Humanzentriertes Risikomanagement im Krankenhaus

Steuerung operationeller Risiken im Kontext der klinischen Leistungserbringung

von Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Claus Zippel

Als Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen müssen Krankenhäuser spezifische operationelle Risiken aus der Patientenbehandlung erkennen, bewerten, Abwehrmaßnahmen implementieren und kontrollieren. Eine zunehmende Sensibilisierung für Ausmaß und Bedeutung von medizinischen Behandlungsfehlern sowie Erkenntnisse der psychologischen Fehlerforschung haben die Entwicklung eines humanzentrierten Ansatzes für das klinische Risikomanagement befördert. Dabei werden die Mitarbeiter aktiv am Aufbau einer Sicherheitskultur beteiligt und nicht die fehlerhaften Handlungen des Einzelnen, sondern die systemischen Rahmenbedingungen durch Managemententscheidungen und Prozessorganisation auf Unternehmens- und Teamebene fokussiert.



1 Einleitung

Professionalisierung des Risikomanagements im Krankenhaus

In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben die deutschen Krankenhäuser einen Transformationsprozess von Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu im Wettbewerb stehenden Unternehmen durchlaufen (Sundmacher 2005). Gesundheitspolitische Reformen haben insbesondere über die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems nach Fallpauschalen erheblichen Kostendruck aufgebaut (Frese et al. 2004; Fleßa et al. 2006) und eine Straffung der Prozesse mit entsprechender Arbeitsverdichtung bewirkt (Vera und Lüngen 2002; Vera und Kuntz 2007). Neben dem Kostenwettbewerb hat auch der Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser durch die Pflicht zur Veröffentlichung strukturierter Qualitätsberichte an Bedeutung gewonnen und die Transparenz über Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Indikatoren der Leistungserbringung in deutschen Krankenhäusern erhöht (Wübker et al. 2010; Emmert et al. 2012).

Insgesamt hat der Transformationsprozess eine zunehmende Anwendung von organisationalen Veränderungsstrategien wie auch den verstärkten Einsatz von modernen Managementmethoden und -instrumenten in der Krankenhausführung befördert (Pfaff und Driller 2008). Diese Professionalisierungstendenz hat sich auch auf das Risikomanagement im Krankenhaus ausgewirkt. Zu den üblichen kaufmännischen Risiken kommen hier kritisch-infrastrukturelle Risiken aus der Sicherstellung des öffentlichen Versorgungsauftrages sowie spezifische operationelle Risiken, die mit der konkreten Leistungserbringung durch Ärzteschaft und Pflegende am Patienten einhergehen (Schmitz et al. 2011). Neben den allgemeinen Risiken bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über die Patienten umfassend aufzuklären sind, interessieren dabei insbesondere *klinische Risiken durch vermeidbare Zwischenfälle*, die immer wieder zu Behandlungsfehlern und -schäden mit zum Teil schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Patienten führen.

Neben den allgemeinen Risiken werden insbesondere klinische Risiken durch vermeidbare Zwischenfälle betrachtet.

Summary

Doctors and nurses in hospitals have to provide safe and competent patient care in complex situations in order to avoid critical incidents with serious consequences. As a risk factor, but also as the main resource for patient safety, hospital staff must be at the core of clinical risk management. Reporting systems for adverse events and critical incidents are instruments that allow collecting staff knowledge about organiza-tional risk constellations and possible causes of harm for patients, and to feed this into a risk management cycle; resulting measures for patient safety will then be implemented with special motivation. A human-centered clinical risk management helps to develop a safety culture in participation with staff by not fo-cussing individual failure but systemic conditions in management and process organization.

Dieses Dokument ist lizenziert für wiso-net, uH08712q.
Alle Rechte vorbehalten. © Der Betriebswirt. Download vom 21.01.2015 09:27 von www.wiso-net.de.

Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen

Welche Relevanz diese klinischen Risiken für die stationäre Gesundheitsversorgung haben, zeigte spätestens der um die Jahrtausendwende vom US-amerikanischen „Institute of Medicine" veröffentlichte Bericht „To Err is Human" (Kohn et al. 2000). Allein in den USA verlieren danach jedes Jahr bis zu 98.000 Krankenhauspatienten ihr Leben in Folge eines vermeidbaren medizinischen Behandlungsfehlers. Plakativ wird verglichen, dass damit in den Vereinigten Staaten jedes Jahr mehr Menschen aufgrund vermeidbarer kritischer Ereignisse im Krankenhaus sterben als durch zum Beispiel Autounfälle, Brustkrebs oder AIDS, oder anders dargestellt, dass das Risikoausmaß in amerikanischen Kliniken kumuliert in etwa dem täglichen Absturz eines Großraumflugzeugs ohne Überlebende entspricht.

Dass es sich hierbei nicht um ein gesundheitssystemspezifisches, sondern vielmehr ein weltweites Problem handelt, zeigen die Ergebnisse von in der Folge durchgeführten Studien zur Häufigkeit von (vermeidbar) unerwünschten Ereignissen und Schäden in der klinischen Versorgung (De Vries et al. 2008; Vincent 2010, S. 55). Für Deutschland gehen Experten des gemeinnützigen Aktionsbündnisses Patientensicherheit auf Basis einer Metastudie allein in Krankenhäusern von rund 17.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr aus (Schrappe et al. 2007, S. 8).

