ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Pippig, Melanie

Working Paper

Risikomanagement im Krankenhaus

Wismarer Diskussionspapiere, No. 07/2005

Provided in Cooperation with:
Hochschule Wismar, Wismar Business School

Suggested Citation: Pippig, Melanie (2005) : Risikomanagement im Krankenhaus, Wismarer Diskussionspapiere, No. 07/2005, Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, Wismar

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/23316

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Fachbereich Wirtschaft

Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Faculty of Business

Melanie Pippig

Risikomanagement im Krankenhaus

Heft 07 / 2005

W D P

Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Der Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, International Management, Krankenhaus-Management und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.
Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): http://www.wi.hs-wismar.de/.
Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
e-mail: j.kramer@wi.hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon:++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0)3841/753-575
e-mail: info@hws-startupfuture.de
Homepage: www.hws-startupfuture.de

ISSN 1612-0884
ISBN 3-910102-63-8

JEL-Klassifikation M21, L30, I10

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, 2005.
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4

2. Notwendigkeit von Risikomanagement im Krankenhaus 4

2.1. Heinrichs Gesetz 5
2.2. Mögliche Risiken und ihre Ursachen 6
2.3. Nutzenkomponente des Risikomanagements 8

3. Bestandteile des Risikomanagements 9

3.1. Incident Reporting – Zwischenfallerfassung 9
3.2. Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse 11
3.3. Beschwerdemanagement 12

4. Risikomanagement als Bestandteil des Qualitätsmanagements 13

5. Ergebnisse des Risikomanagements 15

5.1 Unmittelbare Kosten 15
5.1.1. Schadensfrequenz und Schadenshöhe 16
5.1.2. Versicherungsprämien 16
5.1.3. Personal- und Sachkosten 17
5.2. Mittelbare Kosten 18
5.2.1. Transferleistungen im Hinblick auf den Medizinischen Dienst 18
5.2.2. Volkswirtschaftlicher Nutzen 18
5.2.3 Qualität als Wettbewerbsfaktor 19

6. Schlussbetrachtung 19

Literaturverzeichnis 20

Autorenangaben 21

1. Einleitung

„Nach dem Gesetz für Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich sind alle Aktiengesellschaften seit 1998 verpflichtet, Risiko-Management mit dem Ziel zu betreiben, systematisch Risiken einer ökonomischen Fehlsteuerung zu vermeiden“ (Gausmann 2002). Die Wichtigkeit eines Risikomanagementsystems wird zunehmend auch von den Wirtschaftsprüfungsgesellschaften und besonders von den Haftpflichtversicherungen untermauert (vgl. Lange/Röthig/van der Sloot/Kemm/Liebelt 2003: 22).

Für den Terminus Risiko liegen in der Literatur unterschiedliche Definitionen vor; ganz allgemein kann Risiko definiert werden „als die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Schadens“ (Gausmann 2002).

Risikomanagement umfasst folgende Schritte: Zunächst werden Risiken gesucht und analysiert, hierfür geeignete Methoden werden in dieser Arbeit (siehe Gliederungspunkt 3) vorgestellt. Anschließend werden Alternativen zur Risikovermeidung oder -begrenzung ermittelt. Daraufhin werden die ermittelten Alternativen einer Beurteilung und Optimierung unterzogen. Im Anschluss werden Entscheidungen hinsichtlich Versicherungsabschlüsse getroffen und regelmäßig Schadenskontrollen durchgeführt.[1]

Hauptgegenstand des Risikomanagements im medizinischen Bereich ist das Aufdecken von Schwachstellen, die Haftpflichtansprüche nach sich führen können oder bereits ausgelöst haben. Dabei werden ärztliche und pflegerische Leistungen sowie verwaltungstechnische Tätigkeiten einer Analyse unterzogen, sofern sie im weiteren Sinne der Patientenversorgung dienen. Ebenso können frühere Schäden herangezogen werden. Methodisch geht das Risikomanagement auch retrospektiv vor, die Zielsetzung ist aber immer präventiv.[2]

Diese Arbeit thematisiert Risikomanagement im Krankenhaus. Zunächst soll aufgezeigt werden, dass für Krankenhäuser die Notwendigkeit besteht, ein Risikomanagementsystem zu installieren. Im Anschluss daran folgt die Betrachtung verschiedener Bestandteile des Risikomanagements und Risikomanagement als Bestandteil des Qualitätsmanagements. Am Ende werden Ergebnisse vorgestellt, die im Rahmen von Risikomanagement bereits erzielt worden sind.

2. Notwendigkeit von Risikomanagement im Krankenhaus

Dass es sich für Krankenhäuser empfiehlt, ein Risikomanagementsystem zu

---

[1] Vgl. Staib/Ulsenheimer/Martin (1997: 246ff) zitiert nach Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (1997: 50).

[2] Vgl. Staib/Ulsenheimer/Martin (1997: 246ff): zitiert nach Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (1997: 50).

betreiben, wurde bereits in der Einleitung deutlich. In diesem Abschnitt soll die Notwendigkeit noch klarer veranschaulicht werden. Zunächst einmal liegt das Hauptaugenmerk auf Heinrichs Gesetz und anschließend werden mögliche Risiken und ihre Ursachen im Krankenhaus aufgezeigt. Als Letztes soll die Nutzenkomponente, welche aus dem Risikomanagement gezogen werden kann, vorgestellt werden. Diese soll die Notwendigkeit eines Risikomanagementsystems unterstreichen.

2.1. Heinrichs Gesetz

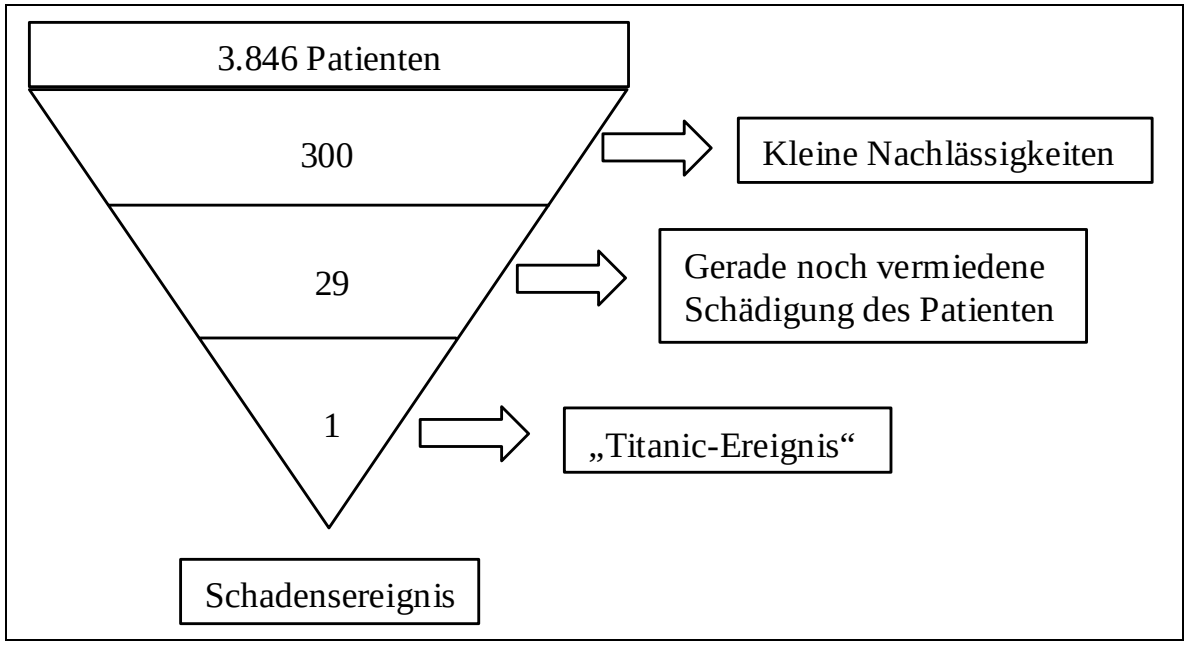
Heinrichs Gesetz hat zum Inhalt, dass katastrophale Ereignisse nicht unvorhersehbar sind. Sie entstehen nicht zufällig oder schicksalsbedingt, dem Unglück sind etliche als unbedeutend deklarierte Arbeitsfehler, Unsorgfältigkeiten und unzureichend organisierte Arbeitsabläufe vorangestellt. Im Normalfall sind diese Fehler in ihrer Wirkung begrenzt und die Risiken scheinen beherrschbar zu sein. Geraten die Mitarbeiter[3] aber unter Zeit- und Leistungsdruck aufgrund unzureichenden Personals oder aufgrund anderer Umstände, multiplizieren sich die Einzelfehler und ein Unglücksfall tritt ein. Diese Schadensereignisse können z. B. sein, dass Patienten stürzen, aus dem Bett fallen, sich wundliegen oder unkontrolliert Medikamente zu sich nehmen (vgl. von Eiff 2003: 479f).

