

# 1 Risikomanagement im Spannungsfeld Notaufnahme

## 1.1 Notfallmedizin als besonderes Handlungsfeld des Risikomanagements

*Reinhard Strametz und Martin Pin*

Keine medizinische Maßnahme ist frei von Risiken. Diese zentrale Erkenntnis wurde bereits in der hippokratischen Medizin unter dem Grundsatz »primum nil nocere, secundum cavere, tertium sanare« zusammengefasst. Gleichzeitig erkannte jedoch Seneca in seinen *Epistulae morales*, die grundsätzliche Fehlbarkeit des Menschen (Seneca 62 n. Chr., VI,57,12). Was in der verkürzten Darstellung dieser Erkenntnis durch das berühmte Zitat »errare humanum est«, also »irren ist menschlich« jedoch nicht berücksichtigt wird, ist die damit verbundene Aufforderung, aus Fehlern zu lernen:

Errare humanum est, sed in errare perseverare diabolicum. Seneca (4 v. Chr.–65 n. Chr.)  
Irren ist menschlich, aber im Fehler zu verharren teuflisch.

Die Medizin vergangener Jahrhunderte ging durch nebenwirkungsreiche, oft schädliche Therapieansätze und mangelnde Kenntnisse über biologische Abläufe oder hygienische Grundanforderungen teilweise hohe Risiken für Patienten ein. Nach zahlreichen Meilensteinen in der medizinischen Versorgung, wie der Einführung von Impfungen, einer allgemeinen Hygiene bzw. sterilem Arbeiten im OP und der Entdeckung von Antibiotika reduzierten sich Risiken in der Patientenversorgung nachweisbar deutlich.

Die Tatsache, dass Risikomanagement und Gefährdungen der Patientensicherheit in unseren Tagen von wachsendem Interesse und wachsender Bedeutung sind, basiert auf einer Entwicklung, die insbesondere die notfallmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen stellt und im Wesentlichen auf vier Faktoren zurückzuführen ist (Strametz 2017): Zunehmende Komplexität in der Versorgung, gestiegene Erwartungen von Patienten, Angehörigen und Dritten, intensiver, teils ruinöser Wettbewerb und medizinisch-technischer Fortschritt.

Die zunehmende Komplexität der medizinischen Versorgung ergibt sich aus dem schnell steigenden medizinischen Wissenszuwachs und der damit einhergehenden Spezialisierung innerhalb der Fachdisziplinen. Als Konsequenz hieraus sind oftmals zahlreiche zusätzliche Akteure unterschiedlicher Gesundheitsfach- und Heilberufe, zunehmend hochspezialisiert auf einzelne Aspekte, gemeinsam an der Versorgung eines Patienten beteiligt. So ist es evident, dass gut trainierte, in-

terdisziplinär agierende Teams im Schockraum eine zeitnahe Versorgung von Notfallpatienten gewährleisten, die insbesondere bei schwerstverletzten Patienten das Outcome deutlich verbessert (Schoeneberg 2014). Mit jedem zusätzlichen Prozessbeteiligten steigen jedoch die Risiken für Informationsverluste und Missverständnisse, die wiederum negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit nach sich ziehen können. Es bedarf also speziell notfallmedizinisch breit ausgebildeter Ärztinnen, Ärzte und Pfleger in der klinischen Notfallversorgung, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Die Einführung der Zusatzweiterbildung »Klinische Akut- und Notfallmedizin« in der Musterweiterbildungsordnung durch den 121. Deutschen Ärztetag 2018 (BÄK 2018) und die Einführung der Weiterbildung Notfallpflege (DKG 2016) waren wichtige Maßnahmen zur weiteren Professionalisierung der Notfallmedizin und somit zur Steigerung der Patientensicherheit.