Diese Zahlen haben dazu geführt, dass die Erhöhung der Patienten- und Versorgungssicherheit gegenwärtig eines der meist diskutierten Themen sowohl in der medizin-wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion als auch in der deutschen Krankenhauspraxis ist.

2 Umgang mit klinischen Risiken

Um das Auftreten von kritischen Ereignissen sowie die damit verbundenen Risiken und Schäden für Patienten, Mitarbeiter und Organisation zu vermindern, haben Krankenhäuser in den letzten Jahren vermehrt Maßnahmen und Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements wie etwa Beschwerdemanagement, Mitarbeiter- und Patientenbefragungen, interdisziplinäre Patientenkonferenzen sowie Audits eingeführt.

Die Rekombination von Wissen generiert neues Wissen (Innovation).

Dabei werden klinische Risiken aus dem Versorgungsalltag im Idealfall zwar – genau wie andere unternehmerische Risiken (Mikus 2001) – in einem strukturierten Risikomanagementzyklus bearbeitet (Haucke und Raible 2009; Purdy 2010), sie sind allerdings schwer zu identifizieren, weil sie meist vereinzelt und nur für wenige direkt Beteiligte sichtbar auftreten. Darüber hinaus galten Fehler im Gesundheitswesen lange Zeit als Tabuthema (Haller 2005), sodass kritische Ereignisse – speziell im Vergleich zu anderen Hochrisikobranchen wie zum Beispiel Luftfahrt, Kerntechnik oder Petrochemie – kaum systematisch dokumentiert und aufgearbeitet wurden (Wagenaar et al. 1994; Gaba 2000; Sexton et al. 2000).

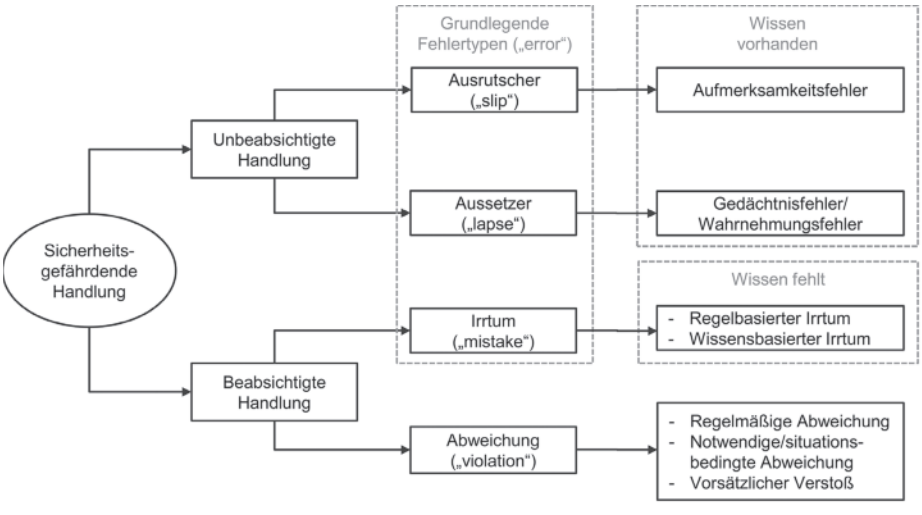


Abb. 1: Typologie sicherheitsgefährdender Handlungen; Quelle: Reason 1990, S. 207

Der „menschliche Faktor" im klinischen Risikomanagement

Bei allem medizinisch-technischen Fortschritt und vermehrter Standardisierung von Prozessen müssen Krankenhäuser letztlich darauf vertrauen können, dass ihre Mitarbeiter in komplexen sowie teils unvermittelt auftretenden (Stress-) Situationen sicher handeln. Ärzte und Pflegende stehen daher nicht nur als Risikofaktor und mögliche Fehlerquelle im Mittelpunkt des klinischen Risikomanagements, sondern vor allem als Träger von Wissen über potenzielle Risikoquellen und Gefahrensituationen und damit als entscheidende Ressource zur Risikoabwehr und -minimierung.

Auf diesem Verständnis des Mitarbeiters als wertvollem Reservoir von Risikowissen entwickelte der britische Psychologe

Claus Zippel



Claus Zippel studierte Betriebswirtschaftslehre an den Universitäten Göttingen und Mannheim.
Seit 2010 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter bei Prof. Dr. Bohnet-Joschko an der Universität Witten/Herdecke

Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen
Fakultät für Wirtschaftswissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko



Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Gießen und Köln (Dipl.-Volkswirtin 1990) und promovierte an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Witten/Herdecke (Dr. rer. pol. 1995). Seit 2008 leitet sie die Forschungsgruppe Management im Gesundheitswesen, seit 2008 als Universitätsprofessorin, seit 2013 die Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Witten/Herdecke.

Tel.: 02302 / 926 505
E-Mail: Sabine.Bohnet-Joschko@uni-wh.de

Dieses Dokument ist lizenziert für wiso-net, uH08712g.
Alle Rechte vorbehalten. © Der Betriebswirt. Download vom 21.01.2015 09:27 von www.wiso-net.de.