Abbildung 1 visualisiert die beschriebenen Umstände. Ausgegangen wird von 3.846 Patienten, von denen 300 Opfer kleiner Nachlässigkeiten werden. Bei 29 Patienten wiederum kann eine Schädigung gerade noch abgewandt werden, bei einem von 3.846 Patienten kommt es jedoch zum Schadensereignis. Heinrichs Gesetz rät, durch verstärkte Fehlererkennung, Fehlervermeidung und Fehlerbehebung bereits am „stumpfen Ende“ des Risikoeisbergs die Unglücksfälle am „spitzen Ende“ zu verhindern (vgl. von Eiff 2003: 480).

---

[3] In der gesamten Arbeit wird darauf verzichtet, bei der Bezeichnung von gemischten Personengruppen die männliche und weibliche Geschlechtsform anzugeben. Die männliche Form steht gleichbedeutend für beide Geschlechter.

Abbildung 1: Heinrichs Gesetz



Quelle: Vgl. von Eiff (2003: 480).

2.2. Mögliche Risiken und ihre Ursachen

Nachdem die Systematik von Heinrichs Gesetz beschrieben wurde, sollen an dieser Stelle mögliche Risiken im Krankenhaus aufgezeigt werden und sofern es möglich ist, sollen hierfür auch Ursachen genannt werden. Am Ende sollen die drei Gliederungspunkte ein rundes Bild ergeben, woraus die Notwendigkeit von Risikomanagement ableitbar ist.

Dafür, dass vermehrt Schadensereignisse im Krankenhaus zu verzeichnen sind, (die Schäden haben seit 1990 um ca. 60 % zugenommen), gibt es sicherlich vielseitige Ursachen. Zu den Schadensereignissen zählen alle Schäden, die sowohl von den Ärzten und dem Pflegepersonal als auch von der Verwaltung verursacht worden sind. U. a. ist die rasante Entwicklung der medizinischen Technik ein Grund für diese Tendenz. Heutzutage sind viele Untersuchungs- und Behandlungsverfahren erfolgreicher geworden, jedoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass damit auch vermehrt Komplikationen und Gefahren einhergehen. D. h. der medizinische Fortschritt hat erhöhte Risiken zur Folge. Viele Patienten verkennen dieses Risiko und artikulieren oftmals den Wunsch, dass für jedes Leiden Abhilfe geschaffen werden müsse. Gerade die Tatsache, dass in der heutigen Zeit die psychologische Hemmschwelle von Patienten um ein Vielfaches niedriger positioniert ist als in der Vergangenheit, lässt die Anzahl von gemeldeten Behandlungsfehlern ansteigen. Gründe für die vermehrte Bereitschaft, Strafanzeige zu erstatten, liegen darin, dass Patienten selbstbewusster geworden sind und dass das Patient-Arzt-Verhältnis im-

mer unpersönlicher wird. Die Ärzte sind zwar aufgrund der begrenzten Ressourcen dazu angehalten, in kürzeren Zeiträumen immer mehr Patienten zu behandeln, die Patienten sind aber nicht bereit, dafür die Konsequenzen zu übernehmen (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 9f).

Mitunter tragen auch die Berichte der Massenmedien über ärztliche Behandlungsfehler dazu bei, dass betroffene Patienten sich ermuntert fühlen, gegen Ärzte vorzugehen. Gründe sind zudem darin zu sehen, dass nicht der medizinische Fortschritt, also die Optimierung der Behandlungs- und Operationsmethoden an sich, zur Risikovermehrung führt, sondern dass die Arbeitsabläufe nicht verfeinert werden. Schon kleinste Störungen können schlimme Auswirkungen hervorrufen (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 10).

Darüber hinaus hat sich die Rechtsprechung zum Vorteil für Patienten entwickelt. Das ärztliche Handeln ist stark von rechtlichen Normen geprägt, sodass bei Abweichungen der Zuspruch von Entschädigungssummen nicht unerheblich ist. Die strengen gesetzlichen Anforderungen einerseits und die Verknappung der Ressourcen andererseits führen in vielen Krankenhäusern dazu, dass Einsparungen beim Personal getroffen werden (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 10).

Alle bis hierher genannten möglichen Risiken und ihre Gründe machen ein Risikomanagementsystem erforderlich, d. h. es muss alles daran gesetzt werden, Arbeitsabläufe zu optimieren um Qualitätsverlusten entgegenzuwirken. Bereits in der Vergangenheit aufgetretene Probleme gelten als Potenzial für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Gerade eine dünne Personaldecke bietet eine große Angriffsfläche für Fehleranhäufungen.

Ein weiteres Risiko besteht darin, dass Patienten falschen Behandlungen (z. B. Verabreichung falscher Medikamente) unterzogen werden. Ursächlich hierfür sind Informationsdefizite. Des Weiteren werden immer wieder Schadensfälle registriert, die infolge von unsachgemäßem Umgang mit Geräten passieren (z. B. Verbrennungen aufgrund fehlerhafter Bedienung von Bestrahlungsgeräten). Zurückführen lässt sich dies u. a. auf Unachtsamkeit oder auf mangelnde Schulung und Einweisung des jeweiligen Personals (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 14, 19).

Ein klassisches Risiko im Krankenhaus sind Infektionen und die dazugehörigen Verursachungsquellen. Bspw. stellen Wund- und Harnwegsinfektionen sowie Lungenentzündungen und Blutvergiftungen ein besonderes Risiko dar. Je höher die Infektionsrate, desto höher fallen auch die Kosten für die Versorgung aus und desto negativer wird das Krankenhausimage geprägt. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Infektionsrisiken zu verzeichnen (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 20).

Neben den hygienischen Risiken besteht auch die Gefahr, dass der Patient durch allgemeine Gefahrenquellen einen Schaden davon trägt. „Die allgemei-

ne Rechtspflicht, im Verkehr Rücksicht auf die Gefährdung anderer zu nehmen, beruht auf dem Gedanken, dass jeder, der Gefahrenquellen schafft, die notwendigen Vorkehrungen zum Schutz Dritter zu treffen hat“ (Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 21). Demnach ist das Krankenhaus verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, die darauf abzielen, dass Patienten nicht durch andere Patienten, Personal oder Besucher zu Schaden kommen. Bspw. muss das Krankenhaus mit der Reinigungsfirma klare Absprachen hinsichtlich der Verkehrssicherung treffen. Das bedeutet, dass durch ausdrückliche Anordnungen alle Vorkehrungen getroffen werden müssen, damit niemand durch Ausrutschen, was typischerweise mit der Bodenreinigung verbunden ist, zu Schaden kommt. Der erhöhte Reinigungsbedarf darf keine Gefahr für die Kunden des Krankenhauses darstellen (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 21).

