

Risikomanagement auf Befehl?

Sabine Kraft, Karl-Heinz Busche

Im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg ist Patientensicherheit mehr als nur ein Befehl!

Ein Interview geführt von Sabine Kraft, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH mit dem Qualitätsbeauftragten des Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Oberstleutnant Dipl. Kaufm. Karl-Heinz Busche.

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Anfang 2014 beschlossen, dass ein klinisches Risikomanagement für Krankenhäuser verbindlich wird und als Teil des Qualitätsmanagement-Systems etabliert wird. Auch wenn sicherlich wieder ein Stöhnen durch die Krankenhauslandschaft geht und die Frage gestellt wird, wer das alles bezahlen soll: Die Forderung nach Einführung eines Risikomanagements ist absolut überfällig.

Zu den Elementen dieses Risikomanagement-Systems sollen die Krankenhäuser

- den Informationsaustausch über Risiken regeln,
- Verantwortliche für das Risikomanagement benennen,
- ein Fehlermeldesystem (z. B. ein CIRS) etablieren,
- die eingegangenen Fehlermeldungen analysieren, um herauszufinden, welches Risiko für die Patienten bestand,
- Maßnahmen ergreifen, um diese Fehler zu eliminieren und künftig zu vermeiden und
- ein Beschwerdemanagement-System etablieren.

Für all dies trägt die oberste Leitung die Verantwortung. Risikomanagement im Krankenhaus kann die Führungskraft nicht delegieren. Eine Sicherheitskultur muss gelebt werden. Und das betrifft nicht nur die Patientensicherheit, das betrifft nicht nur ein „klinisches Risiko“, sondern das betrifft alle Fehler.

Sabine Kraft: „Herr Busche, als die Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH im Jahr 2009 im Bundeswehrkrankenhaus HH im Zentral-OP und der Zentralen Notaufnahme ein Risikoaudit durchführte, hatten Sie schon viele der oben benannten Elemente in Umsetzung. Mit welchen Elementen/Projekten des Risikomanagements haben Sie in Hamburg begonnen?“

Karl-Heinz Busche: „Bevor ich konkret auf die Frage antworte, erlauben Sie mir ein paar einleitende Sätze. Die Grundlagen zum Risikomanagement liegen in erster Linie in den rechtlichen und behördlichen Auflagen, die sehr hohe Anforderungen an die Krankenhäuser stellen. Das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) aus dem Jahr 1998 schreibt verbindlich für

Unternehmensleitungen vor, ein unternehmensweites Früherkennungssystem für Risiken einzuführen und zu betreiben sowie Aussagen zu Risiken und zur Risikostruktur des Unternehmens im Lagebericht des Jahresabschlusses der Gesellschaft zu veröffentlichen. Auch im klinischen Bereich lassen sich viele Beispiele für einzelne Aktivitäten zum Risikomanagement finden. Exemplarisch sei in diesem Interview auf die sehr hohen Ausbildungsanforderungen für das Krankenhauspersonal, die behördlichen Aufsichtspflichten oder Teilnahme an der externen Qualitätssicherung hingewiesen.

Im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg wurde mit den Vorbereitungen auf die erste KTQ® Zertifizierung (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) im Jahr 2007 begonnen, die bestehende Qualitätsmanagementorganisation und somit das „Expertenwissen“ zu bündeln, um neben der bestehen hierarchischen Gliederung (Linienorganisation) eine „vernetzte Organisation der kurzen Wege“ zu etablieren.

Kurz gesagt: Ein erfolgreiches Risikomanagement lebt von kurzen Reaktionszeiten, vernetzten Strukturen und der Nutzung von Expertenwissen. Geeignete Qualitätsmanagementstrukturen sind dafür das notwendige Fundament.

Bestehende Instrumente zum Risikomanagement, wie das etablierte Berichtswesen für die Geschäftsführung, das Beschwerdemanagement (Patienten und Hausangehörige), das innerbetriebliche Vorschlagwesen und die Umsetzung der Standards und Leitlinien, wurden gebündelt und zentral durch die QM-Organisation begleitet.

Der erste Meilenstein zur Einführung eines zentralen Risikomanagements war mit Sicherheit die freiwillige Absolvierung des KTQ-Zertifizierungsverfahrens, bei dem drei ausgewiesenen Experten aus dem Gesundheitswesen ein tiefer Einblick in die internen Prozesse gewährt wurde.

Weitere Meilensteine waren die Einführung und Etablierung eines CIRS (Critical Incident Reporting System), ein Meldeverfahren für Beinahefehler und Beinahevorkommnisse im Jahr 2008 und die Einführung einer Balanced Score Card für die Krankenhausleitung im gleichen Jahr.

