

1 Risikomanagement im Spannungsfeld Notaufnahme

1.1 Notfallmedizin als besonderes Handlungsfeld des Risikomanagements

Reinhard Strametz und Martin Pin

Keine medizinische Maßnahme ist frei von Risiken. Diese zentrale Erkenntnis wurde bereits in der hippokratischen Medizin unter dem Grundsatz »primum nil nocere, secundum cavere, tertium sanare« zusammengefasst. Gleichzeitig erkannte jedoch Seneca in seinen *Epistulae morales*, die grundsätzliche Fehlbarkeit des Menschen (Seneca 62 n. Chr., VI,57,12). Was in der verkürzten Darstellung dieser Erkenntnis durch das berühmte Zitat »errare humanum est«, also »irren ist menschlich« jedoch nicht berücksichtigt wird, ist die damit verbundene Aufforderung, aus Fehlern zu lernen:

Errare humanum est, sed in errare perseverare diabolicum. Seneca (4 v. Chr.–65 n. Chr)
Irren ist menschlich, aber im Fehler zu verharren teuflisch.

Die Medizin vergangener Jahrhunderte ging durch nebenwirkungsreiche, oft schädliche Therapieansätze und mangelnde Kenntnisse über biologische Abläufe oder hygienische Grundanforderungen teilweise hohe Risiken für Patienten ein. Nach zahlreichen Meilensteinen in der medizinischen Versorgung, wie der Einführung von Impfungen, einer allgemeinen Hygiene bzw. sterilem Arbeiten im OP und der Entdeckung von Antibiotika reduzierten sich Risiken in der Patientenversorgung nachweisbar deutlich.

Die Tatsache, dass Risikomanagement und Gefährdungen der Patientensicherheit in unseren Tagen von wachsendem Interesse und wachsender Bedeutung sind, basiert auf einer Entwicklung, die insbesondere die notfallmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen stellt und im Wesentlichen auf vier Faktoren zurückzuführen ist (Strametz 2017): Zunehmende Komplexität in der Versorgung, gestiegene Erwartungen von Patienten, Angehörigen und Dritten, intensiver, teils ruinöser Wettbewerb und medizinisch-technischer Fortschritt.

Die zunehmende Komplexität der medizinischen Versorgung ergibt sich aus dem schnell steigenden medizinischen Wissenszuwachs und der damit einhergehenden Spezialisierung innerhalb der Fachdisziplinen. Als Konsequenz hieraus sind oftmals zahlreiche zusätzliche Akteure unterschiedlicher Gesundheitsfach- und Heilberufe, zunehmend hochspezialisiert auf einzelne Aspekte, gemeinsam an der Versorgung eines Patienten beteiligt. So ist es evident, dass gut trainierte, interdisziplinär agierende Teams im Schockraum eine zeitnahe Versorgung von Notfallpatienten ge-

währleisten, die insbesondere bei schwerstverletzten Patienten das Outcome deutlich verbessert (Schoeneberg 2014). Mit jedem zusätzlichen Prozessbeteiligten steigen jedoch die Risiken für Informationsverluste und Missverständnisse, die wiederum negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit nach sich ziehen können. Es bedarf also speziell notfallmedizinisch breit ausgebildeter Ärztinnen, Ärzte und Pfleger in der klinischen Notfallversorgung, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Die Einführung der Zusatzweiterbildung »Klinische Akut- und Notfallmedizin« in der Musterweiterbildungsordnung durch den 121. Deutschen Ärztetag 2018 (BÄK 2018) und die Einführung der Weiterbildung Notfallpflege (DKG 2016) sind wichtige Maßnahmen zur weiteren Professionalisierung der Notfallmedizin und somit zur Steigerung der Patientensicherheit.