Nicht zuletzt verbergen sich Risiken in der Aus- und Weiterbildung des therapeutischen Teams[4] und der Verwaltung. Die Risiken in der Ausbildung sind eher geringer Natur, denn hier ist die berufliche Qualifikation durch Berufsverbände verpflichtend festgeschrieben. Anders ist es beim weiteren Verlauf des Berufslebens, hier sind keine weiteren Kontrollen angedacht. Zwar sind Weiterbildungen für Fachspezialistentitel verpflichtend, aber einmal erlangte Titel gelten lebenslänglich. Während der weiteren beruflichen Laufbahn finden keine Überprüfungen statt, ob der erreichte Leistungsstandard erhalten bleibt bzw. verbessert wurde. Außerdem entsprechen die Inhalte der Ausbildungen nicht immer den späteren beruflichen Tätigkeiten. Ärzte werden zu hervorragenden Operateuren ausgebildet, sie werden dagegen nicht auf Managementaufgaben vorbereitet, die in der Praxis aber auf sie zukommen (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 21f).

Die meisten Risiken treten in den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie auf (vgl. Gausmann 2003: 490).

2.3. Nutzenkomponente des Risikomanagements

Die beiden vorhergehenden Gliederungspunkte haben bereits veranschaulicht, dass für Krankenhäuser die Notwendigkeit zur Implementierung eines Risikomanagementsystems besteht. Dieser Abschnitt, welcher zum Ausdruck bringen soll, wem ein Risikomanagement dient, wird die Argumentationskette abschließen.

An erster Stelle hat Risikomanagement im Krankenhaus den Zweck, Patienten, deren Angehörige und Mitarbeiter vor Schädigungen zu schützen. Beispielhaft sind hier die Verringerung von Behandlungsfehlern, Schutz vor Stürzen und Infektionskrankheiten zu nennen (vgl. Wiedensohler 2000: 1165).

---

[4] Zum therapeutischen Team gehören neben den Ärzten und dem Pflegepersonal auch Physiotherapeuten und Assistenzärzte.

Des Weiteren dient Risikomanagement im Krankenhaus „dem Schutz und der Bewahrung seiner Sachwerte (z. B. Gebäude, Einrichtung, medizinische Apparate, Brandschutz, Wasserschadenschutz)“ (vgl. Wiedensohler 2000: 1165).

Darüber hinaus ist Risikomanagement dazu da, ökonomische Mittel sicherzustellen und zu bewahren und das Krankenhaus vor finanziellen Verlusten zu schützen (z. B. Medizincontrolling). Nicht zuletzt dient es dazu, immaterielle Werte wie z. B. das Image eines Krankenhauses zu schützen und zu erhalten (professioneller Umgang mit den Medien) (vgl. Wiedensohler 2000: 1165).

3. Bestandteile des Risikomanagements

3.1. Incident Reporting – Zwischenfallerfassung

Bevor Risiken minimiert werden können, müssen sie erkannt werden und in ihrer Bedeutung quantifiziert werden. An dieser Stelle werden dafür geeignete Methoden vorgestellt; sie sind den Bestandteilen des Risikomanagements zuzuordnen.

Ein Bestandteil des Risikomanagements ist die Zwischenfallerfassung, auch Incident Report genannt. Dieses Verfahren kann methodisch auf zweierlei Arten durchgeführt werden: zum einen als standardisiertes Verfahren mittels Fragebögen oder formlos, indem der jeweilige Vorfall niedergeschrieben wird (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 66).

Bevor näher auf diesen Bestandteil eingegangen wird, stellt sich zunächst die Frage, wie ein Zwischenfall überhaupt genau definiert ist. Ein Zwischenfall „ist jeder irreguläre Vorfall oder Fehler bei der Leistungserstellung, der zur Verletzung einer Person oder zur Sachbeschädigung führt oder führen könnte“ (Gausmann/Schmitz 1998: 533). Darüber hinaus ist jedoch auch jeder Vorfall als Zwischenfall zu bewerten, der eine missbilligende Reaktion eines Patienten eines Angehörigen zur Folge hat.

Zwischenfälle im Krankenhaus gehören zum täglichen Geschäft, sie geschehen meistens unplanmäßig und werden unregelmäßig mehr oder minder reflektiert. Über einzelne Zwischenfälle wird zwar z. B. im Rahmen von Stationsübergaben oder Visiten diskutiert, eine differenzierte Analyse unterliegt aber oftmals dem Zufall, weil u. a. die verantwortlichen Mitarbeiter dienstplanbedingt nicht vor Ort sind. Die Ursachen lassen sich umso schwieriger ausmachen, je länger das Ereignis schon zurückliegt. Werden Zwischenfälle und Beinahe-Schäden kontinuierlich erfasst, erübrigen sich Spekulationen und genaue Umstände können demonstriert werden. Damit zeigt sich, dass der Incident Report präventiven Charakter hat und als Frühwarnsystem wesentlicher Bestandteil innerhalb eines Risikomanagementsystems ist (vgl. Gausmann/Schmitz 1998: 533).

Qualitätssicherung und -kontrolle basieren in der Regel auf einer Prüfung

von Standards und Richtlinien und arbeiten unerwünschte Ergebnisse retrospektiv auf. Ein systematisches Risikomanagement nutzt dagegen prospektiv statistische Ergebnisse aus schadensverursachenden Prozessen für präventive Maßnahmen. Das Hinzuziehen eines externen Risikomanagementberaters kann bei einem systematischen Risikomanagementsystem ratsam sein (vgl. Gausmann/Schmitz 1998: 533f). Der Grund hierfür ist darin zu sehen, dass dieser externe Berater vom Fach ist und somit über das benötigte fachliche Know-how verfügt. Erfolg versprechend kann diese Vorgehensweise mit aller Wahrscheinlichkeit nach nur sein, wenn die verantwortlichen Krankenhausmitarbeiter mit dem externen Berater zusammenarbeiten und sich gegenseitig ergänzen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass aufgrund fehlender interner betrieblicher Kenntnisse entsprechende Fehlerquellen nicht ausfindig gemacht und somit für die Zukunft auch nicht abgestellt werden können.

Die vorangegangenen Aktivitäten einer Risiko-Profilierung können wiederum durch ein Incident Reportingsystem vervollständigt werden und für die Erkennung und Steuerung der Risiken und Fehlerquellen bedarf es keiner externen Unterstützung. Damit positive Effekte erzielt werden können, wird vorausgesetzt, dass innerhalb eines Krankenhauses eine Kultur vorherrscht, die es erlaubt, offen, vertrauenswürdig und ohne gegenseitige Schuldzuweisungen möglichst sachlich und objektiv eingetretene Fehler zu artikulieren. In diesem Verfahren geht es darum, Zwischenfälle, egal ob mit oder ohne Schadensfolge, als Chance für die Optimierung der Patientenversorgung zu nutzen und nicht Schuldzuweisungen zu tätigen. In der Praxis ist eine solche Idealsituation allerdings meist nicht zugegen, das Gegenteil ist häufig der Fall. Zwischenfälle sind nicht erwünscht und wenn sie auftreten, soll das nach Möglichkeit auch niemand merken (vgl. Gausmann/Schmitz 1998: 533f).

Das System der Zwischenfallerfassung sollte klinikübergreifend installiert sein und grundsätzlich das gesamte Personal des therapeutischen Teams beteiligen. In der Praxis sollte jeder Zwischenfall vom unmittelbar beteiligten Mitarbeiter in der Art dokumentiert wird, dass genauestens ersichtlich ist, was passiert ist, wo und wenn möglich auch warum etwas passiert ist. Vertrauensschutz und Offenheit werden erreicht, indem die Zwischenfallerfassung anonymisiert wird, d. h. Personalien der betroffenen Patienten und der erfassenden Person werden nicht protokolliert. In regelmäßigen Abständen erfolgen dann die Auswertung und Systematisierung der Zwischenfälle durch das Klinikpersonal. Gemeinsam gilt es zu definieren, welche Bedeutung die fehlerhaften Ereignisse für die Betroffenen hatten oder, im Falle von Beinahe-Schäden, hätten haben können. Außerdem müssen Maßnahmen getroffen werden, die zur Vermeidung gleicher oder ähnlicher Fälle führen. Wichtig ist zudem, dass die Ergebnisse der Zwischenfallanalyse der jeweiligen Station präsentiert werden (vgl. Gausmann/Schmitz 1998: 533f).

