigenschäden:** Kosten, die durch Betriebsbeeinträchtigungen bzw. -unterbrechungen der Gesundheitseinrichtung entstehen, wenn z. B. Behandlungsleistungen in Folge eines Cyber-Angriffs nicht länger aufrechterhalten werden können, oder die durch Forensik und Wiederherstellung zustande kommen.
- **Reputationsschäden:** Ergeben sich, wenn in Folge eines Angriffs das Ansehen der Gesundheitsorganisation sinkt, Patienten abwandern, neu in Werbung, Patientenbindung und Image investiert werden muss und so wirtschaftliche Nachteile entstehen.
- **Fremdschäden:** Treten auf, wenn gesetzliche, vertragliche oder anderweitige Verpflichtungen gegenüber Dritten aufgrund eines Vorfalls nicht oder nicht vollständig erfüllt werden können, wobei insbesondere bei Kritischen Infrastrukturen des Gesundheitswesens die Schäden potenziell sehr hoch sein können (vgl. Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, 2019, S. 8).

Beispiel

Als zentraler IT Dienstleister für seine Einrichtungen (Krankenhäuser, Gastehäuser, Gastronomie, angeschlossene Arztpraxen, etc.) wurde der regionale Dachverband eines deutschlandweit aktiven Wohlfahrtsverbandes in der Nacht des Wochenendes 13./14.07.2019 Opfer eines Ransomware-Angriffs, was zur Folge hatte, dass über 20 Gesundheitseinrichtungen, darunter mehrere Krankenhäuser, in Rheinland-Pfalz und im Saarland ihren IT-Betrieb einstellen und Notfallpläne aktivieren mussten. Die Schadsoftware hatte Server und Datenbanken verschlüsselt und die Bereinigungsarbeiten waren auch drei Wochen nach dem Angriff noch nicht abgeschlossen (vgl. Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, 2019, S. 12). ◀

Wirtschaftliche Bedrohungen können in **Insolvenzverfahren** enden, die sich beispielsweise in 2016 unter anderem gegen 15 Krankenhäuser, 16 Hausarztpraxen, 31 Facharztpraxen sowie 54 Zahnarztpraxen richteten. 28 Verfahren wurden mangels Masse abgewiesen, was erfolgt, wenn das Vermögen des Schuldners voraussichtlich nicht ausreicht, um die Verfahrenskosten zu begleichen und dem Schuldner die Stundung der Verfahrenskosten nicht bewilligt wird. 3007 Mitarbeiter waren insgesamt im Gesundheitswesen 2016 von den Insolvenzverfahren betroffen und voraussichtliche Forderungen in Höhe von 259,4 Mio. EUR aufgelaufen. Davon entfielen 134,8 Mio. EUR auf Krankenhäuser, 51,7 Mio. EUR auf Facharztpraxen, 29,4 Mio. EUR auf Zahnarztpraxen und 12,8 Mio. EUR bei Hausarztpraxen (vgl. Wallenfels, 2017, S. 1).

Patientenvorwürfe und drohende Schadenersatzforderungen kommen jährlich bei etwa 11.000 vermuteten **Behandlungsfehlern** vor, die durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern im Hinblick auf die Arzthaftung bewertet werden (siehe Tab. 1.1).

Insgesamt wurden 2019 durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern 6412 Sachentscheidungen getroffen, bei denen in 29

Tab. 1.1 Häufigste Patientenverwürfe nach Teilbereichen ärztlicher Tätigkeit (vgl. Bundesärztekammer, 2020, S. 4)

Teilbereich	2018	2019
Therapie operativ, Durchführung	2.818	2.988
Diagnostik, bildgebende Verfahren	953	1.031
Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	866	831
Indikation	600	714
Therapie, Pharmaka	544	678
Aufklärung, Risiko	600	629
Therapie postoperative Maßnahmen	564	571
Diagnostik Labor/Zusatzuntersuchungen	468	472
Therapie, konservativ	373	403
Therapie postoperativ, Infektion	243	262

Tab. 1.2 Brandstatistik Krankenhäuser 2013–2019 (vgl. Bundesverband Technischer Brandschutz, 2020a, S. 3 ff.)

Jahr	Anzahl Brände	Verletzte	Tote
2019	51	111	7
2018	45	50	4
2017	24	37	1
2016	7	43	2
2015	6	11	1
2014	7	9	3
2013	40	28	5

Fällen Risikoaufklärungsmangel bejaht wurden, in 359 Fällen Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel bejaht und Kausalität verneint wurden, sowie in 1568 Fällen Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel und Kausalität bejaht wurden. Davon entstanden in 17 Fällen ein geringfügiger Schaden, in 684 Fällen war der Schaden passager leicht/mittel, in 179 Fällen passager schwer. 460 Fälle führten zu leichten/mittleren und 141 Fälle zu schweren Dauerschäden. 87 Fälle führten zum Tod der Patienten. Die Zahl der Antragsgegner bei den Sachentscheidungen (maximal vier je Begutachtungsverfahren) betrug im Krankenhausbereich 5518 und im niedergelassenen Bereich (Praxis, MVZ) 1797 (vgl. Bundesärztekammer, 2020, S. 5 ff.).