Dem gegenüber stehen Ansprüche der Patienten an die medizinische Versorgung und deren Rahmenbedingungen, die in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind und nicht selten, insbesondere im Spannungsfeld Notaufnahme, von einer hohen Erwartungshaltung geprägt sind. Dies wird durch die mediale Darstellung des Gesundheitswesens sowohl in der Fiktion, als auch der Berichterstattung über Ergebnisse der Grundlagenforschung als sogenannte »Durchbrüche« in der Behandlung bislang unheilbarer Erkrankungen ebenso wie der Skandalisierung mutmaßlicher Defizite zusätzlich befördert. Die teilweise bestehende und möglicherweise zunehmende Divergenz zwischen erwarteter und erlebter Leistung führt in der Notaufnahme zu besonderen Problemen. Die hohe psychische Anspannung des Notfallpatienten und/oder seiner Angehörigen, trifft auf Mitarbeitende mit qualitativ und quantitativ hoher Arbeitsbelastung. Durch die steigende Anzahl von Notfallpatienten, zum Beispiel durch den demografischen Wandel, aber auch durch die Inanspruchnahme von Notaufnahmen als Ersatz für vertragsärztliche Versorgungsstrukturen (Somasundaram 2016) entstehen neben direkt daraus resultierenden Risiken (► Kap. 2.1.3) somit Brüche in der Erwartung der Beteiligten, die ihrerseits wiederum ein Risiko darstellen (► Kap. 2.3.4).

Dies alles geschieht in der stationären Patientenversorgung unter einem zunehmenden ökonomischen Wettbewerbsdruck, der in den letzten Jahren kompensatorisch zu einer enormen Leistungsverdichtung geführt hat. So reduzierte sich die Zahl der Krankenhausbetten laut Statistischem Bundesamt von 1991 bis 2015 um 166.412 (-25 %) bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl jährlicher stationärer Behandlungsfälle um 32 % auf 19.239.574 (DESTATIS 2017). Die Ausrichtung auf größtmögliche ökonomische Effizienz stellt auch die zentralen Notaufnahmen vor die Herausforderung, im Spannungsfeld zwischen reduzierten Belegungsressourcen und elektiver Patientenversorgung, die stationäre Aufnahme von Notfallpatienten sicher und zeitgerecht zu koordinieren.

Der medizinisch-technische Fortschritt bietet Patienten in der Notfallversorgung zusätzliche Chancen, auch lebensbedrohliche Zustände gut zu überstehen, birgt aber gleichzeitig auch Risiken. Durch die Verkürzung der Halbwertszeit medizinischen Wissens steigt bei allen Beteiligten der Bedarf an kontinuierlicher und zielgerichteter Fortbildung, was insbesondere im Kontext der oben beschriebenen Leistungsverdichtung Probleme aufwirft. Neben dem Wissen innerhalb einer Organisation, muss in einer Notaufnahme an 365 Tagen auch die Kompetenz vorgehalten werden, alle relevanten Prozessabläufe der Notfallversorgung – unabhängig von einzelnen Han-

delnden – verlässlich durchzuführen. Dies bringt jedoch insbesondere Notaufnahmen mit geringer Versorgungskapazität im ökonomischen Spannungsfeld unter zusätzlichen Druck (► Kap. 2.2.1). Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (G-BA 2018) trägt dem Rechnung und beschreibt die zukünftigen qualitativen Voraussetzungen von Krankenhäusern für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung.

Die eben genannten Punkte treten in der Notaufnahme eines Krankenhauses auch deswegen in besonderer Weise in Erscheinung, da letztlich alle Faktoren zusammentreffen, unter denen bei der medizinischen Versorgung eine erhöhte Häufigkeit und eine gravierendere Auswirkung von Risiken zu beobachten ist:

1. Die Patienten sind oftmals in einem kritischen bzw. gebrechlichen Gesundheitszustand und somit anfälliger gegen Fehler in der Versorgung.
2. Es handelt sich oftmals um zeitkritische Prozesse und es müssen Entscheidungen unter hohem Druck getroffen werden.
3. Das Patientenaufkommen und damit verbunden die notwendigen vorzuhaltenden Ressourcen sind im Vorfeld nicht immer präzise planbar, es kommt somit zu Arbeitsspitzen.
4. Aufgrund der Variabilität der Versorgung und der multiplen Schnittstellen präklinisch und innerklinisch sind viele Personen und Professionen beteiligt, wodurch die Komplexität und der Abstimmungsbedarf zunehmen.