Beim Incident Reporting werden neben Zwischenfällen mit Schadensfolge

auch insbesondere solche Ereignisse dokumentiert, die einen potenziellen Gefährdungscharakter aufweisen, mit dem Ziel, diese zukünftig zu vermeiden. Damit Risiken künftig wirkungsvoll abgewandt werden können, bedarf es eines Teams, welches alle beteiligten Berufsgruppen umfasst. Aufgrund der Tatsache, dass komplexe klinische Arbeitsabläufe ständig einer kritischen Reflexion bedürfen und Prozesse kontinuierlich verbessert werden müssen, ist eine systematische Identifikation und Kommunikation von Schwachstellen und Risiken unumgänglich (vgl. Gausmann/Schmitz 1998: 534f).

Bis hierher wurde deutlich, dass Risikomanagement einen präventiven Charakter hat und sich hierfür zwei Wege anbieten: „Der proaktiv präventive Weg“ und „der reaktiv präventive Weg“. Beim ersten der beiden Wege werden „gefahrenträchtige Abläufe im medizinischen Alltag“ aufgespürt. Bei der letzten Vorgehensweise „werden tatsächlich aufgetretene Probleme, Fehler und Schäden, tatsächlich erhobene Ansprüche, Prozessverfahren und Haftpflichtschäden untersucht“ (Wiedensohler 2000: 1166).

Von einem „gemischt reaktiv-proaktiven Ansatz“ wird gesprochen, wenn „beim Auftreten eines gravierenden vermeidbaren Schadens in einem Haus“ nicht nur Präventionsmaßnahmen für das betroffene Krankenhaus abgeleitet werden (Wiedensohler 2000: 1166), sondern auch für andere versicherte Krankenhäuser. Im Sinne des Benchmarking können so nicht betroffene, versicherte Krankenhäuser aus dem Schaden anderer lernen, ohne dass dieser Fehler selbst gemacht worden ist.

3.2. Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse

Ein weiteres Instrument, um gezielt Risiken im Krankenhaus zu vermeiden, ist die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse. „Die FMEA ist eine Methode, potenzielle Fehler bei der Entwicklung und organisatorischen Umsetzung eines neuen Produkts bzw. einer neuen Dienstleistung oder bei neuen Organisationsabläufen und Arbeitsprozessen im Vorfeld der Realisierung zu erfassen, durch vorschlagen geeigneter Kontrollen des Auftreten des Fehlers frühzeitig zu erkennen und durch innovative Maßnahmen des Fehleraufkommen künftig vollständig zu vermeiden“ (von Eiff 2003: 480).

Die FMEA zielt darauf ab, „auf Fehlermöglichkeiten und Fehlereffekte vorbereitet zu sein, Fehler im Prozess systematisch zu bekämpfen, Fehler abzubauen und zukünftig zu vermeiden“ (von Eiff 2003: 480), sodass dauerhaft die Qualität verbessert werden kann.

Der konkrete Ablauf gestaltet sich dahingehend, dass ein Team von Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen unter zur Hilfenahme eines spezifischen Formblattes die Fehlerdiskussion und -bewertung vornimmt. Diese Vorgehensweise lässt sich in zehn Schritte unterteilen. Zunächst werden *potenzielle Fehler* aufgelistet, daraufhin werden für die jeweiligen potenziellen Fehler *Fehlerfolgen* festgehalten und nach *Ursachen* für jeden Fehler gesucht.

Anschließend wird eine Risikobewertung der Fehler vorgenommen, dazu dient eine Skala von 1-10. Je wahrscheinlicher es ist, dass ein Risiko eintritt, desto höher ist die zu vergebene Zahl. Es wird abgeschätzt, mit welcher Wahrscheinlichkeit dieser Fehler *auftreten* wird, wie *bedeutend* die Auswirkung des Fehlers aus der Kundenperspektive ist und mit welcher Wahrscheinlichkeit der Fehler *entdeckt* werden kann. Daraufhin werden die Werte für Auftreten, Bedeutung und Entdeckung miteinander multipliziert, woraus sich die *Risikoprioritätszahl* ergibt. Hiermit lassen sich Risiken unterschiedlicher potenzieller Fehler vergleichen, sodass sie eine wesentliche Größe für das Setzen von Prioritäten von Fehlerpräventionsmaßnahmen ist. Im Anschluss daran werden basierend auf der Ursachenanalyse *Maßnahmen* erarbeitet, die das Auftreten von Fehlern unmöglich machen sollen. Daraufhin wird die *Wirkung* der zuvor getroffenen Maßnahmen erörtert und bewertet, indem eine erneute Risikobewertung erfolgt. D. h. die Kategorien Auftreten, Bedeutung und Entdeckung werden unter zur Kenntnisnahme der Korrekturmaßnahmen erneut beurteilt, woraus sich eine veränderte Risikoprioritätszahl ergibt. Abschließend sind dann die Risikoprioritätszahlen vor und nach den geplanten Maßnahmen miteinander zu vergleichen und es sind jene Maßnahmen auszuwählen, die den größten Einfluss auf die Risikoreduzierung haben (vgl. Stauss/Seidel 2002: 435ff).

3.3. Beschwerdemanagement

Das Beschwerdemanagement kann auch als Bestandteil des Risikomanagements betrachtet werden (vgl. Gausmann 2002). Ziel des Beschwerdemanagements ist es, „die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen und damit die negativen Auswirkungen von Kundenzufriedenheit auf das Unternehmen zu senken“ (Kamiske/Brauer 1999: 26). Die in den Beschwerden enthaltenen Informationen geben Aufschluss auf betriebliche Schwächen und enthalten somit wichtige Hinweise für kontinuierliche Verbesserungen. Interessant ist, dass die Anmerkungen seitens der Patienten artikuliert werden und folglich das Krankenhaus Einblick von einer anderen Sichtweise erhält.

Sicherlich enthalten die Beschwerden Informationen über Fehler, die bereits eingetreten und nicht mehr zu verhindern sind. Für die Zukunft kann diesen Fehlern allerdings entgegengewirkt werden, indem prozessoptimierende Maßnahmen getroffen werden, sodass mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, dass derselbe Fehler nochmals auftritt. Des Weiteren ist die Bereitstellung der Beschwerdeinformationen für den FMEA-Einsatz sinnvoll. Demnach kann mit dieser Methode eine Bewertung von Fehlern, die in den Beschwerden zum Ausdruck kommen, vorgenommen und Abhilfemaßnahmen entwickelt werden (vgl. Stauss/Seidel 2002: 435ff).

Dass Kundenzufriedenheit mit Blick auf Risikomanagement wichtig ist, zeigt der Umstand, dass Patienten, deren Krankenhausaufenthalt Unzufrieden-

heit hervorgerufen hat, eher bereit sind, die Missstände einzuklagen. Niemand kann einen hundertprozentigen Behandlungserfolg garantieren, daher ist oft das subjektive Empfinden bei Komplikationen in der Behandlung ausschlaggebend, das Krankenhaus wegen eines potenziellen oder tatsächlichen Schadens zum Schadensersatz zu verpflichten (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 28ff).

4. Risikomanagement als Bestandteil des Qualitätsmanagements

Der vorherige Abschnitt beinhaltet verschiedene Bestandteile des Risikomanagements, die hauptsächlich dazu dienen, die Risiken zu identifizieren und anschließend zu analysieren. An dieser Stelle soll ein neuer Gesichtspunkt, nämlich Risikomanagement als Bestandteil des Qualitätsmanagements, Gegenstand der Betrachtung sein.