Die Gefahr durch **Brandkatastrophen** wird anhand der Statistik des Bundesverbands Technischer Brandschutz (bvfa) deutlich. Er führt in seiner Brandstatistik in den Jahren 2013–2019 140 Krankenhausbrände in Deutschland auf, bei denen 289 Verletzte und 23 Tote zu verzeichnen waren (siehe Tab. 1.2). Neben der Brandursache und Angaben über die Opfer sind in der Statistik auch die betroffene Klinik bzw. das Krankenhaus und teilweise der geschätzte Sachschaden benannt.

Tab. 1.3 Brandstatistik
Soziale Einrichtungen 2013–
2019 (vgl. Bundesverband
Technischer Brandschutz,
[2020b](#), S. 5 ff.)

Jahr	Anzahl Brände	Verletzte	Tote
2019	128	216	14
2018	137	257	15
2017	98	158	5
2016	111	251	15
2015	111	331	15
2014	66	163	11
2013	83	182	8

In Pflegeeinrichtungen (Altenheime, Seniorenwohnheime, Seniorenwohnanlagen, Pflegeheime, Pflegezentren) gab es im vergleichbaren Zeitraum sogar 743 Brände mit 1558 Verletzten und 83 Toten (siehe Tab. 1.3).

Über **Diebstähle** in Gesundheitseinrichtungen gibt es keine bundesweiten Kriminalitätsstatistiken. Krankenhäuser, Praxen oder Pflegeheime sind für Patienten, Bewohner und deren Besucher in der Regel öffentlich zugänglich und befinden sich häufig in unübersichtlichen Gebäudekomplexen, was die Gefahr von Raub und anderen kriminellen Handlungen erhöht.

Beispiel

Erhebungen der Bundesländer belegen, welches Ausmaß die Straftaten erreichen: So wurden beispielsweise im Jahr 2017 im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen laut Landeskriminalamt (LKA) fast 6500 Diebstahlsfälle mit einem Schaden von 3,5 Mio. EUR in Krankenhäusern registriert. In hessischen Krankenhäusern entstand 2017 durch Diebstahl ein Gesamtschaden von knapp 1,8 Mio. EUR. In Baden-Württemberg hatte die Schadenssumme 2017 einen Höchststand von nahezu 2,75 Mio. EUR erreicht bei knapp unter 3000 Fällen, wobei es 2013 noch 1,8 Mio. EUR waren und die Zahl der Fälle, in die auch Arztpraxen einbezogen sind, bei 3200 lag (vgl. Handelsblatt, [2019](#), S. 1). ◀

Die zahlreichen Schadensfälle zeigen, dass in Gesundheitseinrichtungen aus zunächst abstrakten Bedrohungen und Gefährdungen tatsächliche Risiken und Krisensituationen entstehen, die zu beträchtlichen Personen- und Sachschäden führen, was leider keine Fiktion, sondern Realität ist. Begreift man Krisen als Normalzustand aufgrund permanenter Bedrohungen, so stellt sich die Frage, wie sie eintreffen und wie mit ihnen in Gesundheitseinrichtungen umgegangen wird (vgl. Thießen, [2014](#), S. 6).

1.2 Grundzüge des Krisen- und Stabilitätsmanagements

Während die Begriffe Gefährdung und Bedrohung oft gleichgesetzt werden und sich darunter die Möglichkeit verstehen lässt, dass in einer Gesundheitseinrichtung aus einer Gefahr ein Ereignis mit einer bestimmten Intensität erwächst, das Schaden an einem Schutzgut verursachen kann (vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 2019, S. 24), ist der Begriff der Krise differenzierter zu betrachten.

Eine Krise stellt zunächst ein schwerwiegendes Problem in einer Gesundheitseinrichtung dar, für das eine Lösung gefunden werden muss. Insbesondere länger andauernde Krisen werden deshalb als besonders herausfordernd und anstrengend erlebt, weil sie häufig **folgende Merkmale** aufweisen:

- **unerwartetes Eintreten:** häufig außerhalb des üblichen Planungs- und Erwartungshorizonts;
- **(existenz-)bedrohendes Ereignis:** weitreichende problematische Folgen, die einzelne Menschen, Organisationen oder ganze Gesellschaften gefährden können;
- **Zeitdruck:** keine Zeit, um den Verlauf vollständig zu analysieren und alle möglichen Reaktionen zu kalkulieren;
- **unklare Lagen:** Entscheidungsnotwendigkeiten auf Basis unvollständiger Informationen;
- **hohe Ambiguität:** schwere Aushaltbarkeit unvorhersehbare Entwicklungen, fehlende objektive Sicherheit, multikausale und multifaktorielle Zusammenhänge, die oft erst nach einer Krise vollständig verstanden und durchdrungen werden können (vgl. Ostermann, 2020, S. A 1271).

Sie ist eine Abweichung von der Normalsituation, die mit den üblichen Strukturen allein nicht mehr bewältigt werden kann und deshalb besondere Organisationsmaßnahmen greifen müssen, um den Normalzustand wiederherzustellen, was unabhängig vom Auslöser einer Krise alle Anstrengungen zum Ziel haben. Dazu umfasst das **Krisenmanagement** als systematischer Umgang mit Krisensituationen konzeptionelle und organisatorische sowie operative Fallmaßnahmen, die insgesamt eine schnellstmögliche Rückkehr in den Normalzustand erreichen sollen (vgl. Trauboth, 2016, S. 21 ff.).