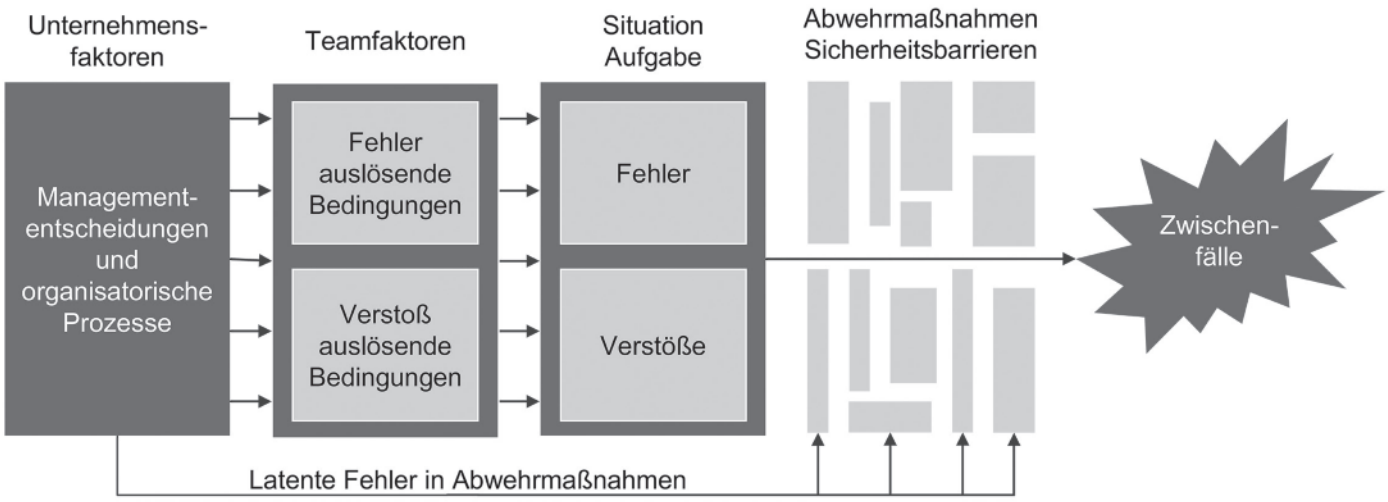


Abb. 2: Modell der organisationalen Unfallentstehung; Quelle: Reason 1995, S. 83

James Reason eine für diesen humanzentrierten Ansatz des klinischen Risikomanagements grundlegende Typologie sicherheitsgefährdender Handlungen (siehe Abb. 1).

Dabei unterscheidet er zunächst in Fehler („errors") und Abweichungen („violations").

Fehler treten auf, wenn Mitarbeiter

- Handlungen nicht aufmerksam ausführen, zum Beispiel bei Routinetätigkeiten („slip"),
- sich an Teile von Arbeitsabläufen nicht richtig erinnern können („lapse"), oder
- die für eine gegebene Situation geltende Regel falsch anwenden („mistake").

Im Gegensatz zu Fehlern, die zumeist unbewusst erfolgen und von den Handelnden in der Regel als solche wahrgenommen werden, wird die bewusste und absichtliche Nichtachtung von in der Organisation geltenden Handlungsvorschriften und Regeln zur Risikovermeidung als Abweichung bezeichnet. Trotz des Vorsatzes, so Reason, wollen Mitarbeiter auch bei Abweichungen nicht etwa eine gefährdende Handlung herbeiführen. Ursache ist vielmehr, dass sich die Beachtung einer Regel oftmals mit anderen (nicht Sicherheits-) Zielen der Organisation oder des Individuums überschneidet. Im Krankenhaus kann dies etwa die Knappheit von Ressourcen betreffen; ein Beispiel dafür wäre eine unter Zeitdruck vor Einsatz mangelhaft durchgeführte Funktionsprüfung des Narkosegerätes – ist diese regelmäßige Abweichung zum eigenen Vorteil erfolgt, wenn (eventuell unbezahlte) Überstunden vermieden werden sollen? Schließlich kann es auch in besonderen Situationen, zum Beispiel in Notfällen, zu Regelverletzungen kommen, die dann aber vielleicht notwendig, weil lebensrettend sind.

Mitarbeiter können in ihrem regelwidrigen Verhalten bestärkt werden, wenn mit der Abweichung kein unmittelbarer (Patienten-) Schaden einhergeht. Ergebnis ist, dass bestimmte Abweichungen mit der Zeit gewohnheitsmäßig auftreten (regelmäßige Abweichung), da sie vom Personal als unbedenklich eingestuft und stillschweigend akzeptiert werden.

Modell der organisationalen Unfallentstehung

In Sinne dieses Verständnisses für die Ursachen sicherheitsgefährdender Handlungen in Hochrisikobranchen entwickelte Reason ein Modell zum organisationalen Umgang mit kritischen Ereignissen (siehe Abb. 2): Danach sind Risikoursachen primär nicht in dem fehlerhaften Handeln einzelner Personen, sondern auf einer tiefer liegenden Ebene der *Systembedingungen und -eigenschaften* zu suchen, die nicht zuletzt auch durch die Entscheidungen und Handlungen des Managements festgelegt und beeinflusst werden (Reason 1995). Dementsprechend sind die Mitarbeiter, die im klinischen Versorgungsalltag Patienten behandeln, nicht die eigentlichen Verursacher, sondern vielmehr die „Erben" von kritischen Ereignissen.