Qualitätsmanagement ist im Gesundheitswesen schon seit längerer Zeit ein Thema mit hoher Priorität. Anfänglich noch freiwillig, wurde im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahr 2000 (vgl. Geisen/Mühlbauer 2001: 4) durch den Gesetzgeber mit § 135a SGB V „die Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ festgeschrieben. Laut § 135a Abs. 2 SGB V betrifft diese Bestimmung zugelassene Krankenhäuser. Demnach sind sie verpflichtet, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.

Qualitätssicherung im Krankenhaus zielt nach Hauke darauf ab, dass Patienten alle erforderlichen Leistungen erhalten, die dazu beitragen, dass die Gesundheit bestmöglichst wiederhergestellt wird. Dabei ist der Faktor der Wirtschaftlichkeit mit zu berücksichtigen. Qualitätssicherung ist zudem eine gemeinsame Aufgabe, die neben dem Personal auch die Patienten betrifft. Sie soll nicht zum Selbstzweck durchgeführt werden, sondern „eine effiziente und humane Krankenversorgung auf gleichmäßig hohem Niveau“ gewährleisten.[5]

Die gerade herangezogene Begriffsbestimmung zeigt, dass Risikomanagement im Wesentlichen auf die gleichen Faktoren abzielt wie Qualitätsmanagement. Im Vordergrund steht die optimale Versorgung der Patienten; hierfür sind Veränderungsprozesse notwendig, die darauf abzielen, die Qualität stets zu verbessern und Risiken entgegenzuwirken (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 168).

Wie bereits erwähnt sind Krankenhäuser zur Qualitätssicherung gesetzlich verpflichtet. Für ein Risikomanagementsystem besteht eine solche gesetzliche Norm nicht, außer ein Krankenhaus wird als Aktiengesellschaft geführt. Dass für Krankenhäuser aber dennoch die Notwendigkeit für ein Risikomanagementsystem besteht, wurde bereits dargelegt. Auch aufgrund der vorher genannten Gemeinsamkeiten lässt sich schlussfolgern, dass Risikomanagement durchaus als Bestandteil des Qualitätsmanagements betrachtet werden kann.

---

[5] Hauke (o. J.) zitiert nach Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek (2002: 167f).

Werden beide Managementaufgaben miteinander verbunden, lassen sich daraus Synergieeffekte erzielen. U. a. können verschiedene Gesichtspunkte sinnvoll kombiniert werden, inhaltlich gleiche Sachverhalte können gemeinsam bearbeitet werden und personelle und finanzielle Ressourcen lassen sich effizienter einsetzen (vgl. Trengler 2003: 501).

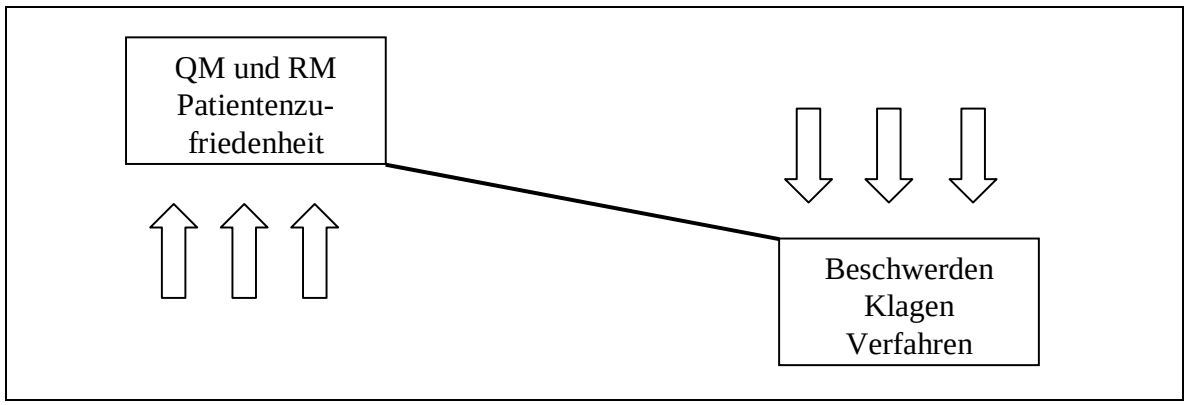
Aufgrund der Tatsache, dass Risikomanagement und Qualitätsmanagement gleiche Ziele verfolgen, sind auch die zu bearbeitenden Thematiken häufig dieselben, obgleich sie unter verschiedenen Blickwinkeln realisiert werden. Auch hier sind Synergieeffekte erzielbar. So wird z. B. ein im Krankenhaus installiertes Beschwerdemanagement seitens des Qualitätsmanagements dahingehend genutzt, um die Kundenzufriedenheit sicherzustellen. Für das Risikomanagement stellen die in den artikulierten Beschwerden enthaltenen Informationen wichtige Anhaltspunkte für sicherheitsrelevante Schwachpunkte dar. Ein weiteres Beispiel hierfür ist die Patientenaufnahme. Unter dem Qualitätsmanagementaspekt wird die Patientenaufnahme hinsichtlich der Wartezeiten analysiert, diese gilt es zu verkürzen. Beim Risikomanagement steht im Vordergrund, die Risiken, die sich für die Patienten aus den Wartezeiten ergeben, zu vermeiden (vgl. Trengler 2003: 501).

Die eben genannten Beispiele bringen zum Ausdruck, dass sowohl beim Qualitätsmanagement als auch beim Risikomanagement die Patientenorientierung und -zufriedenheit einen hohen Stellenwert einnehmen. In beiden Managementbereichen kommt es zu Überschneidungen, die integrativ zu verstehen sind. D. h. es ist nur wenig sinnvoll, die beiden Aufgabenbereiche getrennt voneinander zu betreiben (vgl. Wiedensohler 2000: 1167).

Die Abbildung 2 visualisiert den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Beschwerdeverhalten. Je stärker Qualitäts- und Risikomanagement ausgeprägt sind, desto höher fällt auch die Patientenzufriedenheit aus. Das wiederum führt dazu, dass das Beschwerdeaufkommen sinkt und dass Patienten wesentlich seltener ein Krankenhaus verklagen und gerichtliche Prozesse anstreben. Die Patientenzufriedenheit wird dabei maßgeblich vom Risikomanagement und vom Qualitätsmanagement beeinflusst. D. h. je besser die Qualität der fachlich-medizinischen Versorgung ist, desto größer ist wahrscheinlich auch der positive Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Die Zufriedenheit wird neben der Qualität aber auch durch soziale Kompetenzen des therapeutischen Teams und durch die Informationslage bestimmt. Von zentraler Bedeutung ist daher der zwischenmenschliche Umgang mit den Patienten und deren Angehörigen, es muss sehr viel Wert auf freundliche und einfühlsame Umgangsformen gelegt werden. Darüber hinaus ist es sehr wichtig, dass stets ausführlich und verständlich kommuniziert wird. Der Patient muss umfassend über die Erkrankung, die Art der Behandlung und den Verlauf informiert werden. Somit trägt jeder Mitarbeiter zum einen zur Patientenzufriedenheit und zum anderen zum Klageverhalten des Patienten mit bei (vgl.

Wiedensohler 2000: 1167).

Abbildung 2: Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Klageverhalten



Quelle: Vgl. Wiedensohler (2000: 1167).

5. Ergebnisse des Risikomanagements

Dass sich die Einführung eines Risikomanagements lohnt, zeigen die Erfahrungen und Ergebnisse, die bisher auf diesem Gebiet gemacht worden sind.

