

„Vom Risiko und seinem Management in der Psychiatrie?“

49. Fachgruppentagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD
- 22.10.2015 -

Kurze Vorstellung:

- Name: Michael Kramer
- Ausbildung: Arbeits- & Organisationspsychologe; Krankenpfleger
- Position: Abteilungsleiter für Unternehmensentwicklung & Wirtschaftspsychologie,
davor Leiter „Stabsstelle QM, Medizincontrolling, A&O-Psychologie“



„Begrifflichkeiten 1“: Was ist Risiko?



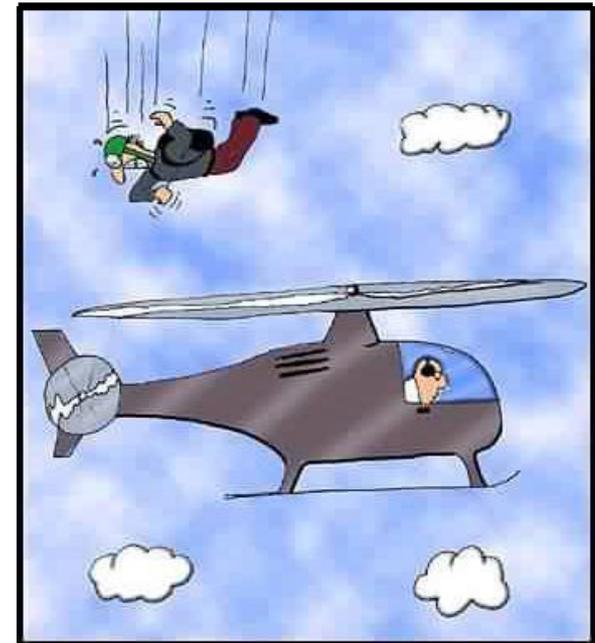
Risiko leitet sich aus dem frühitalienischen 'ris(i)co' ab, die Klippe, die es zu umschiffen gilt.

„Begrifflichkeiten 1“: Was ist Risiko?

Risiko

- = Abweichung von einem erwarteten Wert
- = Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe
- = als Chance (Grad der Wahrscheinlichkeit) des Verlustes
- = Unsicherheit

„Risiko ist das besondere Kennzeichen einer Situation, die durch mangelnde Voraussehbarkeit des Kommenden mögliche Schäden, Verluste u. dgl. In Aussicht stellt.“



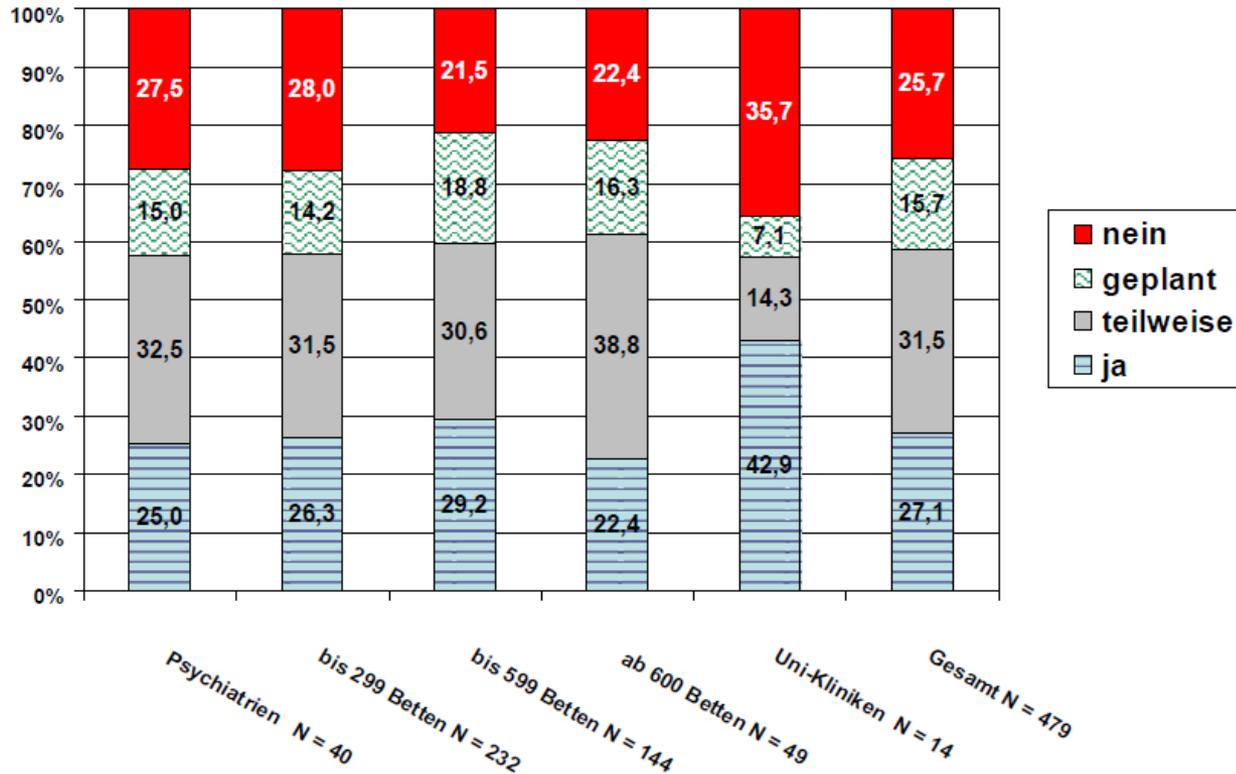
„Warum kümmert uns das Thema Risikomanagement?“