Somit ist davon auszugehen, dass einerseits eine höhere Anzahl relevanter Risiken vorhanden ist und andererseits auch das potentielle Schadensausmaß bei Verwirklichung eines Risikos deutlich höher ist als in Bereichen ohne die oben genannten Kriterien.

Das mutmaßliche Ausmaß von Patientenschäden dokumentierte der Bericht »To err is human« des Institute of Medicine (IOM) im Jahr 1999 eindrücklich (Kohn 1999). So wurde basierend auf den damals verfügbaren Daten angenommen, dass jährlich ca. 48.000–96.000 Menschen im US-amerikanischen Gesundheitssystem in der stationären Versorgung aufgrund vermeidbarer Fehler versterben. Im Jahr 2016 publizierten Makary und Daniel im British Medical Journal sogar eine Schätzung, nach der medizinische Fehler als TOP3-Todesursache anzusehen sind (Makary 2016). Die Publikation des IOM kann als Auslöser zahlreiche Aktivitäten im Bereich des klinischen Risikomanagements angesehen werden und führte auch in anderen Gesundheitssystemen zu Schätzungen bezüglich der Anzahl vermeidbarer Todesfälle und anderer Schäden (Klauber 2014, Stiftung Patientensicherheit 2017, Endel 2004). Hierbei ist kritisch anzumerken, dass eine Übertragung dieser Schätzwerte aus anderen Gesundheitssystemen ein vergleichsweise großes Konfidenzintervall aufweist und somit nicht als verlässlicher Mittelwert angesehen werden sollte. So schätzen Experten die Zahl der jährlich vermeidbaren Todesfälle in Deutschland auf 4.000–45.000 (Deutscher Bundestag 2014). Doch selbst bei konservativer bzw. optimistischer Schätzung der betroffenen Patienten bleibt das große Potential patientensicherheitssteigernder Maßnahmen erkennbar.

Neben den Patienten und deren Angehörigen sind auch die Mitarbeitenden und Organisationen bei Patientenschädigungen unmittelbar und teilweise gravierend

betroffen. So ist durch zahlreiche tragische Fälle mittlerweile hinlänglich bekannt, dass neben dem geschädigten Patienten in der Regel auch der Schädigende als sogenanntes zweites Opfer (second victim) anzusehen ist (Wu 2000) und durch seinen, in der Regel unbeabsichtigten Fehler schwer geschädigt werden kann. Durch Selbstvorwürfe, arbeitsrechtliche Sanktionen und juristische Auseinandersetzungen besteht die Gefahr der posttraumatischen Belastungsstörung, die in zahlreichen Fällen bis hin zum Suizid des Schädigenden führten (Scott 2009, Grissinger 2014). Diese Problematik wird in Kapitel 1.8 nochmals ausführlicher thematisiert.

Ebenso wie Patienten und Mitarbeiter erleiden Krankenhäuser Schäden bei medialer Berichterstattung mutmaßlicher Patientenschädigung. Dass Notaufnahmen in diesem Zusammenhang ein besonders sensibler Bereich sind, zeigt sich beispielsweise in der Tatsache, dass ein Fall besonders langer Wartezeit in einer Notaufnahme auf der Titelseite einer bekannten Tageszeitung Deutschlands in entsprechender Aufmachung als »Uniklinik-Skandal« publiziert wurde (BILD 2015).