Aufgrund der Tatsache, dass es sich beim Risikomanagement um eine ziemlich aktuelle Entwicklung im Krankenhausbereich handelt, ist der Erfahrungsschatz bislang nicht besonders stark ausgeprägt. Elementar ist, dass das Risikomanagement zur Verbesserung von harten und weichen Kriterien beiträgt. Der Schwerpunkt dieser Betrachtung richtet sich auf die harten Fakten, also auf die Kosten. Die weichen Kriterien sollen jedoch nicht ganz außer Acht gelassen werden, hierzu zählt mitunter die Tatsache, dass das Risikobewusstsein bei den Mitarbeitern gefördert wird. Verbreitet sich auch der Ansatz zum Lernen aus Fehlern, so beeinflusst dies auch nachhaltig das Qualitätsmanagement, denn schließlich bildet der eben genannte Ansatz die Basis für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Darüber hinaus werden sich die einzelnen Mitarbeiter auch stärker mit ihrer Aufgabe identifizieren können, weil sie selbst bei der Optimierung der Arbeitsabläufe mitgewirkt haben und hierfür nicht allein nur eine Berufsgruppe zuständig war (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 154ff).

Die aufgezeigten weichen Kriterien sind nicht abschließend, trotzdem soll die anstehende Betrachtung auf die harten Kriterien gelenkt werden, welche sich in unmittelbare und mittelbare Kosten unterscheiden lassen.

5.1 Unmittelbare Kosten

Die Autoren des Buches Riskmanagement in der Krankenhauspraxis, welche für diese Betrachtung herangezogen werden, definieren unmittelbare Kosten

als Kosten, die „unmittelbar der Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation aus dem Riskmanagement zuzuordnen sind“ (Bernsmann/Neumann/ Schleberger/Sedlaczek 2002: 154).

5.1.1. Schadensfrequenz und Schadenshöhe

Wie bereits erwähnt, ist Risikomanagement im Gesundheitsbereich eine ziemlich aktuelle Entwicklung, deshalb liegen für Deutschland bisweilen noch keine detaillierten und validen Untersuchungsergebnisse über reduzierte Schadensfrequenzen und -höhen vor. In amerikanischen Krankenhäusern wird dagegen bereits seit Mitte der 70er Jahre professionell Risikomanagement betrieben. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass das Verbesserungspotenzial bei 60 bis 80 Prozent liegt, diese Größenordnung ist allerdings das Ergebnis von mittel- und langfristigen Managementstrategien und ist demnach nicht kurzfristig erzielbar (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 154f).

Hinsichtlich erster Erfahrungen deutscher Krankenhäuser lässt sich absehen, dass über einem Zeithorizont von etwa 5 Jahren eine Reduzierung der Schadenshöhe und -frequenz um ca. 50 Prozent realistisch ist. Eine weitere Verbesserung der Qualität wird zwangsweise mit hohen Kosten verbunden sein, da der Einstieg in das Risikomanagement mit einem erheblichen Verbesserungspotenzial verbunden ist, der auf das Eliminieren diverser Risikoschnittstellen basiert. Unbestritten ist allerdings auch die Tatsache, dass eine hundertprozentige Schadenselimination nicht möglich ist (vgl. Bernsmann/ Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 155).

5.1.2. Versicherungsprämien

Hinsichtlich der Versicherbarkeit von Krankenhäusern wird in der einschlägigen Fachliteratur häufig von „Versicherungsprämien im Steilflug“ (vgl. Beyer-Rehfeld 2003: 474ff) gesprochen. Doch oftmals sind keine Zahlen angegeben, die diese These bestätigen, wenn doch, dann liegen die Zahlen in keinem homogenen Rahmen. Angaben von Wiedensohler (2003: 514) zu Folge „haben bisweilen [...] Bettenprämien von 300 bis 500 DM [...] ausgereicht, inzwischen wird von einer Mindestversicherungsprämie von nicht unter 400 Euro pro Krankenhausbett ausgegangen, in Extremfällen bis zu 1500 Euro“. Vermutlich kann eine Ursache für diese stark differierenden Beträge darin gesehen werden, dass auf den unterschiedlichen Gebieten der Medizin auch unterschiedlich hohe Risiken bestehen. Wie bereits erwähnt, treten die meisten Risiken in Gebieten wie der Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie auf. Andere Bereiche sind mit weniger Risiken behaftet und bedürfen daher auch einer geringeren Versicherungsprämie. Ein eher nebensächlicher Grund, welcher hier aber nicht unerwähnt bleiben soll, kann even-

tuell in den Preissteigerungen infolge der Euroeinführung gesehen werden. Prozentual gesehen dürfte dieser Aspekt jedoch nur einen Bruchteil der Preissteigerung ausmachen, schließlich macht der Anstieg hier ca. 100 % aus.

Einer Untersuchung der Ecclesia zu Folge, die 146 Krankenhäuser umfasst, lag die Versicherungsprämie pro Bett 1996 bei 350 € und 2003 bei 368 € (vgl. Klocke 2003: 486).

Dem Buch Riskmanagement in der Krankenhauspraxis ist zu entnehmen, dass Anfang der achtziger Jahre die Bettenprämie zwischen 60 und 100 DM (30,68 und 51,13 €) lag, Anfang der neunziger Jahre bis auf ca. 1.000 DM (511,29 €) anstieg und 1999 auf 500 bis 600 DM (255,65 € bis 306,76 €) abfiel (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 156).

Die unterschiedlichen Prämienhöhen resultieren mit Sicherheit daraus, dass die Erhebungen auf verschiedenen Anzahlen und Arten von Krankenhäusern basieren und unter den Kliniken nicht alle ein Risikomanagement nachweisen können, sodass hier die Prämien höher ausfallen.

Durch den Verband der Schadenversicherer werden kontinuierlich die Bedarfsprämien für die Betriebshaftpflichtversicherung von Krankenhäusern ermittelt. 1999 lag sie bei 1.600 bis 1.800 DM (818,07 bis 920,33 €) je Bett, was lediglich 30 bis 50 % der gängigen Marktprämie entsprach (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 156). Gründe hierfür liegen bspw. in der Tatsache, dass die Spätschadenproblematik noch nicht ausreichend berücksichtigt worden ist und „dass die Preise der Versicherungsmärkte immer wieder Wellenbewegungen unterliegen“ (Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 156). So steigen die Preise, wenn auf dem Markt eine hohe Nachfrage herrscht, und umgekehrt fallen die Prämien, wenn ein Angebotsüberhang von Versicherern vorliegt. Diese Situation folgt nicht der Schadensbedarfsermittlung, da die Versicherer darauf bedacht sind, ihre Marktanteile zu halten und demzufolge Rabatte gewähren (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 156).

5.1.3. Personal- und Sachkosten

Die durch das Risikomanagement optimierten Arbeitsabläufe verbessern nicht nur die Schadenshöhe und -frequenz, sondern wirken sich auch positiv auf die Personal- und Sachkosten aus. Gegenstand der Betrachtung sind zunächst die Personalkosten. Wird dafür Sorge getragen, dass das therapeutische Team an der Optimierung der Arbeitsläufe mitwirkt, so lassen sich z. B. Doppelarbeiten reduzieren, sodass mehr Zeit für originäre Aufgaben bleibt. Des Weiteren können Wartezeiten vermieden werden. Dieser Effekt ist äußerst positiv, weil zum Zeitpunkt des Wartens keine weiteren Tätigkeiten durchgeführt werden können und dringend zu erledigende Aufgaben von anderen Mitarbeitern übernommen werden müssen oder anderenfalls unerledigt bleiben. Das würde früher oder später dazu führen, dass das verfügbare Personal für die zu erledi-

genden Aufgaben nicht mehr genügt und folglich Überstunden bezahlt oder zusätzliche Mitarbeiter eingestellt werden müssen. Sicherlich kann auf die Dauer der tatsächliche Mehranfall von Aufgaben nicht mit dem gleichen Personalbestand erledigt werden, sodass zwangsläufig mehr Kosten durch neues Personal anfallen. Allerdings können die im Rahmen des Risikomanagements gewonnenen Erkenntnisse dazu beitragen, dass unproduktive Zeiten nach Möglichkeit gänzlich abgebaut werden und somit im Interesse aller Beteiligten in produktive Zeiten umfunktioniert werden (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 157f).