Die Entwicklung vom Normalzustand zur sicherheitsrelevanten Krise durchläuft dabei häufig mehrere Phasen (siehe Tab. 1.4).

Krisen entwickeln sich jedoch nicht immer schematisch, und auch das Tempo ihrer Entstehung ist höchst unterschiedlich: Während sich beispielsweise eine Pandemie durch den Grad der Ausbreitung in anderen Ländern in der Regel frühzeitig abzeichnet, kann ein Feuer innerhalb kurzer Zeit ein Patientenzimmer, eine Station oder ein Gebäude in Brand setzen, mit unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben. In diesem Fall wird die Gesundheitseinrichtung direkt in eine akute Krisensituation versetzt,

Tab. 1.4 Phasen der Entwicklung einer Krise (in Anlehnung an Trauboth, 2016, S. 25)

Phase	Beschreibung				
	Anzeichen	Bedrohung	Handlungsspielräume	Entscheidungsoptionen	Zeitdruck
Potentielle Krise	besorgniserregende Entwicklungen mit Krisenpotential werden festgestellt	Gefahr ist noch nicht konkret	Handlungsspielräume sind groß	Entscheidungsoptionen sind vorhanden	es herrscht noch kein Zeitdruck
Latente Krise	deutliche Warnsignale erkennbar	Gefahr ist konkreter	Handlungsspielräume sind noch relativ groß	Entscheidungsoptionen sind noch vorhanden	Zeitdruck wächst
Akute Krise	Krise ist eingetreten	Notlage, Katastrophe	Schnelle Handlungen sind erforderlich	Entscheidungsoptionen nehmen ab	es herrscht hoher Zeitdruck

was Sofortmaßnahmen erforderlich macht und die Führungsprozesse des Krisenmanagements auslöst:

- Ad-hoc: Rettungs-, Evakuierungs- und/oder Räumungsmaßnahmen,
- Erstversorgung von Opfern,
- Erfassung der Gefahren- und Schadenslage,
- Analyse der Ereignisse,
- Bewertung der weiteren Entwicklung,
- Entscheidung über mögliche Alternativplanungen zur Krisenbehebung,
- Umsetzung der Planungen,
- Kontrolle des Umsetzungserfolgs,
- Rückkehr zur Normalsituation/Fortsetzung des Betriebs unter veränderten Bedingungen.

Ein kleines Feuer, zumal früh erkannt, lässt sich rasch löschen und der Schaden hält sich in Grenzen. Somit stellt sich die Frage, ab welchem Zeitpunkt eine Krise beginnt und sie als potentielle Krise identifizierbar ist. Per Definition setzt zu diesem Zeitpunkt auch erst das Krisenmanagement ein. Es wirkt somit nur im Hinblick auf die Auswirkungen einer Krise präventiv im Sinne von Schadensbegrenzung und der Bereithaltung einer Organisation für die krisenbedingte Ausnahmesituation.

Damit es möglichst gar nicht so weit kommt, ist eine Befassung mit den Risiken einer Gesundheitseinrichtung erforderlich. Es handelt sich dabei um Kombinationen aus der Eintrittswahrscheinlichkeit von Ereignissen und dessen negativen Folgen für die Gesundheitseinrichtung. Hierzu stellt das **Risikomanagement** ein kontinuierlich ablaufendes, systematisches Verfahren der Einrichtung zum zielgerichteten Umgang mit Risiken dar, das die Analyse und Bewertung von Risiken sowie die Planung und Umsetzung von Maßnahmen insbesondere zur Risikovermeidung/-minimierung und -akzeptanz beinhaltet (vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 2019, S. 45 f.). Auf die Risikoidentifizierung und -erfassung durch Frühwarnsysteme bzw. eine Risikoinventur, auf die Risikobewertung sowie auf die Risikominderung beispielsweise durch Versicherungen, Abwälzung, Kontrollmaßnahmen etc. wir an anderer Stelle noch ausführlich eingegangen (siehe Kap. 4).

Das **Stabilitätsmanagement** ist umfassender angelegt, baut auf dem Risikomanagement auf, versucht bei eingetretener Ausnahmesituation diese durch das Krisenmanagement zu bewältigen und ist jedoch darüber hinaus eine Daueraufgabe, die bereits früher beginnt, sozusagen im Vorfeld einer Krise, um deren Folgen möglichst abzuwenden oder es gar nicht erst soweit kommen zu lassen. Es geht somit über das eigentliche Krisenmanagement hinaus und trägt mit seinen Vorkehrungen dazu bei, im Falle des Eintritts einer Krisensituation möglichst gut vorbereitet zu sein, diese gut zu bewältigen und – auch unter gegebenenfalls veränderten Bedingungen – stabile Verhältnisse für das Fortbestehen und den neuen betrieblichen Alltag einer Gesundheitseinrichtung zu schaffen.