Neben der Schädigung der physischen und psychischen Integrität von Patienten und Personal sowie dem Reputationsverlust durch negative Berichterstattung stellen patientensicherheitsrelevante Probleme auch ein ökonomisches Problem dar. Neben steigenden Prämien der Haftpflichtversicherer bis hin zur fraglichen Versicherbarkeit einzelner Organisationbereiche publizierte die OECD 2017 eine Studie, die basierend auf den derzeit verfügbaren Daten zu ökonomischen Auswirkungen schätzt, dass in den OECD-Ländern im stationären Bereich ca. 15 % der Gesamtausgaben zur Kompensation von medizinischen Behandlungsfehlern verwendet wird. Untersuchungen aus den USA deuten darauf hin, dass zwischen 2010 und 2015 durch systematische Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit Einsparungen in Höhe von 28 Milliarden US-Dollar realisiert werden konnten. (Slawomirski 2017)

Aufgrund der genannten Komplexität und dem Auftreten von Schäden in relevantem Ausmaß scheinen bisherige Maßnahmen allgemeiner Sorgfalt nicht mehr ausreichend, um die Ansprüche aller Beteiligten an die Sicherheit und Wirksamkeit der Versorgung zu erfüllen. Aus der Unfallforschung im medizinischen Bereich ist mittlerweile bekannt, dass einzelne menschliche Fehler, das gern zitierte »menschliche Versagen«, in der Regel durch andere Faktoren begünstigt oder sogar provoziert werden. So entwickelte der Arbeitspsychologie James Reason das in Abbildung 1.1 dargestellte organisatorische Unfall-Ursachen-Modell (Reason 1990). Dieses zeigt deutlich, dass neben suboptimaler Gestaltung der Arbeitsabläufe auch latente Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung von Risiken und das Auftreten von Schadenfällen haben. Somit sind organisatorische Maßnahmen im Sinne eines klinischen Risikomanagements erforderlich, die nicht nur auf das einzelne Individuum, sondern auf alle in diesem Modell genannten Bereiche abzielen.

Unter klinischem Risikomanagement für Notaufnahmen ist gemäß der Definition des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) folgendes zu verstehen:

Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern [...] umfasst die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen. (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2016)

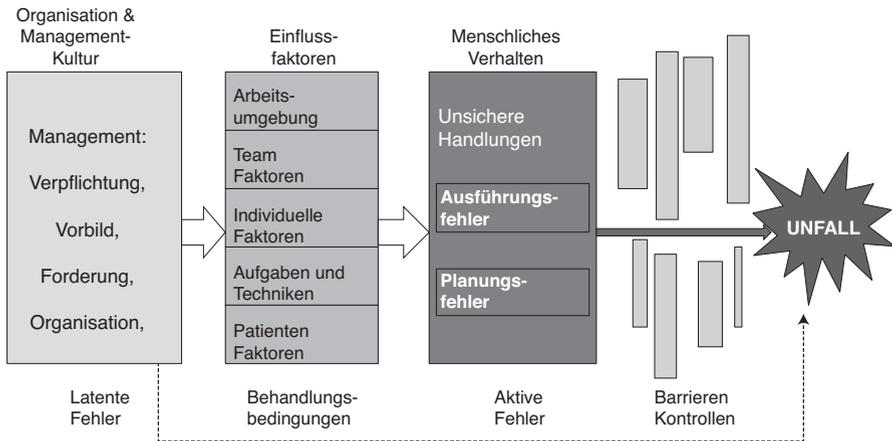
Organisatorisches Unfall-Ursachen-Modell

Abb. 1.1: Organisatorisches Unfall-Ursachen-Modell, (modifizierte Darstellung aus Kahla-Witzsch 2019, basierend auf Reason 1990)

Risikomanagement muss somit sowohl als Führungsaufgabe (► Kap. 1.2.) als auch Teil der täglichen Arbeit der Behandelnden verstanden werden. Dabei ist eine systematische Behandlung der Risiken erforderlich. Die im Qualitätsmanagement etablierte Vorgehensweise des Plan-Do-Check-Act-Zyklus⁴ von Deming wird dabei im Risikomanagement (RM) durch den Risikomanagement-Prozess (► Kap. 1.3) auf Grundlage internationaler Normen (► Kap. 3.1) erweitert. Die Behandlung der Risiken wiederum muss kontextabhängig geschehen und sowohl die medizinischen Rahmenbedingungen der Notfallversorgung (► Kap. 1.4) als auch den hierfür geltenden gesetzlichen Rahmen (► Kap. 1.5) berücksichtigen. Zur konkreten Ausgestaltung des Risikomanagement-Prozesses wiederum ist die Anwendung einer geeigneten Kombination verschiedener Instrumente und Methoden des Risikomanagements notwendig (► Kap. 1.6).