Dem gegenüber stehen Ansprüche der Patienten an die medizinische Versorgung und deren Rahmenbedingungen, die in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind und nicht selten, insbesondere im Spannungsfeld Notaufnahme, von einer hohen Erwartungshaltung geprägt sind. Dies wird durch die mediale Darstellung des Gesundheitswesens sowohl in der Fiktion, als auch der Berichterstattung über Ergebnisse der Grundlagenforschung als sogenannte »Durchbrüche« in der Behandlung bislang unheilbarer Erkrankungen ebenso wie der Skandalisierung mutmaßlicher Defizite zusätzlich befördert. Die teilweise bestehende und möglicherweise zunehmende Divergenz zwischen erwarteter und erlebter Leistung führt in der Notaufnahme zu besonderen Problemen. Die hohe psychische Anspannung des Notfallpatienten und/oder seiner Angehörigen, trifft auf Mitarbeitende mit qualitativ und quantitativ hoher Arbeitsbelastung. Durch die steigende Anzahl von Notfallpatienten, zum Beispiel durch den demografischen Wandel, aber auch durch die Inanspruchnahme von Notaufnahmen als Ersatz für vertragsärztliche Versorgungsstrukturen (Somasundaram 2016) entstehen neben direkt daraus resultierenden Risiken (► Kap. 2.1.3) somit Brüche in der Erwartung der Beteiligten, die ihrerseits wiederum ein Risiko darstellen (► Kap. 2.3.4).

Dies alles geschieht in der stationären Patientenversorgung unter einem zunehmenden ökonomischen Wettbewerbsdruck, der in den letzten Jahren kompensatorisch zu einer enormen Leistungsverdichtung geführt hat. So reduzierte sich die Zahl der Krankenhausbetten laut Statistischem Bundesamt von 1991 bis 2015 um 166.412 (-25 %) bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl jährlicher stationärer Behandlungsfälle um 32 % auf 19.239.574 (DESTATIS 2017). Die Ausrichtung auf größtmögliche ökonomische Effizienz stellt auch die zentralen Notaufnahmen vor die Herausforderung, im Spannungsfeld zwischen reduzierten Belegungsressourcen und elektiver Patientenversorgung, die stationäre Aufnahme von Notfallpatienten sicher und zeitgerecht zu koordinieren.

Der medizinisch-technische Fortschritt bietet Patienten in der Notfallversorgung zusätzliche Chancen, auch lebensbedrohliche Zustände gut zu überstehen, birgt aber gleichzeitig auch Risiken. Durch die Verkürzung der Halbwertszeit medizinischen Wissens steigt bei allen Beteiligten der Bedarf an kontinuierlicher und zielgerichteter Fortbildung, was insbesondere im Kontext der oben beschriebenen Leistungsverdichtung Probleme aufwirft. Neben dem Wissen innerhalb

einer Organisation, muss in einer Notaufnahme an 365 Tagen auch die Kompetenz vorgehalten werden, alle relevanten Prozessabläufe der Notfallversorgung – unabhängig von einzelnen Handelnden – verlässlich durchzuführen. Dies bringt jedoch insbesondere Notaufnahmen mit geringer Versorgungskapazität im ökonomischen Spannungsfeld unter zusätzlichen Druck (► Kap. 2.2.1). Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (G-BA 2018) trägt dem Rechnung und beschreibt die zukünftigen qualitativen Voraussetzungen von Krankenhäusern für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung.

Die eben genannten Punkte treten in der Notaufnahme eines Krankenhauses auch deswegen in besonderer Weise in Erscheinung, da letztlich alle Faktoren zusammentreffen, unter denen bei der medizinischen Versorgung eine erhöhte Häufigkeit und eine gravierendere Auswirkung von Risiken zu beobachten ist:

1. Die Patienten sind oftmals in einem kritischen bzw. gebrechlichen Gesundheitszustand und somit anfälliger gegen Fehler in der Versorgung.
2. Es handelt sich oftmals um zeitkritische Prozesse und es müssen Entscheidungen unter hohem Druck getroffen werden.
3. Das Patientenaufkommen und damit verbunden die notwendigen vorzuhaltenden Ressourcen sind im Vorfeld nicht immer präzise planbar, es kommt somit zu Arbeitsspitzen.
4. Aufgrund der Variabilität der Versorgung und der multiplen Schnittstellen präklinisch und innerklinisch sind viele Personen und Professionen beteiligt, wodurch die Komplexität und der Abstimmungsbedarf zunehmen.