Im Jahr 2009 folgten externe Risikoaudits im Zentral-OP und der Zentralen Notaufnahme durch die Gesellschaft für Risikoberatung mbH, bei der wertvolle Hinweise zur Erhöhung der Patientensicherheit gewonnen wurden.“

Sabine Kraft: „Herr Busche, die Mindeststandards für ein klinisches Risikomanagement sollen laut G-BA mit den Aktivitäten des Qualitätsmanagements vernetzt werden. Laufen bei Ihnen als Qualitätsmanagementbeauftragten alle Fäden zusammen? Welche unterstützenden Strukturen werden in den Fachabteilungen und Arbeitsbereichen vorgehalten?“

Karl-Heinz Busche: „Es ist im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg genau so, wie Sie die Frage formulieren. Zunächst einmal wurden im Jahr 2007 die bestehenden Weisungen und Vorlagen zum Qualitätsmanagement in einem umfassenden QM-Konzept zusammengefasst, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten geregelt und konkrete Aussagen zum Risikomanagement und zum CIRS getroffen.“

Nachdem die einzelnen Aktivitäten im Risikomanagement deutlich zunahmen, wurde ein zentrales Risikomanagementkonzept erstellt. Dieses befindet sich zwar noch im

Aufbau und ist noch nicht vollständig implementiert, aber wir befinden uns nach der Einführungsphase jetzt mittlerweile im Realbetrieb. Der zentrale Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) wurde zum Risikomanager ausgebildet und eine zweite Person befindet sich in der Ausbildung. Es wurden acht Risikoklassen identifiziert und insgesamt 42 Einzelrisiken herausgearbeitet, die unmittelbar bewertbar sind. Mit der Bewertung sind Risikobeauftragte betraut, die EDV-gestützt und tagesaktuell die Risiken bewerten können. In dem sog. „RISK Cube“, einem EDV gestützten Berichtsblatt wird der Krankenhausleitung und den Abteilungsleitern die jeweilige Risikoklassifikation und Risikobewertung tagesaktuell zur Kenntnis gebracht.

Schwierigkeiten bei dem jetzt etablierten „RISK Cube“ bestehen noch in der zeitnahen Erfassung und Abbildung von klinischen Risiken (z. B. Komplikationen) und die Abbildung der abteilungsspezifischen Risiken. Auch das Thema „Compliance“ ist ebenso wenig vollständig abgebildet wie ein Standardberichtswesen z. B. Monats- oder Jahresberichte zum Risikomanagement.

Auch wenn für das Risikomanagement ein eigenes Konzept mit entsprechenden Beauftragten vorliegt, sind alle Regelungen und Dokumente (sowohl zum QM-System als auch zum Risikomanagement) Bestandteil des QM-Handbuches. Sie basieren auf den gleichen Regelungen (z. B. zum Dokumentenmanagement) und werden bewusst als zwei Teile eines gesamten Managementkonzeptes dargestellt.

So ist der CIRS-Beauftragte beispielsweise Mitglied des zentralen QM-Teams (strategische Steuerung des QM-Systems). CIRS-Meldungen werden regelmäßig in der QB-Tagung (operative Umsetzung des QM-Systems) vorgestellt und Maßnahmen diskutiert.“

Sabine Kraft: „Für die Organisation des klinischen Risikomanagements (kRM) zur Förderung der Patientensicherheit sind klare Verantwortlichkeiten und nachvollziehbare Strukturen zu schaffen. Wie sieht das bei Ihnen in der Praxis aus?“

Karl-Heinz Busche: „Die Organisation des klinischen Risikomanagements ist im Risikomanagementkonzept und fest in den QM-Strukturen eingebunden und über den sog. Risk Cube EDV gestützt. An dieser Stelle möchte ich das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ und die „Aktion Saubere Hände“ ausdrücklich erwähnen. Sinnvoller als das Verschriftlichen von Vorgängen ist die Zuordnung von Verantwortlichkeiten bei Projekten. Ich meine damit, dass für jede Empfehlung des Aktionsbündnisses ein Projektverantwortlicher benannt werden sollte, der für die Umsetzung zuständig ist.“

Sabine Kraft: „Im Bundeswehrkrankenhaus HH haben Sie ein Beschwerdemanagementsystem implementiert. In welcher Form werden die Beschwerdebearbeitung und die Ergebnisse für Mitarbeiter transparent gemacht?“

Karl-Heinz Busche: „Wir erstellen zwei Berichte. Der erste sehr detaillierte Bericht wird der Krankenhausleitung zur Verfügung gestellt, die daraus Schlussfolgerungen zieht und Maßnahmen einleitet und umsetzt.