Die Bemühungen um klinisches Risikomanagement zur Erhöhung der Patientensicherheit sind derzeit vor allem in medizinischen Disziplinen mit notfallmedizinischem Bezug ausgeprägt. Auch wenn perspektivisch Patienten aller medizinischen Disziplinen von einer möglichst risikoarmen Versorgung profitieren sollten, scheint die Führungsrolle bestimmter notfallmedizinischer Disziplinen in der systematischen Einführung von klinischem Risikomanagement nachvollziehbar und gerechtfertigt. Die Notaufnahmen sollten somit bei der Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von klinischem Risikomanagement eine zentrale Funktion einnehmen.

Literatur

Aktionsbündnis Patientensicherheit (2016): Mindestanforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus (http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf, Zugriff 11.11.2017).

- Bild-Zeitung, 05. Februar 2015, S. 1.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2018): 121. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, S.402. (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, Zugriff am 06.09.2018).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2016): DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege. (https://www.dkgev.de/media/file/68891.DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Notfallpflege.pdf, Zugriff 06.09.2018).
- Deutscher Bundestag (2014): Gefährdung der Patientensicherheit und tödliche Behandlungsfehler im Krankenhaus, Drucksache 18/1765 (<https://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/Betrifft-Recht/Dokumente/edrucksachen/pdf/1801765.pdf>, Zugriff am 11.11.2017).
- Endel, G. (2004): Patientensicherheit und Medizinische Fehler, (<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.623717&version=1443611415>, Zugriff am 11.11.2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3301/>, Zugriff 01.09.2018).
- Grissinger, M. (2014): Too Many Abandon the »Second Victims« Of Medical Errors. *Pharmacy and Therapeutics* 39: 591–592.
- Kahla-Witzsch, H.A., Jorzig, A., Brühwiler, B (2019): Das sichere Krankenhaus, Stuttgart: Kohlhammer.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2014; Schwerpunkt: Patientensicherheit. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (1999): To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press.
- Makary, M.A., Daniel, M. (2016): Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 353: i2139.
- Reason, J. (1990): Human error. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schoeneberg, C., Schilling, M., Keitel, J. M. Kauther, D., Burggraf, M., Hussmann, B., Lendemanns, S. (2017): Traumanetzwerk, TraumaRegister der DGU(R), Weissbuch, S3-Leitlinie Polytrauma - ein Versuch der Validierung durch eine retrospektive Analyse von 2304 Patienten (2002-2011) an einem überregionalen (Level 1) Traumazentrum. *Zentralbl Chir* 142: 199–208.
- Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J., Hall, L.W. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider »second victim« after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 18: 325–330.
- Seneca um 62 n.Chr.: *Epistulae morales* VI,57,12.
- Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N. (2017): The Economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers, No. 96, Paris: OECD Publishing.
- Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 6.1.1. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf;jsessionid=0EB602E3B7EDD334E3274AC13B8F0611.InternetLive?__blob=publicationFile, Zugriff am 11.11.2017).
- Stiftung Patientensicherheit (2017): Facts & Figures. (<http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Patientensicherheit.html>, Zugriff am 11.11.2017).
- Strametz, R. (2017): Grundwissen Medizin, Konstanz: uvk lucius mit utb.
- Wu, A.W. (2000): Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320: 726–727.