Somit ist davon auszugehen, dass einerseits eine höhere Anzahl relevanter Risiken vorhanden ist und andererseits auch das potentielle Schadensausmaß bei Verwirklichung eines Risikos deutlich höher ist als in Bereichen ohne die oben genannten Kriterien.

Das mutmaßliche Ausmaß von Patientenschäden dokumentierte der Bericht »To err is human« des Institute of Medicine (IOM) im Jahr 1999 eindrücklich (Kohn 1999). So wurde basierend auf den damals verfügbaren Daten angenommen, dass jährlich ca. 48.000–96.000 Menschen im US-amerikanischen Gesundheitssystem in der stationären Versorgung aufgrund vermeidbarer Fehler versterben. Im Jahr 2016 publizierten Makary und Daniel im British Medical Journal sogar eine Schätzung, nach der medizinische Fehler als TOP3-Todesursache anzusehen sind (Makary 2016). Die Publikation des IOM kann als Auslöser zahlreiche Aktivitäten im Bereich des klinischen Risikomanagements angesehen werden und führte auch in anderen Gesundheitssystemen zu Schätzungen bezüglich der Anzahl vermeidbarer Todesfälle und anderer Schäden (Klauber 2014, Stiftung Patientensicherheit 2017, Endel 2004). Hierbei ist kritisch anzumerken, dass eine Übertragung dieser Schätzwerte aus anderen Gesundheitssystemen ein vergleichsweise großes Konfidenzintervall aufweist und somit nicht als verlässlicher Mittelwert angesehen werden sollte. So schätzen Experten die Zahl der jährlich vermeidbaren Todesfälle in Deutschland auf 4.000–45.000 (Deutscher Bundestag 2014). Doch selbst bei

konservativer bzw. optimistischer Schätzung der betroffenen Patienten bleibt das große Potential patientensicherheitssteigernder Maßnahmen erkennbar.

Neben den Patienten und deren Angehörigen sind auch die Mitarbeitenden und Organisationen bei Patientenschädigungen unmittelbar und teilweise gravierend betroffen. So ist durch zahlreiche tragische Fälle mittlerweile hinlänglich bekannt, dass neben dem geschädigten Patienten in der Regel auch der Schädigende als sogenanntes zweites Opfer (Second Victim) anzusehen ist (Wu 2000) und durch seinen, in der Regel unbeabsichtigten Fehler schwer geschädigt werden kann. Durch Selbstvorwürfe, arbeitsrechtliche Sanktionen und juristische Auseinandersetzungen besteht die Gefahr der posttraumatischen Belastungsstörung, die in zahlreichen Fällen bis hin zum Suizid des Schädigenden führten (Scott 2009, Grissinger 2014). Diese Problematik wird in Kapitel 1.8 nochmals ausführlicher thematisiert.

Ebenso wie Patienten und Mitarbeiter erleiden Krankenhäuser Schäden bei medialer Berichterstattung mutmaßlicher Patientenschädigung. Dass Notaufnahmen in diesem Zusammenhang ein besonders sensibler Bereich sind, zeigt sich beispielsweise in der Tatsache, dass ein Fall besonders langer Wartezeit in einer Notaufnahme auf der Titelseite einer bekannten Tageszeitung Deutschlands in entsprechender Aufmachung als »Uniklinik-Skandal« publiziert wurde (BILD 2015).