► **Definition** Als „stabiler“ Zustand wird, vereinfacht gesagt, die Lage eines dynamischen Systems bezeichnet, in der Störungen nicht zu gravierenden Abweichungen von der ursprünglichen Position führen. Dementsprechend kann das **Stabilitätsmanagement** als die Summe der festgelegten Aktivitäten, Instrumente und Methoden beschrieben werden, mit denen die Leitungsebene der Gesundheitseinrichtung die auf Stabilität und damit Kontinuität und Sicherheit ausgerichteten Aufgaben und Maßnahmen nachvollziehbar lenkt und damit plant, einsetzt, durchführt, überwacht und verbessert (vgl. Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, 2017, S. 15).

Das Krisenmanagement ist irgendwann beendet, das Stabilitätsmanagement hingegen nicht.

Für dauerhafte betriebliche Stabilität zu sorgen ist eine Führungsaufgabe, die zahlreiche Faktoren berücksichtigen muss, wie beispielsweise

- die organisatorische Kontinuität durch eine widerstandsfähige Aufbau- und Ablauforganisation;
- den richtigen Einsatz betriebswirtschaftlicher Instrumente zur Schaffung von Kosten- und Umsatzstabilität;

- ein vorbeugendes Risikomanagement, um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu bewältigen;
- eine Mut, Hoffnung und Zuversicht vermittelnde Führung in Krisenzeiten;
- die Berücksichtigung einschlägiger Gesetze und Verordnungen zum Schutz der Patienten, der Einrichtung und der Beschäftigten;
- die Vorsorge bei Finanzen und Liquidität, um einer drohenden Insolvenz vorzubeugen;
- eine zielgruppengenaue Krisenkommunikation mit der erforderlichen Information von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, Patienten, Beschäftigten, Eigentümern, Trägern, Kontroll- und Aufsichtsbehörden;
- die Sicherstellung von medizinischen und pflegerischen Leistungen auch unter erschwerten Bedingungen;
- eine gezielte Aus- und Weiterbildung der Beschäftigten im Risiko- und Krisenmanagement sowie
- die ausreichende Bevorratung und Lagerhaltung notwendiger Vorratsmengen an medizinischen Materialien (siehe Abb. 1.1).

Für Stabilität in einer Gesundheitseinrichtung sorgen nicht nur geordnete Prozesse und Organisationsstrukturen oder ein Business Continuity Management nach ISO 22301, sondern vielmehr auch die Sicherstellung medizinischer und pflegerischer Qualität. Sie

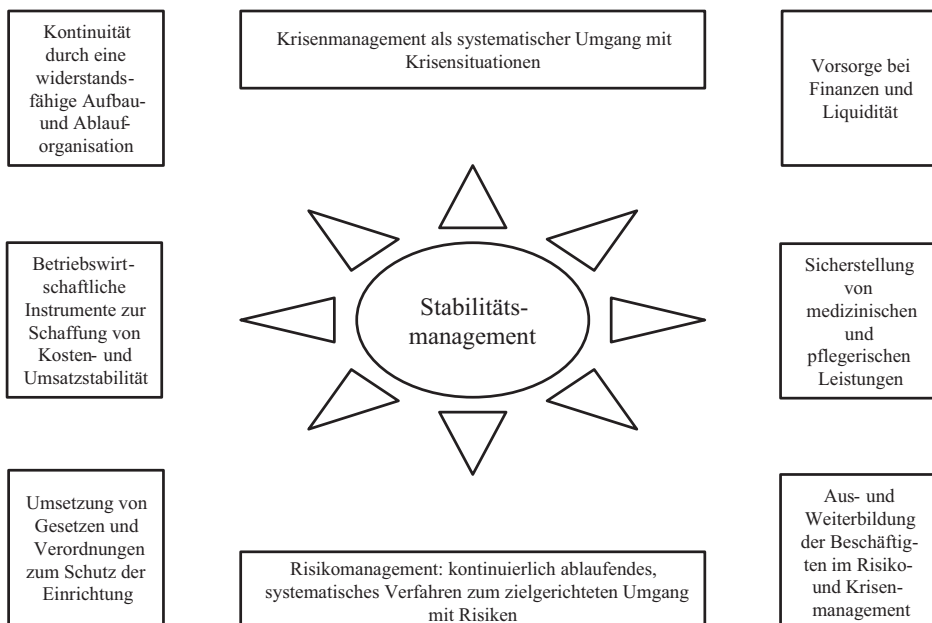


Abb. 1.1 Wichtige Faktoren des Stabilitätsmanagements

ist ein zentraler Baustein in der Leistungserstellung einer Gesundheitseinrichtung. Denn die meisten Krisensituationen und damit Instabilitäten haben ihre Ursache in leichten oder groben Fahrlässigkeiten und sind somit durch menschliches Versagen herbeigeführt.