„Seit das Patientenrechtegesetz im Februar 2013 in Deutschland in Kraft getreten ist und sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Januar 2014 über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V geeinigt hat, ist die Einführung eines klinischen Risikomanagements (kRM) verpflichtend für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser.“ (IfPs, 2012)

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren.“...

& weil es Geld kosten kann, kein RM zu betreiben

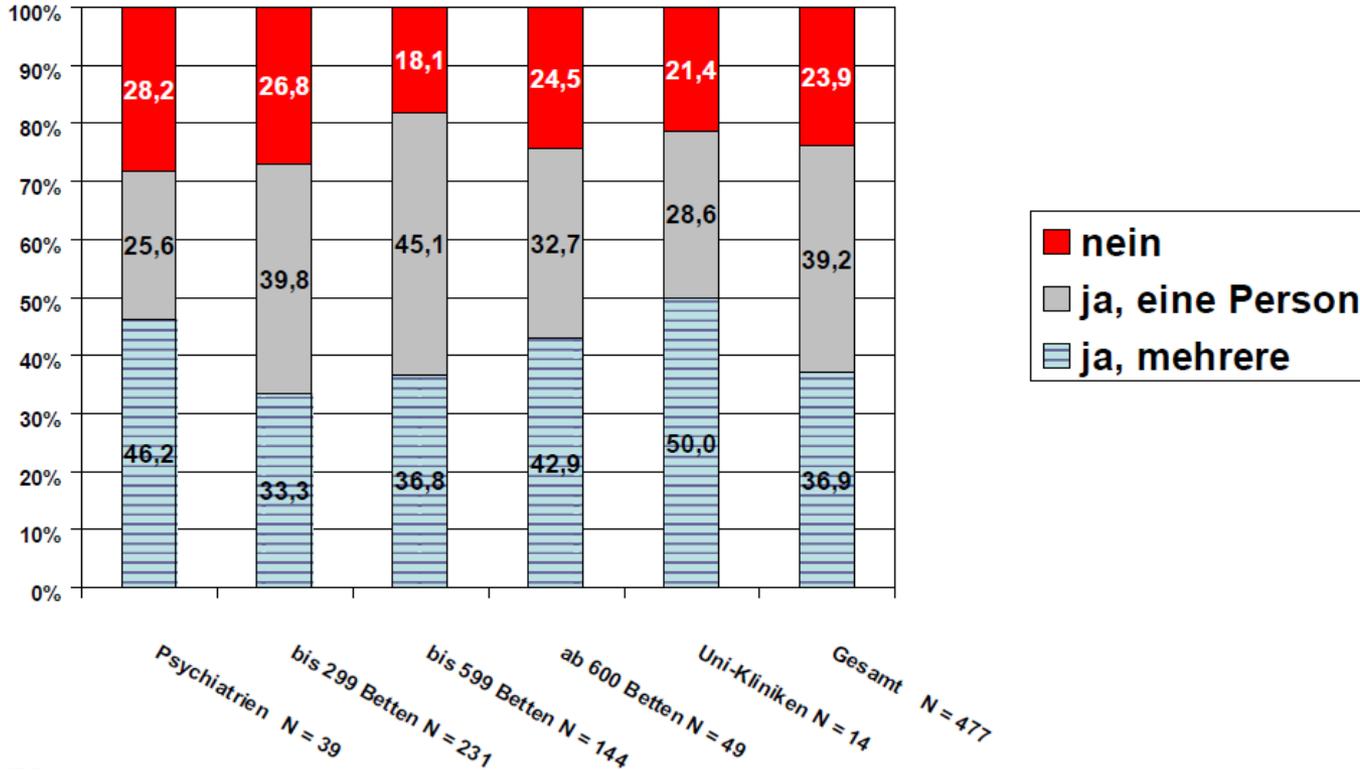
2 a. Gibt es für Ihr Krankenhaus eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management (kRM)?



© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

3 a. Gibt es Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus, die in zentraler Funktion die Aktivitäten für das kRM koordinieren und deren Umsetzung steuern?

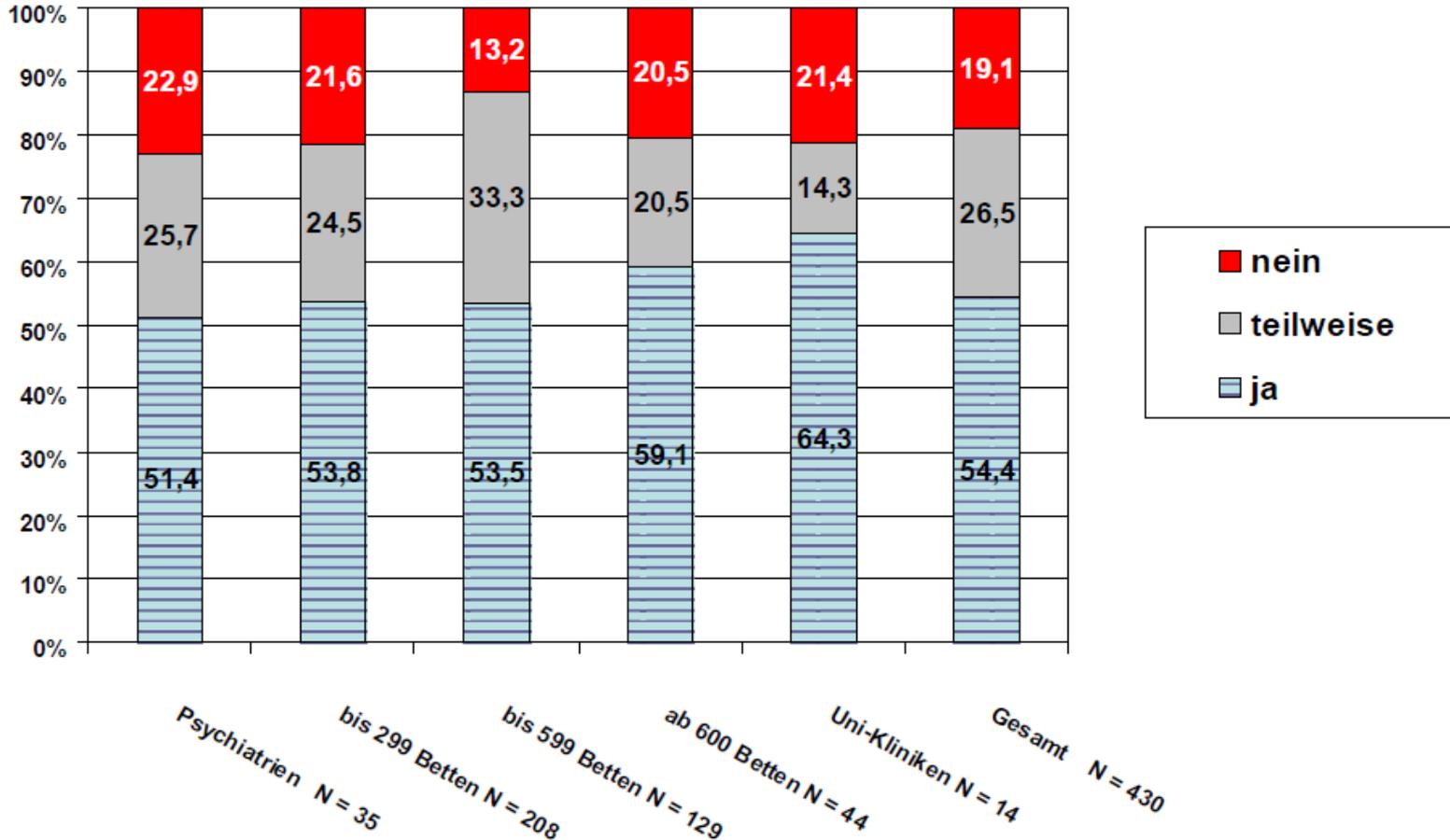


© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie

3 c. Ist / Sind diese (-r) Mitarbeiter zugleich im Qualitätsmanagement beschäftigt?



„Ist Risikomanagement teil des QM?“



5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

5.5.1.1.PLAN

- Die Zielsetzungen des umfassenden Risikomanagements
- Das Konzept zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements (z.B. CIRS, Risikoaudits, Fehlerursachenanalysen, Meldekreise)
- Die Verantwortlichkeit und Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Liquiditätsplan, Frühwarnsysteme)
- Die abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Nutzung der Instrumente (z.B. auch Belegärzte)
- Den Aufbau einer „Fehlerkultur“

5.5.1.2.DO

- Die Durchführung einer umfassenden Risikoanalyse
- Die Maßnahmen, die gewährleisten, dass Mitarbeiter angstfrei Zwischenfälle und Beinahez Zwischenfälle melden können
- Die Sicherstellung der Zugänglichkeit der Meldesysteme und anderer Instrumente des klinischen Risikomanagements
- Die Schulungen zur Befähigung der Mitarbeiter für eine aktive Nutzung der Meldekreise

5.5.1.3.CHECK

- Die Akzeptanz des umfassenden Risikomanagementsystems (z.B. bei Mitarbeitern, Versicherern, Wirtschaftsprüfern)
- Die Zahl der Meldungen zu Zwischenfällen und Beinahez Zwischenfällen
- Die Anzahl und Art der Meldungen, die zu einer Optimierung geführt haben
- Den Abgleich der Ergebnisse mit anderen Abteilungen bzw. Einrichtungen

„Ist Risikomanagement teil des QM?“



Abgeleitet aus dem QM (DIN 9001ff; Deming-Zyklus)