Beispiele für solche Systembedingungen und -eigenschaften, welche die Leistung des Personals beeinflussen und damit sicherheitsgefährdende Handlungen und Schäden innerhalb der Organisation fördern beziehungsweise verursachen können, sind nach Reason neben den eigentlich fehlerhaften Vorgängen und sicherheitsgefährdenden Handlungen einzelner Mitarbeiter vielmehr die zugrunde liegenden latenten Fehler aus Managemententscheidungen und Prozessorganisation sowie ebenfalls latent fehlerbegünstigende Faktoren durch unsichere oder fehlende Führung und Supervision sowie weitere auslösende Bedingungen wie Arbeitsumfeld, Teamzusammensetzung oder Patientenzustand.

Klinisches Risikomanagement muss jedoch weitergehen. Nach Reason sind Zwischenfälle in der Regel nicht die Folge einzelner fehlerhafter Handlungen, sondern das Produkt mehrerer Faktoren. Den Ablauf einer solchen *Fehlerkette* veranschaulicht Abb. 3. Danach kann ein Zwischenfall trotz vorhandener organisationaler Abwehrmechanismen und Gegenmaßnahmen durch das Zusammenwirken von fehlerhaften Handlungen und innerbetrieblicher Schwachstellen auftreten (Reason 1990; Reason 2000).

Krankenhäuser müssen ihre Kernleistungsprozesse möglichst sicher gestalten.

Aufbauend auf diesen Annahmen leitet Reason Grundsätze zur Ausgestaltung eines klinischen Risikomanagementsystems ab (Reason 1995, S. 84 f.), darunter insbesondere die Folgenden:

- Menschen beabsichtigen in der Regel nicht, Fehler zu begehen.

Dieses Dokument ist lizenziert für wiso-net, uH08712g.
Alle Rechte vorbehalten. © Der Betriebswirt. Download vom 21.01.2015 09:27 von www.wiso-net.de.

- Unfälle treten nicht als Folge einzelner unsicherer Handlungen, sondern meist als Produkt mehrerer Faktoren auf.
- Sicherheitsrelevante Faktoren sind nicht nur am Ende der Fehlerkette zu suchen; Arbeitsumfeld und -platz
- werden unter anderem vom Management beeinflusst.
- Die psychologischen Vorläufer von Fehlern (Unaufmerksamkeit, Ablenkung, Müdigkeit, Stress) sind dabei meist die letzten und am schwersten zu beeinflussenden Glieder einer Ursachenkette.
- Steigende Automatisierung und Technisierung heben menschliche Fehlbarkeit nicht auf, sondern verlagern diese lediglich.
- Punitive Maßnahmen besitzen in Hochrisikosystemen kein Potenzial zur Erhöhung der Sicherheit.

Potenzial von Meldesystemen für kritische Ereignisse

In diesem Zusammenhang spielen *Meldesysteme* für zum Beispiel Behandlungsfehler, Patientenbeschwerden oder Stürze eine ganz besondere Rolle. Grund dafür ist, dass Meldesysteme im Gegensatz zu systematischen Maßnahmen wie dem Risikoaudit ihr Lernpotenzial aus der unmittelbaren Betroffenheit der an Ereignissen beteiligten Personen schöpfen. Ein kritisches Ereignis, das heißt ein Schaden oder Beinah-Schaden für den Patienten generiert hier den Impuls zur Weitergabe spezifischen Risikowissens. In einem stark intrinsisch motivierten Umfeld wie dem Gesundheitswesen (Wilkesmann et al. 2007) ist es auf diese Weise möglich, das Wissen der Ärzteschaft und Pflegenden über innerbetriebliche Risikokonstellationen und Gefahrenquellen strukturiert zu erfassen sowie innerhalb der Organisation zur Risikoverminderung zu nutzen und zu bewahren.

Unter den Meldesystemen kommt dem Einsatz von so genannten *Critical Incident Reporting Systemen (CIRS)* eine besondere Bedeutung zu, da diese an verschiedenen Stellen der Organisation Lücken in der Risikoabwehr registrieren und auf Grundlage einer Risikoanalyse gegebenenfalls zusätzliche Barrieren zur sicheren und effektiveren Prozessgestaltung initiieren können (Hofinger 2010; Panzica et al. 2011). Das in diesem Jahr in Kraft getretene Patientenrechtegesetz, das eine sicherheitsorientierte Fehlervermeidungskultur im Gesundheitswesen fördern soll, nennt CIRS als wesentlichen Bestandteil eines systematischen Qualitäts- und Risikomanagements zur Stärkung der Patienten- und Versorgungssicherheit (Deutscher Bundestag 2013; Riedel et al. 2012).