Ähnliche positive Effekte ergeben sich auch für die Sachkosten, indem durch multiprofessionelle Zusammenarbeit die zur Verfügung stehenden Geräte effizient genutzt werden und unproduktive Leerlaufzeiten somit vermieden werden. Dadurch kann eventuell eine verkürzte Verweildauer erreicht werden (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 158f).

5.2. Mittelbare Kosten

Risikomanagement hat nicht nur einen unmittelbaren positiven Einfluss auf das Geschehen im Krankenhaus selbst (Kostenreduzierung und Schadenvermeidung), sondern es beeinflusst auch wirtschaftliche Ereignisse außerhalb der Klinik. Im Folgenden werden exemplarisch drei Beispiele des Wirtschaftskreises näher betrachtet (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 161).

5.2.1. Transferleistungen im Hinblick auf den Medizinischen Dienst

Der Medizinische Dienst prüft, ob die zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel auch sach- und fachgerecht eingesetzt worden sind. Hierfür ist es seitens des Krankenhauses erforderlich, die notwendigen Informationen für den MDK zur Verfügung zu stellen. Verfügt das Krankenhaus allerdings nicht über die notwendige Dokumentation, so kann kein Beweis erbracht werden, dass die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgte und die Verweildauer des Patienten vorschriftsmäßig war. Da das Risikomanagement allerdings auch darauf abzielt, den Dokumentationsbereich zu untersuchen und gegebenenfalls zu optimieren, kann sich das Krankenhaus nicht nur in Bezug auf Schadensersatzforderungen der Patienten, sondern auch auf die Fragen des MDK eindeutig rechtfertigen (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 161).

5.2.2. Volkswirtschaftlicher Nutzen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass das Risikomanagement für ein Krankenhaus selbst von Nutzen ist. Im gewissen Umfang werden diese

Auswirkungen aber auch sozialisiert. D. h., dass sich höhere Versicherungsprämien zum einen auf die Beitragssätze der Krankenkassen auswirken und sich somit auf den einzelnen Beitragzahler niederschlagen. Mit zu nennen ist an dieser Stelle auch die Mitarbeitermotivation, die aus den gemeinsam beschlossenen Arbeitsabläufen des therapeutischen Teams resultiert und sich in der Produktivitätssteigerung niederschlagen kann (vgl. Bernsmann/Neumann/ Schleberger/Sedlaczek 2002: 162f).

5.2.3 Qualität als Wettbewerbsfaktor

Als Letztes soll hier der positive Effekt hinsichtlich des Wettbewerbs betrachtet werden. Krankenhausvergleiche sind bisweilen aufgrund der fehlenden Transparenz für interessierte Bürger schwierig, Änderung verspricht § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V. Demnach sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 einen Qualitätsbericht zu erstellen, welcher dann im Abstand von 2 Jahren zu veröffentlichen ist. Trotz der Tatsache, dass Transparenz im Gesundheitswesen bisher fast völlig fehlt, beobachten Patienten gleichwohl die Qualität in Krankenhäusern, indem sie Presseberichte wahrnehmen und daraus Konsequenzen für eigene Entscheidungen hinsichtlich der Wahl des Krankenhauses ziehen. Publikationen von Schadensfällen in Kliniken verstärken den eben genannten Aspekt deutlich und führen kurzfristig dazu, dass Patientenströme ausbleiben. Das Image beeinflusst somit deutlich den Wettbewerb. Machen Patienten selbst negative Erfahrungen mit einem Krankenhaus, darf nicht vergessen werden, dass sie eine Multiplikatorfunktion einnehmen. D. h., dass sie nicht nur persönlich das Krankenhaus meiden werden, sondern ihre negativen Erfahrungen an ihr soziales Umfeld weiterkommunizieren. Die Qualität wird daher immer mehr zum Wettbewerbsfaktor und lässt sich durch den Einsatz von Risikomanagement verbessern (vgl. Bernsmann/Neumann/Schleberger/Sedlaczek 2002: 165f).

6. Schlussbetrachtung

Diese Arbeit soll verdeutlichen, dass Risikomanagement für Krankenhäuser eine wichtige Position einnimmt. Auch wenn vom Gesetzgeber nur für Aktiengesellschaften ein Risikomanagementsystem verpflichtend ist, wurde auch deutlich, dass u. a. aus dem Aspekt der Versicherbarkeit ein solches System von Versicherungsgesellschaften für Vertragsabschlüsse eine grundlegende Voraussetzung bildet. Darüber hinaus lässt sich die Notwendigkeit aus den allgemeinen Risiken, die im Krankenhaus vorherrschen, ableiten. Nicht zuletzt runden Heinrichs Gesetz und die Nutzenkomponenten des Risikomanagements die Notwendigkeit zur Implementierung eines Risikomanagementsystems ab. Es ist von zentraler Bedeutung, dass die unterschiedlichen Risiken erkannt werden und künftig durch entsprechende Vorkehrungen nicht mehr

auftreten. Für das identifizieren der Risiken wurden verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, von denen in der Praxis Gebrauch zu machen ist.

Zusammenfassend lässt sich Risikomanagement als „eine ernst zu nehmende und unverzichtbare Strategie, mit potenziellen Fehlerquellen in Krankenhäusern sensibel umzugehen“ beschreiben. „Dabei werden alltagsimmanente Risiken im Krankenhaus systematisch identifiziert und transparent gemacht, die Ursachen von Fehlern und potenziellen Fehlern analysiert, Risikominimierungsmaßnahmen abgeleitet und deren Wirksamkeit im zeitlichen Verlauf überwacht“ (Wiedensohler 2000: 1165).

Aus meiner persönlichen Sicht heraus birgt das Risikomanagement in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement für die Zukunft große Chancen. Gerade im Gesundheitswesen gilt es, aufgrund zunehmenden Wettbewerbs und wachsenden finanziellen und inhaltlichen Anforderungen, die Qualität stets zu sichern und zu verbessern. Ein Risikomanagementsystem enthält viel Potenzial für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess und zielt wie das Qualitätsmanagement u. a. auf eine optimale Krankenversorgung ab.

Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Einführung eines Risikomanagementsystems auch mit Kosten verbunden ist, die sich erst auf längere Sicht bezahlt machen (vgl. Beyer-Rehfeld 2003: 475). Jedoch müssen sich ebenfalls die Verantwortlichen vor Augen halten, dass in Zukunft mit einem Anstieg der Prämien für Krankenhauspflichtversicherungen zu rechnen ist. Gerade in diesem Aspekt wird die Notwendigkeit eines Risikomanagementsystems besonders deutlich, da das Risikomanagement ebenfalls ein Instrument zur Steuerung der Prämienhöhe darstellt (vgl. Bernsmann/Neumann/ Schleberger/Sedlaczek 2002: 157).

Literaturverzeichnis

Bernsmann, Kai/**Neumann**, Matthias/**Schleberger**, Roland/**Sedlaczek**, Alfred (2002): Riskmanagement in der Krankenhauspraxis, Eine Einführung mit Anwendungsbeispielen aus orthopädischen Kliniken, Stuttgart/Berlin/Köln 2002.

Beyer-Rehfeld, Angelika (2003): Versicherungsprämien im Steilflug, Risk Management ist Fehlerprävention - damit Kliniken versicherbar bleiben, in: Krankenhausumschau 72. Jg. 2003, Heft 6, S. 474-477.

