

DAS 16-PUNKTE-PROGRAMM FÜR EIN WIRKSAMES RISIKOMANAGEMENT **ERKENNTNISSE, ERGEBNISSE, EMPFEHLUNGEN**

Tagungsleitung: Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhaus-Management, Universität Münster

(1) Der Risikoraum Krankenhaus ist vielschichtig:

- > klinische Risiken
- > ökonomische Risiken
- > Mitarbeiterisiken
- > juristische Risiken

Jeder Mitarbeiter, jede Berufsgruppe beeinflusst den Risikostatus des Krankenhauses:

- > der Controller durch Budgetrestriktionen und Investitionsbeschränkungen
- > der Einkäufer durch Preis dominierte Beschaffungspolitik
- > der Arzt durch Diagnose- und Therapieentscheidungen
- > die Pflegekraft durch ihr Verbrauchsverhalten
- > der Apotheker
- > ...

(2) Risikomanagement-Systeme und Risikomanagement-Instrumente sind verfügbar, aber ihre Anwendung erfolgt eher sporadisch, weil die Handhabung kompliziert ist und juristische Stolperfallen beinhaltet.

Zu empfehlen sind Instrumente, die einfach zu handhaben und mit Daten befüllbar sind:

- > Risikoatlas
- > Ishikawadiagramm

(3) Ein Katastrophenereignis fällt nicht schicksalhaft vom Himmel, sondern ihm gehen 29 Beinaheunfälle voraus, die wiederum auf 300 arbeitstäglige „Schlampereien“ zurückzuführen sind.

Was lernen wir daraus?

Katastrophenmanagement (das „spitze Ende“ der Katastrophen-/Fehlerpyramide) ist Reparatur- und Schadensbegrenzungsmanagement. Intelligenter, wirksamer und wirtschaftlicher ist das Management am „stumpfen Ende“ der Fehlerpyramide: kleine Fehler nicht annehmen, nicht machen, nicht weitergeben.

(4) Dokumentation ist die Nachweisgarantie im Klagefall. Hygienesicherheit kann nur indirekt dokumentiert werden:

- > durch Aufstellen von Steriliumspendern (=Strukturqualität)
- > durch Aktionen zur Awarenesssteigerung der Notwendigkeit kontinuierlicher Händedesinfektion (Prozessqualität)

(5) Der Patient hat Anspruch auf:

- > die sicherste Form der Desinfektion
- > die sicherste OP-Ablaufplanung
- > die sicherste OP-Eingriffsart
- > die sicherste ...

Der adipöse Patient ist so zu behandeln, wie es dessen individuelle Situation erfordert:

- > Einsatz spezieller Medikalprodukte (z.B. Trokare)
- > Einsatz tragfähiger Spezialbetten/OP-Tische
- > Personalmehrbedarf sicherstellen

(6) Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist aufgrund des Ärztemangels notwendig, aber mit fachlichen und damit juristischen Risiken verbunden. Hinzu kommen wachsende Koordinationsanforderungen bei Delegation und Dezentralisation.

(7) Hygieneteams müssen systematisch eingebunden werden in:

- > Investitionsentscheidungen
- > regelmäßige Überprüfung von Hämodialysegeräten
- > Antibiotikatherapie
- > Hygienevisiten
- > Schulung

(8) Die entwickelten Gesundheitssysteme (Österreich, Deutschland, Schweiz, Niederlande,...) stehen alle vor den gleichen Herausforderungen:

- > begrenzte Finanzierung
- > Gefahr zunehmender Rationierung und Priorisierung
- > Phänomen der alternden Gesellschaft, d.h. Patienten werden älter und multimorbider
- > innovative OP-Prozeduren, Eingriffstechniken und Diagnoseformen ermöglichen frühzeitigere Diagnosen und schonendere Eingriffe

(9) Herausforderung Infektion:

- > Neue nosokomiale Erreger gefährden immungeschwächte Patienten.
- > Alte bekannte Erreger mutieren (siehe EHEC).
- > Die nosokomiale Infektionsrate nimmt ab, die community acquired infection rate nimmt zu, weil die Verweildauern kürzer werden und die therapeutischen Möglichkeiten während des verkürzten Krankenhausaufenthaltes abnehmen.

(10) Das Frühwarn-Dashboard ist ein ideales Instrument des Risikocontrolling und berichtet über:

- > Anzahl der Patienten mit Infektionstherapie
- > Anzahl kolonisierter Patienten
- > AB-Resistenzen
- > AB-Verbrauchsdaten
- > Anzahl der Patienten in Isolierung
- > ...

(11) Teure Einwegprodukte, die nicht aufbereitet werden dürfen (warum eigentlich?), erhöhen die Kosten im Burden-of-Disease und bewirken umgehend Rationierung und Priorisierung. Es liegt in der Hand der Krankenhäuser, Produkte einzusetzen, die gefahrlos für den Patienten wiederverwertbar sind.

(12) Arzneimittelsicherheit und Wirtschaftlichkeit der AM-Versorgung werden erreicht, wenn ein AM-Versorgungssystem etabliert wird, das drei Element aufweist:

- > klinischer Pharmazeut als Verordnungspartner des Arztes

- > Verordnungssoftware für schnelle Standardprüfungen (Verträglichkeit, Dosisanpassung, Wechselwirkungen, Komplexierungen)
 - > elektronische Versorgungsschränke auf Station
- (13) Der Unterschied zwischen einem Medizinökonom und einem kaufmännischen Erbsenzähler:
- > Der Erbsenzähler fragt: „Was kostet dieses Medikalprodukt und welches funktionsgleiche Produkt ist billiger?“
 - > Der Medizinökonom fragt: „Welche Risiken treten für den Patienten auf, wenn ein bestimmtes Produkt gekauft bzw. nicht gekauft wird?“
- (14) Die Schaffung einer sicheren Arbeitsumgebung ist Arbeitgeberpflicht, d.h.:
- > Planung der Gefahrenverhütung
 - > Berücksichtigung des Faktors Mensch

Aber auch der Arbeitnehmer ist verpflichtet, sicherheitsrelevante Anweisungen des Arbeitgebers zu erfüllen.

Merke: Der kollektive Gefahrenschutz hat Vorrang vor einem individuellen Gefahrenschutz.

- (15) Standardisierung sichert Qualität und erhöht die Wirtschaftlichkeit.
- (16) Wie macht man aus Krisen Chancen? Durch glaubwürdige, empathische und sachliche Kommunikation.

Klassische Medien brauchen Opfer und Schuldige. Virale Kommunikation (youtube, facebook, flickr, twitter,...) ist ein Selbstläufer und schwierig zu steuern.

Interne Kommunikation ist im Krisenfall der allererste Schritt; externe Kommunikation der zweite Schritt.