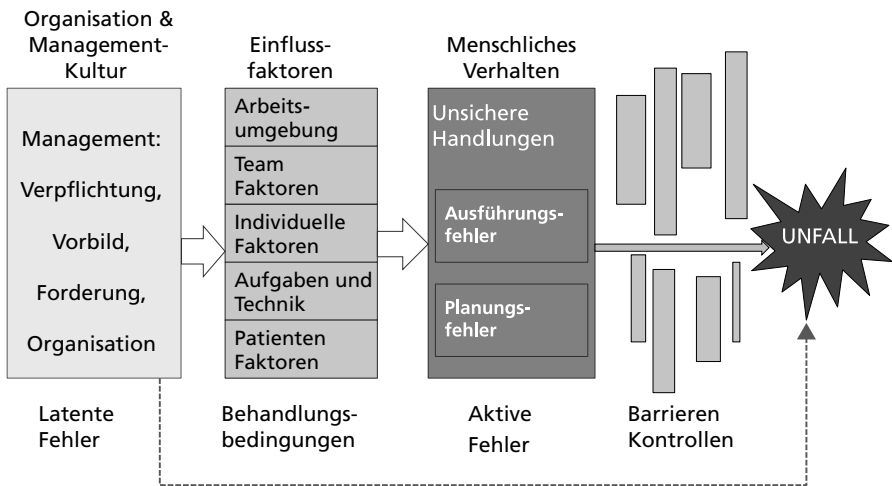
Neben der Schädigung der physischen und psychischen Integrität von Patienten und Personal sowie dem Reputationsverlust durch negative Berichterstattung stellen patientensicherheitsrelevante Probleme auch ein ökonomisches Problem dar. Neben steigenden Prämien der Haftpflichtversicherer bis hin zur fraglichen Versicherbarkeit einzelner Organisationbereiche publizierte die OECD 2017 eine Studie, die basierend auf den derzeit verfügbaren Daten zu ökonomischen Auswirkungen schätzt, dass in den OECD-Ländern im stationären Bereich ca. 15 % der Gesamtausgaben zur Kompensation von medizinischen Behandlungsfehlern verwendet wird. Untersuchungen aus den USA deuten darauf hin, dass zwischen 2010 und 2015 durch systematische Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit Einsparungen in Höhe von 28 Milliarden US-Dollar realisiert werden konnten (Slawomirski 2017) und schätzungsweise jede zehnte stationäre Krankenhauseinweisung auf arzneimittelbedingte Schäden zurückzuführen ist (de Bienassis 2023).

Aufgrund der genannten Komplexität und dem Auftreten von Schäden in relevantem Ausmaß scheinen bisherige Maßnahmen allgemeiner Sorgfalt nicht mehr ausreichend, um die Ansprüche aller Beteiligten an die Sicherheit und Wirksamkeit der Versorgung zu erfüllen. Aus der Unfallforschung im medizinischen Bereich ist mittlerweile bekannt, dass einzelne menschliche Fehler, das gern zitierte »menschliche Versagen«, in der Regel durch andere Faktoren begünstigt oder sogar provoziert werden. So entwickelte der Arbeitspsychologe James Reason das in Abbildung 1.1 dargestellte organisatorische Unfall-Ursachen-Modell (Reason 1990). Dieses zeigt deutlich, dass neben suboptimaler Gestaltung der Arbeitsabläufe auch latente Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung von Risiken und das Auftreten von Schadenfällen haben. Somit sind organisatorische Maßnahmen im Sinne eines klinischen Risikomanagements erforderlich, die nicht nur

auf das einzelne Individuum, sondern auf alle in diesem Modell genannten Bereiche abzielen.

Unter klinischem Risikomanagement für Notaufnahmen ist gemäß der Definition des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) folgendes zu verstehen:

Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern [...] umfasst die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen. (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2016)



**Abb. 1.1:** Organisatorisches Unfall-Ursachen-Modell (modifizierte Darstellung aus Kahla-Witzsch 2019, basierend auf Reason 1990)

Risikomanagement muss somit sowohl als Führungsaufgabe (► Kap. 1.2) als auch Teil der täglichen Arbeit der Behandelnden verstanden werden. Dabei ist eine systematische Behandlung der Risiken erforderlich. Die im Qualitätsmanagement etablierte Vorgehensweise des Plan-Do-Check-Act-Zyklus<sup>1</sup> von Deming wird dabei im Risikomanagement (RM) durch den Risikomanagement-Prozess (► Kap. 1.3) auf Grundlage internationaler Normen (► Kap. 3.1) erweitert. Die Behandlung der Risiken wiederum muss kontextabhängig geschehen und sowohl die medizinischen Rahmenbedingungen der Notfallversorgung (► Kap. 1.4) als auch den hierfür geltenden gesetzlichen Rahmen (► Kap. 1.5) berücksichtigen. Zur konkreten Ausgestaltung des Risikomanagement-Prozesses wiederum ist die Anwendung einer geeigneten Kombination verschiedener Instrumente und Methoden des Risikomanagements notwendig (► Kap. 1.6).