1.2 Risikomanagement als Führungsaufgabe

Bruno Brühwiler

1.2.1 Risikomanagement als Führungsaufgabe

Um Risikomanagement als Führungsaufgabe richtig zu verorten, stellt sich zuerst die Frage, was der Begriff Führung bzw. Management umfasst. »Manum agere« ist der lateinische Urbegriff und bedeutet »an der Hand führen«. Viele Wissenschaftler haben sich mit dem Begriff und der Konzeption »Management« bzw. »Führung« auseinandergesetzt. Sie werden etwa beschrieben als »Inbegriff aller Handlungen der Gestaltung und Lenkung von Organisationen« (Ulrich 1978, S. 13).

Eine weite Verbreitung hat die Führungskonzeption des Qualitätsmanagements erhalten. Deming, der amerikanische Physiker, Statistiker und Wirtschaftspionier im Bereich des Qualitätsmanagements, hat den Prozess der Führung im Qualitätsmanagement mit dem bekannten Deming-Kreis »Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung« umschrieben (Deming 1950). Der Deming-Kreis hat weit über das Qualitätsmanagement hinaus Anerkennung gefunden, er verkörpert im Allgemeinen die Aufgaben von Führung und Management mit den vier Begriffen »Plan-Do-Check-Act«, worunter der Prozess der Planung, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung verstanden wird. Werden diese vier Elemente in ein Konzept zusammengefasst, spricht man von einem Managementsystem oder einem Managementframework.

Die Führungstätigkeit einer Organisation wird durch verschiedene Prinzipien bestimmt: Rechtliche Anforderungen (Legalität), die Bestandssicherung für die Organisation und ein Verhalten, das den ethischen Werten unserer Gesellschaft entspricht. Diese allgemeinen Grundsätze gelten auch für Notaufnahmen, wie auch immer diese rechtlich und betrieblich ausgestaltet sind. Um sicherzustellen, dass eine Organisation diese Prinzipien einhält und damit ihre Handlungsziele erreicht, erfuhr in den vergangenen Jahren das Risikomanagement als Führungsaufgabe eine starke Beachtung. Es stellt Werkzeuge und Modelle bereit, um die Führung von risikoreichen Organisationen und Prozessen zu optimieren.

1.2.2 Management von Risiken

Das Management von Risiken richtet sich an den Zielen, Tätigkeiten und Anforderungen aus, die eine Organisation im Allgemeinen und eine Notaufnahme im Besonderen bestimmen. Dabei spielen die Stakeholder, die »interessierten Kreise« eine besondere Rolle. Die Stakeholder einer Notaufnahme sind vielfältig:

- Notaufnahmen stellen ein wichtiges Glied in der Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit in unserer Gesellschaft dar,
- Notaufnahmen sind Teil eines Krankenhauses,
- Notaufnahmen dienen dem Patienten bzw. der Patientensicherheit. Sein Überleben kann von der Effektivität der Notfallversorgung abhängig sein,

- Notaufnahmen beschäftigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die bei der Erbringung von Notfall-Leistungen auch Fehler machen und damit selbst zum Opfer werden können (► Kap. 1.8).

Eine Notaufnahme ist, wie in Kapitel 1.1. ausführlich dargestellt, aus mehreren Gründen ein Hochrisikobereich: Die Tätigkeit ist schwer planbar, die Fälle sind oft komplex und lebensbedrohlich, die zu bewältigenden Patientenströme stimmen oft nicht mit den vorhandenen Ressourcen überein, damit ist die Unsicherheit ein ständiger Begleiter.

Risiko ist definiert als Auswirkung von Unsicherheit auf Ziele, Tätigkeiten und Anforderungen. Das sind potentielle Gefährdungen und Bedrohungen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten und schwerwiegende Auswirkungen auf die Ziele und Finanzen, auf die Sicherheit und Gesundheit der Menschen sowie auf die technische Funktions- und Leistungsfähigkeit einer Organisation haben.

Risikomanagement als Führungsaufgabe muss zuerst die voraussehbaren Risiken identifizieren und beurteilen. Daraus lassen sich präventive Maßnahmen ableiten, um Fehler in der Tätigkeit von Notaufnahmen rechtzeitig zu erkennen und ihnen vorzubeugen. Damit verbunden ist auch die Einhaltung von gesetzlichen, untergesetzlichen und medizinisch-pflegerischen Anforderungen. So gesehen verbergen sich im Risikomanagement immer auch viele Chancen.

