

Warum Risikomanagement im Krankenhaus?

D. PIETROWSKI, J. ENNKER, P. KLEINE

*„Fast jeder Arzt hat eine Lieblingsdiagnose.
Es gehört für ihn Überwindung dazu, sie nicht zu stellen.“*

MARCEL PROUST (1871–1922), französischer Romanschriftsteller

Statistisch betrachtet sind katastrophale Ereignisse nicht unvorhersehbar. Sie entstehen nicht zufällig und sind auch nicht schicksalsbedingt, sondern ihnen gehen eine Vielzahl von kleinen Missgeschicken oder Arbeitsfehlern voraus. Dies ist die Hauptthese von „Heinrich’s Gesetz“ aus dem Jahr 1941, in dem gezeigt wurde, dass bei 4000 Patienten ungefähr 300 kleinere und unauffällige Fehler passieren, bei 29 Patienten kann ein katastrophaler Fehler gerade noch vermieden werden, aber bei einem von diesen 4000 Patienten kommt es zu einem verhängnisvollen Schadenereignis (Abb. 3). Das bedeutet, dass zwischen der Häufigkeit schwerer und leichter Fehler eine enge Beziehung besteht („Heinrich’s Gesetz“) und sich daher jede Vermeidungsstrategie zunächst auf das Ausmerzen kleiner Fehler konzentrieren muss, wenn große Fehler verhindert werden sollen.

Abbildung 3 zeigt den pyramidalen Aufbau des Zusammenhangs zwischen kleineren Zwischenfällen, Unfällen mit bereits spürbaren Auswirkungen und katastrophalen Ereignissen. Dieser Zusammenhang existiert auch im gesamten Bereich des Gesundheitswesens, wobei hier katastrophale Ereignisse nicht nur den Tod oder eine schwerwiegende Verletzung eines Patienten bedeuten müssen, sondern auch enorme finanzielle Einbußen sein können, die ihre Ursache in vermeidbaren Fehlern haben.

Nach Untersuchungen des amerikanischen Institute of Medicine unterliegt jeder Patient, der sich einer Hochrisikoperation unterziehen muss, einem Sterberisiko von ca. 2%, wenngleich die Operation selbst aus medizinischer Sicht optimal verläuft. Das bedeutet, dass das Leben jedes 50. Patienten schon allein deshalb gefährdet ist, weil er sich in einem Krankenhaus einer Operation unterzieht, ohne dass die eigentlichen Operationsrisiken hierbei mit ein-

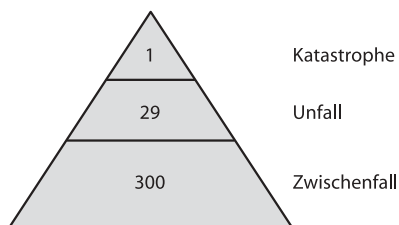


Abb. 3. Heinrich’s Gesetz. (Nach [10])

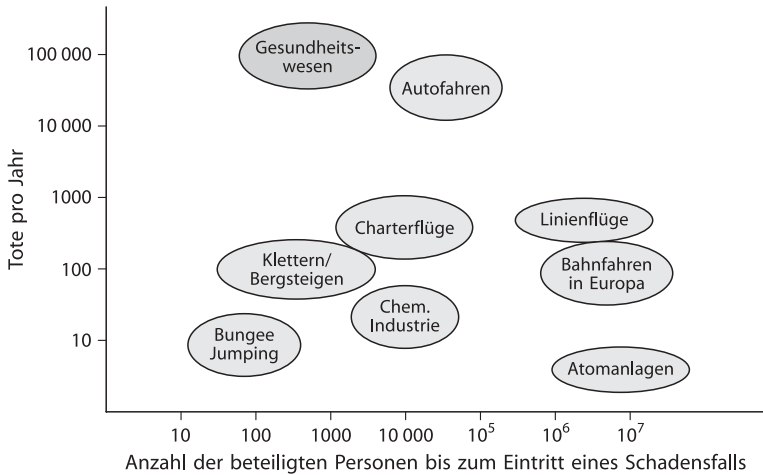


Abb. 4. Personen-abhängiger Zusammenhang unterschiedlicher Schadensfelder. (Nach [15])