Die Bemühungen um klinisches Risikomanagement zur Erhöhung der Patientensicherheit sind derzeit vor allem in medizinischen Disziplinen mit notfallmedizinischem Bezug ausgeprägt. Auch wenn perspektivisch Patienten aller medizi-

nischen Disziplinen von einer möglichst risikoarmen Versorgung profitieren sollten, scheint die Führungsrolle bestimmter notfallmedizinischer Disziplinen in der systematischen Einführung von klinischem Risikomanagement nachvollziehbar und gerechtfertigt. Die Notaufnahmen sollten somit bei der Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von klinischem Risikomanagement eine zentrale Funktion einnehmen.

### 1.1.1 Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2016): Mindestanforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus ([http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE\\_Risikomanagement-1.pdf](http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf), Zugriff 11.11.2017).
- Bild-Zeitung, 05. Februar 2015, S. 1.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2018): 121. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, S. 402. ([https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121\\_Beschlussprotokoll.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf), Zugriff am 06.09.2018).
- de Bienassis, K., Esmail, L., Lopert, R., Klazinga, N. (2023): Ökonomie der Arzneimitteltherapiesicherheit: Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch kollektives Echtzeit-Lernen, *OECD*, No. 147, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d91edcf5-de>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2016): DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege. ([https://www.dkgev.de/media/file/68891.DKG-Empfehlung\\_Weiterbildung\\_Notfallpflege.pdf](https://www.dkgev.de/media/file/68891.DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Notfallpflege.pdf), Zugriff 06.09.2018).
- Deutscher Bundestag (2014): Gefährdung der Patientensicherheit und tödliche Behandlungsfehler im Krankenhaus, Drucksache 18/1765 (<https://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/Betrifft-Recht/Dokumente/edrucksachen/pdf/1801765.pdf>, Zugriff am 11.11.2017).
- Endel, G. (2004): Patientensicherheit und Medizinische Fehler, (<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.623717&version=1443611415>, Zugriff am 11.11.2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. (<https://www.g-ba.de/informationen/beschuesse/3301/>, Zugriff 01.09.2018).
- Grissinger, M. (2014): Too Many Abandon the »Second Victims« Of Medical Errors. *Pharmacy and Therapeutics* 39: 591–592.
- Kahla-Witzsch, H.A., Jorzig, A., Brühwiler, B (2019): Das sichere Krankenhaus, Stuttgart: Kohlhammer.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2014; Schwerpunkt: Patientensicherheit. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (1999): To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press.
- Makary, M.A., Daniel, M. (2016): Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 353: i2139.
- Reason, J. (1990): Human error. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schoeneberg, C., Schilling, M., Keitel, J. M. Kautner, D., Burggraf, M., Hussmann, B., Lendemann, S. (2017): Traumanetzwerk, TraumaRegister der DGU(R), Weissbuch, S3-Leitlinie Polytrauma – ein Versuch der Validierung durch eine retrospektive Analyse von 2304 Patienten (2002–2011) an einem überregionalen (Level 1) Traumazentrum. *Zentralbl Chir* 142: 199–208.
- Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J., Hall, L.W. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider »second victim« after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 18: 325–330.
- Seneca um 62 n. Chr.: *Epistulae morales* VI,57,12.

- Slawomirski, L., Auraan, A., Klazinga, N. (2017): The Economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers, No. 96, Paris: OECD Publishing.
- Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 6.1.1. ([https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf;jsessionid=0EB602E3B7EDD334E3274AC13B8F0611.InternetLive2?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf;jsessionid=0EB602E3B7EDD334E3274AC13B8F0611.InternetLive2?__blob=publicationFile), Zugriff am 11.11.2017).
- Stiftung Patientensicherheit (2017): Facts & Figures. (<http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Patientensicherheit.html>, Zugriff am 11.11.2017).
- Strametz, R. (2017): Grundwissen Medizin, Konstanz: uvk lucius mit utb.
- Wu, A.W. (2000): Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320: 726–727.