DIN 31000:2009

„Ist Risikomanagement teil des QM?“

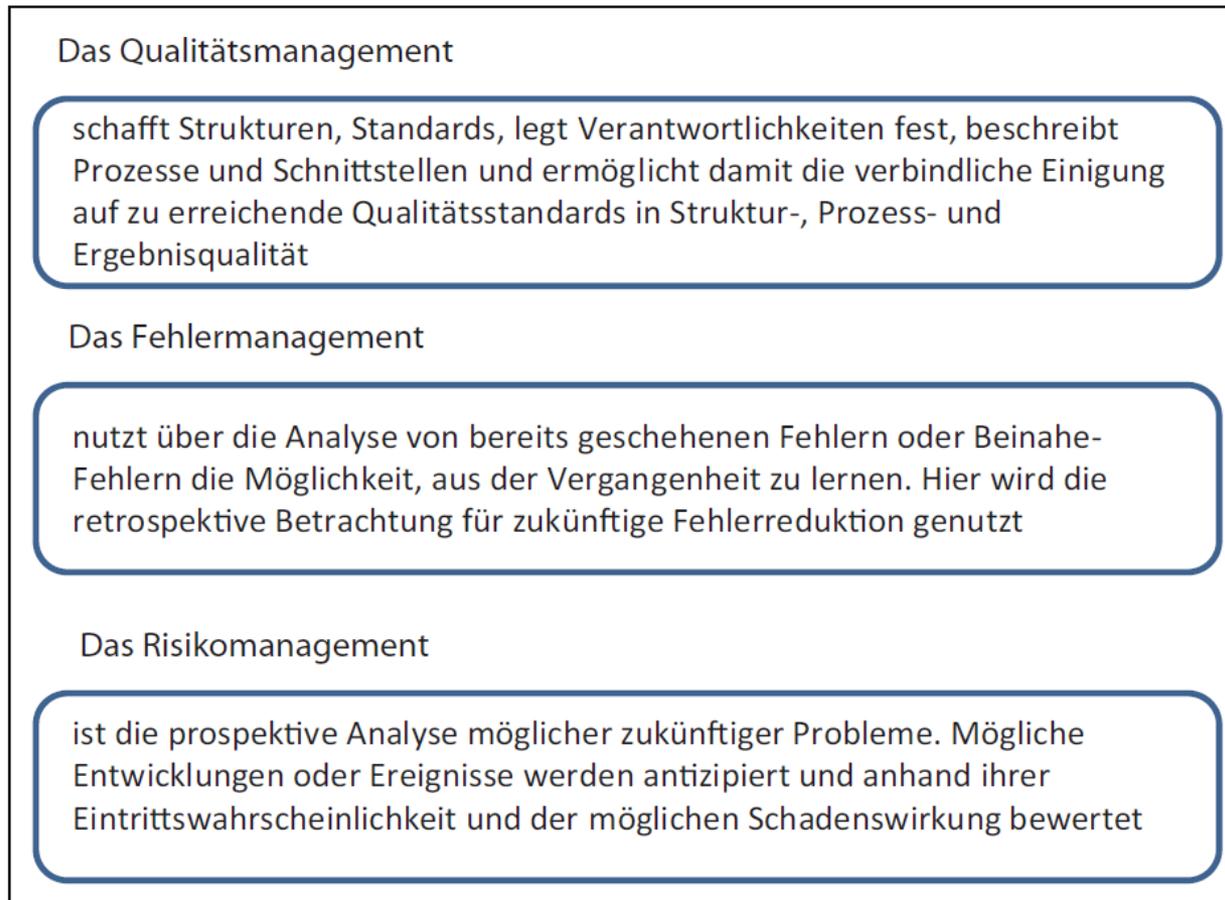


Abb. 1: Abgrenzung Qualitätsmanagement, Fehlermanagement, Risikomanagement

aus B. Lang, *Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)*

„Begrifflichkeiten 2“: Was soll eigentlich erfasst werden?

Unerwünschtes Ereignis¹: „Eine Schädigung, die das Ereignis der medizinischen Behandlung ist und nicht dem zugrunde liegenden Gesundheitszustand des Patienten geschuldet ist. [...] Sie sind unmittelbar auf die medizinische Behandlung zurückzuführen [...]“ „Vorkommnisse bzw. Ereignisse, die möglicher Weise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden für den Patienten führen.“

Unerwartetes Ereignis²: = Unerwünschtes Ereignis ohne zwingenden Ursprung in der medizinischen Behandlung.

Fehler¹: „Ein richtiges Vorhaben wird nicht wie geplant durchgeführt, oder dem Geschehen liegt ein falsches Tun zugrunde.“ ...„Ein Fehler ist eine Abweichung von einem optimalen Zustand oder Verfahren; er ist somit als Regelverletzung zu werten.“

Aktiver Fehler¹: „Aktive Fehler treten auf der Ebene der praktisch tätigen Leistungsträger auf (etwa die Verabreichung einer falschen Arzneimitteldosis) und sind einfacher zu messen, da sie zeitlich und räumlich begrenzt sind.“

Beinahe-Fehler¹: „Ein Fehler, wobei das Abweichen nicht rechtzeitig erkannt wird und so ein tatsächlicher Fehler vermieden wird. Als Beinahe-Fehler gilt jedes Vorkommnis, das unerwünschte Folgen hätte haben können, es im konkreten Fall jedoch nicht hatte und abgesehen vom Ergebnis (Outcome) von einem richtigen unerwünschten Ereignis nicht zu unterscheiden war.“

Kritisches Ereignis¹: „Ein Ereignis, das mit einem Schädigungspotential einhergeht, das eintreten wird, wenn nicht gegengesteuert wird.“

Zwischenfall¹: „Ein Ereignis (Incident) im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und/oder unnötigen Schädigung einer Person oder zu einem Verlust hätte führen können oder geführt hat.“

Gesundheitsschaden¹: „Eine vorübergehende oder dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung, die der Patient im Zusammenhang mit der Heilbehandlung, unabhängig von einem eventuellen Verschulden des Behandlers erlitten hat.“

¹ nach Thomeczek et al. (2004);² nach Hartel (2009)

„Was gehört zum Risikomanagement?“, methodisch

Risikomanagement beinhaltet die systematische...