Wenn eine Notaufnahme das Risikomanagement hingegen nicht mit der ausreichenden Sorgfalt betreibt, gibt es sehr unangenehme Nebenwirkungen: Patientenschäden, Haftpflichtfälle, strafrechtliche Verfolgung, Reputationsschäden in der Öffentlichkeit und schwere Führungskrisen.

1.2.3 Risikomanagementsystem

Risikomanagement besteht nicht nur in der Risikobeurteilung, sondern auch in den organisatorischen und führungsmäßigen Voraussetzungen und Dispositionen. Diese werden auch als Risikomanagementsystem oder Risikomanagementkonzept bezeichnet. In Anlehnung an die ISO Management-Systeme, wie Sie z. B. in ISO 9001 für das Qualitätsmanagementsystem enthalten sind, kann man die Systemelemente mit dem Deming-Kreis Plan-Do-Check-Act beschreiben und mit weiteren Elementen ergänzen. Neben dem Geltungsbereich und der Organisation mit ihrem Kontext werden dem Führungsauftrag und der Verpflichtung der obersten Leitung eine impulsgebende Funktion zugeordnet.

Bestandteil dieser Systemelemente ist der Risikomanagement-Prozess, der mit vielen Methoden der Risikoanalyse umgesetzt werden kann (► Kap. 1.3). Insgesamt ergibt sich das in Abbildung 1.2 dargestellte Bild über das Risikomanagement, das seinen Ursprung in der ISO 31000:2009 hat und in der ONR 49001 spezifiziert worden ist (► Kap. 3.1).

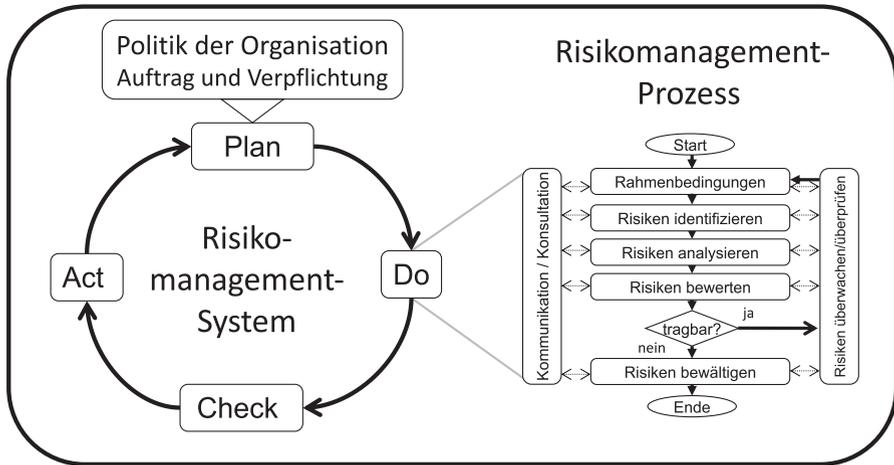


Abb. 1.2: Risikomanagement-System mit dem Risikomanagement-Prozess (aus ONR 49001:2014)

1.2.4 Leadership and Commitment

Grundlage für Management und Risikomanagement sind »Leadership and Commitment«, wie es so schön in der englischen Sprache heißt bzw. etwas nüchterner auf Deutsch »Führung und Verpflichtung«. Die ISO FDIS 31000:2017 Risk management – Guidelines (ISO 31000:2017) beschreibt die Aufgaben des Top Managements dahingehend, dass das Risikomanagement in alle Tätigkeiten der Organisation integriert werden sollen, indem:

- die Elemente des Risikomanagement-Frameworks (Plan-Do-Check-Act) maßgeschneidert umgesetzt werden,
- eine Absichtserklärung zum Risikomanagementkonzept oder -Plan mit entsprechenden Aktionen besteht,
- Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen für die relevanten Stufen in der Organisation festgelegt und
- die erforderlichen Ressourcen für das Management der Patientensicherheitsrisiken sichergestellt werden.