CIRS basieren auf der Mitte des vergangenen Jahrhunderts ursprünglich für die militärische Luftfahrt entwickelten Critical Incident Technique zur Erfassung von erfolgskritischem Verhalten bei Piloten sowie auf dem seit 1975 im Bereich der zivilen Luftfahrt eingeführten Aviation Safety Reporting System zur anonymen Berichterstattung und Auswertung von kritischen Ereignissen im Flugverkehr (Barach und Small 2000). Das Verfahren wurde an die organisationalen und strukturellen Besonderheiten stationärer Gesundheitseinrichtungen angepasst und dort zunächst im medizinischen Fachgebiet der Anästhesiologie eingeführt und erprobt (Buckley et al. 1997; Staender et al. 1997). Der grundlegende Ansatz, ausgehend von einer narrativen Beschreibung ausgewählter Ereignisse durch die Beteiligten selbst, diese dann aufzuarbeiten, sie zu bewerten, zu analysieren und daraus Maßnahmen zur Beseitigung von Gefahrenquellen für die Organisation abzuleiten, ist jedoch erhalten geblieben.

3 Aufbau einer Sicherheitskultur

Wie wichtig eine *sicherheitsorientierte Organisationskultur* im Hinblick auf die angestrebte Erhöhung der Patientensicherheit ist, belegen auch empirische Ergebnisse zu dieser Fragestellung. So wurde beispielsweise nachgewiesen, dass eine lernende Sicherheitskultur die Häufigkeit des Auftretens von kritischen Ereignisse im Krankenhaus senkt (Steyrer et al. 2010).

Unerwünschte Zwischenfälle im Krankenhaus: Vom Tabu zur Lernchance

Formal ergeben sich aus Reasons organisationalem Ansatz des Risikomanagements für den Einsatz von Fehlermeldesystemen als Treiber des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern die Voraussetzungen der Sanktionsfreiheit und der Systemorientierung: Mitarbeiter sollten bei Abgabe einer Meldung oder Bekanntwerden eines Fehlers keine Sanktionen gegen sich oder andere zu befürchten haben, und Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit sollten auf System-, Prozess- oder Produktveränderungen zielen (Leape 2002, S. 1636). Mit Blick auf den angestrebten Kulturwandel hilft es außerdem der Belegschaft zu signalisieren, dass der offene Umgang mit kritischen Ereignissen in der Organisation gewollt ist. Dies betrifft neben der Bereitstellung von Ressourcen für das Qualitätsmanagement insbesondere die Einbindung des klinischen Risikomanagements in den Führungsprozess und die Organisationsstrategie (Mikus 1999).

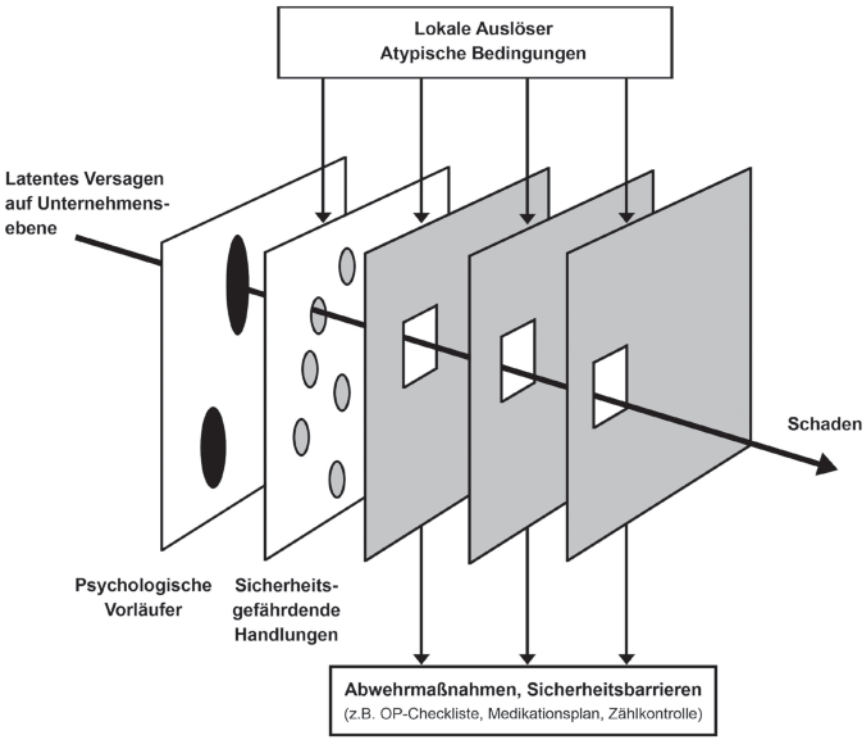


Abb. 3: Schadeneintrittspfad; Quelle: Reason 1990, S. 208

Dieses Dokument ist lizenziert für wiso-net, uH08712g.
Alle Rechte vorbehalten. © Der Betriebswirt. Download vom 21.01.2015 09:27 von www.wiso-net.de.