Der zweite Bericht ist für die interessierte Öffentlichkeit bestimmt und fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen. Dieser Bericht wird in der Hamburger

Krankenhausgesellschaft zur Verfügung gestellt, die im Rahmen des Projektes „die Hamburger Erklärung“ einen Jahresbericht für alle an dem Projekt beteiligten Hamburger Krankenhäuser veröffentlicht.

Das erklärte Ziel der Krankenhausleitung ist es, die positiven Bewertungen als Ansporn zu verstehen, die Qualität zu halten und aus der Kritik zu lernen und besser zu werden. Dabei sind der offene Umgang mit Lob und Kritik und vor allem die Transparenz der Schlüssel zum Erfolg, um im Sinne und zum Wohle der uns anvertrauten Patienten besser zu werden.“

Sabine Kraft: „Herr Busche, seit wie vielen Jahren haben Sie im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg ein einrichtungsinternes CIRS installiert?“

Karl-Heinz Busche: „Wir haben im Jahr 2008 mit einem Pilotprojekt begonnen und sind zu Beginn des Jahres 2009 in den Realbetrieb übergegangen. Zunächst wurden Meldungen auf standardisierten Formularen auf dem Postweg verschickt und die Auswertungen erfolgten in den Analyseteams. Seit dem Jahr 2012 verfügen wir zusätzlich im klinikinternen Intranet über Online-Formulare, die von jedem Computer des Krankenhauses aus ausgefüllt werden können. Auch bei diesen Online-Formularen ist die Anonymität sichergestellt, sodass eine Rückverfolgung absolut ausgeschlossen ist. Zudem werden die Inhalte der CIRS-Meldung, der Bearbeitungsstand und der Abschluss des Vorganges transparent gemacht. Gerade die Veröffentlichung aller CIRS-Meldungen und die daraus resultierten Veränderungen haben die Akzeptanz bei den Hausangehörigen deutlich erhöht. Sicherlich werden nicht alle relevanten Situationen über das CIRS gemeldet, aber mit ca. 80 Meldungen pro Jahr sind wir bei einem Haus unserer Größe mehr als zufrieden.“

Sabine Kraft: „Herr Busche, gibt es einen Unterschied zum CIRS in der Bundeswehr und bspw. einer zivilen Plattform wie das CIRSmedical?“

Karl-Heinz Busche: „Nein, überhaupt nicht. Wie alle Kliniken in Deutschland, die ein CIRS betreiben, nutzen wir die gleichen Meldeformulare und bedienen uns der gleichen Instrumente und Organisationselemente. Im besonderen Maße werden die Aspekte des Datenschutzes und der IT-Sicherheit entsprechend der Vorgaben umgesetzt. Zurzeit beteiligen wir uns nur noch nicht in einem der bestehenden CIRS-Netzwerke. Dies hat jedoch ausschließlich organisatorische Gründe.“

Sabine Kraft: „Laut G-BA-Beschluss muss das einrichtungsintern installierte CIRS die Möglichkeit bieten, bei Bedarf einrichtungsübergreifend über Erkenntnisse zur Prävention zu berichten. Geschieht dies zwischen den fünf Bundeswehrkrankenhäusern oder auch darüber hinaus?“

Karl-Heinz Busche: „Hier befindet sich der zentrale Sanitätsdienst noch in der Entscheidungsfindung. In den fünf Bundeswehrkrankenhäusern gibt es unterschiedliche Entwicklungsstände in der CIRS-Organisation, die es unter einer gemeinsamen Organisation zu harmonisieren gilt.“

Sabine Kraft: „Der G-BA-Beschluss sieht vor, dass die Mitarbeiter des therapeutischen Teams in der sachgerechten Handhabung von Fallanalysen geschult werden. Haben Sie in den einzelnen Abteilungen bereits regelmäßig stattfindende Fallanalysen implementiert und werden die Ergebnisse als ein Lerninstrument aufbereitet und allen zur Verfügung gestellt?“