Dies unterstützt die Organisation, um

- das Risikomanagement an den Zielen, der Strategie und Kultur auszurichten,
- die gesetzlichen Verpflichtungen und freiwilligen Bekenntnisse anzuerkennen und einzuhalten,
- die zu tolerierende Risikohöhe und Risikoart festzulegen und Risikokriterien zu entwickeln sowie diese der Organisation und den Stakeholdern zu kommunizieren,
- den Nutzen des Risikomanagements der Organisation und den Stakeholdern darzulegen,

- die systematische Risikoüberwachung zu fördern und
- sicherzustellen, dass das Risikomanagement-System angemessen bleibt.

Was bedeutet das nun konkret für den Leiter der Notaufnahme und für sein Führungsteam, das mit ihm zusammen die Gesamtverantwortung trägt?

- Risikomanagement ist nicht eine einmalige Aktion, die sich in einer Risikoanalyse oder in einem Audit erschöpft. Vielmehr geht es darum zu überlegen, welche Risiken in einer Notaufnahme überhaupt vorkommen, welche Risikomanagement Aktivitäten für die Patienten- und Mitarbeitersicherheit erforderlich sind und wie diese in der Organisation stabil verankert und kommuniziert werden können.
- Zu klären sind das Verhältnis des Risikomanagements zu anderen Teilbereichen der Führung, z. B. zum Qualitätsmanagement, zum rechtlichen Compliancemanagement oder zum betrieblichen Notfall-, Krisen- und Kontinuitätsmanagement. Dies ist erforderlich, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die vorhandenen knappen Ressourcen bestmöglich zu nutzen.
- Rollen und Verantwortlichkeiten müssen eindeutig festlegen, wer was zu tun hat und wer wofür verantwortlich ist.
- Risikomanagement bedient sich verschiedener Methoden, z. B. der Szenarioanalyse, der Prozessanalyse oder eines Fehlermelde- und Beschwerdesystems (► Kap. 1.6). Es ist zu klären, wie diese Instrumente eingesetzt werden sollen und wie sie zusammenwirken. Ganz wichtig: keine Bürokratie – weniger ist mehr!

Zu beachten ist, dass Notaufnahmen zahlreichen gesetzlichen Bestimmungen (► Kap. 1.5) unterliegen, die teilweise sogar direkten Einfluss auf das Risikomanagement ausüben. So bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss gem. § 136a SGB V beispielsweise über »[...] wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest«.

1.2.5 Der Top-Down/Bottom-Up Ansatz

Im Risikomanagement wird auf verschiedenen hierarchischen Ebenen gearbeitet und kommuniziert: Die oberste Leitung befasst sich vorwiegend mit der Risikomanagement-Politik und mit den »bestandsgefährdenden Risiken« der Organisation. Auf der Prozessebene, wo sich das Tagesgeschäft abspielt, werden hingegen sehr viele Risiken und Fehlermöglichkeiten identifiziert und weiter bearbeitet. Es erweist sich im Risikomanagement als außerordentlich zweckmäßig, wenn bei jeder Tätigkeit die Frage gestellt wird, auf welcher »Flughöhe« man sich gerade befindet. Die Vermischung von unzähligen Prozessdetails mit den grundlegenden Risikomanagement-Fragen führt zu Verwirrungen und zu unklaren Aufgaben und Verantwortungen.

Der Top-Down Ansatz betrachtet die gesamte Organisation mit ihren strategischen Zielen, an denen sich auch das Risikomanagement in der Notaufnahme ausrichtet. Das ist die Aufgabe der obersten Leitung. Der Bottom-Up Ansatz befasst sich hingegen mit der Gestaltung und Beherrschung der Leistungsprozesse. Hier übernehmen die Eigner der operativen Prozesse das Risikomanagement.