## 1.2 Risikomanagement als Führungsaufgabe

*Bruno Brühwiler*

### 1.2.1 Gestaltung und Steuerung von Organisationen

Um Risikomanagement als Führungsaufgabe sachlich zu verorten, stellt sich zuerst die Frage, was die Begriffe Führung bzw. Management umfassen. »Manum agere« ist der lateinische Urbegriff und bedeutet »an der Hand führen«. Viele Wissenschaftler haben sich mit dem Begriff und der Konzeption »Führung« bzw. »Management« auseinandergesetzt. Diese stehen für die Gestaltung und Steuerung von Organisationen.

Aber nicht nur die Wissenschaft hat sich mit der Führung von Organisationen befasst. In der jüngeren Zeit sind aus verschiedenen Interessengruppen von nationalen und internationalen Unternehmen viele Normen entstanden, unter anderem auch zu wichtigen Fragen der Gestaltung und Steuerung von Organisationen und Unternehmen. Eine der bekanntesten ist die Führungskonzeption des Qualitätsmanagements. Deming, der amerikanische Physiker, Statistiker und Wirtschaftspionier im Bereich des Qualitätsmanagements, hat den Prozess der Führung mit dem bekannten Deming-Kreis »Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung« umschrieben (Deming 1950). Der Deming-Kreis hat weit über das Qualitätsmanagement hinaus Anerkennung gefunden, er verkörpert im Allgemeinen die Aufgaben von Führung und Management mit den vier Begriffen »Plan-Do-Check-Act«, worunter der Prozess der Planung, Umsetzung, Bewertung und Verbesserung verstanden wird. Werden diese vier Elemente in ein Konzept zusammengefasst, spricht man von einem Managementsystem.

Die International Standard Organisation ISO hat nicht nur das Qualitätsmanagement in der Norm ISO 9001 spezifiziert und seine Elemente und Funktionen



festgeschrieben, sondern mittlerweile eine ganze »Familie« von harmonisierten Managementsystem-Standards geschaffen.

Darüber hinaus wird die Führungstätigkeit einer Organisation durch verschiedene Prinzipien bestimmt: Man spricht dabei auch von »Governance«. Sie umfasst z. B. die Übereinstimmung der Führung mit rechtlichen Anforderungen (Legalität), ein Verhalten der Führung nach ethischen Grundsätzen, die Berücksichtigung der Sicherheit von Menschen und die Bestandssicherung für Organisationen. Dabei spielt das Risikomanagement eine wichtige Rolle. Es wurde auf globaler Ebene durch die ISO 31000 (2018) »Risk management – Guidelines« sowie durch die spezifizierenden österreichischen Normen ÖNORM-Reihe 490x (2021) »Risikomanagement für Organisationen und Systeme – Anleitung zur Umsetzung der ISO 31000« mit Empfehlungen und Anforderungen umfassend beschrieben. All diese Normen und Grundsätze gelten auch für Notaufnahmen, wie auch immer diese rechtlich und betrieblich ausgestaltet sind.

### 1.2.2 Management von Risiken

Das Management von Risiken richtet sich an den Zielen, Tätigkeiten und Anforderungen aus, die eine Organisation im Allgemeinen und eine Notaufnahme im Besonderen bestimmen. Dabei spielen die Stakeholder, die »interessierten Kreise« eine besondere Rolle. Die Stakeholder einer Notaufnahme sind vielfältig:

- Für die Patienten ist die Notaufnahme bzw. die Effektivität der Notversorgung überlebenswichtig,
- Notaufnahmen stellen ein wichtiges Glied in der Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit in unserer Gesellschaft dar,
- Notaufnahmen sind Teil eines Krankenhauses,
- Notaufnahmen beschäftigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die bei der Erbringung von Notfall-Leistungen auch Fehler machen und damit selbst zum Opfer werden können (► Kap. 1.8).