Beispiel

Nach dem Bürgerliches Gesetzbuch 2002 handelt fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt (§ 276 BGB). Die Fahrlässigkeit setzt Voraussehbarkeit und Vermeidbarkeit des rechtswidrigen Erfolgs voraus. Zu unterscheiden sind die bewusste und unbewusste Fahrlässigkeit sowie nach den Fahrlässigkeitsgraden die einfache Fahrlässigkeit und die grobe Fahrlässigkeit (Nichtbeachtung dessen, was jedem einleuchten muss). Strafrechtlich ist sie die nichtgewollte Verwirklichung eines Straftatbestandes, falls damit der Täter die ihm mögliche und zumutbare Sorgfalt außer Acht gelassen hat und den nach dem Gesetz erforderlichen Erfolg hätte voraussehen können: Unbewusste Fahrlässigkeit, wenn der Täter den voraussehbaren Erfolg nicht bedacht hat, bewusste Fahrlässigkeit, wenn er den Erfolg zwar als möglich vorausgesehen, aber darauf vertraut hat, dass er nicht eintreten werde. Die Abgrenzung zum bedingten Vorsatz ist oft schwierig (vgl. Berwanger & Wagner, 2018, S. 1). ◀

Mängel im Verantwortungsbewusstsein, in der Wahrnehmung, in der internen Kommunikation, in der Ausbildung oder in der Kontrolle lassen aus einem oft zunächst kleinen Ereignis ein größeres Unglück entstehen, wobei dies häufig nicht auf die Nachlässigkeit eines Einzelnen zurückzuführen ist, sondern auf menschliches Versagen im System und damit auf ein Systemversagen (vgl. Trauboth, 2016, S. 23).

Allerdings ist nicht jede Störung auch gleichzeitig ein Notfall. Im betrieblichen Alltag von Gesundheitseinrichtungen gibt es nahezu täglich Vorfälle, die nicht wie eine Krise oder gar Katastrophe eine Stabsorganisation und Maßnahmen für Großschadenslagen erforderlich machen. In der Praxis ist daher eine wirksame Abgrenzung nötig, auch um die notwendigen Ressourcen auf die wesentlichen Vorkommnisse zu konzentrieren (siehe Tab. 1.5).

Das Stabilitätsmanagement baut auf den wichtigen organisatorischen Maßnahmen wie eine in den allgemeinen Betriebsablauf der Gesundheitseinrichtung integrierte Störungsbehebung und ein wirksames Krisenmanagement auf, mit dem Ziel, auch in diesen Ausnahmesituationen für die nötige Kontinuität und Sicherheit zu Sorgen. Es lenkt zugleich aber auch die Aufmerksamkeit auf die nötigen Vorkehrungen zur Verhinderung von Störungen, Notfällen oder gar Krisen.

Im Katastrophenfall wird das betriebliche Krisenmanagement einer Gesundheitseinrichtung vom behördlichen **Katastrophenmanagement** überlagert, dessen Art, Umfang und Dauer sich nur schwer prognostizieren lassen. Es ist dem internen Krisenmanagement gewissermaßen vorgeschaltet und unterscheidet sich üblicherweise auch hinsichtlich der Ziele, die beispielsweise den Bevölkerungsschutz im Vordergrund sehen,

Tab. 1.5 Sicherheitsrelevante Abweichungen im betrieblichen Alltag von Gesundheitseinrichtungen

Abweichungsart	Beschreibung	Schaden	Bewältigung
Störung	Situation, in der Prozesse oder Ressourcen in der Gesundheitseinrichtung nicht wie vorgesehen funktionieren	Gering und ist im Verhältnis zum Gesamtjahresergebnis zu vernachlässigen oder beeinträchtigt die Aufgabenerfüllung nur unwesentlich	Wird durch die im allgemeinen Betriebsablauf der Gesundheitseinrichtung integrierte Störungsbehebung beseitigt
Notfall	Schadensereignis, bei dem die Verfügbarkeit der entsprechenden Prozesse oder Ressourcen innerhalb einer geforderten Zeit nicht wiederhergestellt werden kann und die den Einrichtungsbetrieb stark beeinträchtigt	Hoher bis sehr hoher Schaden, der sich schwerwiegend auf das Gesamtjahresergebnis oder die Aufgabenerfüllung der Gesundheitseinrichtung auswirkt	Kann nicht mehr im allgemeinen Betriebsablauf abgewickelt werden und erfordert eine gesonderte Organisation zur Bewältigung
Krise	Abweichung von der Normalsituation, die mit den üblichen Strukturen allein nicht mehr zu bewältigen ist und bei der die Existenz der Gesundheitseinrichtung oder das Leben und die Gesundheit von Personen gefährdet sein können	Hoher bis sehr hoher Schaden, der sich zumindest schwerwiegend auf das Gesamtjahresergebnis oder die Aufgabenerfüllung der Gesundheitseinrichtung auswirkt und existenzgefährdend sein kann	Über Notfallablaufpläne hinausgehendes stabsorganisatorisches Krisenmanagement mit Rahmenanweisungen und -bedingungen
Katastrophe	Großschadensereignis, das zeitlich und örtlich kaum begrenztbar ist, großflächige Auswirkungen hat und die Existenz der Gesundheitseinrichtung oder das Leben und die Gesundheit von Personen gefährdet	Sehr hohe, signifikante Personen- und/oder Sachschäden, deren Behebung erheblichen Zeitbedarf und umfangreiche Mittel erfordern	Kann nicht durch die Gesundheitseinrichtung alleine bewältigt werden und macht Maßnahmen des überbehördlichen Katastrophenschutzes erforderlich

während die Gesundheitseinrichtung auch ihre Erhaltung und störungsfreie Abläufe im Blick haben muss. Dadurch kann sich der einrichtungsindividuelle Handlungsspielraum verringern und Entscheidungen des internen Krisenmanagements können nur innerhalb bestimmter Lösungskorridore getroffen werden. Auch können vertikale und