gerechnet sind. Die Ursachen hierfür können ganz unterschiedlich sein: eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für postoperative Infektionen, ein erhöhtes Risiko für falsche Medikamentengaben, die fehlende oder unrichtige Anwendung von Standards und Good-clinical-practice (GCP)-Richtlinien oder fehlerhafte Reaktionen des Krankenhauspersonals auf auftretende Komplikationen.

Des Weiteren ist aus Autopsiestudien bekannt, dass insbesondere im diagnostischen Bereich der Medizin eine überdurchschnittlich hohe Fehlerhäufigkeit auftritt, so dass gerade auch dieser typische Bereich der ärztlichen Tätigkeit von einer Reduzierung der Fehlermöglichkeiten durch ein Risikomanagement profitieren kann.

Prinzipiell sind die Fehlerquellen in Krankenhäusern ganz ähnlich gelagert wie in industriellen Hochrisikobereichen. Daher muss auch der Umgang mit Fehlern und Beinahe-Fehlern ähnlich gehandhabt werden. Krankenhäuser sind nicht nur verpflichtet, für das Wohl und die Sicherheit ihrer Patienten Sorge zu tragen, sondern sie unterliegen auch ausgeprägten wirtschaftlichen Zwängen, so dass neben den Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit auch ökonomische Überlegungen in zunehmenden Maße an Bedeutung gewinnen. Dabei drängen ansteigende Schadenersatzforderungen von Seiten ehemaliger Patienten immer mehr in den Vordergrund. In erster Linie sind hiervon zwar die Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften der Krankenhäuser betroffen, diese legen aber die steigenden Schadenssummen in Form von steigenden Prämien auf die jeweiligen Krankenhäuser um.

Inzwischen stellen Organisationsverschulden – das heißt Fehlerursachen, die in der organisatorischen Struktur des Krankenhauses liegen – die zweithäufigste Anspruchsgrundlage bei Haftpflichtfällen dar. Insgesamt betrachtet steht an der Spitzenposition der Ursachen zwar immer noch das Gebiet der ärztlichen Behandlungsfehler, dieses wird aber in zunehmender Ausprägung in Verbindung mit organisatorischen Mängeln im Kranken-

hausbetrieb gebracht. Eine der Folgen ist, dass Ärzte immer öfter in Schadenfälle verwickelt werden, ohne dass sie ein direktes Verschulden im eigentlichen Sinne von „Ärztefehlern“ trifft. Verschlechtert wird die Situation im Krankenhaus auch dadurch, dass aus wirtschaftlichen Gründen oft eine gesteigerte Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung innerhalb eines Krankenhauses angestrebt wird. Die Folge ist, dass es zu einer Häufung von Kooperations- und Kompetenzschwierigkeiten an den Schnittstellen dieser beiden Bereiche kommen kann, was wiederum zu gravierenden Koordinationsmängeln bei der Zusammenarbeit von teilweise sehr heterogen zusammengesetzten Arbeitsgruppen aus Ärzten und nicht-ärztlichem Personal führt. Gelingt es, einem Kläger solche Fehlerquellen als Mitursache für die Entstehung eines Schadens zu identifizieren, so neigen Gerichte dazu, dem Kläger Recht zu geben, und das betroffene Krankenhaus bzw. seine Versicherung ist dann verpflichtet, Schadenersatz zu leisten. Zusätzlich kann es auch hier unter bestimmten Umständen im juristischen Sinne zu einer Beweislastumkehr kommen, so dass das betroffene Krankenhaus belegen muss, dass es eine Organisationsstruktur geschaffen hat und anwendet, die die Entstehung von Fehlern verhindert. Dies ist allerdings aufgrund des umfassenden Anspruchs häufig sehr schwierig und praktisch oftmals nahezu unmöglich.