Eine Notaufnahme ist, wie in ► Kap. 1.1 ausführlich dargestellt, aus mehreren Gründen ein Hochrisikobereich: Die Tätigkeit ist schwer planbar, die Fälle sind oft komplex und lebensbedrohlich, die zu bewältigenden Patientenströme stimmen oft nicht mit den vorhandenen Ressourcen überein. Unsicherheit bzw. Risiko sind ein ständiger Begleiter im Betrieb der Notaufnahme.

Risiko ist in der ÖNORM 4900 (2021) definiert als »Auswirkung von Unsicherheit auf Ziele, Tätigkeiten und Anforderungen«. Es handelt sich um potenzielle Gefährdungen und Bedrohungen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten und schwerwiegende Auswirkungen auf die Ziele und Finanzen, auf die Sicherheit und Gesundheit der Menschen sowie auf die technische Funktions- und Leistungsfähigkeit einer Organisation haben. Das nachfolgende Kapitel 2 befasst sich eingehend mit möglichen Risiken für den Patienten und für die Organisation in der Notaufnahme.



Risikomanagement als Führungsaufgabe muss zuerst die voraussehbaren Risiken identifizieren und beurteilen. Daraus lassen sich präventive Maßnahmen ableiten, um Fehler in der Tätigkeit von Notaufnahmen rechtzeitig zu erkennen und ihnen vorzubeugen. Damit verbunden ist auch die Einhaltung von gesetzlichen, untergesetzlichen und medizinisch-pflegerischen Anforderungen.

Wenn eine Notaufnahme das Risikomanagement hingegen nicht mit der ausreichenden Sorgfalt betreibt, gibt es sehr unangenehme Auswirkungen: Patientenschäden, Haftpflichtfälle, strafrechtliche Verfolgung, Reputationsschäden in der Öffentlichkeit und schwere Führungskrisen.

### 1.2.3 Risikomanagementsystem

Risikomanagement besteht – einfach ausgedrückt – aus zwei wesentlichen Elementen: Einerseits zeigt der Risikomanagement-Prozess, wie man mit Risiken umgeht. Andererseits beschreibt das Risikomanagementsystem die Anforderungen der Organisation, wie sie und ihre Führungskräfte mit den Risiken umgehen sollte oder müsste.

Der Risikomanagement-Prozess umfasst die Festlegung der Rahmenbedingungen, die Risikoidentifikation, die Risikoanalyse, die Risikobewertung sowie die Risikobewältigung. Umgeben sind diese Tätigkeiten von Kommunikation und Konsultation sowie der Überwachung und Überprüfung der Risiken bzw. der Risikobewältigung. Der Risikomanagement-Prozess kann mit vielen Methoden der Risikoanalyse umgesetzt werden (► Kap. 1.3)

Das Risikomanagementsystem enthält im Wesentlichen die Elemente des Deming-Kreislaufes: die Planung, die Umsetzung, die Bewertung und die Verbesserung der entsprechenden Systemelemente.