horizontale Koordinationsdefizite zwischen den einzelnen Behörden die Anpassung an das übergeordnete Katastrophenmanagement erschweren (vgl. Grün, 2020, S. 344 ff.). Anhand der Abgrenzung zwischen Notfall- und Katastrophenmedizin werden nicht nur organisatorische und logistische Unterschiede, sondern auch unterschiedliche medizinische Verfahrensweisen im Katastrophenfall deutlich: Die Notfallmedizin befasst sich mit der sachgerechten Behandlung drohender oder eingetretener medizinischer Notfälle mit der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Vitalfunktionen und Transportfähigkeit im klinischen Bereich (Notfallpatienten) oder präklinischen Bereich (Rettungsdienst), wobei die zu erbringende Leistung ausschließlich von der Schwere der Erkrankung oder des Traumas bestimmt wird. Die Katastrophenmedizin als Teil des Bevölkerungsschutzes hat als Basis gesundheitlich Geschädigten auch dann nach besten Kräften zu helfen, wenn die Zahl der Opfer es nicht erlaubt. Ziel ist es, einer möglichst großen Anzahl von Betroffenen die bestmögliche Hilfe zu leisten (utilitaristischer Ansatz) und baldmöglichst zur individualmedizinischen Versorgung zurückzukehren. Dabei erfolgt die medizinische Hilfe grundsätzlich nach den Regeln der Notfallmedizin, ist jedoch meist durch äußere Umstände zu Verzicht und zeitlichem Hinausschieben bestimmter Maßnahmen gezwungen und muss dies unter Wahrung des für den Einzelnen Günstigsten im Gesamtgefüge der Hilfemaßnahmen berücksichtigen (vgl. Sefrin, 2010, S. 4).

Katastrophen- und Krisenmanagement haben jedoch auch Gemeinsamkeiten: So lassen sich für den Katastrophenfall aus Sicht des betrieblichen Krisenmanagements einige allgemeine Handlungsmaximen ableiten (siehe Tab. 1.6).

1.3 Unsicherheit reduzieren – Sicherheit erzeugen

Sicherheit ist ein wesentliches Merkmal von Stabilität: Unsichere Prozesse und Funktionalitäten wirken auf einen Zustand störend und erzeugen Instabilität. Stabilität hingegen erzeugt Sicherheit: Zuverlässig und stabil arbeitende Systeme leisten einen wesentlichen Beitrag für eine sichere Arbeitsumgebung in einer Gesundheitseinrichtung.

Statisch betrachtet lässt sich Sicherheit als hundertprozentige Wahrscheinlichkeit beschreiben, dass ein Ereignis genauso eintritt, wie es vorher prognostiziert wurde. Sicherheit wird hierbei der technischen Zuverlässigkeit gleichgesetzt, dass geforderte Funktionen in einer Gesundheitseinrichtung ausfallfrei ausgeführt werden und dabei keine Schädigungen von Personen, der Umwelt oder Sachwerten auftreten. In einer dynamischen Sichtweise wird Sicherheit als Systemeigenschaft einer Gesundheitseinrichtung verstanden, die fortlaufend durch das Zusammenwirken von Regeln, Strukturen, Prozessen und operativen Handlungen durch die Beschäftigten erzeugt wird und Anforderungen, die innerhalb der Einrichtung entstehen und die von außerhalb auf die Einrichtung einwirken, bewältigt (vgl. Ritz, 2015, S. 2 ff.).

Der betriebliche Alltag in Gesundheitseinrichtungen ist geprägt von zu treffenden Entscheidungen. Die Auswahl unter Alternativen, deren Bewertung und die letztendliche

Tab. 1.6 Handlungsmaximen für das Krisenmanagement im Katastrophenfall (vgl. Grün, 2020, S. 345 ff.)

Handlungsfeld	Erläuterung
Chancenpotenzial	Krisen decken als Stresstests Schwachstellen auf und fungieren nicht selten als Innovationstreiber
Exit-Planung	Frühzeitig sind Überlegungen zum Post-Krisenstatus anzustellen; eine Alternativenplanung dient als Orientierungsrahmen für Maßnahmen im Übergang vom Krisenmodus zur Normalisierung
Führungsstärke	Da für langwierige Abstimmungsprozesse in der Regel die Zeit fehlt, ist Geschlossenheit des Auftretens nach innen und außen durch Zentralisierung der Willensbildung zu zeigen; oft sind Entscheidungen von großer Tragweite rasch zu treffen und auch gegen Widerstände durchzusetzen
Krisenkommunikation	Um Glaubwürdigkeit, Konsistenz, Kompetenz und Orientierung zu vermitteln, ist Krisenkommunikation Chefsache
Prioritätensetzung	Da Entscheidungen unter Unsicherheit und Zeitdruck getroffen werden müssen, sind vordringliche Aufgaben zuerst zu erledigen und danach Zweitrangiges
Schnelligkeit	Schnelles Handeln geht notfalls zulasten der Perfektion; für Notfallmaßnahmen gilt Schnelligkeit ohne Einschränkungen und unbürokratisches Handeln
Steuerung auf Sicht	Bei anhaltender Unsicherheit über den weiteren Verlauf einer Krise sind Ziele und Maßnahmen mit einem kurzen Zeithorizont und schnellem Feedback zu präferieren