Die Risiken, denen insbesondere Krankenhäuser unterliegen, sind entsprechend den Angaben der Autoren Graf et al. [9] in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 1. Risikokategorien in Krankenhäusern. Nach [9]

Risikokategorie	Beschreibung
Marktrisiken	■ bestehen in einer Bedrohung des Marktanteils des Krankenhauses und durch Beeinträchtigung der Konkurrenzfähigkeit
Finanzierung, Kapitalmarkt, Investitionen	■ Probleme bei der Abrechnung mit dem Kostenträger ■ Zugang und Nutzung von Fördergeldern ■ Investitionsmöglichkeiten zur Verbesserung der Infrastruktur
Risiken mit den Geschäftspartnern	■ betreffen die Vertragsgestaltung ■ betreffen allgemeine Regelungen mit den Krankenkassen und Versicherungen sowie mit sonstigen Kooperationspartnern
Allgemeine Dienstleistungsrisiken, operative Risiken	■ administrative Arbeitsabläufe, z.B. Abrechnungswesen ■ Entwicklungen, die die allgemeinen Rahmenbedingungen der Behandlung der Patienten und der administrativen organisatorischen Aufrechterhaltung des Medizinbetriebs (z.B. Qualität der Unterbringung, Verpflegung) betreffen

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Risikokategorie	Beschreibung
Spezielle Dienstleistungsrisiken (Medizin, Pflege und Medizintechnik, Medikamente)	■ medizinische und pflegerische Leistungen und Arbeitsabläufe wie Behandlungsmethoden, Behandlungsangebote, aber auch Qualitätsmängel im engeren Sinne, wie z. B. Personenschäden, Fehl- oder Falschbehandlungen ■ Einsatz von Medizintechnik und ähnlichen Gerätschaften zur Patientenversorgung ■ Applikationen und ggf. auch Herstellung von Medikamenten
Personalrisiken	■ Personalstärke ■ Ausbildung der Mitarbeiter ■ Mitarbeiterzufriedenheit ■ die Möglichkeit, fachlich geeignetes Personal einzustellen ■ Kapitalbindungen z. B. für Pensionsverpflichtungen, arbeits- und beamtenrechtliche Gegebenheiten
Risiken aus der allgemeinen Technik und der EDV	■ technische Fehlfunktionen, beispielsweise fehlerhafte Soft- und Hardware der Administrationssysteme ■ Verlust von Datensystemen und Datensätzen ■ Nichteinhaltung von Schutzbestimmungen und Schutzbedürfnissen des Datenschutzes und/oder der Datensicherheit ■ Nutzung von internetbasierten Kommunikationssystemen ■ Funktionsrisiken technischer Anlagen wie Klimaanlage, Heizung, Fahr- und Transportsysteme
Risiken im Bereich Recht	■ gesetzliche Vorschriften ■ Änderung der Gesetzgebung ■ Unsicherheit bei der Vertragsgestaltung und der Rechtsprechung ■ ungenügendes Vertrags- und Rechtsmanagement
Beschaffungsmarktrisiken	betreffen insbesondere die Beschaffung bestimmter Ge- und Verbrauchsgüter und sonstiger Dienstleistungen, die für die Aufrechterhaltung ■ des Betriebes, ■ der medizinischen Versorgung sowie der ■ gesellschaftlichen Notversorgung zur Verfügung stehen müssen

Literatur

Siehe S. 183



<http://www.springer.com/978-3-7985-1737-0>

Risikomanagement in der operativen Medizin

Ennker, J.; Pietrowski, D.; Kleine, P.

2007, IX, 189 S., Softcover

ISBN: 978-3-7985-1737-0