Karl-Heinz Busche: „Diese Frage lässt sich nicht pauschal für das gesamte Krankenhaus beantworten. Sicherlich hat es schon immer berufsgruppen- und interdisziplinäre Fallbesprechungen gegeben, legt man jedoch den G-BA- Beschluss zu Grunde, so sind die Strukturen nachzuweisen die Fallanalysen systematisch zu protokollieren. Hier sehe ich für das Bundeswehrkrankenhaus noch Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Wir verfügen schon heute über eine Tumorkonferenz, bei der Therapeuten regelhaft und strukturiert mit eingebunden sind. Für das nach den Kriterien der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zertifizierte „regionale Traumazentrum“ (der DGU) und im nach der DIN EN ISO 9001:2008 Norm zertifizierten „Hörzentrum“ trifft dies zu. Ich könnte mir dies auch noch für weitere Abteilungen und Bereiche des Bundeswehrkrankenhauses vorstellen. Jedoch weiß ich aus meinen bisherigen Erfahrungen auch, dass der Weg der kleinen Schritte langfristig erfolgreicher ist, als eine schnelle, große Lösung, die schwer durchzuhalten ist.“

Im dritten Quartal 2014 finden erstmals auch interdisziplinäre Mortalitäts- & Morbiditäts-Konferenzen statt, um abteilungsübergreifend aus Krankenverläufen zu lernen.“

Sabine Kraft: „Herr Busche, die Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit stellt viele Kliniken vor eine große Herausforderung, insbesondere auch durch den Einsatz von Generika und die damit verbundenen häufigen Wechsel der Präparatenamen. Welche Sicherheitsstrategien haben Sie im Bundeswehrkrankenhaus HH in der Praxis etabliert?“

Karl-Heinz Busche: „Am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg ist bereits seit geraumer Zeit eine Projektgruppe mit der Bearbeitung der Arzneimitteltherapiesicherheit beauftragt. Auch hier gilt das Gesagte, es ist wichtiger kleine Schritte sicher zu setzen, als mit großen Lösungen nie fertig zu werden. Wir sind derzeit damit beschäftigt, eine IST-Analyse der bereits bestehenden Mechanismen zu erstellen und nachfolgend die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit auf ihre Realisierbarkeit zu prüfen. Von großem Vorteil ist dabei, dass die Bundeswehrkrankenhäuser über eigene Apotheken verfügen und so den Sach- und Fachverstand direkt vor Ort haben.“

Sabine Kraft: „Welchen Stellenwert in der Fortbildung haben klinische Simulations- und Trainingszentren? Halten Sie im Bundeswehrkrankenhaus HH ein solches klinisches Simulations- und Trainingszentrum vor?“

Karl-Heinz Busche: „Der zentrale Sanitätsdienst und speziell wir am Bundeswehrkrankenhaus in Hamburg kommen unserem Ausbildungsauftrag als einer unserer Kernaufträge – neben der Personalgestellung für Auslandseinsätze und der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung – gern nach. Wir verfolgen die Philosophie, dass zur optimalen Patientenversorgung ein sehr guter Ausbildungsstand des

Personals der Schlüssel zum Erfolg ist. Aus-, Fort- und Weiterbildung sind daher von besonderer Bedeutung. Um dies zu gewährleisten haben wir im Jahr 2011 das Simulationszentrum für innerklinische Reanimation und in der Einsatzvorbereitung aufgebaut und verfügen somit über das erste Simulationszentrum des zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr, das zudem erfolgreich das Zertifizierungsverfahren nach der DIN EN ISO Norm 9001:2008 durchlaufen hat. In den Simulationen lernen die Teilnehmer mit klinischen und den einsatztypischen präklinischen Szenarien umzugehen. Zudem wurden auch bereits internationale Kurse für Militärangehörige anderer Streitkräfte durchgeführt. Sie sehen also, das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg versucht innovativ neue Wege in der Bundeswehr, im Gesundheitswesen und im Qualitätsmanagement zu gehen. Dies geschieht nicht zum Selbstzweck, sondern ausschließlich unter der Prämisse, was wir für die uns anvertrauten Patienten und die in unserem Krankenhaus beschäftigten Soldaten/-innen und zivilen Mitarbeiter tun müssen, damit die an uns gestellten Aufgaben optimal erfüllt werden können.“

Sabine Kraft : „Herr Busche, Vielen Dank für das Interview.“

Autoren:

Sabine Kraft, B.Sc., Risiko-Beraterin, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold, E-Mail: sabine.kraft@grb.de, www.grb.de

Karl-Heinz Busche, Dipl.-Kaufm., Oberstleutnant und Leiter Abtlg. Controlling und Qualitätsmanagement, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Lesserstrasse 180, 22049 Hamburg, E-Mail: karlheinzbusche@bundeswehr.org

Der Artikel erschien in der BDC Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“. 2014 Oktober; 4(10): Artikel 03_01