Gausmann, P./**Schmitz**, R.-M. (1998): Incident Reporting, Zwischenfallerfassung zur Bewusstmachung, Steuerung und Reduzierung klinischer Risiken, in: Führen und Wirtschaften, 15. Jg. 1998, Heft 6, S. 533-537.

Gausmann, Peter (2002): Damit keine Klagen kommen, zwingend notwendig: Risiko-Management für Krankenhäuser, unter http://www.grb.de/pdf/8-2002-12.pdf, abgerufen am 16.01.2004.

Gausmann, Peter (2003): Prävention zeigt Wirkung, Risikomanagement in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhausumschau 72. Jg. 2003, Heft 6, S. 489-490.

Geisen, Richard/**Mühlbauer**, Bernd H. (2001): Qualitätsmanagement im Krankenhaus,

Praxis und aktuelle Entwicklungen, Münster 2001.

Hauke, Eugen (o. J.): Qualitätssicherung im Krankenhaus, keine weiteren Angaben.

Kamiske, Gerd F./**Brauer**, Jörg-Peter (1999): Qualitätsmanagement von A-Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, 3. Auflage, München/Wien 1999.

Klocke, Manfred (2003): Sind Krankenhäuser noch versicherbar?, Voraussetzung: Individuell angepasste Deckungsmodelle, in: Krankenhausumschau, 72. Jg. 2003, Heft 6, S. 485-488.

Lange, J./**Röthig**, S./**van der Sloot**, E./**Kemm,** M./**Liebelt**, J. (2003): Konzept zur Implementierung von Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck 2003.

Staib, I./**Ulsenheimer**, K./**Martin**, K. (1997): Risk-Management im Medizinischen Bereich, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 1997/Nr.3.

Stauss, Bernd/**Seidel**, Wolfgang (2002): Beschwerdemanagement, Kundenbeziehungen erfolgreich managen durch Customer Care, 3. Auflage, München/Wien 2002.

Trengler, Christine (2003): Aus Zwei mach Eins, Integriertes Qualitäts- und Risikomanagement, in: Krankenhausumschau, 72. Jg. 2003, Heft 6, S. 500-502.

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (1997): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Krankenhaus, Eine Handreichung zur Orientierung, Mühlheim an der Ruhr 1997.

von Eiff, Wilfried (2003): Teure Nachbesserungen, das „verborgene“ Krankenhaus, unterschätzte Risiken gefährden Patienten, in: Krankenhausumschau, 72. Jg. 2003, Heft 6, S. 478-481.

Wiedensohler, Ralph (2000): Fehlerquellen ausschalten, Schaden begrenzen, Risikomanagement: Mehr Sicherheit für Patienten und Krankenhäuser, in: Krankenhausumschau, 69. Jg. 2000, Heft 12, S. 1165-1167.

Wiedensohler, Ralph (2003): Der Teufel steckt oft im Detail, Systematische Fehlerprävention senkt Schadensquote, in: Krankenhausumschau, 72. Jg. 2003, Heft 6, S. 514-515.

Autorenangaben

Dipl.-Sozialverwaltungswirtin (FH) Melanie Pippig
c/o Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Heft 01/2003	Jost W. Kramer: Fortschrittsfähigkeit gefragt: Haben die Kreditgenossenschaften als Genossenschaften eine Zukunft?
Heft 02/2003	Julia Neumann-Szyszka: Einsatzmöglichkeiten der Balanced Scorecard in mittelständischen (Fertigungs-)Unternehmen
Heft 03/2003	Melanie Pippig: Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus
Heft 04/2003	Jost W. Kramer: Entwicklung und Perspektiven der produktivgenossenschaftlichen Unternehmensform
Heft 05/2003	Jost W. Kramer: Produktivgenossenschaften als Instrument der Arbeitsmarktpolitik. Anmerkungen zum Berliner Förderungskonzept
Heft 06/2003	Herbert Neunteufel/Gottfried Rössel/Uwe Sassenberg: Das Marketingniveau in der Kunststoffbranche Westmecklenburgs
Heft 07/2003	Uwe Lämmel: Data-Mining mittels künstlicher neuronaler Netze
Heft 08/2003	Harald Mumm: Entwurf und Implementierung einer objektorientierten Programmiersprache für die Paula-Virtuelle-Maschine
Heft 09/2003	Jost W. Kramer: Optimaler Wettbewerb – Überlegungen zur Dimensionierung von Konkurrenz
Heft 10/2003	Jost W. Kramer: The Allocation of Property Rights within Registered Co-operatives in Germany
Heft 11/2003	Dietrich Nöthens/Ulrike Mauritz: IT-Sicherheit an der Hochschule Wismar
Heft 12/2003	Stefan Wissuwa: Data Mining und XML. Modularisierung und Automatisierung von Verarbeitungsschritten
Heft 13/2003	Bodo Wiegand-Hoffmeister: Optimierung der Sozialstaatlichkeit durch Grundrechtsschutz – Analyse neuerer Tendenzen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu sozialen Implikationen der Grundrechte -
Heft 14/2003	Todor Nenov Todorov: Wirtschaftswachstum und Effektivität der Industrieunternehmen beim Übergang zu einer Marktwirtschaft in Bulgarien
Heft 15/2003	Robert Schediwy: Wien – Wismar – Weltkulturerbe. Grundlagen, Probleme und Perspektiven
Heft 16/2003	Jost W. Kramer: Trends und Tendenzen der Genossenschaftsentwicklung in Deutschland
Heft 01/2004	Uwe Lämmel: Der moderne Frege
Heft 02/2004	Harald Mumm: Die Wirkungsweise von Betriebssystemen am Beispiel der Tastatur-Eingabe
Heft 03/2004	Jost W. Kramer: Der Einsatz strategischer Planung in der Kirche

Heft 04/2004	Uwe Sassenberg: Stand und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Technologietransfers an der Hochschule Wismar
Heft 05/2004	Thomas Gutteck: Umfrage zur Analyse der Kunden des Tourismuszentrum Mecklenburgische Ostseeküste GmbH
Heft 06/2004:	Anette Wilhelm: Probleme und Möglichkeiten zur Bestimmung der Promotioneffizienz bei konsumentengerichteten Promotions
Heft 07/2004:	Jana Otte: Personalistische Aktiengesellschaft
Heft 08/2004	Andreas Strelow: VR-Control – Einführung eines verbundeinheitlichen Gesamtbanksteuerungskonzepts in einer kleinen Kreditgenossenschaft
Heft 09/2004	Jost W. Kramer: Zur Eignung von Forschungsberichten als einem Instrument für die Messung der Forschungsaktivität
Heft 10/2004	Jost W. Kramer: Geförderte Produktivgenossenschaften als Weg aus der Arbeitslosigkeit? Das Beispiel Berlin
Heft 11/2004	Harald Mumm: Unterbrechungsgesteuerte Informationsverarbeitung
Heft 12/2004	Jost W. Kramer: Besonderheiten beim Rating von Krankenhäusern
Heft 01/2005	Michael Laske/Herbert Neunteufel: Vertrauen eine „Conditio sine qua non“ für Kooperationen?
Heft 02/2005	Nicole Uhde: Rechtspraktische Probleme bei der Zwangseinziehung von GmbH-Geschäftsanteilen – Ein Beitrag zur Gestaltung von GmbH-Satzungen
Heft 03/2005	Kathrin Kinder: Konzipierung und Einführung der Prozesskostenrechnung als eines Bestandteils des Qualitätsmanagements in der öffentlichen Verwaltung
Heft 04/2005:	Ralf Bernitt: Vergabeverfahren bei öffentlich (mit)finanzierten sozialen Dienstleistungen
Heft 05/2005:	Jost W. Kramer: Zur Forschungsaktivität von Professoren an Fachhochschulen am Beispiel der Hochschule Wismar
Heft 06/2005	Harald Mumm: Der vollständige Aufbau eines einfachen Fahrradcomputers
Heft 07/2005:	Melanie Pippig: Risikomanagement im Krankenhaus