Zustimmung zur besten Alternative ist allgegenwärtig und ein immer wiederkehrender Prozess. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen muss in den jeweiligen Arbeitsbereichen Entscheidungen treffen, auf der Station, im OP, im Behandlungszimmer, an der Rezeption, im Labor, in der Direktion. Um Sicherheit und damit Stabilität durch eine gute pflegerische und medizinische Behandlungsqualität zu erreichen, sind in Gesundheitseinrichtungen viele Prozesse, Abläufe und Vorgänge geregelt. Dies geschieht durch externe Vorgaben in Form von Gesetzen und Vorgaben (siehe Kap. 3), aber auch durch interne **Regelwerke** mit Arbeitsanweisungen, Ablaufplänen und Anleitungen (siehe Tab. 1.7).

Regelwerke stellen die fixierte Ordnung einer Gesundheitseinrichtung dar, haben den Zweck die Erfordernisse der Behandlungs-, Pflege- und Geschäftstätigkeit zu erfüllen und stellen sicher, dass die Prozesse sowie die damit verbundenen Verantwortlichkeiten, Kompetenzen, Aufgaben und Kommunikationswege aufeinander abgestimmt sowie klar definiert sind. Sicherheit und Stabilität wird zudem dadurch erzeugt, dass die Prozesse nach den dokumentierten Regelungen erfolgen und diese für jeden zugänglich und transparent dargelegt werden (vgl. Frodl, 2019, S. 1). Regelwerke reduzieren zwar den individuellen Entscheidungsspielraum, geben in kritischen Situationen im Idealfall

Tab. 1.7 Beispiele für Regelungsinstrumente in Gesundheitseinrichtungen

Regelungsinstrument	Beschreibung
Betriebsanleitung	Anweisung und Beschreibung zum Betrieb, zur Bedienung und/oder zur Wartung von medizintechnischen Vorrichtungen
Dienst- oder Arbeitsanweisung	Einrichtungsübergreifende Anweisung, die alle Beschäftigten betrifft
Formular	Organisatorisches Hilfsmittel zur Unterstützung der Abläufe in der Gesundheitseinrichtung
Mitteilung	Information für Beschäftigte und/oder Patienten
Prozessdarstellung	Verbale oder grafische Beschreibung von stellenübergreifenden Abläufen, die sich auch auf die gesamte Gesundheitseinrichtung erstrecken können
Systembeschreibung	Verbale oder grafische Darstellung von informations- oder kommunikationstechnischen Systemfunktionen, von kompletten medizinischen Arbeitssystemen oder der Konfiguration/Koordination einzelner Systemelemente
Stellenbeschreibung	Darstellung und Anweisung, die den Aufgabenbereich einer Stelle betrifft

jedoch klare Verhaltensanweisungen, was im Hinblick auf die Frage, wie zu handeln ist, Sicherheit erzeugt. Denn schließlich ist für Diskussionen und langes Abwägen in medizinischen Notsituationen oft keine Zeit.

Beispiel

Nach der Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement- Richtlinie/QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist beispielsweise zu regeln, dass bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen, OP-Checklisten eingesetzt werden. Diese OP-Checklisten sollen

- einrichtungsspezifisch entwickelt und genutzt werden,
- alle am Eingriff Beteiligten einbeziehen,
- auf die Erkennung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Risiken ausgerichtet sein, wie z. B. Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen und schwerwiegende Komplikationen sowie
- Fragen zum Vorhandensein und zur Funktion des erforderlichen Equipments beinhalten (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016, S. A 2282). ◀

Regelwerke in Gesundheitseinrichtungen können vieles regeln, jedoch nicht alles. Mögen die Regelungsbreite (Zahl der zu regelnden Bereiche) und die Regelungstiefe (Detaillierungsgrad) noch so weit gefasst sein, jegliche mögliche Entscheidungssituation können sie nicht abdecken. Von der Sicherheit und Unsicherheit bei **Entscheidungen** sind nicht nur die Führungskräfte einer Gesundheitseinrichtung als Entscheidungsträger und somit auch nicht nur Klinikdirektoren, Chirurgen, Zahnärzte, oder Krankenhausmanager betroffen, sondern die Beschäftigten auf allen Ebenen. Unabhängig von Hierarchie und organisatorischer Einordnung sind direkte Auswirkungen möglich, und im Vergleich zu beispielsweise produzierenden Unternehmen ist Stabilität und Sicherheit bei dieser Aufgabe im Gesundheitswesen nicht weniger wichtig, da dabei stets das Patientenwohl zu berücksichtigen ist. Während in der Regel davon ausgegangen wird, dass Risiko und Tragweite von Entscheidungen mit aufsteigender Führungshierarchie zunehmen, so gilt für Gesundheitseinrichtungen nicht unbedingt, dass beispielsweise in den unteren Ebenen nur tragbare Entscheidungsrisiken mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit, aber begrenzter Schadenshöhe und auf der Führungsebene Risiken mit erheblicher Tragweite, geringer Eintrittswahrscheinlichkeit, aber existenzbedrohender Schadenshöhe vorkommen. Oftmals ist auch nicht die Wahl einer bestimmten Alternative, sondern die Unterlassung einer Handlung als Entscheidungsergebnis anzusehen. So kann ein übersehener Fehler in der Pflege oder eine Unterlassung aufgrund eines fehlerhaften Befundes gravierende Auswirkungen für die betroffenen Patienten haben.