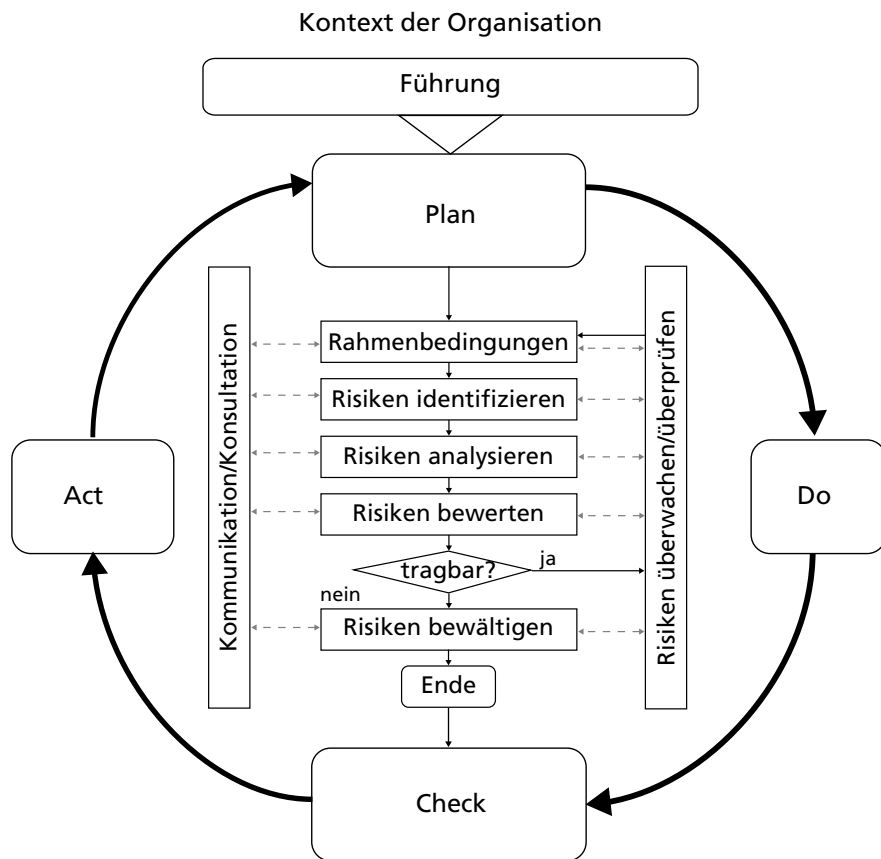
Insgesamt ergibt sich das in Abbildung 1.2 (► Abb. 1.2) dargestellte Bild über das Risikomanagement, das seinen Ursprung in der ISO 31000:2018 hat und in der ÖNORM 4901 spezifiziert worden ist (► Kap. 3.1).

### 1.2.4 Inhalt der Führungsaufgabe

Grundlage für Management und Risikomanagement sind »Leadership and Commitment«, wie es so schön in der englischen Sprache heißt, bzw. etwas nüchterner auf Deutsch »Führung und Verpflichtung«. Die ISO 31000 sowie die ÖNORM 4901 beschreiben den Inhalt der Führungsaufgabe eingehend. Diese Aufgaben gelten – maßgeschneidert – auch für die Notaufnahme, wobei stets eine Abstimmung mit der obersten Leitung des Krankenhauses erfolgen muss.

Demnach muss auch der Leiter der Notaufnahme folgende Aufgaben beachten:

- Rechenschaftspflicht: Der Leiter der Notaufnahme ist für das Risikomanagement bzw. für die Patientensicherheit in seinem Bereich verantwortlich;
- Komponenten des Risikomanagementsystems: Der Leiter der Notaufnahmen muss seine Planung, Umsetzung, Bewertung und Überwachung sicherstellen und weiterentwickeln;



**Abb. 1.2:** Risikomanagementsystem mit dem Risikomanagement-Prozess (aus ÖNORM 4901:2021)

- **Risikopolitik:** Der Leiter der Notaufnahme legt eine Vorgehensweise fest, welche dem Kontext der Organisation, ihren Zielen, Tätigkeiten und Anforderungen entspricht;
- **Risikotragfähigkeit:** Der Leiter der Notaufnahme muss wissen, welche Risiken für die Patientensicherheit und für die Organisation tragbar bzw. nicht tragbar sind.
- **Ressourcen:** Der Leiter der Notaufnahme muss sicherstellen, dass die notwendigen Ressourcen dem Risikomanagement bzw. der Patientensicherheit verfügbar sind;
- **Befugnisse und Verantwortung:** Sie müssen definiert und bekannt gemacht werden (z. B. wer ist Risikoeigner?);
- **Wesentliche Risiken:** Der Leiter der Notaufnahme kennt diese, und sie werden regelmäßig in den dafür verantwortlichen Gremien behandelt und gesteuert;
- **Überwachungsorgane:** Die Krankenhausleitung muss in das Risikomanagement der Notaufnahmen angemessen einbezogen werden.