Methodisch liegt Meldesystemen für kritische Ereignisse der auch aus dem Wissensmanagement bekannte *Ansatz des Storytellings* zu Grunde. Indem Mitarbeiter freiwillig und individuell eine kleine Geschichte über ein kritisches Ereignis aus ihrem Erfahrungsbereich berichten, wird ihr Wissen über sicherheitsrelevante Prozesse expliziert und somit für das Lernen innerhalb der Organisation verfügbar und nutzbar gemacht (Büssing et al. 2002). Der organisationale Lern- und Verbesserungsprozess wird dabei sehr gut unterstützt, da sich die geschilderten Ereignisse auf das unmittelbar erlebte Verhalten der Mitarbeiter beziehen und der Meldende direkt in den Erlebnisprozess involviert war. Neben einem Ereignisbericht im Freitext erfassen CIRS-Implementierungen im Krankenhaus auch verschiedene strukturierte Informationen etwa zu Zeit, Ort/Fachbereich und Patientenzustand sowie konkrete Verbesserungsvorschläge zur Risikovermeidung. Auf diese Weise bildet jede Meldung den Startpunkt einer *Wissensspirale* (Nonaka und Takeuchi 1995) und stößt einen Managementprozess in der Organisation an: Nach Eingang wird die Meldung an ein interdisziplinär zusammengesetztes Team weitergeleitet, dessen Mitglieder (zum Beispiel leitender Arzt, Pflegekraft, Hygienebeauftragter, Apotheker, Medizintechniker) ihr breites Spektrum an spezifischem Fach- und Erfahrungswissen in die Risikobewertung und -analyse einbringen und daraus Empfehlungen zur Prozessoptimierung entwickeln.

Diese Rekombination von Wissen – noch immer auf Basis einer einzelnen Ereignismeldung – generiert neues Wissen (Innovation), das zum Beispiel für die Überarbeitung von Einweisungs- und Schulungsunterlagen genutzt und somit in die Organisation zurückgeführt werden kann. Ein strukturiertes Management dieses Kreislaufs im Sinne eines klinischen Risikomanagementzyklus ermöglicht schließlich die kontinuierliche Verbesserung und Erweiterung der organisationalen Wissensbasis (Bohnet-Joschko und Bretschneider 2006; Welter 2006) und gewährleistet damit eine stets aktuelle Entwicklung des organisationalen Lernens und des klinischen Risikomanagements.

Studienergebnisse zeigen, dass in den vergangenen Jahren zunehmend mehr deutsche Krankenhäuser ein CIRS eingeführt beziehungsweise dessen Implementierung geplant haben (Bohnet-Joschko et al. 2011; Lauterberg et al. 2012). Sie versprechen sich hiervon

- insbesondere die Stärkung der Wissensbasis über klinische Risiken als Ausgangspunkt für die Optimierung organisationaler Prozesse hinsichtlich Patientensicherheit und -zufriedenheit sowie Effektivität und Effizienz;
- eine Verbesserung der Mitarbeitersicherheit wie auch der innerbetrieblichen Lern- und Sicherheitskultur;
- weiteren betriebswirtschaftlichen Nutzen, zum Beispiel durch die Senkung der Haftpflichtversicherungsprämie aufgrund Einhaltung gesetzlicher Vorgaben und geringerer Organisationsrisiken sowie größtmöglicher Prozesssicherheit zur Verminderung von Folgekosten etwa durch negative Medienberichte und damit verbundene Reputationsschäden.

Gleichwohl konnte nachgewiesen werden, dass sich die gewünschte flächendeckende Umsetzung von klinischem Risikomanagement in Deutschland derzeit noch im Anfangsstadium befindet. Dies lässt sich nicht nur an der Gesamtzahl der vorgehaltenen Fehlermeldesysteme erkennen, sondern zeigt sich insbesondere an der vergleichsweise niedrigen Zahl gemeldeter Ereignisse, an der geringen Beteiligung des Krankenhausmanagements in Gremien des klinischen Risikomanagements und an Defiziten bei der systematischen Analyse von Risikoursachen sowie der Umsetzung der daraus abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen in einem Qualitätsmanagement-Zyklus (Bohnet-Joschko et al. 2011).

Zwar zeigen die Ergebnisse, dass Krankenhäuser zunehmend IT-gestützte CIRS einführen, durch welche die Generierung von Meldungen vereinfacht sowie klinische Risikomanagementprozesse automatisiert und in das Qualitätsmanagementsystem integriert werden können (Buddendick et al. 2009; Hemicker et al. 2010). In besonders personal- und damit wissensintensiven Organisationen wie Krankenhäusern bedarf es parallel jedoch weiterer Maßnahmen der Mitarbeitermotivation und -kommunikation (Bergmann 2005). Nur so gelingt es auf eine sicherheitsorientierte Krankenhauskultur hinzuwirken wie auch bestehende Widerstände abzubauen und Mitarbeiter für eine freiwillige Teilnahme am klinischen Risikomanagement zu begeistern (Kriegesmann 2003; Oelsnitz 2005).

Weitere Impulse entstehen schließlich, wenn sich Krankenhausmitarbeiter an einem interorganisationalen Wissenstransfer beteiligen (Easterby-Smith et al. 2008). Eine Teilnahme von Krankenhäusern an organisationsübergreifenden CIRS wird durch das Patientenrechtegesetz künftig gefördert (Deutscher Bundestag 2013, S. 280). Krankenhäuser warten dann nicht, bis Fehler im eigenen Haus passieren, sondern beziehen Zwischenfälle, Fehler und Empfehlungen anderer Häuser ebenfalls in ihr klinisches Risikomanagement ein und leiten daraus gegebenenfalls präventive Veränderungsmaßnahmen ab.