Eine Entscheidung stellt somit nur im Idealfall eine bewusste Wahl zwischen zwei oder mehreren Alternativen anhand bestimmter Entscheidungskriterien oder Präferenzen dar. Unter Stabilitäts- und Sicherheitsgesichtspunkten sind insbesondere die möglichen Folgen von Entscheidungen von wesentlicher Bedeutung, die die Möglichkeit bieten, die Güte einer Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt zu messen oder aus einer Fehleinschätzung zu lernen. Für das Anstreben der absoluten Verlässlichkeit und Richtigkeit einer Entscheidung, verfügen die Entscheidungsträger in Gesundheitseinrichtungen nicht immer über die vollständige Information alle potenziell entscheidungsrelevanten Faktoren betreffend. Entscheidungen werden umso leichter getroffen, je größer die Sicherheit erscheint, und mit dem Ausmaß der Unsicherheit nehmen auch die Schwierigkeiten von Entscheidungen zu, da ihre Folgen oft nicht absehbar sind (siehe Tab. 1.8).

Die Sicherheit nimmt in der Regel zu, je mehr Informationen zur Entscheidungsfindung vorliegen. Soll beispielsweise eine Entscheidung zwischen zwei alternativen Behandlungsmaßnahmen getroffen werden, bei denen sich bei der ersten als mögliche Nebenwirkung ein steigender, gleichbleibender oder aber auch sinkender Blutzuckerwert ergeben kann und bei der zweiten nur gleichbleibende Blutzuckerwerte zu erwarten sind, so würde bei einer pessimistischen Entscheidung die zweite Alternative bevorzugt, da sie zumindest einen stabilen Blutzuckerwert garantiert. Die optimistische Entscheidung würde zugunsten der ersten Alternative ausfallen, da sie auch die Möglichkeit einer Blutzuckersenkung einschließt. Je sicherer davon ausgegangen werden kann, dass bei der ersten Alternative keine Blutzuckererhöhung zu erwarten ist, desto eher wird

Tab. 1.8 Sicherheit und Unsicherheit bei Entscheidungen in Gesundheitseinrichtungen

Entscheidungssituation	Beschreibung	
Völlige Sicherheit	Eher die Ausnahme: In den seltensten Fällen lassen sich sämtliche Konsequenzen aus einer Handlung voraussagen; Annahme, dass alle denkbaren Folgen einer Handlung im Voraus bekannt sind, ist unrealistisch; ein theoretisches Restrisiko lässt sich kaum ausschließen	
Mit Risiko behaftete Sicherheit	Eintrittswahrscheinlichkeiten sind beispielsweise durch Berechnung ermittelbar oder lassen sich aus Vergangenheitswerten ableiten; mehrpersonale Entscheidungsprozesse tragen zur Risikominimierung bei, indem Informationen und Kenntnisse über mögliche Auswirkungen von Entscheidungsalternativen durch die Einbeziehung mehrerer Experten, Gutachter bzw. Entscheidungsträger in die Entscheidung einfließen	
Unsicherheit	Mit Unsicherheit behaftete Entscheidungen kommen häufiger vor; die Auswirkungen einer Entscheidung und/oder deren Eintrittswahrscheinlichkeiten können in der Regel nicht mit völliger Sicherheit vorausgesagt werden	
Ungewissheit	Mögliche Auswirkungen sind bekannt, aber nicht die jeweiligen Eintrittswahrscheinlichkeiten; pessimistische und optimistische Handlungsalternativen lassen sich in dieser Situation auswählen	
	Maximin-Entscheidung (pessimistisch)	Vergleich der einzelnen Entscheidungsalternativen anhand der ungünstigsten Auswirkungen
	Maximax-Entscheidung (optimistisch)	Vergleich der einzelnen Entscheidungsalternativen anhand der günstigsten Auswirkungen

sie favorisiert und damit die Risikobereitschaft für eine Entscheidung zu ihren Gunsten steigen.

Zur Reduzierung von Unsicherheit trägt auch die systematische Befassung mit dem Thema Sicherheit im Rahmen eines Sicherheitsmanagements bei. Ein **Sicherheitsmanagementsystem** (SMS) legt fest, mit welchen Instrumenten und Methoden die Leitungsebene der Gesundheitseinrichtung die auf Sicherheit ausgerichteten Aufgaben und Aktivitäten nachvollziehbar lenkt und damit plant, einsetzt, durchführt, überwacht und verbessert. Es umfasst als grundlegenden Elemente die Managementprinzipien, die Ressourcen, die Mitarbeiter und den Sicherheitsprozess, der die Leitlinie zur Sicherheit, in der die Sicherheitsziele und die Strategie zu ihrer Umsetzung dokumentiert sind, das Sicherheitskonzept und die Sicherheitsorganisation beinhaltet (vgl. Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, 2017, S. 15). Um den latenten Bedrohungen für Patienten, Mitarbeiter, Existenz, Handlungsfähigkeit und Image einer Gesundheitseinrichtung entgegenzuwirken, lässt sich das SMS folgendermaßen aufbauen: