



Dokumentation der Fachtagung

Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus

im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

am 13. Mai 2004 in Bad Nauheim



Druckkostenbeitrag: **5,00 €**



Inhaltsverzeichnis

Dr. med. Ursula Stüwe: Vorwort.....	4
Tagungsprogramm.....	5
Prof. Dr. Ernst-Gerhard Loch: Risikomanagement im Krankenhaus - Vision.....	7
Portrait der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung.....	9
Dr. med. Michael Popović: Krankenhaus im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge.....	10
Dr. jur. Klaus Bockslaff LL.M.: Risikomanagement im Krankenhaus im Lichte der Gesundheitsreformdiskussion.....	19
Prof. Dr. Matthias Schrappe: Risikomanagement aus ärztlicher Sicht.....	25
Jürgen Herdt: Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr als Grundlage der Krankenhausrahmenplanung.....	31
Dr. H.-J. Conrad: Risikomanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht.....	35
Dr. Moritz Thiede: Risikomanagement aus der Sicht eines Krankenhauskonzerns.....	39
Dr. med. Matthias Peiper: Einführung eines ganzheitlichen Risikomanagementsystems aus ärztlicher Sicht – ein Projektbeispiel.....	44
Michael Busch: Die Notwendigkeit des ganzheitlichen Risikomanagements im Krankenhaus als Antwort auf Anforderungen des Versicherungsmarktes.....	51
Dr. med. Jörg H. J. Reichel: Werden Krankenhäuser ohne Risikomanagement noch versichert?– Präventive Strategien eines Berufshaftpflicht-Rückversicherers.....	53
Bernd Pritzer: Risikomanagement – eine Notwendigkeit zur Bestandssicherung auch im Gesundheitswesen?.....	59
Portrait Münchener Ecoconsult GmbH (MEC).....	61
Portrait ATHENA – das Frühwarnsystem für medizinische Einrichtungen.....	62

Bitte beachten Sie die Informationen der Unternehmen Athena und Münchener Ecoconsult GmbH (MEC), die mit ihren Anzeigen diese Dokumentation gefördert haben.

Impressum

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 90 06 69, D-60446 Frankfurt/Main
Im Vogelsgesang 3, D-60488 Frankfurt am Main
Telefon: 069/97672-0, Telefax: 069/97672- 1 28
Internet: <http://www.laekh.de>
E-Mail: laek.hessen@laekh.de

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
der Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Carl-Oelemann-Weg 7, D-61231 Bad Nauheim
Telefon: 06032/782-200, Telefax: 06032/782-228
Internet: <http://www.fortbildungszentrum-aerzte.de>
E-Mail: akademie@laekh.de

Verantwortung: Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Dr. med. Michael F. R. Popović

Redaktion:

Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Katja Möhrle, M.A., Dr. med. Michael F.R. Popović, Konrad Zündorf (auch Gestaltung)

Auflage: 1.000 Exemplare

© Titelfotos: Dr. med. Michael F.R. Popović, Konrad Zündorf

© Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt am Main



Dr. med. Ursula Stüwe, Präsidentin der Landesärztekammer Hessen

Vorwort

Infektionen mit hoch ansteckenden Erregern, Naturkatastrophen wie z.B. das Seebeben im indischen Ozean und Terroranschläge führen weltweit die Liste aktueller Gefährdungslagen an. Die Gefährdungen machen deutlich, wie notwendig Vorsorgemaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung sind. Ein modernes Risikomanagement soll die Existenz von Krankenhäusern als Versorgungseinrichtungen sichern. Risikomanagement spielt gerade angesichts sinkender Budgets und finanzieller Zwänge für unsere hiesigen Kliniken und Krankenhäuser eine immer bedeutendere Rolle, unabhängig von großen Schadensereignissen.

Die Landesärztekammer Hessen hat am 13. Mai 2004 die Fachtagung "Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus" durchgeführt. Wegen der sehr positiven Resonanz während und nach der Tagung ist beabsichtigt, diesem Auftakt weitere Veranstaltungen mit den vielfältigen medizinischen und ökonomischen Aspekten des Risikomanagements folgen zu lassen. Um die Zeit bis zu einer Folgeveranstaltung zu überbrücken und den Bitten vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Veranstaltung, aber auch Interessierter, die an der Teilnahme verhindert waren, zu entsprechen, haben wir die vorliegende Dokumentation der Veranstaltung mit allen Vorträgen zusammengestellt. Dabei dankt die Landesärztekammer Hessen allen Referenten für die Mitwirkung an der Tagung und die Bereitstellung ihrer Charts und insbesondere den Referenten, die uns darüber hinaus einen Begleittext zur Verfügung gestellt haben.

Mein persönlicher Wunsch ist es, dass es mit der Broschüre gelingt, einen weiteren Beitrag zum verbesserten und bewussten Risikomanagement in vielen Kliniken und Krankenhäusern zu leisten.



Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...

... sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste • modernste Tagungstechnik mit TED, Videolivekonferenzen usw. • 4 EDV-Schulungsräume
• 1.000 qm Ausstellungsfläche • 400 qm Freifläche • 260 eigene kostenlose Parkplätze • 2 km zur Autobahn • 1 min zum Stadtbus
• 1,5 km zum Bahnhof • 42 km zum Frankfurter Flughafen • 37 km zur Frankfurter Messe • Tagungspauschalen ab 25 €

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Carl-Oelemann-Weg 5 • D-61231 Bad Nauheim,
Fon: + 49 60 32 7820 • 0180call: 01803-Bildung • Fax: + 49 6032 782250 info@fortbildungszentrum-aerzte.de • www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Landesärztekammer Hessen





**AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG
UND WEITERBILDUNG DER LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN**

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032/782-0, Fax 06032/782-220
E-mail-Adresse: akademie@laekh.de - Internet: www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus

Donnerstag, 13. Mai 2004

9 Uhr bis 17.15 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen,
Raum „Frankfurt“ im Seminargebäude, Carl-Oelemann-Weg 5

Leitung und Moderation:

Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Prof. Dr. med. M. Schrappe, Dr. jur. K. Bockslaff, Dr. med. M. Popovic

Kostenbeitrag: 40 € / Person

	<u>Bearüfung:</u>	
9.00 - 9.05	Organisation und Tagesablauf	Dr. Popović und Dr. Bockslaff
	Einleitung:	
9.05 - 9.20	Risikomanagement im Krankenhaus - Vision	Prof. Dr. Ernst-Gerhard Loch
	<u>Einführung:</u>	Moderation: Prof. Loch
9.20 - 9.40	Krankenhaus im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge	Dr. med. Michael Popovic
9.40 - 10.00	Risikomanagement im Krankenhaus im Lichte der Gesundheitsreformdiskussion	Dr. jur. Klaus Bockslaff LL.M., Verismo GmbH
10.00 - 10.20	Risikomanagement aus ärztlicher Sicht	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinik Marburg
10.20 - 10.40	Diskussion	
10.40 - 11.00	Kaffeepause	Foyer
	<u>Sicht der Landesregierung und Krankenhausleitung:</u>	Moderation: Dr. Popovic
11.00 - 11.20	Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr als Grundlage der Krankenhausrahmenplanung	als Beauftragter des Sozialministeriums Jürgen Herdt, Wiesbaden



11.20 – 11.40	Risikomanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht	Dr. H.-J. Conrad, Marburg
12.00 – 13.00	Mittagspause	Cafeteria
	<u>Erfahrungsbericht</u>	Moderation: Prof. Loch und Prof. Schrappe
13.00 – 13.45	Risikomanagement aus der Sicht eines Krankenhauskonzerns	Dr. Moritz Thiede, HELIOS Kliniken GmbH, Fulda
13.45 – 14.30	Einführung eines ganzheitlichen Risikomanagementsystems aus ärztlicher Sicht – ein Projektbeispiel	Dr. med. Matthias Peiper, Universitätsklinik Düsseldorf
14.30 – 14.45	Diskussion	
14.45 – 15.00	Kaffeepause	Foyer
	Aus der Sicht der Versicherungswirtschaft	Moderation: Dr. Bockslaff
15.00 – 15.30	Die Notwendigkeit des ganzheitlichen Risikomanagements im Krankenhaus als Antwort auf Anforderungen des Versicherungsmarktes	Michael Busch, Sparkassenversicherung Wiesbaden
15.30 – 16.00	Werden Krankenhäuser ohne Risikomanagement noch versichert?– Präventive Strategien eines Berufshaftpflicht-Rückversicherers	Dr. med. Jörg H. J. Reichel, Münchener Rück
16.30 – 17.00	Risikomanagement – eine Notwendigkeit zur Bestandssicherung auch im Gesundheitswesen?	Bernd Pritzer, Deutsche Telekom AG
17.00 – 17.15	<i>Diskussion und Schlußwort der Moderatoren</i>	- Ende der Veranstaltung



Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch

Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Risikomanagement im Krankenhaus – Vision

Der wirtschaftliche Boom der neunziger Jahre und das Ausbleiben größerer Katastrophen führten dazu, dass der Gedanke an einen wirtschaftlichen Einbruch und mögliche Großkatastrophen in weite Ferne rückte. Durch die Wiedervereinigung wurden bisher vorgehaltene Versorgungsmöglichkeiten für den Krisenfall sogar still gelegt beziehungsweise verkümmerten durch erhebliche Mittelkürzungen. Dies änderte sich schlagartig durch die Katastrophe im September 2001 in Amerika oder hier durch die Großschadensfälle in Enschede und die verheerende Flutkatastrophe an Elbe, Oder und Donau. Dazu kam noch der Niedergang der Börsen und allen wurde klar, dass die Natur die menschliche Gesellschaft und ihre gesellschaftlichen Funktionen stark erschüttern kann. Gleichzeitig müssen grundlegende Erkenntnisse der gegenwärtigen Strukturen berücksichtigt werden, um die Bedingungsrisiken abschätzen zu können.

In diesem Zusammenhang sollte das Stichwort des „demografischen Faktors“ mit seinen Folgen nicht unberücksichtigt bleiben.

Dem gegenüber stehen die Aktionsrisiken, wenn vorhandene Pläne auf Grund von nicht vorhersehbaren finanziellen Risiken nicht zu Ende geführt werden können, wie es zum Beispiel bei kommunalen Bauprojekten oder auch Investitionen, beispielsweise in Krankenhäusern, der Fall ist. Gegenwärtig ist dabei die Richtigstellung der Euphorie um den Robodoc in der Orthopädie zu erwähnen. Ganzheitliches Riskmanagement muss deshalb Aktions- und Bedingungsrisiken zwar getrennt betrachten, aber dann auch zusammenführen.

Betrachten wir das Krankenhaus wie in unseren Themen, dann spielen die individuellen Situationen der Behandlungsfehler bei Patientinnen/Patienten eine besondere Rolle. Gleichzeitig wird jedoch von den Patienten, aber auch von den Ärzten selbst, gefordert, dass ihre Tätigkeit den neuesten medizinischen Entwicklungen in Diagnostik und Therapie angepasst werden. Plötzlich auftretende Störung, wie zum Beispiel die Legionellen in Frankfurt/Oder oder der SARS-Fall in Frankfurt/Main, geben dazu wichtige Beispiele. Die verständlicherweise zunehmende Ökonomisierung, die gerade im Krankenhausbereich sich stärker als zur Zeit noch in der Praxis bemerkbar macht, führt leider dazu, dass derjenige, der versorgt werden soll, der im Mittelpunkt steht, der Patient, vergessen wird.

Statistiken, Organisationsmodelle und Dokumentationspraktiken führen dazu, dass der unheilvolle Weg in eine kostentreibende Defensivmedizin beschritten wird. Alles wird getan, um forensisch nicht belangt werden zu können. Hier spielen die Haftpflichtversicherungen einerseits der Ärzte andererseits der Krankenhäuser eine Rolle.

Es darf nicht dazu kommen, dass die Kommunikation der Betroffenen im Krankenhaus – Arzt und Patient, Pflegepersonal und Patient, Verwaltungspersonal und Patient – eine geringere Rolle spielen, als die Dokumentation und der Verlaufsbogen über den Einzelnen. Alles muss darauf abzielen, das Richtige zum richtigen Zeitpunkt und insbesondere im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung auch im richtigen Ton auszuführen.

Wie soll das geschehen:

Riskmanagement hat die Aufgabe, vorhandene Schadensquellen, also latente Risiken, aufzuspüren. Sind Komplikationen in einzelnen Bereichen aufgetreten, wie sie zum Beispiel bei Qualitätskontrollen in verschiedenen Fachbereichen dokumentiert werden, müssen diese Fälle analysiert werden. Es geht dann nicht, dass zum Beispiel bei mitgeteilten Auffälligkeiten diese gar nicht mit den Beteiligten besprochen, sondern lediglich sorgfältig abgeheftet werden.



Die Zahl der Interventionen der verschiedenen Häuser in ihrer Spezifität müssen verglichen und Qualitätsschwankungen anonymisiert den Einzelnen mitgeteilt werden. Riskmanagement ist deshalb kein Ersatz oder gar nur eine andere Form von Qualitätssicherung. Es bedeutet viel mehr eine Zusammenführung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem gemeinschaftlichen, partnerschaftlichen Dialog zwischen Arzt, Pflegedienst und Verwaltung des Krankenhauses bei Risikovermeidung und zur Schadensverminderung.

Um in unserer Pilotveranstaltung allen Beteiligten gerecht zu werden, werden alle zu Wort kommen. In späteren Veranstaltungen wollen wir dann versuchen, die von Ihnen am meisten gewünschten Themen zu vertiefen. Dies soll sich aus der Diskussion und Ihren Wünschen ergeben, die Sie schriftlich, auch kritisch, äußern sollten.

Wenn ich hier von Vision spreche, dann meine ich es im Sinne des Heidelberger Aufrufs der Nobelpreisträger von 1996:

„Das größte Unheil für unseren Planeten sind Unwissen und Unterdrückung und nicht Wissenschaft, Technologie und Industrie“.

Gleichzeitig heißt dies aber auch, dass wir uns nicht in eine Risikoschizophrenie hineinmanövrieren sollen. Es ist schon fast die Regel bei Forschung und Entwicklung, insbesondere bei technologischen Durchbrüchen, nicht die Chancen und den möglichen Segen, sondern primär die Risiken und den Fluch zu sehen. Abnehmende Risikoakzeptanz geht aber auch einher mit Vertrauensverlust in Expertenwissen und der Beratungsresistenz vieler Verantwortungsträger. Individuelle Risiken – wie zum Beispiel Bungeespringen und Drachenfliegen – werden oft begeistert akzeptiert, ja sogar kultiviert. Immer schneller, immer höher, immer besser sind heutzutage gefordert, dagegen besteht auf der gesellschaftlichen Ebene mehr die Tendenz nach dem Null-Risiko.

Für uns in der Medizin bedeutet das, die Notwendigkeit der zunehmenden Volkskrankheiten vermehrt mit Prävention zu begegnen als sie durch immer wieder neuere (teurere) Medikamente zu behandeln. Denken Sie in diesem Zusammenhang an das Impfen, bei dem mehr vom Impfrisiko, als von den Vorteilen für das weitere Gedeihen des Einzelnen gesprochen wird. Es ist keineswegs nur Sicherheitsbewusstsein, sondern wohl vielmehr eine Zukunftsangst einer Wohlstandsgesellschaft, die uns den Realitätssinn raubt.

In unserem Fall muss der Unterschied zwischen Wahrheit und wahrgenommener Wirklichkeit wieder deutlich werden. Unsere Messlatte sollte sein, die Risikobewertung von wissenschaftlichen Experten durchführen zu lassen und nicht von selbst ernannten „Bedenkenträgern“ mit subjektiven, irrationalen Ängsten.

In der Realität bedeutet dies, nicht unter Berücksichtigung der Demografie und der Veränderung der derzeitigen Ökonomie, weniger Krankenhausbetten, dadurch weniger Personal, höhere Dichte der Kranken, größere Beanspruchung des Personals und dadurch vermehrte Fehlermöglichkeiten. Vielmehr bedeutet Riskmanagement hier im Einzelfall, anstatt aufgezeigte Haftungsausweitungen und damit einhergehende Prämiensteigerungen zu beklagen und einfach hinzunehmen, besser vorhandene Schadensquellen, also latente Risiken aufzuspüren und Lösungen zu erarbeiten.

Die Einzelsituation in Großschadensereignissen oder Katastrophen trainieren, aber nicht die Zusammenarbeit loben, sondern die erkannten Schwachstellen versuchen zu beheben. Notfalls müssen die hier fehlenden geldlichen Ressourcen von den Versicherungsträgern übernommen werden. Für das Haus selbst bedeutet es, darauf zu achten, dass die individuelle Situation erkannt und trainiert wird. In der Vision heißt dies: Keine Ich-AGs sondern Teamarbeit. In einer dem Einzelnen bekannten Hierarchie müssen im Bedarfsfall ohne zu viel Reibungsverluste geschulte Prozesse ablaufen oder im Sinne Dantes:

„Der eine wartet, dass die Welt sich wandelt, der andere packt sie an und handelt“.

Herzlich willkommen bei der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen



Die Qualität ärztlichen Handelns hängt in erster Linie von einer ausgewogenen Fort- und Weiterbildung des einzelnen Arztes ab. Denn nur ein hoher Aus- und Fortbildungsstand sichert eine gute und kosteneffiziente Versorgung. Um Ärztinnen und Ärzten in Hessen eine qualitativ hochwertige permanente Fortbildung zu ermöglichen, wurde am 21. Februar 1970 die Akademie für ärztliche Fortbildung in Bad Nauheim gegründet. Eine Besonderheit ist die freiwillige Mitgliedschaft. Heute zählt sie über 7.500 freiwillige Mitglieder.

Das ganze Jahr über werden hier Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte angeboten. Die Fort- und Weiterbildung umfasst sowohl die Vermittlung theoretischen Wissens, als auch die Übung praktischer Fähigkeiten. Veranstaltungen über Schmerztherapie einschließlich der palliativen Maßnahmen, Ultraschalldiagnostik, Psychotherapie und Psychosomatik, Verkehrsmedizin, Notfallmedizin und Rettungsdienst, Pharmakotherapie, Strahlenschutz, aber auch Suchtmedizinische Grundversorgung, Ethik-Fallseminare oder Medizinische Informatik zählen zu dem Angebot. Mit großem Engagement widmet sich die Akademie außerdem der Weiterbildung der Allgemeinärzte, der Prävention und Rehabilitation sowie dem Ärztlichen Qualitätsmanagement. Die strukturierte fachspezifische Fortbildung Innere Medizin und Frauenheilkunde sind zwei der neuesten Seminarreihen.

Ärztinnen und Ärzte, die der Einrichtung als freiwillige Mitglieder beitreten, verpflichten sich zur Fortbildung in einem bestimmten Umfang und zahlen einen Mitgliedsbeitrag. Die freiwillige Zertifizierung steht neben den verschiedenen Veranstaltungen im Vordergrund der Arbeit der Akademie. Danach erwirbt jede/r hessische Ärztin / Arzt innerhalb von 3 Jahren freiwillig 150 Punkte nach den "einheitlichen Bewertungskriterien".

Bedingungen für die Akademiemitgliedschaft

Jede/r Ärztin / Arzt kann Mitglied werden und ist herzlich dazu eingeladen. Sie fördern damit die freiwillige ärztliche Fortbildung in Hessen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt in den ersten 3 Jahren 90,00 €/Jahr, bei 4 bis 9 Jahre Mitgliedschaft reduziert sich der Beitrag auf 80,00 €/Jahr und ab 10 Jahre Mitgliedschaft auf 75,00 € im Jahr (Stand: 1.10.2004). Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung, im Erziehungsurlaub oder ohne ärztliche Tätigkeit erhalten einen Rabatt von 50%; der Jahresbeitrag beträgt dem entsprechend 45,00 €, 40,00 € bzw. 37,50 €. Der Jahresbeitrag gilt für das laufende Jahr, unabhängig vom Eintrittsdatum.

Für Mitglieder der Akademie ermäßigen sich die Gebühren in der Regel für den Besuch von Akademie-Fortbildungsveranstaltungen um 50 %, bei Kursen um 10 %.

Bitte fordern Sie bei der Akademie die Beitrittserklärung an! Sie finden Sie auch im Internet zum Herunterladen.
Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen
Carl-Oelemann-Weg 7
D-61231 Bad Nauheim
Telefon: 0 60 32 / 782 – 200
Telefax: 0 60 32 / 782 – 228
E-Mail: akademie@laekh.de
Internet: www.fortbildungszentrum-aerzte.de





Dr. med. Michael Popović
Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen

„Medizinischer Katastrophenschutz: Hessen betreibt Vorsorge durch Risikomanagement“

Die Existenzfähigkeit des "Unternehmens" Krankenhaus oder Medizinisches Versorgungszentrum ist das grundlegende Schutzgut des Risikomanagements, wie es in Deutschland durch das Gesetz über die Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) kodifiziert worden ist. Entsprechende Regelungen finden sich für öffentlich rechtliche Krankenhausträger im Haushaltsgrundsätzegesetz.

Ein Risikomanagementsystem hat zum Ziel, in einem systematischen Prozess die Risikopotentiale, denen das Unternehmen ausgesetzt ist, zu analysieren, und unter Beachtung einer optimalen Kosten-/ Nutzenrelation im Hinblick auf das unternehmerische Ziel bzw. den Versorgungsauftrag zu bewältigen.

In den speziellen Risikomanagementprozess Medizinischer Versorgungseinrichtungen müssen alle Risiken einbezogen werden, die dieses Schutzgut beeinträchtigen können. In einem integrierten Prozess werden alle Risikopotentiale unabhängig von ihrer Herkunft berücksichtigt und in den klassischen Stufen des Erkennens, Bewertens, Begrenzens und Finanzierens beherrschbar gemacht. Die Bedeutung des Risikomanagements liegt nicht nur auf dem Gebiet der finanztechnischen, strategischen oder Marktrisiken. Angesichts der existenziellen Gefährdung, in die ein Unternehmen trotz angemessenen Versicherungsschutzes kommen kann, gilt dies auch für sicherheitstechnische Risiken.

Die modernen, prozessorientierten Abläufe (Clinical Pathways) führen zu einer zunehmenden Verletzbarkeit des Unternehmens Krankenhaus. Hierunter ist nicht nur der materielle Schaden, beispielsweise an der Immobilie Krankenhaus durch thermische oder kinetische Energie, sondern auch der Personenschaden an Patienten und Personal zu verstehen, in dessen Folge Erkrankte oder Verletzte zeitnah medizinisch versorgt werden müssen. Unterlassene organisatorische, unternehmerische und medizinische Vorsorgemaßnahmen, die dazu führen, dass Schäden zu nicht behebbaren Folgen oder gravierenden Ausfällen führen haben besondere forensische, haftungsrechtliche, wirtschaftliche und strafrechtliche Bedeutung.

Die Kosten eines Großschadens, auf der Basis einer betriebswirtschaftlichen Gesamtkostenrechnung ermittelt, gehen weit über die denkbaren Entschädigungsleistungen der Versicherer hinaus. Mit dem Verlust der Marktposition bzw. des traditionellen Kundenstamms kann darüber hinaus die wirtschaftliche Existenz der betroffenen Unternehmen oder zumindest ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit verloren gehen. Damit steht möglicherweise die Überlebensfähigkeit eines betroffenen Unternehmens in Frage.

Ziel eines integrierten Risikomanagementansatzes muss es sein, die unterschiedlichen Betrachtungsweisen zum Thema „Risiko“ im Unternehmen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten zusammen zu führen, vorhandene Sprachbarrieren zu überwinden und einen durchgängigen Prozess zu gestalten. Dabei lassen sich in der Praxis nicht nur bei Großkrankenhäusern erste Ansätze der Integration des Sicherheits- und Risikomanagements beobachten, die sich als Wettbewerbsvorteile in der derzeitigen gesundheitsökonomischen bzw. wirtschaftlichen Lage darstellen.

Neue Aspekte der Notfallplanung im Gesundheitswesen und im Katastrophenschutz

Aktuelle Gefährdungslagen in jüngerer Zeit haben die Verletzlichkeit der Menschen und der Systeme in unserer Gesellschaft aufgezeigt. Beispielsweise haben Hochwasser, Terroranschläge, Infektionen mit



hochinfektiösen Erregern deutlich werden lassen, dass eine aktualisierte, humanitäre Daseinsvorsorge ebenso notwendig ist, wie ein modernes Risikomanagement, das zumindest den gesetzlichen Vorgaben folgt.

Darüber hinaus haben bundespolitische Entscheidungen zu einschneidenden Veränderungen im gesundheitlichen Zivilschutz, des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, insbesondere ihrer Reservelazarettorganisationen, sowie zu Kürzungen von Versorgungskapazitäten im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung geführt, um nur einige Beispiele zu nennen. Die politischen Vorgaben, die gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen und neue Gefährdungslagen machen es erforderlich neue präventive Wege zu beschreiten, die Risiken und Schäden an Menschen, Material und Kapital minimieren.

Vor diesem Hintergrund hat auf dem 12. Forum Zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: „Neue Aspekte, neue Strukturen, neue Schnittstellen“, am 04. September 2003, Dr. Michael Popović, OTA d.R., Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, zum Thema: „Neue Aspekte der Notfallplanung im Gesundheitswesen - Katastrophenschutz aus der Sicht einer Landesärztekammer“ vorgetragen. Er stellte dar, dass nach einer Gefährdungsanalyse das Hessische Ministerium des Innern und für Sport im Jahre 2001 in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Sozialministerium, den kommunalen Spitzenverbänden, dem Landesfeuerwehrverband, den Hilfsorganisationen und der Landesärztekammer das Katastrophenschutzkonzept in Hessen verabschiedet hatte. Auf Initiative der Landesärztekammer Hessen wurde ein Kapitel „Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“ erarbeitet, mit dem den jahrelang von der Ärzteschaft erhobenen Forderungen zur notwendigen Berücksichtigung des Medizinischen Katastrophenschutzes Rechnung getragen wurde. Hessen ist bislang das einzige Bundesland mit einem eigenen Medizinischen Katastrophenschutzkonzept, welches in einer gemeinsamen Pressekonferenz des Innenministers, der Sozialministerin und der Landesärztekammer im Juli 2003 im Landtag mit Erlass in Kraft trat und der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Interministerielle Arbeitsgruppe als Kompetenzzentrum

Bundesweit ist es erstmals gelungen, durch Bildung interministerieller Arbeitsgruppen – im Sinne eines Kompetenzzentrums – katastrophenmedizinischen Sachverstand zu bündeln und ein Konzept zu erarbeiten, das Vorbild sein kann.

Das sachkundige und harmonische Zusammenwirken aller in diesem Bereich Tätigen und deren zielorientierte Arbeit zur Verbesserung der Katastrophenmedizinischen Vorsorgeplanung ist Beispiel gebend. Mit der Verabschiedung des Konzepts Medizinischer Katastrophenschutz trägt in dieser Form das Land Hessen Forderungen der Ärzteschaft Rechnung („Denkschrift Katastrophenmedizin“, Bundesärztekammer 1985).

Der Schwerpunkt liegt auf der Darstellung aller Vorbereitungen für die Versorgung einer größeren Zahl Verletzter und Kranker. Das beginnt bei der möglichst qualifizierten Behandlung der Patienten bereits am Ort des Schadensereignisses und reicht bis zur Behandlung in Krankenhäusern sowie der Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des medizinischen Personals. Die Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Medikamenten wurde überprüft und Ergänzungen wurden geregelt. Das Konzept enthält Vorschläge für weitere Verbesserungen der Versorgung im Katastrophenfall. So soll die Bevölkerung besser in Erster Hilfe ausgebildet werden.

Katastrophenmedizinische Standards

Unter Berücksichtigung katastrophenmedizinischer Standards hatte eine interministerielle Arbeitsgruppe mit ihren einschlägig erfahrenen Experten Themen bearbeitet (siehe Kasten). Hierbei wurden unter anderem bisher nicht immer berücksichtigte Grundsätze bestimmt: Das gesundheitliche Gemeinwohlinteresse und die verfassungsrechtlich verankerte Schutzwürdigkeit der individuellen und kollektiven körperlichen und geistigen Integrität (Gesundheit) gebieten es, staatliche Vorsorgeplanung



unter Einbeziehung von Sachkompetenz und Fachverstand trotz (gesundheits-) ökonomischer Zwänge zu betreiben. Leitsätzen der Rechtssprechung des Bundesgerichtshofes folgend gilt unter anderem, dass organisatorische und ökonomische Defizite nicht die medizinisch notwendige Versorgung der Patienten gefährden dürfen. Die Existenzfähigkeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Unternehmen im Gesundheitswesen sowie die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung sind wegen zivil- und strafrechtlichen sowie forensischen Implikationen das grundlegende Schutzgut des Risikomanagements, wie es in Deutschland unter anderem durch das Gesetz über die Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich und andere Rechtsnormen kodifiziert worden ist.

Ein Integrierter Risikomanagementansatz in der katastrophenmedizinischen Versorgungskette muss demnach anstreben, in einem systematischen Prozess die Risikopotenziale, denen die Patienten, Betroffenen / Leistungsempfänger, Leistungserbringer, -träger ausgesetzt sind, zu analysieren, und unter Beachtung einer optimalen Kosten-/ Nutzenrelation im Hinblick auf das medizinisch notwendige Versorgungsziel zu bewältigen.

Risikomanagement

In den katastrophenmedizinischen Risikomanagementprozess des „Unternehmens Gesundheitswesen“ müssen alle Risiken, die die Gesundheit beeinträchtigen können, einbezogen und beherrschbar gemacht werden.

Die Beratung der bisher eher zögerlich bearbeiteten Problemfelder wurde durch die Erkenntnis beeinflusst, dass die Bedeutung des Risikomanagements nicht nur auf dem Gebiet der finanztechnischen, strategischen oder Marktrisiken liegt. Wegen der existenziellen Gefährdung, in die ein Unternehmen trotz angemessenen Versicherungsschutzes kommen kann, gilt dies auch für sicherheitstechnische, organisationsspezifische und forensische Risiken. Auch wurde zunehmend das Ziel eines integrierten Risikomanagements verfolgt, wonach die unterschiedlichen Betrachtungsweisen zum Thema „Risiko“ in der katastrophenmedizinischen Versorgungskette zusammenzuführen, zwischen den Versorgungssektoren bestehende Sprachbarrieren zu überwinden und durchgängige Prozesse zu gestalten (Clinical Pathways) sind.

Zukünftige Handlungsfelder

Nach Durchführung einer Gefährdungsanalyse in Hessen war es Aufgabe der Arbeitsgruppen zur Erstellung des *Katastrophenschutzkonzeptes* eine zukunftsorientierte humanitäre Daseinsvorsorgeplanung des Landes zu entwickeln. Zunächst nur ansatzweise berücksichtigte katastrophenmedizinische Standards und Versorgungsnotwendigkeiten wurden nach dem 11. September 2001 durch das von interministeriellen Arbeitsgruppen, die von der Landesärztekammer Hessen initiiert worden waren, erarbeitete Kapitel „Medizinischer Katastrophenschutz“ ergänzt. Die Einführung eines ganzheitlichen Risikomanagement-Systems, mit dem mögliche Risiken erkannt und bewertet sowie entsprechende Schritte zu ihrer Abwehr beziehungsweise Minimierung eingeleitet werden können, ist als notwendig erkannt worden.

Folgende Aufgaben wurden in Angriff genommen und entsprechende Arbeitsergebnisse beziehungsweise Ziele wiedergegeben: Risikobewusstsein und -transparenz auf allen Ebenen medizinischen Katastrophenschutzes wurden verbessert, sowie eine umfassende Risikosystematik für die Identifizierung und Analyse von sämtlichen erkennbaren Risikopotenzialen/Bedrohungsszenarien erarbeitet. Angemessene Frühwarn- und Katastrophenmanagementsysteme müssen über die bestehenden hinaus ebenso ausgebaut werden, wie die Anstrengungen für mehr Sicherheit und Versorgungsqualität bei medizinischen Großschadensereignissen und Katastrophen. Der Integrationsprozess zwischen dem Sicherheits- und Risikomanagement einerseits und der interministeriellen Zusammenarbeit – unter Einbeziehung der Heilberufskörperschaften, Hilfsorganisationen und der Feuerwehr – andererseits ist gelungen und wird vertieft. Die Einführung geeigneter Software-Tools zur Unterstützung der Umsetzung der Risikomanagements und Verbesserung



der Logistik ist erforderlich (TeleMatik in der Versorgungskette) und bedarf der weiteren Förderung.

Die Implementierung des Kapitels Medizinischer Katastrophenschutz im Sinne eines Risikomanagements in das Führungssystem der katastrophenmedizinischen Versorgungskette ist auf einem guten Weg. Die Integration eines angemessenen Notfall- und Krisenmanagementsystems in teils vorhandene Risikomanagementsysteme hat bereits begonnen: Kompetenzzentrum Frankfurt, Fortbildung und Schulung von Krisenresponse-Teams (zum Beispiel Pocken, SARS, Erste-Hilfe-Ausbildung, und so weiter) Erste positive Ergebnisse konnten bereits im Zusammenhang mit aktuellen Bedrohungslagen durch hochkontagiöse Erkrankungen praktisch und effektiv umgesetzt, die ärztliche Aus- und Fortbildung ergänzt und intensiviert werden. Neu konzipierte und intensivierte Erste-Hilfe-Ausbildungen an der Basis (z. B. Jugendfeuerwehren) mit Veränderung des Bewusstseins haben bereits begonnen.

Empfehlung der Bundesärztekammer

In der 1. und konstituierenden Sitzung des Ausschusses "Notfall- / Katastrophenmedizin und Sanitätswesen" der Bundesärztekammer am 20.10.2003 in Köln hielt Dr. Michael Popović einen Vortrag über „Neue Aspekte der Notfallplanung im Gesundheitswesen – Katastrophenschutz aus Sicht einer Landesärztekammer“. Die Diskussion hierzu machte insbesondere die verteilten Zuständigkeiten für Rettungsdienst und Katastrophenschutz in den einzelnen Bundesländern auf jeweils unterschiedliche Ministerien als zentrales Problem deutlich. Voraussetzung für die Durchsetzung länderübergreifender Konzeptionen sei neben der fachlichen Überzeugungsarbeit vor allem auch, in den Landesregierungen klare Zuständigkeiten fest- bzw. herzustellen. Mit der fachlich guten und politisch breit unterstützten Initiative im Land Hessen ist nach Ansicht der Ausschussmitglieder ein Modell für die anderen Bundesländer geschaffen worden.

Der Ausschuss erarbeitete Vorschläge und Forderungen zur notfall- und katastrophenmedizinischen Versorgung, die u. a. als Initiative ein Schreiben an die Innen- und Gesundheitsminister der Länder zum Gegenstand hat. Darin soll der Stand über die Ausarbeitungen bzw. das Nichtvorhandensein von Krankenhausalarm- und Krankenhauskrisenplänen erfragt werden. Auch die notwendigen öffentlichen Gelder für die Katastrophenvorsorge müssen dabei offensiv eingefordert werden. Ein Sicherstellungszuschlag unter Budgetierungsbedingungen gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz kann keine hinreichende Grundlage zur öffentlichen Daseinsfürsorge sein. Unter Hinweis auf das Hessenmodell soll das Ziel verfolgt werden, eine daran orientierte harmonisierte Gesetzes- und Verordnungsgebung in den einzelnen Bundesländern zu erwirken. Unter dem ökonomischen Druck einer künftig fallpauschaliernten klinischen Versorgung werden notwendige Reservekapazitäten, Arzneimittel- und Sanitätsmaterialbestände gefährdet bzw. gar nicht zu Stande kommen können, solange es flächendeckend keine verbindlichen und finanziell abgesicherten Krisenpläne gibt.

Kongress "Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus"

Nun hat die Landesärztekammer Hessen ein weiteres Projekt zur Verbesserung der notwendigen Planung der humanitären Daseinsvorsorge und des präventiven Risikomanagements auf den Weg gebracht. Am Donnerstag, 13. Mai 2004, 9 Uhr bis 17.15 Uhr findet in der AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN in Bad Nauheim der Kongress "Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus" als Auftaktveranstaltung einer Veranstaltungsreihe statt.

Namhafte Referenten werden folgende Themen zur Diskussion stellen:

- Risikomanagement im Krankenhaus - Vision
- Krankenhaus im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge
- Risikomanagement im Krankenhaus im Lichte der Gesundheitsreformdiskussion
- Risikomanagement aus ärztlicher Sicht

- Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr als Grundlage der Krankenhausrahmenplanung
- Risikobericht und Schadensminimierung in Folge des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems
- Risikomanagement aus der Sicht des Krankenhausträgers am Beispiel einer Legionellen-Infektion
- Einführung eines ganzheitlichen Risikomanagementsystems aus ärztlicher Sicht – ein Projektbeispiel Die Notwendigkeit des ganzheitlichen Risikomanagements im Krankenhaus als Antwort auf Anforderungen des Versicherungsmarktes
- Werden Krankenhäuser ohne Risikomanager noch versichert?– Haftpflichtversicherung
- Risikomanagement – eine Notwendigkeit zur Bestandssicherung auch im Gesundheitswesen?

In weiteren Kongressen sollen folgende Themen bearbeitet werden: Datensicherheit und Datenschutz, Qualitätsmanagement und Risikomanagement, Medizinrecht versus Krankenhausrecht, Versicherungswirtschaft, Katastrophenschutz und -abwehr, Krisenplanung und Kommunikation.

Leitende Ärztinnen und Ärzte mit Verantwortung für die Versorgung einer größeren Zahl von Patienten als Folge von Großschadensereignissen sind ebenso angesprochen, wie Geschäftsführer und Direktoren von Krankenhäusern, Träger von stationären Versorgungseinrichtungen, Rettungsdiensten und Hilfsorganisationen.

Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus

Krankenhaus im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge



Dr. Michael Popovic

Öffentliches Gesundheitswesen Rettungswesen Katastrophenschutz

Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge



Dr. Michael Popovic

Struktur der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesministerien und Landesbehörden



Dr. Michael Popovic

Rettungsdienst - Katastrophenschutz



Dr. Michael Popovic



Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge

Risikomanagement:

- Interne und externe Risiken
- Individualmedizin / Großschadensereignisse
- Katastrophenschutz- und Evakuierungspläne
- Organisationsverschulden
- Arzthaftung
- Geschäftsführerhaftung
- Staatshaftung

Dr. Michael Papernik

Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Daseinsvorsorge

Risikomanagement:

- Datensicherheit und Datenschutz
- Qualitätsmanagement und Risikomanagement
- Medizinrecht versus Krankenhausrecht
- Versicherungswirtschaft
- Katastrophenschutz und -abwehr
- Krisenplanung und Kommunikation

Dr. Michael Papernik

„Katastrophenschwelle“

„Die Katastrophe ist ein außergewöhnlich schwerwiegendes und/oder umfangreiches, meistens überraschend eintreffendes Ereignis, das das Leben und die Gesundheit sehr vieler Menschen und/oder erhebliche Sachwerte und/oder die Lebensgrundlagen einer großen Bevölkerungsgruppe in so erheblichem Maße schädigt oder gefährdet, dass es mit den örtlich oder regional verfügbaren regulären Kräften und Mitteln allein nicht zu bewältigen ist. Eine Katastrophe kann durch ein Naturereignis sowie direkt oder indirekt durch den Menschen ausgelöst werden.“

Ob ein Schadensereignis zur Katastrophe wird, ergibt die Feststellung, dass die verfügbaren Kräfte und Mittel zur erforderlichen und zeitgerechten Hilfeleistung unzureichend sind. Die kritische Grenze wird um so eher überschritten, je mangelhafter die Vorbereitungen zur Hilfeleistung sind. Eine derartige Entwicklung zwingt den zuständigen Behördenleiter zur Erklärung des Katastrophenstatus, um zusätzliche organisierte Hilfeleistung in Gang zu setzen.“

Dr. Michael Papernik

„Katastrophen nicht in Krankenhäuser verlagern!“

Es entspringt ethischer Verantwortung, rechtlicher Pflicht und ökonomischer Notwendigkeit, die legislativen, dispositiven, logistischen und fachlichen Voraussetzungen so zu gestalten, dass Großschadensereignisse nicht zur Katastrophe und die mangelnde Anwendungsmöglichkeit notfall- und katastrophenmedizinischer Kenntnisse und Fähigkeiten nicht zur Katastrophe für eine Vielzahl von Betroffenen werden.

Dr. Michael Papernik

Katastrophenvorsorgeplanung
Beispiel: Infektiologische Gefährdungslagen

- Allgemeine Hygieneregeln
- Seuchenhygiene
- Infektiologie
- Epidemiologie
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Screening, Surveillance
- Datenverarbeitung, Telematik
- Management, Logistik
- Individualmedizin / Katastrophenmedizin
- Katastrophenschwelle
- Risikoabschätzung, Risikomanagement
- Gefahrenabwehr
- Humanitäre Daseinsvorsorge
- Staatliche Gewalt

Dr. Michael Papernik

potentielle Risiken medizinischer Versorgungseinrichtungen

Die modernen, prozessorientierten Abläufe (Clinical Pathways) führen zu einer zunehmenden Verletzbarkeit des Unternehmens Krankenhaus.

- materielle Schäden
- Personenschäden, die sowohl Patienten als auch Personal betreffen können
- Unterlassene organisatorische, unternehmerische oder medizinische Vorsorgemaßnahmen mit gravierenden Folgen
- forensische, haftungsrechtliche, wirtschaftliche und strafrechtliche Folgen

Dr. Michael Papernik



Ziel eines erfolgreichen Risikomanagements

Ziel eines erfolgreichen Risikomanagements ist, unterschiedliche Betrachtungsweisen zum Thema „Risiko“ im „Unternehmen“ Krankenhaus unter

- medizinischen und ökonomischen Aspekten
- zusammen zu führen, zu bewerten und zu begrenzen,
- um sie „beherrschbar“ zu machen

Sprachbarrieren sind zu überwinden um einen durchgängigen Prozess des Risikomanagements gestalten

Dr. Michael Popovic 11

Risiken - Vorsorge

Infektionen mit hochansteckenden Erregern, Naturkatastrophen und Terroranschläge führen weltweit die Liste aktueller Gefährdungslagen an. In jüngster Zeit haben sie die Verletzlichkeit von Menschen und Einrichtungen unserer Gesellschaft vor Augen geführt. Gleichzeitig ist deutlich geworden, wie notwendig Vorsorgemaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung sind. Im Rahmen des medizinischen Katastrophenschutzes soll ein modernes Risikomanagement auch die Existenz von Krankenhäusern als Versorgungseinrichtungen in sichern

Dr. Michael Popovic 12

Ökonomie und Vorsorgeplanung

Humanitäre Daseinsvorsorge
Geopolitische / Militärstrategische Veränderungen
Gefährdungslagen, Szenarien
State of the Art Versorgung – Evidence Based Medicine (EBM)
Health Technology Assessment (HTA)
Ressourceneinsatz / -planung, Logistik
Strukturentwicklung im Gesundheitswesen (SGB V), GRG
GMG, DRG, DMP... mit gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen
Rechtentwicklung
Risikomanagement, ConTraG, Haushaltsgrundsätzegesetz

Dr. Michael Popovic 13

Rechtsgrundlagen u. a.:

Katastrophenschutzergänzungsgesetz
Zivilschutzneuordnungsgesetz
Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz
Hessisches Rettungsdienstgesetz
Hessisches Krankenhausgesetz
Hessisches Heilberufsgesetz
Sozialgesetzbuch
GMG, GRG, DRG, DMP.....
KonTraG, Haushaltsgrundsätzegesetz
Gefestigte Rechtsprechung, Etc.

Dr. Michael Popovic 14

Grundsätze höchstrichterlicher Rechtsprechung 1

- Verbindlichkeit von Sorgfaltspflichten
- Einhaltung von medizinischen Standards
- Gefahrenabwehr
- Risikomanagement
- Schadenverhütung
- Organisations- bzw. Übernahmeverschulden
- Verstoß gegen die Garantenstellung und den Sicherstellungsauftrag
- Organhaftung

Dr. Michael Popovic 15

Grundsätze höchstrichterlicher Rechtsprechung 2

vorgenannte Begriffe entstammen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur medizinischen Versorgung unter den Regelbedingungen, d. h. des medizinischen Alltags.

Es ist abwegig, anzunehmen, diese Rechtsgrundsätze hätten für die besonderen Umstände der katastrophenmedizinischen Versorgung keine Bedeutung.

Dies ist damit zu begründen, dass Standards, Richtlinien und Leitlinien für die medizinische Versorgung der gefestigten Rechtsprechung folgend eine besondere Wertigkeit haben, auch wenn diese nicht immer unumstritten ist.

Dies gilt besonders vor dem Hintergrund der gesundheitsökonomischen Zwänge.

Dr. Michael Popovic 16



Die heutige Spaß-Gesellschaft stellt bezogen auf das individuelle Wohl Ansprüche, wie in niemals vorher in der Vergangenheit und versteht bei Einschränkungen auch kleinster Art durchaus keinen Spaß mehr.

Schutzgut des Risikomanagements

Die Existenzfähigkeit des "Unternehmens" Krankenhaus oder Medizinisches Versorgungszentrum ist das grundlegende Schutzgut des Risikomanagements, wie es in Deutschland durch das Gesetz über die Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) kodifiziert worden ist. Entsprechende Regelungen finden sich für öffentlich rechtliche Krankenhausträger im Haushaltsgrundsätzegesetz.

Wie wird das „Humankapital“, wie wird das Schutzbedürfnis von Bürgern, Patienten und Personal bewertet?

Dr. Michael Popovic

Daseinsvorsorgeplanung Rahmenbedingungen

Änderung der weltpolitischen Lage seit 1990 hat auch die Lage in Hessen verändert:
 der Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Nato-Verbündeten wurde drastisch reduziert, andere, früher zur Verfügung stehende Sanitätseinrichtungen wurden aufgelöst.
 Der gesundheitliche Zivilschutz wurde auf etwa 30% seiner Kapazitäten gekürzt.
 Die Fähigkeit von Akutkrankenhäusern zur Aufnahme und Akutversorgung von Verletzten bei derartigen Ereignissen hat sich u. a. durch Sparmaßnahmen, Krankenhausschließungen, Bettenkürzungen und Leistungsverdichtung etc. seit 1990 halbiert.
 Beispiel: vor 20 Jahren lag ein Patient rund 14 Tage lang in der Unfallchirurgischen Abteilung eines Krankenhauses. Einige große Häuser haben die Verweildauer der Patienten 1997 auf 8 Tage und inzwischen auf bis zu 4,5 Tage gesenkt. Wohin sollen diese Patienten gebracht werden, um im Katastrophenfall anderen Platz zu machen?

Dr. Michael Popovic

Rahmenbedingungen

Nicht angekündigte **ad hoc Befragung der Landesärztekammer Hessen** von ärztlichen Leitern großer unfallchirurgischer Kliniken am 16.10.2001 (bezogen auf den Vergleichszeitraum 1990 gegenüber 2001):
 Wie viele Schwerstverletzte können Sie innerhalb von drei Stunden zur Versorgung aufnehmen?
 Wie viele Patienten können insgesamt umgehend stationär aufgenommen werden? (Innerhalb von sechs Stunden mobilisierbarer Bettenbestand)
 In welcher Zahl können zusätzlich – innerhalb von zwölf Stunden – Notbetten aktiviert werden?
Ergebnis: alle Befragten erteilten übereinstimmend die Auskunft, dass **heute die Hälfte derjenigen Patienten versorgt werden könnten, die noch 1990 hätten versorgt werden können.**
 Die Hessische Krankenhausgesellschaft konnte die o. g. Fragen zum genannten Zeitpunkt nicht beantworten.

Dr. Michael Popovic

„Leistungsverdichtung“:

- Erhöhung der Aufnahmehäufigkeit
- Verkürzung der Verweildauer
- Entwicklungen in Morbidität, Demographie und der medizinisch-wissenschaftlich begründeten Versorgung
- Reduzierung der Ressourcen für die medizinische Versorgung
- gesundheitsökonomische Zwänge der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - Einnahmeprobleme/Verwaltungskosten sind ursächlich für diese Entwicklung

Dr. Michael Popovic

Leistungs- und Kapazitätsentwicklung im Krankenhaus

Leistungs- und Effizienzsteigerung „Leistungsverdichtung“ 1990-2001

Kapazitätsabbau 1990 - 2001
 Kassenforderung seit 1999: - 25%
 Nach AR-DRG Einführung und GMG > - 40%?

Year	Pflegetage in Mio.	Patienten in Mio.	Verweildauer in Tagen	Krankenhausbetten	Krankenhäuser
1990	209,8	13,8	15,3	685.976	2.447
2001	162,8	16,6	9,8	552.690	2.240

Dr. Michael Popovic



Limitierende Faktoren der stationären Versorgung unter katastrophenmedizinischen Bedingungen
M. Schmiede, P. Sedtin
Limitation of Medical Supply in Hospitals under Catastrophic Conditions

Großschadensereignisse sind nicht vorhersehbar und führen bei ihrem Eintritt neben anderem zu erheblichen gesundheitlichen Schäden bei einer Vielzahl von Betroffenen. Um diese Schäden so gering wie möglich zu halten, sind entsprechende Planungen nicht nur notwendig, sondern zum Teil vorgeschrieben. Krankenhäuser spielen bei der medizinischen Versorgung der Betroffenen eine zentrale Rolle, weshalb z. B. das Bayerische Katastrophenschutzgesetz (BayKSG) festgelegt hat (Art. 8, Abs. 1 - 2), dass Träger von Krankenhäusern Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben haben. Eine Umfrage von 81 unter 212 bayerischen Krankenhäusern (38%) hat gezeigt, dass den gesetzlichen Verpflichtungen nur unzureichend Genüge geleistet wird.

Dr. Michael Popovic
 Der Notarzt 2003; 19: 220 - 228

Ökonomie - Daseinsvorsorge

Die Einführung von DRG's, DMP'S Fallpauschalen in der stationären Versorgung führt dazu, dass Notarztwagensysteme nicht mehr im Stationssystem am Krankenhaus betrieben werden
 keine Kapazitätspuffer für die Aufnahme von zusätzlichen Notfall-Patienten neben dem Regelbedarf bestehen werden, da die GKV für die Finanzierung dieser Kapazitätsreserve nicht zuständig ist.
 der Prozess der Konzentration in der stationären Versorgung zum Ausbau von Großkrankenhäusern führen wird (Gesundheitszentren „Medizinische Versorgungszentren“ etc.) mit der Folge der Ausdünnung der Ressourcen in der Fläche,
 ohnehin heute schon bestehende logistische Probleme in der Akutversorgung eine Verschärfung in der Zukunft durch Verlängerung der (Transport-)Wege erfahren.

Dr. Michael Popovic

Ökonomie - Daseinsvorsorge

Nach Übergang von der weichen zur harten Rationierung in der medizinischen Versorgung und dem Rückzug staatlicher Verantwortung aus der dualen Finanzierung verschärfen sich die Disparitäten und bestehenden Versorgungsengpässe.
 Die Katastrophenschwelle wird gesenkt
Katastrophenalarm- und Evakuierungspläne liegen nur unzureichend vor
 Neue Formen der humanitären Daseinsvorsorge und katastrophenmedizinischen Versorgung müssen entwickelt werden.
 Wege zur Finanzierung notwendiger Kompensationsmechanismen staatlicher Verantwortung in Wahrnehmung des gesundheitlichen Gemeinwohlinteresses unter Großschadens- und Katastrophenbedingungen müssen gefunden werden.

Dr. Michael Popovic

Folgen Mangelhafter Vorsorgeplanung

Die Qualität der notwendigen medizinischen Versorgung und die ärztlichen Fähigkeiten medizinischen Standards der Katastrophenmedizin zu entsprechen, hängen direkt von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab.
 Eine mangelnde Vorsorgeplanung aus politischen, ökonomischen, organisatorischen Mängeln resultierend, vermindert dementsprechend das berechnete und notwendige Versorgungsinteresse der Bevölkerung auch unter Katastrophenbedingungen
 Die so programmierten Schäden können schnell vereinbarte Versicherungssummen übersteigen oder sind nicht gedeckt
 Vorsätzliche Verstöße gegen rechtliche Bestimmungen und Regeln ordnungsmäßiger Geschäftsführung führen zum Haftungsausschluss

Dr. Michael Popovic

**Erllass HMLuS 15.07.2003
 „Medizinischer Katastrophenschutz“**

720
Katastrophenschutz in Hessen; Konzept „Katastrophenschutz in Hessen — Medizinischer Katastrophenschutz“
 Hiermit führe ich das Konzept „Katastrophenschutz in Hessen — Medizinischer Katastrophenschutz“
 mit Wirkung vom 15. Juli 2003 ein.
 Dieser Erlass tritt am 31. Dezember 2008 außer Kraft.
 Von einem Abdruck des Textes im Staatsanzeiger für das Land Hessen wird wegen des Umfangs abgesehen.
 Das Konzept wird im Geschäftsbereich des Ministeriums des Innern und für Sport und an alle im Konzept aufgeführten Stellen von Amts wegen verteilt.
 Es ist im Internet unter der Adresse <http://www.hmdi.hessen.de/gesetze/gesetze.htm> abrufbar.
 Wiesbaden, 15. Juli 2003

Hessisches Ministerium des Innern und für Sport
 V 14 — 24 t 30
 — Gült.-Verz. 318 —
 StAnz. 30/2003 S. 3007

Dr. Michael Popovic

Integriertes Katastrophenmedizinisches Risikomanagement

Ziel eines integrierten Risikomanagements muss sein, die unterschiedlichen Betrachtungsweisen zum Thema „Risiko“ in der **notfall- und katastrophenmedizinischen Versorgungskette** zusammenzuführen, zwischen den Versorgungssektoren bestehende Sprachbarrieren zu überwinden und durchgängige Prozesse zu gestalten (Clinical Pathways).

Dr. Michael Popovic



Dr. jur. Klaus Bockslaff LL.M., Verismo GmbH

Risikomanagement im Krankenhaus im Lichte der Gesundheitsreformdiskussion

VERISMO

Risikomanagement




Risikomanagement im Krankenhaus im Lichte der Gesundheitsreformdiskussion

Dr. Klaus Bockslaff
Hessische Landesärztekammer
Bad Nauheim
13. Mai 2004

VERISMO

Agenda



- Situation im Gesundheitssektor
- Auswirkungen der Gesundheitsreformdiskussion
- Aktive Steuerung durch ein integriertes Risikomanagement
- Krisenmanagement als Bestandteil des Risikomanagements
- Praktische Umsetzung

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO


Krankenhaus 2015 Einflussfaktoren



Quelle: Alfred Kieser, Krankenhaus 2015

VERISMO

Agenda




- Situation im Gesundheitssektor
- Auswirkungen der Gesundheitsreformdiskussion
- Aktive Steuerung durch ein integriertes Risikomanagement
- Krisenmanagement als Bestandteil des Risikomanagements
- Praktische Umsetzung

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Krankenhaus heute



"Dem 550-Milliarden-Markt fehlt so ziemlich alles, was einen Markt ausmacht. Er ist wettbewerbsfeindlich, undurchsichtig und kundenfern. Er bestraft Qualitäts- und Kostenbewusstsein, fördert Verschwendung und Durchstecherei und tendiert wie jedes staatlich gelenkte System zu einer gigantischen Fehlsteuerung seiner Mittel."
(Zitat aus: Der Spiegel Nr. 44 vom 01.11.1999 "System ohne Steuerung")

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Exogene Einflussfaktoren sind teilweise als Risiken und Chancen mit Auswirkungen auf den Krankenhausesektor zu verstehen

Beispielsweise



© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved



Dokumentation der Fachtagung

VERISMO

Die Herausforderungen der Gesundheitsreform führen zwangsläufig zu einem Umdenken

Mehr Mitsprache

- Stärkung der Informationsmöglichkeiten und Beteiligungsrechte von Versicherten und Patienten
- Schaffung von Transparenz bei Leistungen und Kosten

Mehr Qualität

- Verbesserung der Qualität für medizinische Versorgung
- Koordination der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems

Mehr Effizienz

- Schaffung von Anreizen zur Förderung des Gesundheits- und Kostenbewusstseins
- Stärkung des Wettbewerbs ermöglicht leistungsfähige Strukturen

Umwandlungsprozess aufgrund erwarteter rückläufiger Einnahmen

Quelle: Veröffentlichung Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, eigene Darstellung

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Agenda

- Situation im Gesundheitssektor
- Auswirkungen der Gesundheitsreformdiskussion
- Aktive Steuerung durch ein integriertes Risikomanagement
- Krisenmanagement als Bestandteil des Risikomanagements
- Praktische Umsetzung

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Gesetzliche Vorgaben

"... geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden."

Gesetz über die Grundsätze des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder (Haushaltsgrundsätzegesetz, HGRG)

Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG)

Risikomanagement-System

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Grundlagen des Risikomanagements

Vorgaben des Risk Management-Framework durch das Management

Risikoanalyse: Identifizieren aller Risiken

Risikobewertung nach Kategorien

Gegenmaßnahmen zuordnen
Management-Kontrollen zuordnen

Schwache Signale beobachten

Risikocontrolling: Ergebnisausweis

Exaktion/Entscheidung

Reporting/Kommunikation

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Risikomanagement und Klinikstrategie

Kritische Erfolgsfaktoren

- Scanning / Monitoring
- Chancen- und Risiko-Trends
- Früherkennungs-indikatoren
- Change & Issue Management

Klinikziele

Risikomanagement

Integration des Risikomanagements in ein strategisches Klinikrisikomanagement

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Unternehmensziel orientierter Ansatz

Mission: Führendes Krankenhaus auch im Jahre 2010

Ergebniseinbezug DRG

Klinische Exzellenz

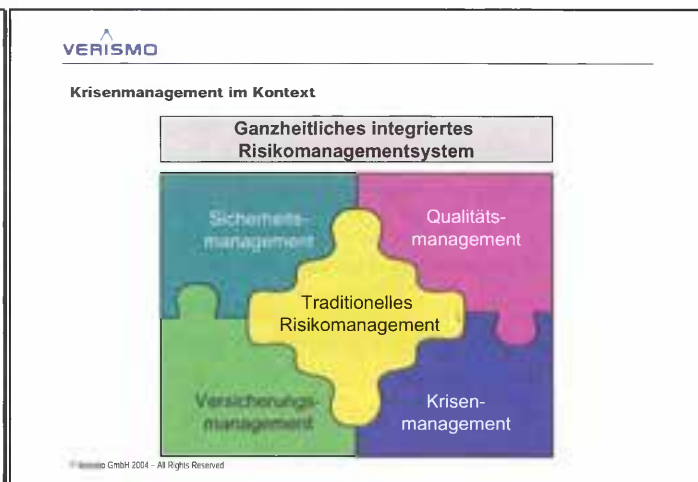
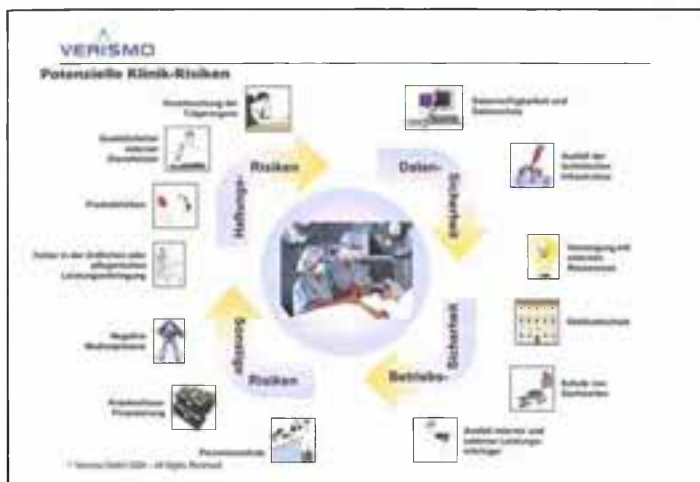
Wirtschaftlichkeit

Stärkung des Ansehens

IT Strategie

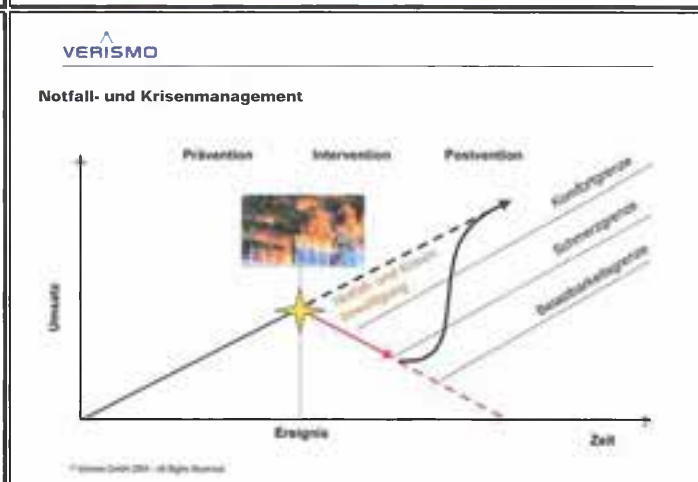
Chancen

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved



VERISMO
Agenda

- Situation im Gesundheitssektor
- Auswirkungen der Gesundheitsreformdiskussion
- Aktive Steuerung durch ein integriertes Risikomanagement
- Krisenmanagement als Bestandteil des Risikomanagements**
- Praktische Umsetzung



- VERISMO**
Wie entstehen Krisen in den Medien?
- Durch falsche Reaktionen auf ein Ereignis**
- Sprachlosigkeit („Die wollen etwas verheimlichen“)
 - Verspätete Reaktion („Die haben das Ereignis nicht im Griff“)
 - Unwahre Aussagen („Die lügen uns an“)
 - Uneinheitliche Information an unterschiedliche Stellen („Jeder sagt etwas anderes“)
 - Unsicherheit der öffentlich agierenden Personen („Dem kann man nicht glauben“)
 - Unterschätzte Sensibilität der Öffentlichkeit auf folgenschwere Ereignisse (Seveso, Tankerunglück, Lebensmittelkandale)

- VERISMO**
Jüngstes Beispiel aus Zürich
- Zwölf Fragen an das Uni-Spital**
1. Was für ein Fehler ist passiert?
 2. Wo genau ist dieser Fehler passiert?
 3. Arbeiten alle involvierten Personen der betreffenden Abteilung heute noch an derselben Stelle?
 4. Wie wurde zum Zeitpunkt des Fehlers die Qualitätskontrolle gehandhabt?
 5. Entsprechen diese Qualitätskontrolle dem internationalen Standard?
 6. Wurden in den involvierten Abteilungen in letzter Zeit einschneidende Sparmassnahmen vollzogen?
 7. Hat die Begleitung durch ein Fernseherteam den Druck auf das Transplantationsteam erhöht? Und, wenn ja, hat dieser erhöhte Druck zum fatalen Fehler geführt?
 8. Wer hat letzten Endes erlaubt, dass das Fernsehen die Patientin bis zur Operation begleiten darf?
 9. Gab es in der Schweiz andere Patienten, die genauso dringend ein Spenderherz gebraucht hätten und bei denen die Blutgruppe gepasst hätte?
 10. Wie viele schwere Fehler passieren pro Jahr am Universitätsspital?
 11. Die Spitalleitung sagte wiederholt, sie wolle nach Fehlern offen informieren. Aber wie kann sie das, wenn sie nicht in jedem Fall über schwere Fehler aus den einzelnen Abteilungen informiert wird?
 12. Was unternimmt das Uni-Spital, um schwere Fehler künftig zu vermeiden?



VERISMO

Agieren, nicht reagieren....

... lautet die Grundregel der Öffentlichkeitsarbeit,...

...die besonders in der Krise gilt,...

... d.h. aktive, ehrliche und schnelle Information der Öffentlichkeit!

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Regeln für die Krisenkommunikation

- Verantwortliche dürfen nicht ausweichen. Die oberste Führungsspitze ist in der Krise gefragt.
- Verantwortliche müssen auf aggressive Fragen vorbereitet sein und bestimmt und sicher antworten.
- Sie dürfen sich nicht durch persönliche Angriffe zu Aggressivität hinreißen lassen.
- Sie dürfen in ernster Situation nicht lachen oder lächeln.
- Sie müssen Kompetenz ausstrahlen und Kompetenz ausstrahlen lassen

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Agenda

- Situation im Gesundheitssektor
- Auswirkungen der Gesundheitsreformdiskussion
- Aktive Steuerung durch ein integriertes Risikomanagement
- Krisenmanagement als Bestandteil des Risikomanagements
- Praktische Umsetzung



© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO

Praktische Umsetzung

- Vermeiden Sie sprachliche Verwirrspiele
- Begründen Sie einen wirklich interdisziplinären Verfahrensablauf
- Risikomanagement beginnt im Kopf

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

Wir bedanken uns für
Ihre Aufmerksamkeit.


www.VERISMO.ch

VERISMO

Ihr Referent



Klaus Bockslaff

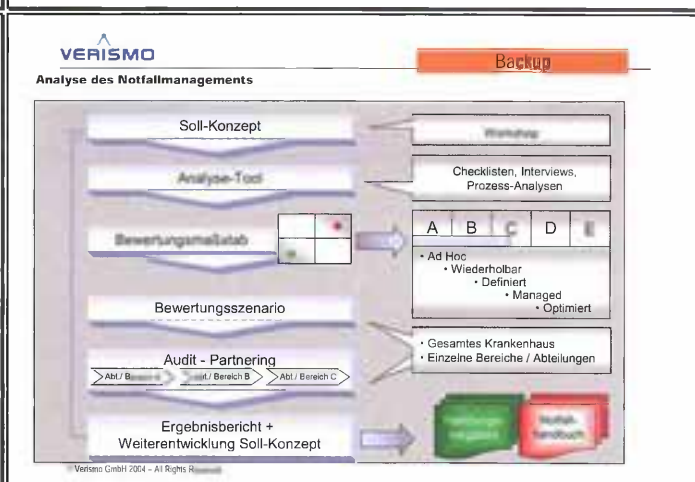
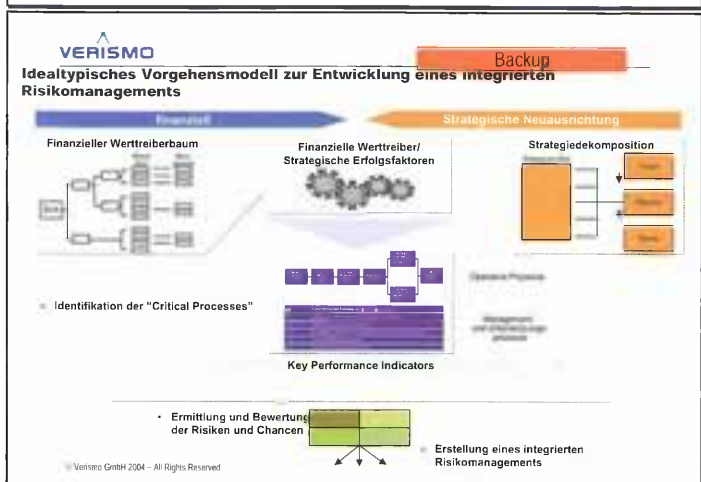
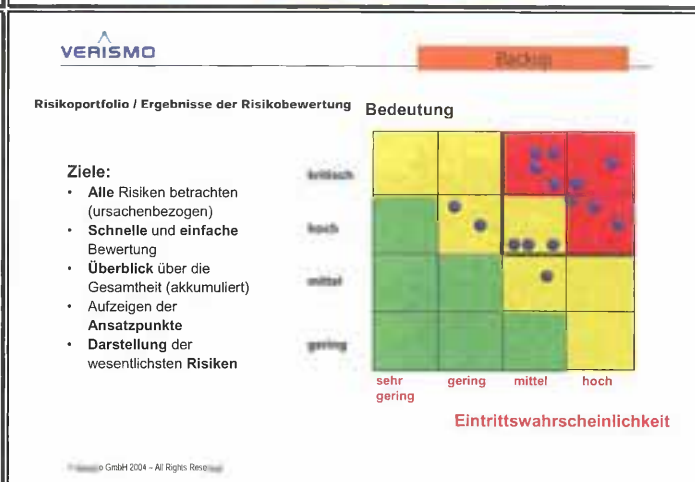
Dr. jur. Rechtsanwalt LL.M.
Geschäftsführer

Verismo GmbH

Rietsr. 15
CH 8700 Küssnacht

Telefon: +41 1 910 9909
Mobil: +49 160 812 4855
E-Mail: Klaus.bockslaff@verismo.ch
Internet: www.verismo.ch

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved





VERISMO Backup

Schlüsselbegriffe beherrschen, die Sicherheit geben

- **„Wir stellen uns der Herausforderung“**
statt „Wir haben ein Problem“
- **„Es wird, wir werden,“**
statt „man sollte“, „es müsste“
- **„Wir können“**
statt „Wir können nicht“
- **„Wir lernen daraus“**
statt „Wir haben versagt“
- **„Wir werden tun“**
statt „Wir versuchen“
- **„Wir arbeiten effektiv“**
statt „Wir haben Glück“

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO Backup

Der Transformationsprozess unterteilt sich in der Regel in zwei wesentliche Faktoren

Transformationsprozess

Strategische Neuausrichtung

Hebung von Kostensenkungsmaßnahmen

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved

VERISMO Backup

Geschichte des Risk Managements

Lloyd's Coffee House

© Verismo GmbH 2004 - All Rights Reserved



Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinik Marburg

Risikomanagement aus ärztlicher Sicht



Retained Instruments

Vergebliche Recherche mit Röntgenstrahlen

Genf (AFP) – Auf der Suche nach einer bei einer Operation verschwundenen medizinischen Klammer hat das Universitätskrankenhaus in Lausanne vergeblich alle 90 seit Januar per Kaiserschnitt dort entbundene Frauen röntgen lassen. Die 15 mal 13 Millimeter große Klammer wird bei diesem Eingriff eingesetzt. Trotz der Durchleuchtungsaktion tauchte die Klammer nicht wieder auf. Der Klinikdirektor vermutet jetzt, dass sie bei einer Operation neben die Wunde fiel und zusammen mit den schmutzigen Laken entsorgt wurde.

SZ 08.05.04

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Schlichtungsverfahren Innere Medizin

Deutschland: ➔ 3000-10000 gerichtl. Arzthaftungs-Verfahren
 ➔ 2000: 9666 Anträge Schlichtungsstellen
 davon 6372 abgeschlossen

Norddeutsche Schlichtungsstelle: ➔ 2430 Verfahren, davon 903 Internisten
 ➔ 2148 Patienten-Vorwürfe in 903 Verf.
 ➔ 362/903 Verfahren mit Fehlern, davon 59 schwere Fehler
 ➔ 508 Schäden, davon 233 vermeidbar
 ➔ 58 Todesfälle, davon 30 vermeidbar
 ➔ 57 schwere permanente Schäden, davon 35 vermeidbar

Scheppokat DMW 127, 2002, 253

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Fehlerhafte ärztliche Maßnahme	n
Diagnostik (nicht-invasiv)	177
Nachfolge, Komplikationsmanagement	111
Ärztliche Organisation	95
Indikation	54
Organismus	52
Diagnostischer Eingriff, Injektion, Intervention	43
Pharmakotherapie	42
Therapie, Krankenpflege	36
Dokumentation	34
Kommunikation, Beratung	20
Aufklärung	15
Verträge	11
Gesamtzahl festgestellter Fehler	693

Im Mittel 1,9 Fehler pro Verfahren mit Fehler-Bewertung

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg



Dokumentation der Fachtagung

Begriffe



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L

Fehlerhäufigkeit

- Adverse Events (unerwünschte Ereignisse)
- Preventable Adverse Events (Schäden)
- Adverse Drug Events (unerw. Arzneimittel-Reaktionen)
- Preventable ADE (hierdurch bedingte Schäden)
- Negligent Adverse Events (haftungsrechtlich relevante Schäden)

- Inzidenz
- VWD, Kosten
- Morbidität
- Mortalität

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L

Autopsie als Outcome Indikator

Systematische Literatursuche: 50 Studien zu diskrepanten Befunden zwischen klinischem und Autopsiebefund

- Häufigkeit, Entwicklung über Zeit
- Class 1: may have affected patients outcome

Error Classification	Error rate (95% CI)	Change in error rate with time	Change in error rate with increased autopsy rate ¹
Class I	10.2% (6.7-15.3%)	26.2% relative decrease per decade (p=0.1)	7.8% relative decrease for each 10% increase in autopsy rate (p=0.2)
Major errors	25.6% (95% CI: 20.8-31.2%)	28% relative decrease per decade (p=0.0006)	12% relative decrease for each 10% increase in autopsy rate (p=0.0003)
Discrepant ICD Disease Categories	11.7% (9.7-13.9%)	28% increase per year (p<0.0001)	1.4% decrease for each 5% increase in autopsy rate (p=0.1)

Shojima et al., The Autopsy as an Outcome and Performance Measure, AHRQ, AHRQ Publication No. 03-E002, Rockville 2002

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L

Todesfälle aufgrund ADE

Departm. of Int. Med., Nordbyhagen, Norwegen: 13992 Patienten in 2 Jahren, alle 732 Todesfälle untersucht (TDM, Autopsie)

- bei 133/732 (18,2%) verstorbenen Patienten
 - 64 (48,1) direkt mit ADE assoziiert
 - 69 (51,9) indirekt mit ADE assoziiert

Inzidenz 0,95%

An ADE verstorbene Patienten: älter, mehr Medikamente, höhere Anzahl an Diagnosen
Kardiovaskulär wirksame und gerinnungsfördernde Medikamente, Sympathikomimetika

Ebbesen et al.: Drug-Related Deaths ... Arch. Intern. Med. 161, 2001, 2317

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L



ADEs: Letalität

- ➔ Studien nach 1976: 0,04 %
Lazarou et al. JAMA 279, 1998, 1200 (Metanalyse)
- ➔ Metaanalyse: 0,19 %
Lazarou et al. JAMA 279, 1998, 1200 (Metanalyse)
- ➔ Innere Medizin, prospektiv: 0,95 %
Ebbesen et al. Arch. Intern. Med. 161, 2001, 2317



Zusammenstellung n. Schnurrer, Frölich Internist 44, 2003, 889

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg



Fehlerkette: Seitenverwechslung

Vergessene Kontrolle

- 1. ...
- 2. ...
- 3. ...
- 4. ...
- 5. ...
- 6. ...
- 7. ...
- 8. ...
- 9. ...
- 10. ...

Quelle: 18.12.2007
Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Konzept: Das Swiss Cheese Modell

Hazards

Losses

aus: Reason BMJ 320, 2000, 768

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Fehlerentstehung

"Verkettung unglücklicher Umstände"

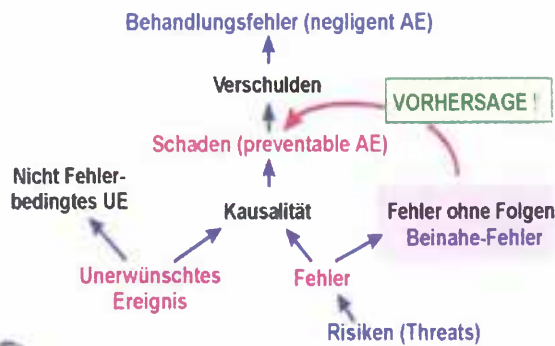
Ferner et al. Brit Med. J. 321, 2000, 1212-6

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg





Begriffe



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Critical Incident: Definition

Incident is defined as including events, processes, practices, or outcomes that are noteworthy by virtue of the hazards they create, or the harms they cause, for patients.

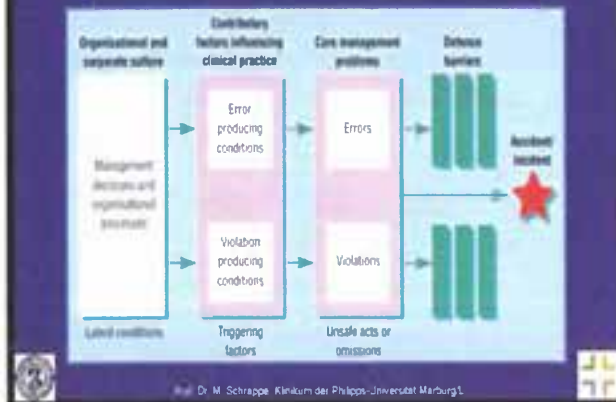
Critical incident is defined as an incident resulting in serious harm (loss of life, limb, or vital organ) to the patient, or the significant risk thereof.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2003

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

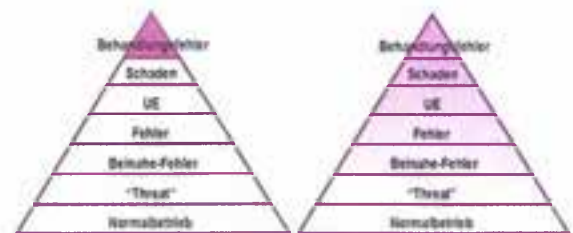
Vincent et al. BMJ 320, 2000, 777

Fehler- und -folgenprävention



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Das "Eisberg"-Konzept



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg



ADE: Analyse und Ursachen

88 Fehler, davon 44 analysiert

- ➔ In jedem Fall konnten *active failures* identifiziert werden
 - **skill-based slips und lapses in 26 (67%) (23 slips)**
 - **rule-based mistakes in 17 (39%)**
 - ➔ Regel nicht bekannt in 6 Fällen (35%)
 - ➔ Falsche Regel angewandt in 6 Fällen (29%)
 - ➔ Leitlinie falsch angewandt in 1 Fall (5%)
 - **violations in 2 (4%)**
 - ➔ Verschreibung von Studenten nicht überprüft



Dean et al., Lancet 359, 2002, 1373

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L



Root Causes of Wrong Site Surgery (1995-2003)



HEALTH POLICY REPORT
PATIENT SAFETY

Understanding and Responding to Adverse Events

An adverse outcome for a patient is difficult, sometimes traumatic, and all concerned. Not to understand how considerable challenges to an organization both in terms of the need to respond intelligently to their occurrence and in terms of the need to deal with their aftermath. The challenge is to find a way forward that provides the necessary support for the people involved while ensuring that the lessons of the incident are learned both by individual staff members and by the overall organization. In this article, I address two broad themes: first, **how to investigate clinical incidents and learn useful lessons** from them; and second, **how to respond** to patients, families, and staff members who are involved.

... a clear and a framework of contribution factors... The process describing this method provides a step-by-step guide to the occurrence, investigation and analysis of any clinical incident. The purpose of such analyses is often framed as the need to find the root cause of an adverse incident, tracing it back over a series of events to some fundamental problem. However, this perspective is misleading in two important respects. First, it implies that the incident has a single root cause, or at least a small number of causes, but that is an oversimplification. Usually, a chain of events, and a wide range of contributory factors, lead up to the event. Second, it implies that the purpose of the investigation is simply to find out what caused the incident. However, while determining a cause is important it is not the final goal. The real purpose is to ensure the incident is never repeated and inadequacies in the organization, from this perspective, are addressed.

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L

daher:

Non-punitive Herangehensweise

- ➔ ... ohne eigenständige Verantwortung in Frage zu stellen
- ➔ "Schreckstarre" der Organisation berücksichtigen
- ➔ Schuldzuweisungen und Sanktionen zurückstellen
- ➔ Prozessanalyse atypisch ohne Öffnungsphase (deduktiv)
- ➔ auf Erkenntnisse über Fehlerentstehung konzentrieren
- ➔ Wiederholungsrisiken einschätzen
- ➔ Mitarbeiter schützen - Lerneffekt für Organisation



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L





Universitätsklinik Marburg: Einführung des Risikomanagements

Einführungsphase (2003)

- Einzelne Projekte, Einzelfall-Analyse
- Aufklärung von Patienten

Etablierungsphase (2004)

- Risikomanagement-Steuergruppe,
Vorbereitung CIRS

Critical Incident Report System (2005)

- Etablierung CIRS, RM-Kommission



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L



QM-Konzept Marburg



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L



Iowa City University Hospitals

23.000 admissions (1989)

- AE overall rate: 42,4 per 1000 patient days
- Associated with medications: 11,0 per 1000 patient days
- AE assoc. with procedures: 16,9 per 1000 patient days
- Accidents: 3,0 per 1000 patient days
- New conditions*: 8,1 per 1000 patient days



Massanari, R.M., in Wenzel R.P. (ed.): Assessing Quality Health Care, 1992
* e.g., pulmonary embolus, stroke

Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L



Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Prof. Dr. M. Schrappe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg/L





Jürgen Herdt

Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH, Wiesbaden

„Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr als Grundlage der Krankenhausrahmenplanung“

In Zusammenarbeit mit dem Hessischen Sozialministerium (HSM) hat die Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH den Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 erarbeitet. Grundlage waren die Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes, die zum 1. Januar 2002 wirksam wurden. Diese Gesetzesänderungen haben u.a. eine Flexibilisierung der Krankenhausplanung unter Stärkung der Mitsprache vor Ort zum Ziel. Es erfolgte eine Abkehr von der bettengenauen, landesweit vom HSM festgelegten Bedarfsplanung hin zu einer *strukturierenden Rahmenplanung*, bei der zwar noch die Planungsgrundsätze und -ziele vom HSM vorgegeben werden, darüber hinaus aber der Gestaltungsrahmen der am Planungsprozess vor Ort Beteiligten – gemeint sind die so genannten regionalen Krankenhauskonferenzen – deutlich erweitert worden ist.

Der Bedarf an Krankenhauskapazitäten wird nun nicht mehr auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses ermittelt, sondern für die sechs hessischen Versorgungsgebiete festgelegt. Diese Versorgungsgebiete bilden den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen regionalen Krankenhauskonferenz. Die Krankenhauskonferenz erarbeitet ein regionales Planungs- bzw. Versorgungskonzept, d.h. sie legt dem Ministerium einen Vorschlag zur Verteilung der Gesamtkapazitäten auf die einzelnen Krankenhäuser im Versorgungsgebiet zur Genehmigung vor. Im Rahmen eines solchen Planungskonzeptes soll das Versorgungsangebot unter den Krankenhäusern abgestimmt und die Versorgungsstrukturen, insbesondere durch Schwerpunktbildungen, Modellvorhaben und integrierte Versorgungsformen optimiert werden. Damit können regionale Antworten auf die Anforderungen an die stationäre Versorgung, die sich aus den geänderten rechtlichen, ökonomischen und fachlichen Rahmenbedingungen ergeben haben, eingebracht werden. Der stationäre Bereich wird – nicht zuletzt durch die Einführung eines neuen fallpauschalierenden Vergütungssystems – über Jahre hinweg von einer besonderen Entwicklungsdynamik geprägt sein, auf die auch von Seiten der Krankenhausplanung flexibel zu reagieren ist.

Mit der Flexibilisierung und Öffnung der Krankenhausplanung, also der bedingten Rücknahme bislang staatlicher Steuerungsaufgaben, auf der einen Seite, geht allerdings eine um so stärkere Gewährleistungspflicht bestehender Ordnungsaufgaben des Landes auf der anderen Seite einher. Dazu zählt in erster Linie die *Sicherstellung der Notfallversorgung*. Die Notfallversorgung wird als Aufgabe der Gefahrenabwehr und Daseinsfürsorge gesehen, die sich letztlich aus dem grundgesetzlich garantierten Recht auf körperliche Unversehrtheit ableitet. Sie unterliegt weiterhin der Landesplanung. Ihr wurde gerade im Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 besonderes Gewicht eingeräumt. Die Ausführungen zur Notfallversorgung im Hessischen Krankenhausrahmenplan können als bundesweit erster, differenzierter Ansatz gesehen werden, die Notfallversorgung krankenhauserplanerisch zu konkretisieren und zu strukturieren. Die Notfallversorgung war von Anfang an konstitutiver Baustein im Konzept der hessischen Krankenhausplanung und kann als Mindestanforderung an die Versorgung vor Ort betrachtet werden, die unabdingbar ist und nicht unterschritten werden darf. Die Strukturanforderungen an die Notfallversorgung sind im Rahmenplan explizit formuliert.

Die Krankenhausplanung arbeitet dabei mit einem Notfallbegriff, der sich aus dem *Hessischen*



Rettungsdienstgesetz ableitet: Notfallpatienten sind demnach Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in *unmittelbarer Lebensgefahr* befinden oder bei denen diese zu erwarten ist, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt.

Die Krankenhausplanung sieht dabei den individualisierten, sozusagen alltäglichen Notfall, nicht das Großschadensereignis oder die Katastrophe, die in den Zuständigkeitsbereich des Katastrophenschutzes fallen. Planerisch geht es dabei um die Sicherstellung leistungsfähiger, bedarfsgerechter, regional ausgewogener und wirtschaftlicher Versorgungsstrukturen.

Aufgabe eines Krankenhauses, das an der Notfallversorgung teilnimmt, ist die *Aufnahme und qualifizierte stationäre Erstversorgung* von Notfallpatienten. Damit stellen sich erhöhte Anforderungen an die bauliche und apparative Ausstattung, den Betriebsablauf und die Qualifikation der Mitarbeiter eines Notfallkrankenhauses. Dem stehen aber ein Vorrang dieses Krankenhauses bei der Integration in das regionale Planungskonzept und damit Sicherheit bei der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes mit all den damit einhergehenden ökonomischen Implikationen gegenüber.

Die Anforderungen, die im Hessischen Krankenhausrahmenplan für ein Krankenhaus, das in die Notfallversorgung eingebunden wird, formuliert worden sind, beziehen sich auf:

- die Versorgungsstruktur (Standort/ Standortkriterien),
- den Versorgungsumfang (Mindestvorhaltung) sowie
- notfallmedizinisch zu versorgende Indikationen.

Im Hinblick auf den Standort gilt als Kriterium für die *Erreichbarkeit eines Notfallkrankenhauses* eine zeitliche Frist *in der Regel von 20 Minuten*, maximal jedoch von 30 Minuten nach der Aufnahme eines Notfallpatienten durch den Rettungsdienst. Dies korrespondiert mit der Entfernung eines Notfallkrankenhauses *in der Regel 15 bis 25 Kilometer*, maximal jedoch 30 bis 35 Kilometer von jedem mit einem bodengebundenen Rettungsfahrzeug zugänglichen Notfallort. Die Dichte des Versorgungsnetzes für die Notfallversorgung ist im Wesentlichen abhängig von den räumlichen bzw. topographischen Gegebenheiten und der Ausgestaltung des Rettungsdienstes. Hessen kann zweifelsohne als verkehrstechnisch wie infrastrukturell gut erschlossen gelten. Ebenso besitzt es durch die 10-Minuten-Hilfsfrist ein vergleichsweise engmaschiges Rettungsdienstnetz, mit dem die zeitkritischste Phase in der Notfallversorgung sachgerecht abgedeckt ist. Es findet sich damit kein Grund, Strukturkriterien für die Notfallversorgung in Hessen über die hier dargestellten Vorgaben hinaus zu formulieren.

Um eine Monostruktur in großstädtischen Verdichtungsräumen zu vermeiden und auch in der Notfallversorgung dem Planungsziel der Trägervielfalt Rechnung zu tragen, wurde neben das Erreichbarkeitskriterium ein *Einwohnerkriterium* gestellt: Ein an der Notfallversorgung teilnehmendes Krankenhaus stellt somit die Notfallversorgung für *im Durchschnitt 100.000 Einwohner* sicher. Dabei sollten nicht weniger als 75.000 und nicht mehr als 150.000 Einwohner versorgt werden.

Organisatorische Voraussetzungen für die Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung sind gemäß dem Hessischen Krankenhausrahmenplan:



Dokumentation der Fachtagung

- eine *interdisziplinäre Leistungsstruktur* mit mindestens den Fachgebieten Chirurgie/ Unfallchirurgie, Innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Anzustreben ist dabei eine integrierte Notfallaufnahme unter Einbindung des Notfalldienstes niedergelassener Ärzte.
- eine *Intensivabteilung*,
- die *Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen*,
- die *sofortige Weiterführung* der Notfallbehandlung sowie
- eine *enge Verzahnung* mit dem örtlichen Rettungsdienst.

Bezüglich des Versorgungsumfangs ist – soweit es der regionale Bedarf zulässt – für ein Notfallkrankenhaus eine *Mindestvorhaltung* von jeweils *50 Betten* in der *Chirurgie/ Unfallchirurgie* und der *Innern Medizin* und *25 Betten* in der *Frauenheilkunde und Geburtshilfe* vorgesehen. Von diesen Kapazitäten sind mindestens sechs Betten für die intensivmedizinische Versorgung vorzuhalten. Im Rahmen der Ausarbeitung eines regionalen Planungskonzeptes durch die Krankenhauskonferenz sind diese Kapazitäten den Notfallkrankenhäusern *vorrangig* zuzuteilen. Ihnen kommt damit eine Sicherungsfunktion der Notfallstandorte zu.

Zusätzlich sollte ein Notfallkrankenhaus über Fachabteilungen für Kinderheilkunde und Neurologie verfügen oder ein Konsil in diesen Fachabteilungen innerhalb von 60 Minuten gewährleisten können.

Darüber hinaus sind Kliniken, die zudem eine Herzchirurgie, eine Neurochirurgie, eine Stroke unit oder ein Perinatal- bzw. Neonatalzentrum führen oder die Versorgung von schwerbrandverletzten Patienten übernommen haben, *vorrangig* in die Notfallversorgung einzubinden. Fachkliniken mit diesen Abteilungen sind zusätzlich in die Notfallversorgung zu integrieren.

Neben den Standort- und Kapazitätsanforderungen wurden auch *Indikationen* festgelegt, die ein Notfallkrankenhaus versorgen können muss. Dazu hat die Landesärztekammer Hessen einen differenzierten Katalog ausgearbeitet, der in die Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde unterteilt ist.

Setzt man die Planungskriterien, die sich auf die Erreichbarkeit und die zu versorgende Einwohnerzahl der Notfallkrankenhäuser beziehen, auf die konkreten Gegebenheiten um, zeigt sich, dass von einer Zahl von 60 Krankenhäusern in Hessen auszugehen ist, um die Notfallversorgung in der hier dargestellten Form sicherstellen zu können. Bei diesen 60 Krankenhäusern handelt es sich um die *landesweite Mindestteilnahmezahl*, die für die Notfallversorgung unabdingbar ist und nicht unterschritten werden darf. Im Umkehrschluss heißt dies aber auch, dass weitere Krankenhäuser in die Notfallversorgung eingebunden werden können, Schwerpunktbildungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern im Hinblick auf die Notfallversorgung möglich sind und Fachkliniken, die notfallmedizinisch arbeiten, zusätzlich integriert werden können.

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Verteilung der Notfallkrankenhäuser auf die einzelnen Versorgungsgebiete und stellt sie in Bezug zu strukturräumlichen Kennzahlen.



Tabelle: Teilnahme an der Notfallversorgung und strukturräumliche Kennzahlen nach Versorgungsgebiet

Versorgungsgebiet	Einwohner 2003		Fläche in qkm		Einwohnerdichte (EW je qkm)	Zahl der Notfallkrankenhäuser (Mindestteilnahme)
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil		
Kassel	912.878	15,0%	5.811,21	27,5%	157	14
Fulda - Bad Hersfeld	465.583	7,6%	3.936,44	18,6%	118	7
Gießen - Marburg	1.070.136	17,6%	4.284,43	20,3%	250	8
Frankfurt - Offenbach	1.959.497	32,2%	2.751,49	13,0%	712	16/ 17
Wiesbaden - Limburg	633.318	10,4%	1.753,45	8,3%	361	7
Darmstadt	1.048.016	17,2%	2.577,30	12,2%	407	8
Hessen	6.089.428	100,0%	21.114,32	100,0%	288	60

Quelle: Bevölkerungsstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH)

Die Tabelle verdeutlicht, dass es gelingt, mit den vorgestellten Strukturelementen für die Notfallversorgung die Bedarfslagen in Hessen regional differenziert zu erfassen und abzudecken.

Es zeigt sich zudem, dass mit diesem Konzept ein tragfähiger Ansatz entstanden ist, die Notfallversorgung landesweit sicherzustellen und den Krankenhäusern genügend Spielraum für ihre wirtschaftliche Entwicklung in einem stärker wettbewerblich geprägten Umfeld und die Gestaltung ihrer Zukunftsfähigkeit zu belassen.



Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim.

... sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

- 20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste ● modernste Tagungstechnik mit TED, Videolivekonferenzen usw. ● 4 EDV-Schulungsräume
- 1.000 qm Ausstellungsfläche ● 400 qm Freifläche ● 260 eigene kostenlose Parkplätze ● 2 km zur Autobahn ● 1 min zum Stadtbus
- 1,5 km zum Bahnhof ● 42 km zum Frankfurter Flughafen ● 37 km zur Frankfurter Messe ● Tagungspauschalen ab 25 €

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Carl-Oelemann-Weg 5 ● D-61231 Bad Nauheim, Fon: + 49 60 32 7820 ● 0180call: 01803-Bildung ● Fax: + 49 6032 782250 info@fortbildungszentrum-aerzte.de ● www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Landesärztekammer Hessen





Dr. Hans-Joachim Conrad
Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Marburg

Betriebswirtschaftliches Risikomanagement

Risiko ist die Gefahr des Eintretens unerwünschter Ereignisse bzw. das Abweichen vom angestrebten Unternehmensziel. Das Eingehen von Risiken ist aber im Rahmen unternehmerischen Handelns unvermeidbar.

Mangelnde Risikoanalysen und daraus folgende Insolvenzen haben den Gesetzgeber 1998 veranlasst, im (Artikel) Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmen (KonTraG) die Einführung von Risikofrüherkennungs- und Überwachungssystemen im Unternehmen vorzuschreiben. Vorgaben im § 91 Abs. 2 AktG gelten in Verbindung mit § 317 HGB (Prüfung des Risikofrüherkennungssystems im Rahmen der Jahresabschlussprüfung) regelmäßig zumindest auch für größere Krankenhäuser.

Mittels Maßnahmen des Controllings und der internen Revision sollen risikobehaftete Geschäfte, Unrichtigkeiten der Rechnungslegung, Verstöße gegen gesetzliche Vorschriften, organisatorische Unzulänglichkeiten, etc. frühzeitig erkannt und abgestellt bzw. vermieden werden. Der Vorstand haftet gesamtschuldnerisch, wenn er es versäumt, eine Risikostrategie zu definieren und ein funktionsfähiges Risikomanagementsystem einzuführen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Kontrollmaßnahmen muss er nicht selbst durchführen; er muss sie jedoch organisieren und dafür sorgen, regelmäßig informiert zu werden, damit er auch das Aufsichtsgremium informieren kann. Die Sanktionierung muss Betrug, Eigennutz und fehlendes Risikomanagement bestrafen, ohne die Bereitschaft zur Übernahme unternehmerischer Risiken zu unterbinden.

Die Strukturierung des Risikomanagements kann nach strategischen Geschäftsfeldern erfolgen (in Klammern Beispiele aus dem Krankenhausbereich):

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen (Einführung der DRG-orientierten Vergütung); Patienten, Angehörige, Wettbewerber, Krankenkassen, Finanzierung (mangelnde Zufriedenheit, Imageschaden, Aufklärungs- und Dokumentationsfehler, Infektionsgefahr); Mitarbeiter, Organisation, interne Prozesse (Behandlungsfehler, mangelnde Wirksamkeit des medizinischen und des ökonomischen Controllings); Zustand, medizinische Entwicklungen (Einstellung zu medizinischen Innovationen, Abschätzung der Konsequenzen der Einführung integrierter Versorgungsformen).

Die verschiedenen Risiken müssen quantifiziert werden; nur dies erlaubt die Abschätzung von Strategien zur Risikovermeidung und -verminderung. Dabei muss der Vorstand auch entscheiden, welche Risiken auf eine Versicherung abgewälzt werden bzw. tragbar sind (Restrisiko). Versicherungen sind an einer prophylaktischen Risikominimierung interessiert und unterstützen daher örtliche Risikoanalysen bzw. die Überprüfung der Wirksamkeit des Risikomanagements. Ein wirksames Risikomanagement senkt Versicherungsbeiträge.

Das Risikomanagementsystem muss ganzheitlich angelegt und vollständig sein und in die Prozessabläufe integriert werden. Es muss organisatorisch abgesichert sein und weiterentwickelt werden; dem dienen Handbücher und Verfahrensanweisungen.



Der jährlich aufzustellende Risikobericht dokumentiert dies und legt die Risikobewertung durch den Vorstand dar inklusive eventueller Entscheidungen über Gegenmaßnahmen.

Die Risikosensibilität sollte auf Mitarbeiterebene ständig gefördert werden; (im Krankenhaus) z.B. durch stichprobenhafte Kontrollen der Wahrnehmung der Organisationspflichten durch Abteilungsleiter, Personalentscheidungen gemäß strukturierter Stellenbeschreibungen, strukturierte Erfassung von Beinahefehlern (CIRS-Konzept) oder die organisatorische Absicherung existentieller Projekte, wie der Umstellung auf die DRG-orientierte Vergütung.

Risikomanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht:

1. Gesetzliche Verpflichtung und Einordnung des betrieblichen Risikomanagements
2. Risikomanagementsystem
3. Ordnung von Risiken, Risikogruppen
4. Quantifizierung von Risiken
5. Gegenstrategien
6. Praktische Bewertung
7. Zusammenfassung

Gesetzliche Verpflichtung

- Für viele Krankenhäuser ist ein Risikobericht nach dem „KonTraGesetz“ vom 27.4.1998 verpflichtend, da von der Geschäftsführung ein Risikomanagement (i.e. Planung, Organisation, Kontrolle) im Rahmen eines Risikomanagementsystems gefordert wird; ähnliche Vorgaben enthält das Aktiengesetz in § 91, Abs. 2. Danach hat der Vorstand einer Aktiengesellschaft geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen frühzeitig erkannt werden.
- Dies ist durch das Transparenz- und Publizitätsgesetz von 2002 nochmals hervorgehoben worden.
- zu solcher Art Entwicklungen gehören insbesondere Risiko behaftete Geschäfte, Unrichtigkeiten der Rechnungslegung und Verstöße gegen gesetzliche Bestimmungen;
- Das Risikomanagement muss beschrieben werden; damit soll das Informationsinteresse von Aufsichts-gremien und der interessierten Öffentlichkeit erfüllt werden (Aufsichtsgremien haben allerdings deutlich weitergehende Auskunftsrechte und -möglichkeiten).

Einordnung des betriebliches Risikomanagements

Durch das KonTraG wurde das Management von Risiken als Bestandteil der allgemeinen **Leitungsaufgaben des Vorstandes** hervorgehoben.

Die Aufgabenerfüllung erfordert ein Frühwarnsystem, ein internes Überwachungssystem, ein Controlling und eine Interne Revision. Der Vorstand haftet gesamtschuldnerisch, wenn er versäumt eine Risikostrategie zu definieren und ein funktionsfähiges Risikomanagementsystem einzuführen.

Risiko ist die Gefahr für den Eintritt eines negativen Ereignisses bzw. des Abweichen vom angestrebten Unternehmensziel.

Dem stehen **Chancen** gegenüber, die Planvorgabe zu übertreffen.



Auch bei einem ausgefeilten Risikomanagement ist **unternehmerisches Handeln** zwangsweise mit dem Eingehen von Risiken verbunden.

Die **Sanktionierung** muss so gestaltet werden, dass Betrug, Eigennutz und fehlendes Risikomanagement bestraft werden, ohne dabei die Bereitschaft zur Übernahme unternehmerischer Risiken zu unterbinden.

Einordnung des betrieblichen Risikomanagements - speziell im Krankenhaus

- ein Kontext besteht zu Vorgaben nach § 137 (1) SGB V, wonach durch das Krankenhaus erstmals 2005 für das Jahr 2004 ein strukturierter Qualitätsbericht mit Angaben
 - über die Qualitätspolitik,
 - über das Qualitätsmanagementsystem,
 - über Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
 - über Ergebnisse der Qualitätssicherung und
 - über den Qualitätsentwicklungsplan bzw. künftige Qualitätsziele zu erstellen ist.
- ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem senkt Kosten (Prämie) für eine Haftpflichtversicherung,
- Zwang/Interesse Informationslücken zu schließen (beispielsweise nosokomiale Infektionen)
- Maßnahmen interner Überwachung sollen so eingerichtet sein, dass negative Entwicklungen frühzeitig erkannt, d.h. zu einem Zeitpunkt bekannt werden, in dem noch geeignete Maßnahmen zur Sicherung des Fortbestandes der Gesellschaft ergriffen werden können.

Ordnung der Risiken, Risikogruppen (Beispiel)

- a) rechtliche und politische Rahmenbedingungen z.B. Frühumstieg auf DRG-orientierte Vergütung,
- b) Patienten / Kunden / Angehörige / Wettbewerber / Beschaffungsmarkt / Finanzierung
 - mangelnde Zufriedenheit,
 - Imageschaden,
 - mangelnde Konkurrenzfähigkeit,
 - Aufklärungs- und Dokumentationsfehler,**
 - Infektionsgefahr,**
 - Beschaffungsmarktprobleme,
 - Katastrophen / nicht planbare Ereignisse (z.B. DV-Crash),
- c) Mitarbeiter / Organisation / interne Prozesse
 - Behandlungsfehler,**
 - Wirksamkeit des medizinischen bzw. ökonomischen Controllings
- d) Zustand / medizinische Entwicklungen
 - verstärkte Bedeutung ambulanter Behandlungsformen,**
 - Medizinische Innovationen,**
 -



Quantifizierung von Risiken

Eine Quantifizierung von Risiken ist nicht einfach. Es zwingt aber zum Abschätzen von Risikovermeidungs- und -minderungsstrategien und kann wie folgt geschehen:

	<u>Beispiel:</u>
Risikobezeichnung:	schwerw. Behandlungsfehler
Eintrittswahrscheinlichkeit:	1 mal p.a. (75 %)
Schadenshöhe:	= 1.500.000 Euro
Gewichtung:	1500 T€ x 0,75 = 1125 T€
Hohe Priorität:	ja
Organisationseinheit:	Fachabteilung
Handlungsbedarf:	ja
Risikostatus:	versichert

Zusammenfassung

- Der Risikobericht (RB) dokumentiert das Risikomanagementsystem, insbesondere die Risikobewertung
- durch die Krankenhausbetriebsleitung und Entscheidungen über eventuelle Gegenmaßnahmen.
- Der RB sollte sich auf das Wesentliche, insbesondere auf die existenzgefährdenden Risiken konzentrieren.
- Einschätzungen und Handlungen der Verantwortlichen sollten transparent werden und nachvollziehbar sein.
- Es empfiehlt sich, ein Handbuch zum Risikomanagement zu erstellen (und zu pflegen), das u.a. auch Checklisten zur Erfassung und Wahrnehmung von Organisationspflichten der Krankenhausleitung und zum Verhalten von Mitarbeitern/innen bei/nach einem Zwischenfall enthält.
- Das Risikomanagement muss vollständig und in die Prozessabläufe integriert sein und mit den Trägergremien kommuniziert werden.



Dr. Moritz Thiede

Leiter Konzerncontrolling HELIOS Kliniken GmbH

Risikomanagement aus der Sicht eines Krankenhauskonzerns

Meine sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin heute eingeladen worden, zum Thema „Risikomanagement aus der Sicht eines Krankenhauskonzerns“ zu Ihnen zu sprechen, wofür ich mich bei den Veranstaltern bedanken möchte.

Im Wesentlichen möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über das Unternehmen, bei dem ich arbeite, die HELIOS Kliniken GmbH, geben, unsere spezielle Herangehensweise an das Thema Risikomanagement, das seinen Ausfluß in einem Risikohandbuch gefunden hat, und einige ausgewählte Beispiele, wie wir mit Einzelrisiken umgehen, darstellen.

Der Markt für stationäre Krankenversorgung hatte 2003 ein Volumen von ca. € 90 Mrd., von denen ca. 71,5% auf die Akutversorgung entfallen, den Bereich, in dem die HELIOS Kliniken GmbH fast ausschließlich tätig ist. Von den ca. € 64 Mrd. Marktvolumen entfallen bislang nur 8% auf private Träger, von denen HELIOS einen Marktanteil von 17% hat (1,4% im Gesamtmarkt).

Die HELIOS Kliniken GmbH gehört heute zu den größten privaten Krankenhausbetreibern in Deutschland. Gegründet 1994 wird das Unternehmen im Jahr 2004 im Umsatz die Schallgrenze von € 1 Mrd. überschreiten, das Umsatzwachstum der letzten vier Jahre betrug durchschnittlich ca. 30%, das Ergebnis konnte sogar überproportional verbessert werden. Derzeit gehören 25 Kliniken, 24 in Deutschland und eine in Österreich, zur Gruppe, die außerdem noch ein Alten- und Pflegeheim sowie ca. 30 Dienstleistungstöchter umfaßt. Die HELIOS Kliniken GmbH hat sich insbesondere auf die Führung von Krankenhäusern der Maximalversorgung spezialisiert. Die einzigen vier in Deutschland privatisierten Krankenhäuser der Maximalversorgung in Berlin-Buch, Erfurt, Schwerin und Wuppertal gehören alle zur HELIOS Kliniken GmbH. Im Jahr 2004 werden voraussichtlich ca. 330.000 stationäre Patienten bei HELIOS versorgt, die von ca. 19.000 Mitarbeitern betreut und versorgt werden.

Die HELIOS Kliniken GmbH hat zum Jahresabschluß 2004 ein Risikohandbuch erstellt, weil

- es Teil einer guten Corporate Governance ist,
- eine Analyse der Risiken gesetzlich vorgeschrieben ist,
- die Wirtschaftsprüfer es einer System- und Eignungsprüfung unterziehen und
- es dem Aufsichtsrat bei der Kontrolle der Geschäftsführung hilft.
- Entscheidend ist jedoch, dass eine bewusste Risikostrategie erkannte Risiken voraussetzt, um so Möglichkeiten für adäquate Maßnahmen zur
- Risikovermeidung oder
- Versicherung oder
- Selbsttragung zu schaffen.



Dokumentation der Fachtagung

Folgende Ziele sollen mit dem Risikohandbuch erreicht werden:

1. Direkte Information der Geschäftsführung über bestandsgefährdende Risiken, die
 - den Patientennutzen (den wir wollen) oder
 - die Wertesicherung der Geldgeber (deren Ersparnisse wir nutzen) oder
 - den Unternehmensfortbestand (für uns, die wir hier arbeiten und bleiben wollen) gefährden können.
2. Darstellung, wie mit den erkannten Risiken umgegangen wird.

Zur Beschreibung der Risiken habe wir folgende Definitionen erarbeitet:

- Risiko ist die Möglichkeit ungünstiger künftiger Entwicklungen.
- Bestandsgefährdend ist ein Risiko, wenn es ein mögliches Volumen von mindestens 25% des durchschnittlichen Konzernergebnisses vor Steuern der letzten 3 Jahre, d. h. € 13,0m für das Geschäftsjahr 2004, überschreiten kann.
- Aufklärungshorizont: 5 Jahre, davon das erste Jahr wertmäßig konkretisiert und in den Folgejahren qualitativ eingeschätzt.
- Risikoklassen sind aus Organisationsgründen zu Gruppen zusammengefügte Einzelrisiken mit systematischem Zusammenhang.
- Risikostrategie ist der bewußte Umgang mit dem erkannten Einzelrisiko entweder durch Risikovermeidung, Versicherung oder Selbsttragung.
- Adjustierter Risikoscore bildet das mit Eintrittswahrscheinlichkeiten bewertete kumulierte Finanzrisiko eines Jahres ab.
- Risikobericht der Geschäftsführung ist ein jährlicher, im Zusammenhang mit der Aufstellung des Konzernabschlusses erstellter Bericht über die erkannten Risiken des Unternehmens.

Die Risiken wurden zur Kategorisierung in folgende Klassen eingeteilt:

1. Marktrisiken (externe)
2. Betriebsrisiken (interne; mit dem spezifischen HELIOS-Geschäftsmodell verbundene).
3. Gesetzliche und vertragliche Risiken
4. Finanzrisiken
5. Informationsverarbeitungsrisiken (IT-Risiken)
6. Umweltrisiken

In den Risikoklassen sollen die erkannten Einzelrisiken vollständig erfaßt sein.

Die regelmäßige - zumindest jährliche - Überprüfung auf Fortbestand, Anpassungsnotwendigkeiten oder neue Einzelrisiken bildet die Grundlage des Risikoberichtes der Geschäftsführung.


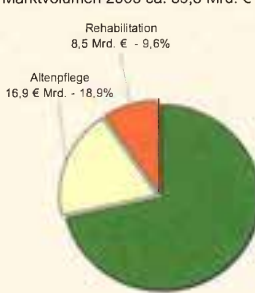
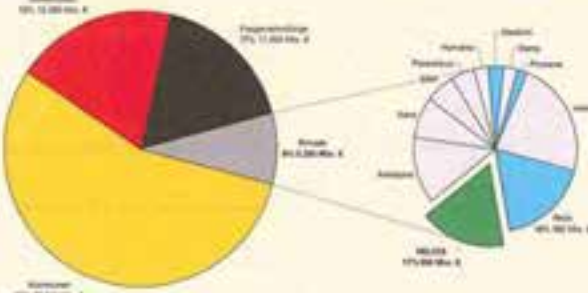

Als Grundlage der Analyse dient das HELIOS Risiko Radar. In diesem werden die erkannten Risiken erfaßt, nach ihren Gewicht beurteilt und eingestuft. Sobald ein Risiko als bestandsgefährdend eingestuft wird, wird es einer eingehenden Einzelbetrachtung unterzogen und nach den folgenden Kriterien untersucht:

- Risikobeschreibung
 - Aufklärungssystem
 - Risikopotenzial auf 1 Jahr und 2 bis 5 Jahre
 - Risikostrategie
 - Status
 - Kommunikationsweg
- Das HELIOS Risiko Radar erlaubt einen schnellen Überblick über die bislang identifizierten Risiken. Die Beschäftigung mit dem Risikohandbuch öffnete und sensibilisierte die Beteiligten für diese Problematik. Mit dem adjustierten Risikoscore-Wert wurde ein quantifizierter Wert ermittelt, dessen Veränderung im Zeitablauf über ⁴⁰ die Veränderung der Risikoposition Aufschluß gibt.



Dokumentation der Fachtagung

Das Risikohandbuch wird mindestens einmal jährlich aktualisiert und fortgeschrieben, um laufenden Veränderungen gerecht zu werden.

<p>HELIOS Kliniken GmbH</p>  <p>Risikomanagement aus der Sicht eines Krankenhauskonzerns</p>	<p>Übersicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der HELIOS Kliniken GmbH • Das Risikohandbuch der HELIOS Kliniken GmbH • Betrachtung ausgewählter Einzelrisiken • Schlußbemerkung
<p>Referent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr. rer. soc. oec. Moritz Thiede <ul style="list-style-type: none"> - Verheiratet, 2 Kinder - Studium der Volkswirtschaftslehre in Kiel, Edinburgh - Promotion in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien • Seit 1998 bei der HELIOS Kliniken GmbH • Seit 2001 Leiter der Abteilung für Konzerncontrolling • Zuständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> - Konzerncontrolling - Konzernfinanzen - Risikomanagement (Erstellung Risikohandbuch) - Geschäftsführer HELIOS Krankenhaus Kitzbühel GmbH 	<p>Deutschland: Stationäre Versorgung</p> <p>Marktvolumen 2003 ca. 89,3 Mrd. €</p>  <p>Akutklinik 63,9 € Mrd. 71,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • stärkstes Segment mit 1,1 Mio. Beschäftigten • sicherstes Segment aufgrund unverzichtbarer Gesundheitsdienstleistungen • stabiles Segment aufgrund nicht-zyklischer Nachfrage • Anteil am BSP 4,3%
<p>Akutklinik-Markt 2003</p> <p>63,9 Mrd. € Marktvolumen davon privatisiert 5,3 Mrd. €</p>  <p>Eigene Schätzungen: Basierend auf Eigentum d.h. ohne Betriebsführungen</p>	<p>Was ist HELIOS 2004?</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Fokussiert auf Akutkliniken • 24 Kliniken 23 in Deutschland 1 in Österreich • Kliniken von 46 bis 1.406 Planbetten • Spezialist in der Maximalversorgung • 310.000 stationäre Patienten p.a.



HELIOS – marktführend

- Stärkstes Jahr für Jahr Wachstum in der Branche
- USP „Maximalversorgung“ (Kliniken > 1.000 Betten)
- Gewinner von 4 der 5 größten Privatisierungen
- Publiziertes, transparentes Qualitätsmanagement System auf Basis von Routinedaten
- Quantifizierte medizinische Ziele und Peer-Review-Verfahren

HELIOS Kliniken GmbH 2004

Kliniken	24
Stationäre Patientenbehandlungen	310.000
Mitarbeiter	17.500
Betten	9.000
Umsatz	1,1 Mrd. EUR
Jahresüberschuss erwartet	60 Mio. EUR

Warum ein Risiko-Handbuch?

- Weil es Teil einer guten Corporate Governance ist
- Eine Analyse der Risiken gesetzlich vorgeschrieben ist
- Die Wirtschaftsprüfer es einer System- und Eignungsprüfung unterziehen
- Es dem Aufsichtsrat bei der Kontrolle der Geschäftsführung hilft

Entscheidend ist jedoch, dass eine bewusste Risikostrategie erkannte Risiken voraussetzt, um so Möglichkeiten für adäquate Maßnahmen zur

- Risikovermeidung oder
- Versicherung oder
- Selbsttragung

zu schaffen.

Ziele und Definitionen des Risiko-Handbuchs

Ziele

1. Direkte Information der Geschäftsführung über bestandsgefährdende Risiken, die
 - den Patientennutzen (den wir wollen) oder
 - die Wertesicherung der Geldgeber (deren Ersparnisse wir nutzen) oder
 - den Unternehmensfortbestand (für uns die wir hier arbeiten und bleiben wollen) gefährden können.
2. Darstellung, wie mit den erkannten Risiken umgegangen wird.

Ziele und Definitionen des Risiko-Handbuchs

Definitionen

- **Risiko** ist die Möglichkeit ungünstiger künftiger Entwicklungen.
- **Bestandsgefährdend** ist ein Risiko, wenn es ein mögliches Volumen von mindestens 25% des durchschnittlichen Konzernergebnisses vor Steuern der letzten 3 Jahre, d. h. € 13,0m für das Geschäftsjahr 2004, überschreiten kann.
- **Aufklärungshorizont:** 5 Jahre, davon das erste Jahr wertmäßig konkretisiert und in den Folgejahren qualitativ eingeschätzt.
- **Risikoklassen** sind aus Organisationsgründen zu Gruppen zusammengeführte Einzelrisiken mit systematischem Zusammenhang.
- **Risikostrategie** ist der bewusste Umgang mit dem erkannten Einzelrisiko entweder durch Risikovermeidung, Versicherung oder Selbsttragung.
- **Adjustierter Risikoscore** bildet das mit Eintrittswahrscheinlichkeiten bewertete kumulierte Finanzrisiko eines Jahres ab.
- **Risikobericht der Geschäftsführung** ist ein jährlicher, im Zusammenhang mit der Aufstellung des Konzernabschlusses erstellter Bericht über die erkannten Risiken des Unternehmens.

Risikoklassen

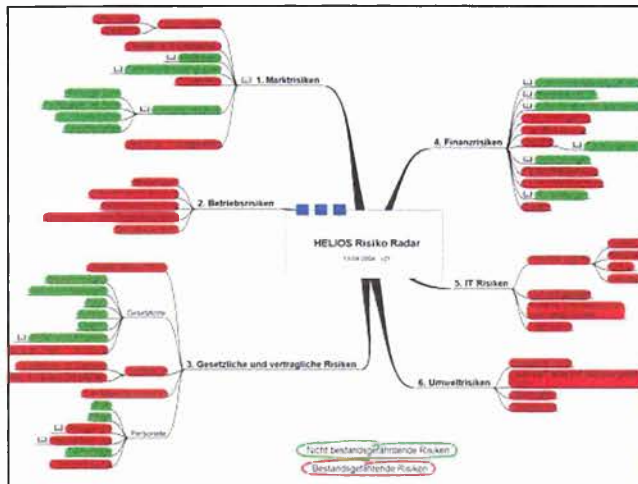
Überblick

1. **Marktrisiken** (externe)
2. **Betriebsrisiken** (interne; mit dem spezifischen HELIOS-Geschäftsmodell verbundene)
3. **Gesetzliche und vertragliche Risiken**
4. **Finanzrisiken**
5. **Informationsverarbeitungsrisiken (IT-Risiken)**
6. **Umweltrisiken**

In den Risikoklassen sollen die erkannten Einzelrisiken vollständig erfasst sein. Die regelmäßige - zumindest jährliche - Überprüfung auf Fortbestand, Anpassungsnotwendigkeiten oder neue Einzelrisiken bildet die Grundlage des Risikoberichtes der Geschäftsführung.



Dokumentation der Fachtagung



Betrachtung ausgewählter Einzelrisiken



- Risikobeschreibung
- Aufklärungssystem
- Risikopotenzial auf 1 Jahr und 2 bis 5 Jahre
- Risikostrategie
- Status
- Kommunikationsweg

Marktrisiken



- Fallpauschalen – G-DRG-System
- Ausgleichs

Betriebsrisiken



- Akquisitionen
- Unternehmensausrichtung
- Behandlungsfehler

Finanzrisiken



- Fremdfinanzierung
- Liquidität
- Fördermittelzuweisung
- Fördermittelverwendung

Schlußbemerkung



- Das HELIOS Risiko Radar erlaubt einen schnellen Überblick über die bislang identifizierten Risiken.
- Die Beschäftigung mit dem Risikohandbuch öffnete und sensibilisierte die Beteiligten für diese Problematik.
- Mit dem adjustierten Risikoscore-Wert wurde ein quantifizierter Wert ermittelt, dessen Veränderung im Zeitablauf über die Veränderung der Risikoposition Aufschluß gibt.
- Das Risikohandbuch wird mindestens einmal jährlich aktualisiert und fortgeschrieben, um laufenden Veränderungen gerecht zu werden.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!!

Kontakt:
Dr. Moritz Thiede
HELIOS Kliniken GmbH
Schlossstrasse 2
36037 Fulda

E-Mail: m.thiede@fulda.helios-kliniken.de



PD Dr. med. Matthias Peiper

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikum Düsseldorf der Heinrich-Heine-Universität,

Einführung eines Risikomanagementsystems aus ärztlicher Sicht

Erste Beobachtungen aus der Praxis

Herren Vorsitzende,
Meine Damen und Herren,

wir haben in den letzten Vorträgen schon die Grundbegriffe erläutert bekommen, was Risikomanagement in der Klinik bedeutet. Kurz zusammengefasst beinhaltet dieses das Vermeiden aller unternehmensinternen und – externen Vorgänge, die das Erreichen der Ziele in einem festgelegtem Zeitraum negativ beeinflussen können. Hierbei besteht das Risiko darin, die Gefahr eines Verlustes oder eines Schadens oder des nicht Eintretens eines möglichen Gewinnes zu erleiden. Naturgemäß ist es hierfür notwendig, zunächst die Klinikziele zu definieren.

Diese sind in unserem Bereich eine patientenorientierte Behandlung, innovative Forschung auf höchstem internationalen Niveau, eine effiziente Lehre für die Studenten sowie Aus- und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter. Dies alles hat unter der Prämisse „wirtschaftlichen Arbeitens“ zu erfolgen. Diese Klinikziele stehen im Spannungsfeld von überwiegend vier Polen.

Dieses sind zum einen die Interessengruppen (Patienten, Politik und Non-Profit Organisation, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Institutionen der eigenen Klinik, Krankenkassen, der Medizinischen Fakultät und der Studenten sowie der Fachpresse), zum anderen aber auch die Prozesse (Standardisierung durch Clinical Pathways, Optimierung von Schnittstellen, Verbesserung von Information und Kommunikation sowie der Pflege informeller Netzwerke) drittens der Finanzen (z.B. Erhöhung der Fallzahlen, Senkung fallspezifischer Kosten, Optimierung der Auslastung und angebotener Leistung) und viertens der vorhandenen Ressourcen (systematische Mitarbeitergewinnung, –Förderung – Bindung, Ausbau von Kompetenzzentren und gezielte Kooperationen bei angemessenen Technikstandards).

Risiken in der Chirurgie

Für eine chirurgische Klinik sind eine Vielzahl von Risiken zu definieren, natürlich denkt man hierbei zuerst an Kunstfehler. Halten wir uns aber die bereits zuvor definierten Klinikziele vor Augen, so gibt es jedoch eine Vielzahl weiterer Risiken, so z. B. die Liegezeiten (präoperativ/postoperativ), die Auslastung der vorhandenen Betten, die Kosten, die Ergebnisrichtung, das Leisten von Überstunden, die



Dokumentation der Fachtagung

Mitarbeitermotivation und – Zufriedenheit, vorhandene Infektionskrankheiten (HBV, HCV, HIV), die Dokumentation, die Aufklärung sowie die Ablaufkoordination.

Etwaige Rahmenverträge mit dem Krankenhausträger bedingen darüber hinaus eine Schwerpunkterfüllung, die Einbettung in die Universität, das Erbringen einer hohen wissenschaftlichen Leistung und natürlich die Reputation des jeweiligen Hauses.

Beginnen wir mit den unerwünschten Ereignissen (UE) im Krankenhaus. Mehrere Analysen aus den USA und Australien aus den Jahren 1984 – 1995 haben ergeben, dass im Rahmen der Behandlung aller Patienten es bei 3 – 16 % zu unerwünschten Ereignissen kommt. Davon wäre über die Hälfte vermeidbar gewesen. Ein UE mit Todesfolge trat immerhin bei 5- 13 % aller Einweisungen auf, von denen ungefähr 39% hätte vermieden werden können. Wenn wir diese Zahlen auf deutsche Verhältnisse hochrechnen, hatten wir im Jahr 2002 17 Millionen Krankenhausfälle mit hieraus resultierenden 493.000 unerwünschten Ereignissen, von denen 276.000 hätten vermieden werden können. Über 12.000 vermeidbare Todesfälle im Jahr hätten hochgerechnet vermieden werden können.

Zu Beginn der Analyse von Kunstfehlern, auch im Rahmen der Qualitätssicherung, muss daher eine Fehlervermeidungsforschung durchgeführt werden. Zunehmende Instrumente der Qualitätssicherung (z. B. am Eingang von Diagnose und Therapie, wie dieses im D-Verfahren der BG durchgeführt) sind notwendig. Das Risikomanagement ist dabei so zu instrumentalisieren, dass eine Analyse häufig wiederkehrender Fehler mit der Vermeidung durchgeführt werden kann.

Erste Erfahrungen einer Chirurgischen Universitätsklinik

1. Erkennen der Fehler

Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) werden abgehalten, um die in dem Berichtszeitraum aufgetretenen Publikationen darzustellen, aufzuarbeiten und zu analysieren. Dieses ist natürlich mit einigen Problemen verbunden, da sich diese Konferenzen im Spannungsfeld der Konsequenzen für Klinik und Krankenhaus, aber auch der Organisation des Klinikablaufes und des Zusammenlebens innerhalb der Berufsgruppe darstellt. Es hat jedoch auch Auswirkungen auf den Umgang mit anderen Berufsgruppen, die Interaktion mit Medien, natürlich auch mit den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen. Das Führen von internen Komplikationsstatistiken (z. B. Anastomoseninsuffizienzen, Infektionsstatistik und Blutverbrauch) ist ein weiteres eingeführtes Instrument zur Fehlererkennung.

Wie wird nun auf diese Fehler reagiert? Zunächst mit einem Gespräch des Klinikleiters mit dem betroffenen Mitarbeiter. Notwendig ist jedoch auch, dass ein offenes Gespräch untereinander und mit den Patienten möglich ist, ein Vertuschen von Fehlern (Bauchtuch im Situs zurückgelassen und in Folgeoperationen „unbemerkt entfernt“) darf nicht vorkommen.

Nach dem Auftreten von Komplikationen ist eine erhöhte Zuwendung zum Patienten notwendig und Lösungen sollten stets angeboten werden. Somit steht neben der Problemanalyse aber auch die Fortbildung der Mitarbeiter mit oberster Priorität auf dem Weiterbildungsplan der eigenen Mitarbeiter.



Dokumentation der Fachtagung

Die Standardisierung von Eingriffen, die vom jeweiligen chirurgischen Chefarzt ausgehen und Richtlinien („Chirurgische Schule“) müssen eindringlich vermittelt und verbindlich dargestellt werden. Bei wiederholten Zuwiderhandlungen muss mit einer Kompetenzbescheidung des betroffenen Kollegen gerechnet werden (ebenso können im Wiederholungsfall Abmahnungen ausgesprochen werden, sollten die Dienstanweisungen nicht befolgt werden).

Hierfür ist natürlich eine klare Kompetenzhierarchie in der Klinik notwendig. Diese gilt insbesondere auch bezüglich der Medienpräsentation, weil in der Regel eine Klinik nur eine Chance zur Reaktion hat, während sich die Korrekturen in den Medien nicht wieder finden. Je nach Vorhandensein einer eindeutigen Dienstanweisung des Direktoriums des Krankenhauses, wer mit den Medien sprechen darf und wer nicht, sollten diese Verfahren klinikintern standardisiert werden. Wichtig ist natürlich, dass die Singularität der Misslichkeit in Pressegesprächen transportiert werden sollte, wenn dieses zutrifft.

2. Liegezeiten

Wir führen in unserer Klinik eine monatliche Analyse der Liegezeiten durch. Diese erfolgt sowohl stationsbezogen wie auch indikationsbezogen, getrennt nach präoperativer und postoperativer Liegezeit sowie einer genauesten Analyse der Grenzverweildauer und der mittleren Verweildauer.

3. Auslastung

Der früher für Klinikchefs geltende Satz „Macht durch Betten,“ trifft heutzutage nicht mehr zu. Die zunehmende Verkürzung der Liegezeit mit Verlagerung in den prä- bzw. poststationären Bereich in dem PRÄ-DRG Zeitalter hat diese Kenngröße deutlich an Bedeutung verlieren lassen. Durch die indikationsbezogene Analyse der Liegezeiten und der Fallzahlentwicklung mit daraus resultierendem Mehr- bzw. Mindererlös ist eine entscheidende Kenngröße für die Klinik entstanden. Je nach Klinikbeschaffenheit kann dieses optimiert werden, indem Poolstationen nur mit anderen operativen Fächern oder auch Wochenstationen gebildet werden, die lediglich von Montagmorgen bis Freitagabend geöffnet sind. Dies hat den Vorteil, dass die Schwestern dieser Stationen von den Wochenenddiensten befreit sind und hier ein deutlicher Anreiz für diese Berufsgruppe geschaffen werden kann. Für die Klinik selber bedeutet dies eine Kapazitätsreduzierung in traditionell schlechter ausgelasteten Zeiträumen.

4. Kosten

Die Kosten einer Klinik umfassen neben den Basispflegesatz, von mir jetzt einmal salopp „Hotelkosten“ genannt, das Instrumentarium, das Gebrauchsmaterial, die Medikamente, Blut und Blutprodukte, natürlich die Personalkosten mit etwaigen Überstunden und die erbrachten Laborleistungen. Eine regelmäßige Kostenanalyse hilft dabei, den aktuellen Status im Vergleich zu historischen Zeiträumen und den im Berichtszeitraum erfolgten Leistungen zu analysieren.

Diese Kostenanalysen müssen regelmäßige und korrekte Berichte und Analysen enthalten, welche einheitsbezogen, nachvollziehbar und kurzfristig dem ärztlichen Leiter zur Verfügung gestellt werden müssen. Wir fordern darüber hinaus einen Sonderetat Innovationstechnologie, um dem gestiegenen



Bedarf in diesem Bereich neben den laufenden Kosten Rechnung tragen zu können. Unser Klinikum hat sich dabei weiterhin einer Einkaufsgemeinschaft angeschlossen, um günstigere Einkaufspreise erzielen zu können. Unter Umständen ist auch eine Bündelung der Anbieter und eine „Paketvergabe“ von Aufträgen an Firmen mit deren Beteiligung am unternehmerischen Risiko denkbar und wird zur Zeit von uns diskutiert.

5. Ergebnisrechnung

Die Ergebnisrechnung wird uns im monatlichen Abstand von einer externen Unternehmensberatung in Kooperation mit der Verwaltung präsentiert. Zu fordern ist hierbei eine kompetente Klinikverwaltung, welche alle Zahlen offen legt. Wir achten darauf, dass die uns zugesagten Stellen auch ausfinanziert werden und versuchen durch eine Fallkostenanalyse Einsparpotentiale bestimmen zu können. Ein Anreiz für die einzelnen Kliniken wäre z. B. eine Beteiligung am Ergebnis im Sinne eines Bonus-Malus-Systems. Natürlich ist hierbei die jeweilige Strategiewaueisrichtung der Klinik unter Wahrung der Klinikkompetenz zu berücksichtigen, so dass bei Ausweitung von Indikationsspektren unter Umständen ein Sonderetat für die Finanzierung der Anlaufkosten der Klinik zur Verfügung gestellt werden sollte.

6. Überstunden

Wir alle kennen das Problem, dass die wöchentliche Arbeitszeit in den klinischen Fächern oft deutlich über 38,5 Stunden in der Woche liegt. Insbesondere die Chirurgie kennt diese starren Arbeitszeiten nicht. Hierbei besteht ein Konflikt zum einen mit dem Arbeitszeitschutzgesetz, zum anderen aber auch mit der eigenen chirurgischen Verantwortung dem Patienten gegenüber. In vielen Krankenhäusern kommt darüber hinaus ein Ärztemangel dazu; die oft unattraktiven Arbeitsverträge halten viele junge Menschen heute davon ab, sich der klinischen Medizin zu zuwenden. Die Vergütung unserer Berufsgruppe zumeist nach BAT, bzw. diesem angelehnt, senkt die Motivation weiterhin; die zunehmenden Probleme im niedergelassenem Bereich hinsichtlich sinkender Vergütung bei steigenden Kosten, aber auch die immer schlechter werdenden Perspektiven als Krankenhausarzt senken die Bereitschaft zur Ergreifung des ärztlichen Berufes und insbesondere den des Chirurgen.

Daher sind Instrumente zur Mitarbeitermotivation notwendig. Wir versuchen durch ein einheitliches Curriculum dem jungen Assistenzarzt bereits bei Aufnahme seiner Tätigkeit bei uns einen Ablauf der chirurgischen Weiterbildung für die kommenden 5 Jahre zu vermitteln. Auf allen übergeordneten Hierarchieebenen der Klinik ist das „Vorbild“ notwendig. Auch das Ableisten berufsfremder Tätigkeiten wie das zunehmende Dokumentieren oder auch Arztbriefschreiben durch den Arzt sollte auf ein Minimum reduziert werden.

Den jungen Kollegen sind ausreichende Fortbildungsmöglichkeiten zu schaffen sowie unter Umständen eine individuelle Entfaltungsmöglichkeit zu gewährleisten. Diese kann z. B. in Form von Spezialsprechstunden im Rahmen der gesamten Klinik durchgeführt werden. Die Chirurgie ist ein Fach mit einer strengen Hierarchie, welches sich aus den fachspezifischen Besonderheiten ergibt und welche dringend notwendig ist. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass die Grundregeln des zwischenmenschlichen Verhaltens wie Höflichkeit und Achten der Würde eingehalten werden müssen. Selbstverständlich kann auch die Poolbeteiligung durch den Chefarzt die Motivation deutlich erhöhen.



7. Infektionskrankheiten

Das Benennen eines Hygienebeauftragten, welcher die Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Hygiene der jeweiligen Klinik durchzuführen und zu kontrollieren hat, ist vorgeschrieben. Das episodentartige Auftreten von ORSA-Erkrankungen führt zu einer gesteigerten Belastung von Mitarbeitern und auch Patienten.

Dennoch ist hier, insbesondere bei den Intensivpatienten, ein systematisches Screening erforderlich, um ggf. prophylaktische Maßnahmen durchführen zu können. Das Einführen der Bereichspflege hat deutlich dazu beigetragen, dass die früher häufig aufgetretenen Masseninfektionen mit ORSA auf einer Station mit teilweisem Schließen einer Funktionseinheit in letzter Zeit bei uns nicht mehr aufgetreten sind.

Das steigende Patientenaufkommen an HCV- und HBV-Erkrankten führt zu einer strikten Einheit von Selbstschutzmaßnahmen, schließt oft aber auch das Einschalten von arbeitsmedizinischen Mitarbeitern und Optimierung der Patientenunterbringung (keine 6-Patienten-Säle mehr), ein. Monatlich ist ein Infektionsverfassungsbogen auszufüllen.

8. Dokumentation/ Aufklärung

Zur Vermeidung von langen präoperativen Liegezeiten sowie um den zunehmenden rechtlichen Einschränkungen gerecht zu werden, erfolgt bei uns die Aufklärung elektiv zu operierender Patienten bereits während des Behandlungsablaufes in der Poliklinik. Dieses schließt das Einrichten einer Prämedikationsambulanz von anästhesiologischer Seite mit ein. Wir verwenden keine standardisierten OP-Aufklärungen, wie sie von mehreren Firmen angeboten werden. Alle OP-Aufklärungen erfolgen individualisiert, schließen aber das Nennen der typischen Komplikationen detailliert mit ein. Weiterhin vermerken wir die Länge des Aufklärungsgesprächs auf dem Aufklärungsbogen und erläutern und skizzieren mögliche Therapiealternativen. Die Aufklärung darf nicht durch den jüngsten ärztlichen Mitarbeiter auf der Station erfolgen, sondern muss regelhaft durch den Stationsarzt durchgeführt werden. Je nach Fall, insbesondere jedoch bei großen Eingriffen wie großen Leberresektionen, Pankreasoperationen sowie Ösophagusoperationen, ist die Anwesenheit von Angehörigen erwünscht.

Das ärztliche Personal hat einen gesonderten Dokumentationsbogen, wobei ein täglicher Verlaufsbericht Pflicht ist. Auf diesem Bogen sind die wichtigsten Inhalte des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten zu notieren, darüber hinaus Beschaffenheit der Wunde, Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von Beschwerden des Patienten sowie wichtigste Änderungen im Verlauf, z. B. von Drainagesekret.

Wir haben einen Dokumentationsassistenten eingeführt, welcher für die peripheren Stationen der Klinik zuständig ist und vor dem digitalen Abschluss der Patientenakte sämtliche Diagnosen und erbrachten Prozeduren auf Vollständigkeit kontrolliert. Der Abschluss der digitalen Akte, anhand dessen die Abrechnungen der Krankenkassen erfolgt, hat durch einen im DRG-System versierten Oberarzt zu erfolgen.

Für alle wichtigen und standardisierten Prozeduren werden Dienstanweisungen herausgegeben, die in einem Aktenordner im Chefsekretariat ausgelegt werden. Jeder Mitarbeiter hat einmal im Jahr durch



Unterschrift zu bescheinigen, dass er mit dem Inhalt dieser Dienstabweisungen vertraut ist.

9. Ablauf / Koordination

Um einen reibungslosen Ablauf der Patientenpfade sowie der allgemeinen Klinikorganisation zu gewährleisten, werden s. g. StOP (standard operative procedures) erarbeitet, die bis Dezember 2004 für 80% aller behandelnden Patienten unserer Klinik vorliegen sollen.

Die Diagnostik wird überwiegend im ambulanten Bereich durchgeführt, um die präoperative Liegezeit zu minimieren. Für viele Eingriffe (Schilddrüsenchirurgie, Hernienoperation etc.) erfolgt die Aufnahme überwiegend am Operationsmorgen. Hierfür ist es auch aus rechtlicher Sicht notwendig, dass die Patienten bereits ambulant sowohl von chirurgischer wie von anästhesiologischer Seite über den Eingriff informierend aufgeklärt werden und diese Protokolle von allen beteiligten Seiten unterschrieben werden.

Wöchentliche Schwerpunktkonferenzen mit den Hauptgebieten Onkologie, Endokrinologie und Gastroenterologie erfolgen an 3 Nachmittagen in der Woche. Probleme in den betreffenden Schnittstellen (z. B. Wartezeiten für MR-Untersuchungen oder kardiologische Konsile) werden analysiert, um minimiert zu werden.

Die Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung soll neben einem optimiertem Behandlungs- und Nachsorgeablauf der Patienten zu Fallzahlsteigerungen führen.

10. Patientenorientiertheit

Das Einführen der Bereichspflege hat zu einer Optimierung der Pflege der Patienten geführt. Es wird gewünscht, dass der Operateursbezug zum Patienten gesteigert wird. Dieser kommt z. B. durch tägliche Visiten des jeweiligen Operateurs, auch wenn dieser im Rahmen der Diensttätigkeit einen Patienten operiert hat, zum Ausdruck. Typische Schwachpunkte verbleiben weiterhin der Ablauf von Patiententransporten, z. B. zum Röntgen, oder konsiliarische Untersuchungen anderer Kliniken unseres Klinikums. Die Verwaltung arbeitet mit Nachdruck daran, den Service für die Patienten zu verbessern. Dieses äußert sich z. B. durch vermehrte Anstrengungen von Seiten der Küche, aber auch durch vermehrten Einsatz des Sozialdienstes sowie der freiwilligen „Grünen Damen“ und das konsequente Einbinden der Krankenhausesseelsorge.

Um die zuweisenden Kollegen über den Behandlungsablauf zu informieren, werden am OP-Tag Faxe zu den zuweisenden Ärzten versandt, um diese über die stattgefundene Operation zeitnah zu unterrichten. Jeder Patient geht mit einem PC-geschriebenem, vorläufigem Arztbrief nach Hause, nach Möglichkeit werden auch die weiterbehandelnden Kollegen am Entlassungstag telefonisch informiert.

Ein klinikinternes Beschwerdemanagement wird derzeit etabliert, welches nach einem standardisierten Schema abläuft und aus „Kummerkästen“ besteht, die auf den Stationen eingerichtet werden.



11. Forschung

Um den zunehmenden Anforderungen auf dem Forschungssektor nachzukommen, wird das Einrichten einer hauptamtlichen Leitungsstelle für die chirurgische Forschung angestrebt. Der/die Betreffende sollte vorzugsweise aus dem Gebiet der Grundlagenforschung kommen. Jeder ärztliche Mitarbeiter hat die Möglichkeit, für bestimmte und genau definierte Forschungsprojekte vom klinischen Alltag freigestellt zu werden, um Forschungsprojekte durchführen zu können. In jährlichen „Forschungstagen“ stellen sich die einzelnen Mitarbeiter mit ihren Projekten und Ergebnissen des vorangegangenen Jahres der Klinik vor. Dieses führt dazu, dass alle Mitarbeiter der Klinik über die einzelnen Forschungsprojekte informiert sind und neu hinzugekommene Mitarbeiter über die Arbeitsgruppen eingehend informiert werden.

Es wird überlegt, ob ein Bonussystem für Publikationen einen weiteren Anreiz für die Mitarbeiter darstellt, wissenschaftlich zu publizieren. Zur Zeit wird darüber verhandelt, inwieweit Reisebeihilfen für die ärztlichen Mitarbeiter zu Kongressen von Seiten der Klinik erfolgen können.

12. Lehre

Die Einführung der neuen Approbationsordnung hat zu einer erheblichen Umstellung des Lehrangebotes sowie der Durchführung der Lehrveranstaltungen in unserer Klinik geführt. Ein lehrverantwortlicher Oberarzt koordiniert die Bemühungen um eine möglichst praxisnahe und studentenorientierte Lehrtätigkeit. Die chirurgische Hauptvorlesung wird weiterhin überwiegend durch den Chefarzt gehalten. Sowohl in den Vorlesungen als auch in den Praktika und Seminaren soll möglichst ein enger Praxisbezug gewährleistet werden. Die PJ – Studenten sollen konsequent und intensiv in das chirurgische Behandlungsteam der einzelnen Stationen einbezogen werden. Jedes Semester werden Evaluationsbögen von den Studenten ausgefüllt, um die Einbindung und die Betreuung im Rahmen ihres PJ's zu bewerten. Durch die Analyse dieser Evaluationsbögen, in denen die Stationsoberärzte und –ärzte genannt werden, kann durch direktes Gespräch mit diesen die Ausbildung verbessert und der medizinische Nachwuchs in seiner Motivation gesteigert werden.

Meine Damen und Herren, ich konnte in den vorangegangenen Minuten lediglich einen Überblick über die zahlreichen und weitfassenden Bemühungen darlegen, mit denen wir bei uns versuchen, mit modernen Mitteln des Risikomanagements das Erreichen unserer Klinikziele zu gewährleisten. Dieses weite Tätigkeitsfeld kann nur durch konsequentes Analysieren und Umsetzen der hieraus gewonnenen Erkenntnisse erreicht werden. Das geht jedoch nur, wenn alle ärztlichen Mitarbeiter auf allen Hierarchieebenen von der Notwendigkeit der Instrumentalisierung überzeugt sind und aktiv mitarbeiten. Neben der Optimierung der Patientenbehandlung und der Lehre und Forschung steht natürlich darüber hinaus die Sicherung der jeweiligen Arbeitsplätze im Vordergrund.

Vielen Dank !



Michael Busch
SV Sparkassenversicherung, Leiter der Zweigniederlassung Wiesbaden

Die Notwendigkeit des ganzheitlichen Risikomanagements im Krankenhaus als Antwort auf Anforderungen des Versicherungsmarktes

<p>Risk Management im Heilwesensegment </p> <p style="text-align: center;">Die Notwendigkeit des ganzheitlichen Risikomanagements im Krankenhaus als Antwort auf Anforderungen des Versicherungsmarktes</p> <p style="text-align: center;">13. Mai 2004, Bad Nauheim</p> <p style="font-size: small;">14.01.2005 AH / Herr Busch 1</p>	<p>Risk Management im Heilwesensegment </p> <p>Die Funktion der Haftpflichtversicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> → Abwehr von unbegründeten Ansprüchen <ul style="list-style-type: none"> → Kapitalbindung durch → Einzelfallreserven → Befriedigung von begründeten Ansprüchen <ul style="list-style-type: none"> → Kapitalabfluss → Leistungsfähigkeit für unbekannte Spätschäden <p>= Kapital des Versicherers teilt Schicksal der Haftungssituation des VN → VR-Interesse an Risk-Management</p> <p style="font-size: small;">14.01.2005 AH / Herr Busch 2</p>
<p>Risk Management im Heilwesensegment </p> <p style="font-size: small;">14.01.2005 AH / Herr Busch 3</p>	<p>Risk Management im Heilwesensegment </p> <p>Besonderheiten des Heilwesensegmentes</p> <ul style="list-style-type: none"> → Long-Tail-Risiko <ul style="list-style-type: none"> → Spätschadenrisiko → Grossschadenrisiko <ul style="list-style-type: none"> → Unmittelbare persönliche Betroffenheit → Versicherungsmarkt <p style="font-size: small;">14.01.2005 AH / Herr Busch 4</p>
<p>Risk Management im Heilwesensegment </p> <p>Long-Tail-Risiko</p> <p>Prämie des Geschäftsfeldes muss (neben Kosten) berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schäden während Vertragslaufzeit - Spätschadenreserven <p style="font-size: small;">14.01.2005 AH / Herr Busch 5</p>	<p>Risk Management im Heilwesensegment </p> <p>Grossschadenrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pflege- / Behandlungskosten <ul style="list-style-type: none"> → Sozialversicherungsträger → Schmerzensgeldansprüche <ul style="list-style-type: none"> Rspr.: OLG Hamm (3 U 156/00 - 16.1.2002): 500.000 € bei völlig hilflosen, blinden Kindes (Geburt) → Vorinstanz : 300.000 DM → Begründung: <ul style="list-style-type: none"> - Ausmass der Beeinträchtigungen - Grob fehlerhafte Behandlung - Bestehen einer Haftpflichtversicherung <p style="font-size: small;">14.01.2005 AH / Herr Busch 6</p>



<p>Risk Management im Heilwesensegment</p> <p>Versicherungsmarkt</p> <p>Situation in der Vergangenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> → Relativ breiter Markt → Niedrige Prämien <ul style="list-style-type: none"> → Basisargument : - Reserven - Zahlungen nicht im Fokus → Deckungssummeninflation <p>14.01.2005 AH / Herr Busch 7</p>	<p>Risk Management im Heilwesensegment</p> <p>Versicherungsmarkt</p> <p>Aktuelle Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ausstieg zahlreicher VR aus Heilwesensegment / zurückhaltende Zeichnungspolitik → Geringere Kapazitäten durch Rückversicherungsmarkt → Geschäftsfeldsegmentierung → Massive Prämienhöhungen / SB-Vereinbarungen <ul style="list-style-type: none"> → Reserve aus Geschäftsfeld (nach Zahlungen und Kosten) → Reduzierung der Deckungssummenkapazitäten <p>Aktuelle Jahresprämie muss auskömmlich sein</p> <p>14.01.2005 AH / Herr Busch 8</p>																		
<p>Risk Management im Heilwesensegment</p> <p>Versicherungsmarkt</p> <p>Zukünftige Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> → Neuregelung der Eigenkapitalanforderungen für das Versicherungsgeschäft („solvency II“) <ul style="list-style-type: none"> → Eigenkapital ist für Geschäftsfelder differenziert vorzuhalten → Schadenverlauf bestimmt Verzinsung → Wird Kapital für bestimmtes Segment überhaupt zur Verfügung gestellt ? <p>= Eigentümer der VR als Investoren</p> <p>14.01.2005 AH / Herr Busch 9</p>	<p>Risk Management im Heilwesensegment</p> <p>Marktreaktionen</p> <p>Bsp.: LBK Hamburg (Quelle: Financial Times Deutschland vom 07.04.2002)</p> <table border="0"> <tr> <td>LBK</td> <td>(SB)</td> <td>15 Mio. €</td> <td rowspan="3">} - Auf 2 Jahre bezogen - 7 Krankenhäuser = Ø 2 Mio. € SB - Prämie deutlich unter 1 Mio. € - Maximierung ? - Regulierung ? - Spätschäden ?</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VR</td> <td>15 Mio. - 40 Mio. €</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LBK</td> <td></td> <td>40 Mio. € - ?</td> <td></td> </tr> </table> <p>14.01.2005 AH / Herr Busch 10</p>	LBK	(SB)	15 Mio. €	} - Auf 2 Jahre bezogen - 7 Krankenhäuser = Ø 2 Mio. € SB - Prämie deutlich unter 1 Mio. € - Maximierung ? - Regulierung ? - Spätschäden ?	↓			VR	15 Mio. - 40 Mio. €		↓				LBK		40 Mio. € - ?	
LBK	(SB)	15 Mio. €	} - Auf 2 Jahre bezogen - 7 Krankenhäuser = Ø 2 Mio. € SB - Prämie deutlich unter 1 Mio. € - Maximierung ? - Regulierung ? - Spätschäden ?																
↓																			
VR	15 Mio. - 40 Mio. €																		
↓																			
LBK		40 Mio. € - ?																	
<p>Risk Management im Heilwesensegment</p> <p>Risk-Management aus Sicht des VN</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Schadensverhütung</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">Schadensminimierung bei Eintritt</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> Hat insbesondere zu berücksichtigen: - Geänderte Rechtsprechung - Spezialisierte Anwälte/ Gutachter - Verändertes Regressverhalten der Sozialversicherungsträger - Leistungsstärke des Versicherers - Regulierungsqualität des Versicherers </td> <td></td> </tr> </table> <p>14.01.2005 AH / Herr Busch 11</p>	Schadensverhütung	↓	Schadensminimierung bei Eintritt		↓			Hat insbesondere zu berücksichtigen: - Geänderte Rechtsprechung - Spezialisierte Anwälte/ Gutachter - Verändertes Regressverhalten der Sozialversicherungsträger - Leistungsstärke des Versicherers - Regulierungsqualität des Versicherers		<p>Risk Management im Heilwesensegment</p> <p>Risk-Management aus Sicht des Versicherers</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Objektives Risiko</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">Subjektives Risiko</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> Insbesondere: - Offenlegung der Risikosituation - Zusammenarbeit im Schadenfall (z.B. frühestmögliche Einschaltung, Offenheit) - Risk-Manager </td> <td></td> </tr> </table> <p>14.01.2005 AH / Herr Busch 12</p>	Objektives Risiko	↓	Subjektives Risiko		↓			Insbesondere: - Offenlegung der Risikosituation - Zusammenarbeit im Schadenfall (z.B. frühestmögliche Einschaltung, Offenheit) - Risk-Manager	
Schadensverhütung	↓	Schadensminimierung bei Eintritt																	
	↓																		
	Hat insbesondere zu berücksichtigen: - Geänderte Rechtsprechung - Spezialisierte Anwälte/ Gutachter - Verändertes Regressverhalten der Sozialversicherungsträger - Leistungsstärke des Versicherers - Regulierungsqualität des Versicherers																		
Objektives Risiko	↓	Subjektives Risiko																	
	↓																		
	Insbesondere: - Offenlegung der Risikosituation - Zusammenarbeit im Schadenfall (z.B. frühestmögliche Einschaltung, Offenheit) - Risk-Manager																		



Dr. med. Jörg Reichel
Prokurist Münchener Ecoconsult GmbH (MEC)

Risikoassessment – ein Instrument zur Schadenprävention

Die heutige Situation im Heilwesen ist gekennzeichnet durch eine gestiegene Anspruchsmentalität der Patienten, eine stetig zunehmende Zahl von Zivilprozessen mit steigenden Schadenersatz- und Schmerzensgeldforderungen.

Gleichzeitig ist die Gesellschaft selbstbewusster gegenüber Autoritäten geworden. Patienten zweifeln heute sehr wohl Maßnahmen der früheren „Halbgötter in Weiß“ an. Auch die Aussage „Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“ hat sich inzwischen relativiert, denn Mediziner treten als Gutachter kritisch gegen ihre Medizinerkollegen auf.

Durch die gegenwärtig verfügbare hoch entwickelte Medizintechnik werden einerseits enorme Vorteile erreicht, d.h., Behandlungsergebnisse, die vor einigen Jahren noch undenkbar waren, sind heute alltägliche Realität geworden. Andererseits birgt diese Hightechmedizin ein großes Potenzial an neuen Fehler- und somit auch Schadenquellen.

Ein vom Gesetzgeber hervorgerufener Kostendruck, verbunden mit einer erheblichen Verkürzung der Verweildauern, hat zu einem starken Zeitdruck für die im Krankenhaus Beschäftigten geführt. Gleichzeitig bestehen in diesem Zusammenhang Bestrebungen, kostengünstiges und damit weniger qualifiziertes Personal einzusetzen. Auch die Stärkung der Patientenrechte liegt dem Gesetzgeber sehr nahe.

Zusätzlich wird die Öffentlichkeit über allgemein zugängliche Medien wie Zeitungen, Fachzeitschriften und Fernsehsendungen einschließlich des Internets mit verständlichen Informationen versorgt, die insgesamt gesehen zu einer weiteren Exponierung geführt haben.

Eine weltweit klägerfreundlichere höchstrichterliche Judikatur trägt dazu bei, dass sich die Rechtsprechung stetig zu Gunsten der Geschädigten ändert. Dies hat inzwischen zur so genannten Beweislastumkehr geführt. Hier muss nicht mehr der Geschädigte einen Nachweis zur Kausalität des Schadens erbringen. Nicht direkt nachweisbare Behandlungsfehler werden zunehmend durch Nebenschauplätze wie mangelnde Aufklärung, Dokumentation oder Organisation ersetzt.

Risikoassessment – Methodik

Ziel ist, ein aktives Risk-Management als Instrument zur Schadenprävention zu etablieren, um die Schadensituation in Krankenhäusern kontinuierlich zu verbessern.

Zuerst gilt es, den Kunden für die allgemeinen sowie die spezifischen Risiken zu sensibilisieren. Dies ist vor allem im Krankenhaus, in dem heterogene Berufsgruppen zusammenarbeiten, ein schwieriger Vorgang.

Danach kommt das Identifizieren der für das jeweilige Krankenhaus besonderen Risiken. Vielfältige Anforderungen bilden den Rahmen für das Risk-Management im Krankenhaus und damit auch für die



Dokumentation der Fachtagung

Bewertung von Risiken. Auf der Grundlage dieser Bewertung fällt die Entscheidung, welche Risiken künftig zu vermeiden, zu vermindern, an den Versicherer abzugeben und vom Krankenhaus selbst zu tragen sind. Das Steuern der Risiken gewährleistet jederzeit einen Überblick über die krankenhausspezifischen Gegebenheiten.

Im Folgenden sollten die erkannten und bewerteten Risiken anhand des erstellten Maßnahmenplans beseitigt oder zumindest reduziert werden. Die Umsetzungsphase wird eingeleitet und begleitet.

Da sich Risiken in Krankenhäusern aufgrund technischer Innovationen, spezifischer Verordnungen oder der Rechtsprechung der obersten Gerichte ständig verändern, müssen Risiken – auch bereits erkannte – sowie die zur Behebung ergriffenen Maßnahmen einer kontinuierlichen Evaluation unterzogen werden.

Das Risikoassessment ist im Rahmen einer umfassenden Risikoanalyse ein Werkzeug, mit dessen Hilfe die gegenwärtige Ist-Situation im Krankenhaus aufgenommen wird. Als weitere Bestandteile einer umfassenden Risikoanalyse sind u. a. die Auswertung der Schadenhistorie und die kontinuierliche Erfassung und Analyse von Ereignissen zu nennen.

Unabhängig von der Art des Krankenhauses ist juristischen, medizinischen, organisatorischen und auch technischen Anforderungen in verschiedenen Bereichen eines Krankenhauses zu entsprechen.

Insbesondere zu nennen sind Risiken, die in der Aufklärung, Organisation, Dokumentation, Gerätesicherheit auftreten. Dazu gehören ebenfalls Störungen in den Bereichen Kommunikation, Kooperation, Koordination, die sich aus der zunehmenden Arbeitsteilung in den Schnittstellen ergeben können. Des Weiteren ist die Kenntnis der von den medizinischen Fachgesellschaften vorgegebenen Leitlinien in den Bereichen Diagnose und Behandlung ein zu beachtendes Thema.

Je nach individueller Risikosituation kann es erforderlich sein, auch die Bereiche Sicherheit, Krisenmanagement, EDV, Umwelt, Brandschutz und Öffentlichkeitsarbeit in ein Risikoassessment einzubeziehen.

Unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten vollzieht sich das Risikoassessment in einem Krankenhaus in verschiedenen Phasen. Informationsgespräche zwischen Auftraggeber und Risk-Management-Experten führen die Entscheidung über ein Risikoassessment herbei. Stets sollte die Schadenhistorie, aus der Rückschlüsse zu ziehen und Verbesserungen für die Zukunft abzuleiten sind, Bestandteil einer umfassenden Risikoanalyse sein. Entsprechend der organisatorischen Systematik eines Krankenhauses sind verschiedene Bereiche in das Assessment einzubeziehen. Beispielsweise sind in einem Krankenhaus die medizinischen Fachabteilungen wie Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, Anästhesie oder Radiologie betroffen. Des Weiteren sind die Dokumentation, die Medizintechnik, die Hygiene, der Kreißsaal, aber auch der Pflege- und Verwaltungsbereich einbezogen. Die Analyse beginnt mit einer Projektdarstellung. Dabei wird versucht, in Bezug auf die Durchführung und die Ziele des Risikoassessments die notwendige Transparenz, Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft aller Beteiligten zu erreichen. Ablauf und Inhalte der anstehenden Analyse werden erläutert. An juristischen, medizinischen, organisatorischen und technischen Beispielen, die für das Risk-Management wichtig sind, werden Schadensszenarien praxisnah verdeutlicht.

Der nächste Schritt ist die Risikoerfassung. Sie liefert zunächst Rahmendaten wie Organigramme oder



Dokumentation der Fachtagung

krankenhausinterne Statistiken. Vervollständigt wird dieser theoretisch erworbene Überblick über die Risikosituation durch Gespräche, Besichtigungen und Beobachtung der Arbeitsabläufe vor Ort. Je nach Größe des Krankenhauses kann die Analyse einen oder mehrere Tage dauern. Auf der Grundlage der für das Risk-Management relevanten Anforderungen bewertet das Expertenteam die gesammelten Daten. Erfassung und Bewertung der Risiken münden in einen modular strukturierten Risikobericht. Wesentliche Bedeutung hat hierbei – neben ausgewählten haftungsrechtlichen Informationen –, dass abteilungsübergreifende und abteilungsspezifische Risiken aufgezeigt und Maßnahmenpläne ausgearbeitet werden. Diese Maßnahmenpläne sind das Kernstück für das weitere Vorgehen. Hier sind die festgestellten Risiken in tabellarischer Form zusammengefasst, sodass für jeden übersichtlich die gefundenen Risiken aufgezeigt werden und somit die Umsetzung der dargelegten Maßnahmen erleichtert wird. Die Erfahrung zeigt, dass ohne einen persönlich Verantwortlichen die Durchführung der konkreten Risk-Management-Maßnahmen häufig unterbleibt; daher wird ein Verantwortlicher bestimmt.

Für den Erfolg des Risk-Managements ist es entscheidend, alle Beteiligten zu sensibilisieren, damit jeder einzelne Mitarbeiter Risiken – ob verändert oder nicht – erkennen, bewerten und reduzieren oder vermeiden kann. Mit einem durchgeführten Risikoassessment ist ein erster wesentlicher Schritt hierzu getan. Das Assessment darf jedoch keine Einzelaktion bleiben, sondern muss in einen kontinuierlichen Risk-Management-Prozess münden, den das Risk-Management-Team gemeinsam mit dem Krankenhaus im Rahmen der Umsetzungsunterstützung initiiert. Nur wenn die festgestellten Risiken konsequent beseitigt werden, können Krankenhäuser imageschädliche Nachteile vermeiden und Erstversicherer wirtschaftliche Vorteile erwarten. Daher bedarf es einer konsequenten Unterstützung bei den Risk-Management-Aktivitäten. Die Präsentation der Ergebnisse vor den Beteiligten leitet die Umsetzungsunterstützung ein. Des Weiteren werden offen gelegte Risiken und präzise Maßnahmen mit den Beteiligten diskutiert und konkrete Aufgabenpakete zusammengestellt.

Als Ziel wird angestrebt, dass ein Krankenhaus den Risk-Management-Ansatz selbständig weiterführt und eine Risikopolitik definiert, die als Teil der Unternehmenspolitik integriert wird. Nur so können Schadenverhütung und Schadenminderung dauerhaft etabliert werden.

Die Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft bietet über ihr 100%iges Tochterunternehmen Münchener Ecoconsult GmbH mit ihrer Dienstleistung auf dem Gebiet des Risk-Managements im Krankenhaus einen umfassenden Service, um ihre Kunden bei der Bewältigung all dieser Anforderungen zu unterstützen.

Dienstleistungen auf dem Gebiet des Heilwesens, insbesondere für Krankenhäuser:

- Risikoassessments
- Erstellen von Maßnahmenplänen
- Umsetzungsunterstützung
- Ereignisberichtssysteme
- Workshops
- Seminare
- Vortragsreihen
- Follow-up-Analysen



Ganzheitliches Riskmanagement im Krankenhaus

LÄKH Bad Nauheim 13.5.04
Dr. med. Joerg H. Reichel

Studium/Promotion/Ausbildung

G.-August Uni Göttingen, Phillips Uni Marburg, LMU Würzburg, G.-Franzens Uni Innsbruck, MHH Hannover, LMU München Großhadern, TUM Kl.r.d.Isar, Chir. Klinik Dr. Rinecker, KMB Bogenhausen, v. Haunersche's Kinderspital München

Healthcare

General Electric (GE-Medical Protective, GE-ERC) Munich Re Group (MedNet, CRC, Münchener Ecoconsult) Lehrbeauftragter Steinbeis Universität Berlin (IHC), Dozent DVKC, BLÄK

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Einführung

- Riskmanagement US:
Claims, Premiums, Reactions, Insurance, Effects
- Risiko Management EU : Gründe und Grenzen
- Versicherbarkeit
- Zusammenarbeit! Bewusstsein für Schwachstellen und risiko-relevante Tätigkeiten

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Einführung

- Keine Einmischung in fachliche Kompetenz
- Keine negative Auswirkung auf z. B. Versicherungsprämie (schriftlicher Bericht nicht an Haftpfli.V. Zusicherung der Vertraulichkeit)
- Service, Sicherheit, Lösungen, Vertrauensbildung
- Patienten sollen fehlerhafte Behandlungen und schwere Schicksale erspart bleiben, Ärzte und Pflegepersonal in ihrem Ruf beschädigt und Kliniken wirtschaftlich nicht in schwierige Situationen gebracht werden!

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Risikomanagement Prozess

- Einführung
- Definition des Projektes und der Prozesse
- Kick off
- Quick Fixes (haftpflichtrechtlich orientierte Lösungsvorschläge, Verbesserungen)
- Analyse (begleitende Beobachtung)
- Präsentation (Workshop)
- Umsetzung (Workshop)
- Kontrolle (Workshop)

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Quick Fixes/Predestined Risks

- Hochrisikoabteilungen
- Dokumentation (s.a. EPA), OP und Aufklärung
- Richtlinien/Leitlinien (s. GMG amb./ stat. + Institut)
- (AWMF) Therapiestandards
- Klinikhandbuch/ Dienstanweisung
- Pflegeheime

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager



2. Aufklärung

- Seit 1894 in der Rechtsprechung bekannte ärztliche Pflicht, 1951 erstes BGH Urteil hierzu
- Organisationspflicht des Chefarztes (s. a. DKG Richtlinie)
- Aufklärung über Eingriff (Risiko, Alternative), Therapie (begl. Maßnahmen, Befunde, Misserfolg) und wirtschaftliche Konsequenzen (Kosten ...)
- Ausnahmen: Verzicht, Vorwissen, Einsichtsfähigkeit, Psyche, Bewusstlose

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

2. Aufklärung

- Das unterschriebene Formular ersetzt in keinem Falle das individuelle, auf den konkreten Einzelfall bezogene, rechtzeitige Gespräch!
- Zeit für ‚Für und Wider‘, Widerrufsrecht, Chance für Kommunikation
- ‚salus et voluntas aegroti‘, d.h. Verständnis, Fürsorge, Informationsbedürfnis, Aufnahmefähigkeit
- Beweislast: Behandlungsfehler - Patient, Aufklärung - Arzt

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

3. Quick Fixes/Predestined Risks

- Hygiene (Kompetenz, inf. Personal)
- Geräteverordnung (MPBetreibV, VBG 4/BGVA2)
- Medizin-Produkt-Gesetz
- technisches Riskmanagement
- Wiederaufbereitung von Einmalartikeln
- It. MPG und MPBetreibV nicht zulässig, da außerhalb der Zweckbestimmung. (BV-Med-Reuse News 2/2001: dokumentierte Infektionskette bei Wiederaufbereitung)

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

4. Quick Fixes/Predestined Risks

- Dienstorganisation/ Arbeitszeitgesetz
- Schadens-/Komplikationsmanagement
- Beschwerdemanagement
- Ambulantes Operieren
§ 115 B Abs. 1 SGB V, § 15 Facharztstandard,
§ 14 Qualitätssicherung, Empfehlungen BÄK und RKI
Häufigste Indikationen: Arthroskopie, CTS, Abrasio, Polypen, Phimose
- Blutspende

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

3. Quick Fixes/Predestined Risks

- Ambulanz/ Nothilfe/ Schockraum
- Nutzung durch „Dritte“
- Patientenmarkierung
- Notfall-/ Katastrophen-/ Evakuierungsplan
- Notfallmanagement-System (Medien)
- Medikationsfehler
- Trends: Robodoc, Fast-Track Chirurgie

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Analysen

- Interviews
- Patientenbefragung („Ein zufriedener Patient klagt nicht!“)
- Erkennung von Schwachstellen
- Erkennung von Verbesserungsmöglichkeiten
- ggf. RM-Bewusstsein-Erneuerung
- ggf. Mitarbeiterbefragung

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager



Präsentation

- Quick Fixes/ Predestined Risks
- Abteilungsspezifisch (Check up mit den einzelnen Abteilungen)
- und Abteilungsübergreifend (Präsentation, Workshop)
- Gewichtung von Schwachstellen nach
 - Schwere
 - Kosten
 - Nutzenals Maßstab für Effizienz und Effektivität

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Umsetzung

- Workshop I und II
- Installierung eines Risk Management Systems:
 - Beinahe-Zwischenfälle (Incident Reporting)
 - + Frühwarnsystem (ATHENA)
 - ‚inhouse‘ Schadenregulierung
- Installierung eines Risk Managers
- Krisen-Kommunikation + Worst Case Szenario Training

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Kontrolle

- Newsletter
- Frühwarnsystem (EBS, Incident Reporting)
- Schadenstatistik
- Komplikationsbesprechungen
- ggf. Auditors zur Zertifizierung (EFQM, KTQ, ISO 9000 ff.)
- ggf. Moderation und Mediation

Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Service

Einführung
Quick Fixes
Analyse
Präsentation
Umsetzung
'Kontrolle'



Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager

Ihr Referent:

Dr. med. Joerg H. Reichel
Healthcare Risk Management
Casualty Consulting/Munich Ecoconsult
Munich Re Group

Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft
Königsstraße 107, 80802 München

Tel.: (+49) 89/ 38 91-64 09, Fax: -7 64 09
mobile: (+49) 160/ 962 71 962
email: jreichel@munichre.com
jreichel@munichreco.com

web: <http://www.munichre.com>
<http://www.munichreco.com>

<http://www.athena.munichre.com>



Dr. Joerg H. Reichel Risk Manager



Bernd Pritzer
Deutsche Telekom AG

Risikomanagement – eine Notwendigkeit zur Bestandssicherung auch im Gesundheitswesen?

<p>Ganzheitliches Risikomanagement im Krankenhaus</p> <p>Akademie der Landesärztekammer Hessen 13.05.2004, Bad Nauheim</p> <p>Bernd Pritzer Corporate Risk Management, Insurar Deutsche Telekom AG, Zentrale Bo</p>	<p>Die Themen in der Übersicht</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Deutsche Telekom - Ihr Geschäftspartner Strategische Analyse - die Ausgangslage Herausforderungen begegnen - im Gesundheitswesen Risk Management System - der RM-Prozess Risikoportfolio - die TOP-Risiken im Klinikbereich Chancen- und Risikomaßnahmen - Handlungsbedarf Krankenhaus im Wandel - Kooperation, Verschmelzung
<p>Deutsche Telekom Ihr Geschäftspartner.</p> <ul style="list-style-type: none"> Unsere Herkunft – eine Analogie zu Entwicklungen in anderen staatlichen Infrastrukturbereichen. Wir haben die Erfahrungen im Risikomanagement <ul style="list-style-type: none"> im eigenen Unternehmen bei unseren Kunden 	<p>Strategische Analyse - Ausgangslage und Rahmenbedingungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorausschauende Anpassung an das sich verändernde Wettbewerbsumfeld wird zum kritischen Erfolgsfaktor. Berücksichtigung risikoorientierter Aspekte in den Informations- und Steuerungssystemen ist eine erfolgsentscheidende Notwendigkeit („Informierte“ Entscheidungen treffen). Die ohnehin komplexen Rahmenbedingungen für den Erfolg im Wettbewerb bedingen ein frühzeitiges Erkennen von möglichen Risiken und Entwicklungschancen. <p>Gilt dies auch für das Gesundheitswesen</p>
<p>Gesundheitswesen - wachsenden Herausforderungen begegnen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen und dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit gerecht werden. Wettbewerbsfähige Leistungs-/Produktionsstrukturen - von der Strategie bis zu effizienten Prozessen - entsprechende Qualitäts- und Sicherheitsstandards Aufbau eines ganzheitlichen, krankenhausweiten Risikomanagement-Systems (RMS) ist unverzichtbar, um nachhaltig die Sicherung des Erfolgs zu unterstützen - trotz aller Besonderheiten der Finanzierung etc. Erfüllung gesetzlicher Anforderungen 	<p>Risk Management System - der Risikomanagement-Prozess.</p>



Dokumentation der Fachtagung

Risikoportfolio

Die TOP-Risiken im Klinikbereich.

Nr.	Risikostichwort
1	Strategische (medizinische) Ausrichtung
2	Ineffiziente Steuerungs-/Informationssysteme
3	Suboptimale Infrastrukturen und Prozesse (Wirtschaftlichkeit, Qualitätsstandard)
4	Unzureichende qualitative und quantitative Personalausstattung / Personalplanung
5	Haftungspotenziale (weitgehend versichert?)
6	Fehlallokation durch suboptimale Honorierungssysteme
7	Daten- und IT-Sicherheit
8	Innendarstellung, Öffentlichkeit, Image
9	Wirtschaftsplanrisiken, Finanzierung

Ausmaß: sehr hoch, hoch, mittel, gering
Eintritt: sehr gering, gering, mittel, hoch

Chancen- und Risikomaßnahmen

- in allen Bereichen

- **strategische Ebene** (Medizinische Ausrichtung, Betriebsgröße, ...) → Wertschöpfung / Wettbewerbsposition
- **operative Ebene** (Patient, Technik, Organisation)
 - **technische**: z. B. Gerätesicherheit, IV-Sicherheit, Datenschutz, Meldeanlage, Brandschutz, ...
 - **organisatorische**: z. B. Qualifikation und Koordination ärztl. Dienst, Pflegedienst, Belegung / Auslastung, Alarm-/Notfallplan, ...
 - **vertragliche**: z. B. Lieferanten-, Patienten-Kassenverträge, Allgemeine Geschäfts-Bedingungen, ...
 - **finanzielle**: z. B. Rückstellungen, Rücklagen, Versicherungen, alternative Risiko-Finanzierung, ...

Chancen- und Risikomaßnahmen

- entsprechend dem Handlungsbedarf

- Wo sind die Risiken und die Chancen und wo ist der Handlungsbedarf am größten?

Unter dem Primat rechtlicher und ethischer Bedingungen sowie finanzieller Restriktionen:

- **Fokussierung auf die Kernkompetenzen**
 - Krankenhaus: Operation und Pflege
 - optimale Betriebsgrößen und Kooperation in allen Bereichen

Krankenhaus im Wandel.

Kooperation und Verschmelzung von Leistungserbringern.

Medicine Goes Digital → Morgen

	Gestern	Heute	Morgen
Klinikorganisation			
Selbstverständnis der Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Zeitverschiebung Unabhängigkeitsdenken Unsicherheitsvermeidung 	<ul style="list-style-type: none"> Zielnetzwerkorientierung SOB/ABG für Akutpatienten Buy-Ab-Alternative Lean Management 	<ul style="list-style-type: none"> Virtualisierungsorganisation Breite Kooperationen Make or Buy IT-e-Health und e-Business werden strategische Funktionen
Fokus	<ul style="list-style-type: none"> Wirtschaftlichkeit erhöhen (Kostenreduktion) Quantitätsergebnisse besetzen 	<ul style="list-style-type: none"> Wirtschaftlichkeit erhöhen (Effizienzsteigerung) Qualitätssteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> Wertschöpfung durch optimierte Behandlungsprozesse (Effektivitätssteigerung)

Deutsche Telekom

- unser Angebot für Healthcare.

- Strategie- und Umsetzungsberatung bei der Konzeption kompletter RM-Systeme.
- Unterstützung bei der Implementierung kompletter RM-Systeme oder in Teilbereichen.
- Für wesentliche Risikopotenziale bieten wir ganzheitliche Systemlösungen an.
- Wir sind der IT-Service Provider für Krankenhäuser in Deutschland.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Deutsche Telekom AG
Zentrale Bonn
Corporate Risk Management, Insurance

Postfach 2000
53105 Bonn

Telefon: 02 28 181 - 83010
Fax: 02 28 181 - 83017



Münchener Ecoconsult GmbH (MEC)

Die MEC ist eine 100%ige Tochter der Münchener Rück.

Die MEC leistet „casualty risk consulting“ auf den Gebieten Betriebs-, Umwelt-, Produkt-, Internet- und Heilwesenhaftpflicht sowie Gentechnik für Versicherungsunternehmen oder deren Versicherungsnehmer. Sie bietet wirtschaftlich vertretbare Risk-Management-Lösungen für die Assekuranz durch Ermitteln und Bewerten von Haftpflichtrisiken, Analysieren von Problemen und Entwickeln von Konzepten mit dem Ziel, Schäden für den Versicherer und das versicherte Unternehmen zu verhüten oder zu mindern.

Die MEC will Versicherern und deren Kunden ein kompetenter Partner bei der Beurteilung haftpflichtrelevanter Risiken und beim Abschluss entsprechender Versicherungen sein.

Wir setzen hierbei ausschließlich praxiserfahrene Experten ein.

Das Dienstleistungsspektrum umfasst Risikobesichtigungen, dazugehörige Gutachten und Auswertungen von schriftlichen Unterlagen einschließlich Schulungen sowie die technische Bearbeitung von Haftpflichtschäden.

Die Analysen berücksichtigen versicherungsvertragliche Gegebenheiten wie Neugeschäft oder Bestandsumstellung. In einer auch den Nichttechniker ansprechenden Form erhalten die Auftraggeber alle Informationen, die für eine qualifizierte Beurteilung des Risikos durch den Underwriter notwendig sind.

Die Tätigkeitsgebiete umfassen derzeit Folgendes:

- Arbeitssicherheit
- Umweltsicherheit
- Produkt- und Produktionssicherheit
(z.B. Kontrollsysteme, Rückrufpläne, Instruktion, Kommunikation)
- Internetsicherheit
- Risk-Management im Heilwesen (Krankenhäuser, ambulante Einrichtungen, Blutbanken, Studien)
- Gentechnik

Die Dienstleistungen der MEC stehen gegen Entgelt Zedenten und deren Versicherungsnehmern zur Verfügung.

Briefe:

MEC/ Dr. med. Jörg Reichel

Prokurist

Postfach 40 12 68

D-80712 München

Tel.: 0 89/34 80 55

Fax: 0 89/34 81 97

E-Mail: info@municheco.com



ATHENA – das Frühwarnsystem für medizinische Einrichtungen

Angesichts steigender Schadenfrequenzen und Schadenhöhen in der Arzt- und Krankenhaushaftung wirken sich Haftungsfälle zunehmend negativ auf Kliniken, Mitarbeiter und Patienten aus. Jede Klinik sieht sich unter wachsendem Wettbewerbsdruck mit jedem Haftungsfall potenziellen Imageverlusten ausgesetzt, die letztendlich existenzbedrohend sein können.

Abweichungen vom Normalverlauf bei der Versorgung und Behandlung von Patienten werden bisher selten strukturiert erfasst und rücken daher häufig nur aufgrund eines konkreten Schadenfalls oder bei Schadenersatzansprüchen in das Bewusstsein derjenigen, die an der Behandlung und Versorgung von Patienten beteiligt sind.

Diese Dunkelziffer aufzudecken liegt im Interesse einer modernen medizinischen Einrichtung, die sich dem Thema Qualitätsverbesserung und Risikominimierung stellt. Abweichungen sind nicht nur unter Qualitäts-, sondern auch unter Risikoaspekten, d.h. unter Haftungsgesichtspunkten, zu erkennen, zu erfassen und zu minimieren. Das Wissen um verbesserungswürdige Abläufe wird für medizinische Einrichtungen immer wichtiger: Gesetzgeber fordern, ein internes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen; Patientenrechte werden gestärkt; Krankenkassen bauen ihre Regressabteilungen aus; Schlichtungsstellen werden mit Anfragen zu Behandlungsfehlern überhäuft; Haftpflichtprämien haben sich drastisch verteuert; der Wettbewerb unter den Krankenhäusern nimmt zu und die zur Verfügung stehenden Budgets werden stetig geringer.

Vor diesem Hintergrund gilt es, mit dem Frühwarnsystem ATHENA die Aufgaben des Qualitäts- und Risikomanagements bei der Patientenversorgung und -behandlung gezielt zu unterstützen und den genannten Problemen entgegenzuwirken. ATHENA ist ein webbasiertes EDV-Tool, mit dem Abweichungen bei der Versorgung und Behandlung von Patienten zeitnah am Geschehen festgehalten und daraus präventive Strategien abgeleitet werden können.

Mithilfe von ATHENA lassen sich unterschiedliche Kategorien von Abweichungen (z. B. allgemeine Abweichungen, unerwartete Behandlungsergebnisse, Beinahe-Schäden, Zwischenfälle) aufdecken. Das Tool kann an jedem vernetzten Ort einer Klinik genutzt werden, um Abweichungen einzugeben. Die erfassten Abweichungen laufen in der Zentralstelle (z. B. Qualitäts- und Risikomanagement) zusammen und werden innerhalb der medizinischen Einrichtung zu einem Informationspool gebündelt. So können Trends identifiziert werden, aus denen Strategien zur Vermeidung von Abweichungen abzuleiten sind. Zudem gestattet die strukturierte Analyse interner Arbeitsabläufe, potenzielle Probleme zu identifizieren und zu korrigieren, bevor nennenswerte Qualitätsmängel bzw. schwerwiegende Abweichungen oder Schäden eintreten.

Kliniken können sich auf diesem Gebiet für die Zukunft rüsten, indem sie kontinuierlich sowie systematisch Versorgungsprozesse bearbeiten. Die Qualität der Patientenversorgung und -behandlung lässt sich auf diese Weise optimieren – damit werden Risiken für alle Beteiligten minimiert.

Münchener Rück
Dipl.-Betw., Dipl.-Sozialök. Sybille Musick
Healthcare Risk Management
80802 München
Tel.: +49 (89) 3891 9223
Email: Info_ATHENA.munichre.com
www.athena.munichre.com





Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...

...sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste ● modernste Tagungstechnik mit TED, Videolivekonferenzen usw. ● 4 EDV-Schulungsräume ● 1.000 qm Ausstellungsfläche ● 400 qm Freifläche ● 260 eigene kostenlose Parkplätze ● 2 km zur Autobahn ● 1 min zum Stadtbus ● 1,5 km zum Bahnhof ● 42 km zum Frankfurter Flughafen ● 37 km zur Frankfurter Messe ● Tagungspauschalen ab 25 €

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Carl-Oelemann-Weg 5 ● D-61231 Bad Nauheim

Fon: + 49 60 32 7820 ● 0180call: 01803-Bildung ● Fax: + 49 6032 782250

info@fortbildungszentrum-aerzte.de ● www.fortbildungszentrum-aerzte.de