4 Fazit

Als Hochrisikoorganisationen stehen Krankenhäuser vor der Herausforderung, ihre Kernleistungsprozesse der Patientenbehandlung möglichst sicher zu gestalten. Der Mensch steht dabei als Risikofaktor und zugleich wichtigste Sicherheitsressource im Mittelpunkt. Die hohe intrinsische Motivation von Ärzten und Pflegenden befördert in der Krankenhauspraxis den Aufbau von Meldesystemen für kritische Ereignisse als Treiber des klinischen Risikomanagements und bietet damit eine Möglichkeit, das Wissen der Mitarbeiter über Risiken frühzeitig zu erfassen und zu analysieren sowie organisationale Abwehrmaßnahmen und Sicherheitsbarrieren zur Verminderung klinischer Risiken und damit zur Steigerung der Patienten- und Versorgungssicherheit aufzubauen.

Für den erfolgreichen Einsatz von Meldesystemen für kritische Ereignisse ist dabei entscheidend, dass die berichteten Risiken nicht als Ausgangspunkt für die Suche nach individuellen Fehlern, sondern im Sinne einer gelebten Sicherheitskultur als Impuls und Lernchance für die Organisationsentwicklung verstanden werden.

Literatur

Barach, P./Small, S. D. (2000): Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems, British Medical Journal, 320, 759-763.

Bergmann, P. (2005): Die Technik steht – und dann? Wie Sie Ihre Mitarbeiter zum Wissensaustausch motivieren, wissensmanagement, 7 (3), 20-22.

Bohnet-Joschko, S./Bretschneider, U. (2006): Wissensbasiertes Prozessmanagement zur Optimierung der Leistungserstellung im Krankenhaus, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 29 (2), 201-211.

Bohnet-Joschko, S./Jandeck, L. M./Zippel, C. et al. (2011): Strukturiertes Risikomanagement in Krankenhäusern – kommt es doch auf die Größe an?, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, 149 (3), 301-307.

Buckley, T. A,/ Short, T. G./ Rowbottom, Y. M. et al. (1997): Critical incident reporting in the intensive care unit, Anaesthesia, 52 (5), 403-409.

Buddendick, H./Wiesmann, A./Wolter, B. et al. (2009): Softwareunterstütztes Qualitäts- und Wissensmanagement am UKM, das Krankenhaus, 642-645.

Dieses Dokument ist lizenziert für wiso-net, uH08712g.
Alle Rechte vorbehalten. © Der Betriebswirt. Download vom 21.01.2015 09:27 von www.wiso-net.de.

Büssing, A./Herbig, B./Ewert, T. (2002): Implizites Wissen und erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln: Entwicklung einer Methode zur Explikation in der Krankenpflege, Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 46 (1), 2-21.

De Vries, E. N./Ramrattan, M. A./Smorenburg, S. M. et al. (2008): The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review, Quality and Safety in Health Care, 17 (3), 216-223.

Deutscher Bundestag (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Bundesgesetzblatt, I, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013, 277-282

Easterby-Smith, M./Lyles, M. A./Tsang, E. W. K. (2008): Inter-Organizational Knowledge Transfer: Current Themes and Future Prospects, Journal of Management Studies, 45 (4), 677-690.

Emmert, M./Gemza, R./Schöffski, O. et al. (2012): Public Reporting im Gesundheitswesen: Die Auswirkungen veröffentlichter Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung, Das Gesundheitswesen, 74 (6), e25-e41.

Fleßa, S./Ehmke, B./Herrmann, R. (2006): Optimierung des Leistungsprogramms eines Akutkrankenhauses – Neue Herausforderungen durch ein fallpauschaliertes Vergütungssystem, Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 58 (6), 585-599.

Frese, E./Heberer, M./Hurlebaus, T. et al. (2004): „Diagnosis Related Groups" (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 56 (8), 737-759.

Gaba, D. M. (2000): Structural and Organizational Issues in Patient Safety: a comparison of health care to other high hazard industries, California Management Review, 48 (1), 83-102.

Haller, U./Welti, S./Haenggi D. et al. (2005): Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin – Risiken, Fehler und Patientensicherheit, Schweizerische Ärztezeitung, 86 (27), S. 1665-1679.

Haucke, F./Raible, C. (2009): Risikomanagement im Krankenhaus: Empirische Ergebnisse der Evaluation eines umfassenden Risikomanagementansatzes, das Krankenhaus, 101 (5), 432-438.

Hemicker, G./Schmidt, H./Jakab, E. (2010): Integriertes Risikomanagement verbessert die Fehlerkultur im Universitätsklinikum Aachen, das Krankenhaus, 103 (9), 839-842.

Hofinger, G. (2010): Zwischenfallberichtssysteme als Instrument organisationalen Lernens aus Fehlern in Krankenhäusern, Wirtschaftspsychologie, 12 (4), 87-96.

Kohn, L. T./Corrigan, J. M./Donaldson, M. S. (Hrsg.) (2000): To Err is Human: Building a Safer Health System, National Academy Press.

Kriegesmann, B. (2003): Lernen in Organisationen - oder lernende Organisationen?, Personalführung, 36 (4), 18-27.

Lauterberg, J./Blum, K./Briner, M. et al. (2012): Abschlussbericht – Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn (Hrsg.).

Leape, L. L. (2002): Reporting of Adverse Events, New England Journal of Medicine, 347 (20), 1633-1638.

Mikus, B. (1999): Zur Integration des Risikomanagements in den Führungsprozeß, Zeitschrift für Planung, 10 (1), 85-110.

Mikus, B. (2001): Risiken und Risikomanagement – ein Überblick, in: Götze, U./Henselmann, K./Mikus, B. (Hrsg.), Risikomanagement, Heidelberg, 3-28.

Nonaka, I./Takeuchi, H. (1995): The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation, New York/Oxford.

Oelsnitz, D. von der (2005): Internal Stickiness: Probleme des internen Wissenstransfers, Zeitschrift Führung + Organisation, 74 (4), 200-206.

Panzica, M./Krettek, C./Cartes, M. (2011): „Clinical Incident Reporting System" als Instrument des Risikomanagements für mehr Patientensicherheit, Der Unfallchirurg, 114 (9), 758-767.

Pfaff,H./Driller,E.(2008):Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus, in: Kurscheid, C./Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.), Das Krankenhaus im Wandel der Versorgungslandschaft, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft 35/2007, Baden-Baden, 64-79.

Purdy, G. (2010): ISO 31000:2009 – Setting a New Standard for Risk Management, Risk Analysis, 30 (6), 881-886.

Reason, J. (1990): Human error, Cambridge.

Reason, J. (1995): Understanding adverse events: human factors, Quality and Safety in Health Care, 4 (2), 80-89.

Reason, J. (2000): Human Error: Models and Management, British Medical Journal, 320, 768-770.

Riedel, R./Schmidt, S./Bauer, H. (2012): Patientenrechtegesetz – Folgen für das Risikomanagement, Deutsches Ärzteblatt, 110 (1-2), C12-C13.

Schmitz, F./Wargenau, H./Ackermann, D. (2011): Risikomanagement im Krankenhaus – eine Bestandsaufnahme als Grundlage künftiger Risikomanagementkonzeptionen, das Krankenhaus, 103 (2), 147-152.

Schrappe, M./Lessing, C./Albers, B. et al. (2007): Agenda Patientensicherheit 2007, Witten.

Sexton, B. J./Thomas, E. J./Helmreich, R. L. (2000): Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys, British Medical Journal, 320, 745-749.

Staender, S./Davies, J./Helmreich, B. et al. (1997): The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database, International Journal of Medical Informatics, 47 (1-2), 87-90.

Steyrer, J./Strunk, G./Latzke, M. et al. (2010): Wissenskonversion und Behandlungsfehler im Krankenhaus, Zeitschrift für Personalforschung, 24 (3), 266-289.

Sundmacher, T. (2005): Transformation des deutschen Gesundheitssystems: Anforderungen und Instrumente, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 54 (1), 19-51.

Vera, A./Kuntz, L. (2007): Prozessorientierte Organisation und Effizienz im Krankenhaus, Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 59 (2), 173-197.

Vera, A./Lüngen, M. (2002): Die Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland und die Auswirkungen auf das Krankenhausmanagement, Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 31 (11), 638-643.

Vincent, C. (2010): Patient Safety, 2. Aufl., West Sussex.

Wagenaar, W. A./Groeneweg, J./Hudson, P. T. W. et al. (1994): Promoting safety in the oil industry – The Ergonomics Society Lecture Presented at the Ergonomics Society Annual Conference, Edinburgh, 13-16 April 1993, Ergonomics, 37 (12), S. 1999-2013.

Welter, M. (2006): Wissensmanagement für Dienstleistungsunternehmen, Der Betriebswirt, 47 (3), 23-27.

Wilkesmann, M./Wilkesmann, U./Virgillito, A. (2007): Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Organisationskultur technikorientiertes Wissensmanagement in Krankenhäusern?, in: Bohnet-Joschko, S. (Hrsg.), Wissensmanagement im Krankenhaus. Effizienz- und Qualitätssteigerung durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, Wiesbaden, 111-133.

Wübker, A./Sauerland, D./Wübker, A. (2010): Beeinflussen bessere Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl in Deutschland? Eine empirische Untersuchung, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 230 (4), 467-490.

Anzeige

Risikomanagement im E-Commerce

Empirische und konzeptionelle Beiträge zur Planung, Steuerung und Kontrolle der Risiken des Online-Handels



Mit der zunehmenden Verbreitung des Online-Handels wächst auch die Bedeutung des Risikomanagements im Business-to-Consumer- und Business-to-Business-E-Commerce. Mehrere Untersuchungen zeigen jedoch, dass die meisten Online-Anbieter diesen Aspekt völlig vernachlässigen oder nur ein rudimentäres Risikomanagement betreiben. Dies ist nicht zuletzt auf mangelnde Erfahrungen im Distanzhandel und Informationsdefi zite zurückzuführen. Um Wissenslücken zu schließen, das Thema zu strukturieren und zum Abbau von E-Commerce-Hemmnissen beizutragen, widmet sich das E-Commerce-Center Handel mit diesem Sammelband dem Risikomanagement im E-Commerce. In zehn Beiträgen namhafter Experten aus Wissenschaft und Praxis werden die vielfältigen Aspekte des Risikomanagements beleuchtet.

2008, 311 Seiten
ISBN 978-3-88640-131-4, 34,- €

www.betriebswirte-verlag.de

Dieses Dokument ist lizenziert für wiso-net, uH08712g.
Alle Rechte vorbehalten. © Der Betriebswirt. Download vom 21.01.2015 09:27 von www.wiso-net.de.