- Erfassung
- Bewertung
- Vermeidung von Risiken = Problemen / Situationen...
 - Planung
 - Durchführung von Maßnahmen
 - Überprüfung der Wirksamkeit
 - Evaluation des RM-Systems



-
- Risiko- & ggfs. Schadenskommunikation

„Was gehört zum Risikomanagement?“, inhaltlich

- Medizinische Behandlung
- Personal
- Umwelt
- Finanzen
- Technik
- Logistik
- Kommunikation
- Datenschutz
- Allgemeine Sicherheit
- Arbeitsschutz
- Marktrisiken

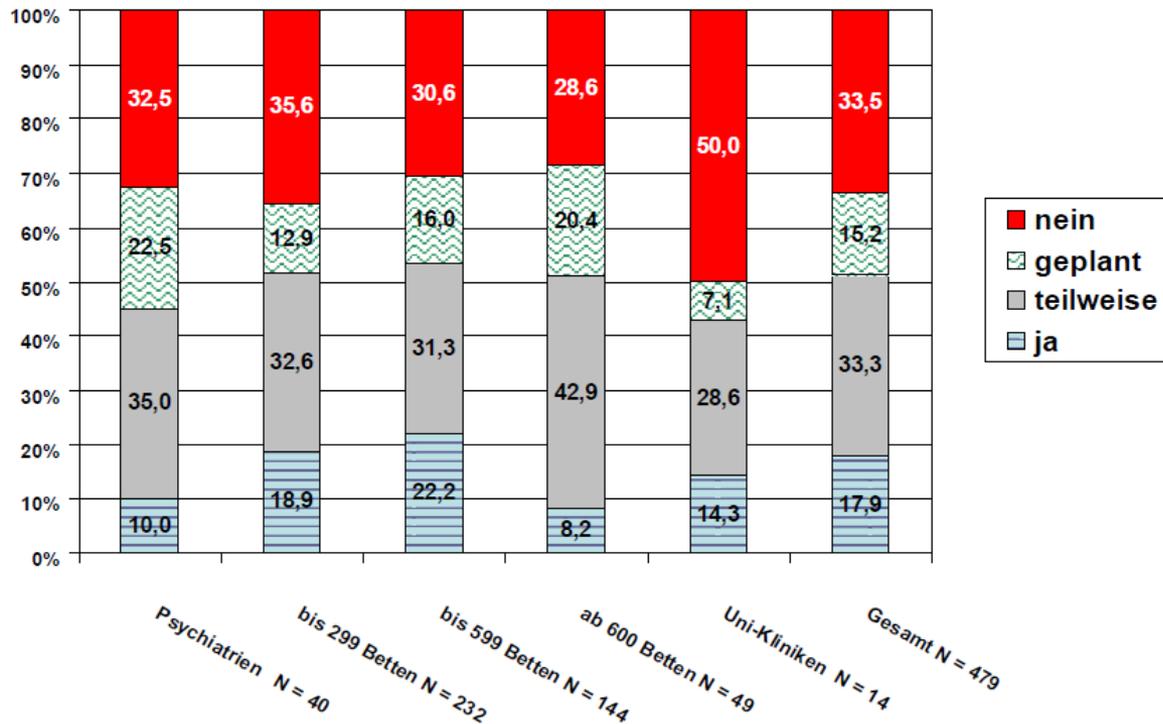
aus B. Lang, Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)

„Was steht einem umfassenden RM im Weg?“

- die oft zitierte Hierarchie der deutschen Kliniken mit entsprechend schlecht ausgebildeten Kommunikationsstrukturen,
- starre Organisationsstrukturen mit strikter Trennung von ärztlichem, pflegerischem, technischem und administrativem Bereich und letztlich
- ein immer noch fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der finanziellen Folgen von eingetretenen Risiken, die das gesamte Krankenhaus und damit auch den eigenen Arbeitsplatz bedrohen.

aus B. Lang, Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)

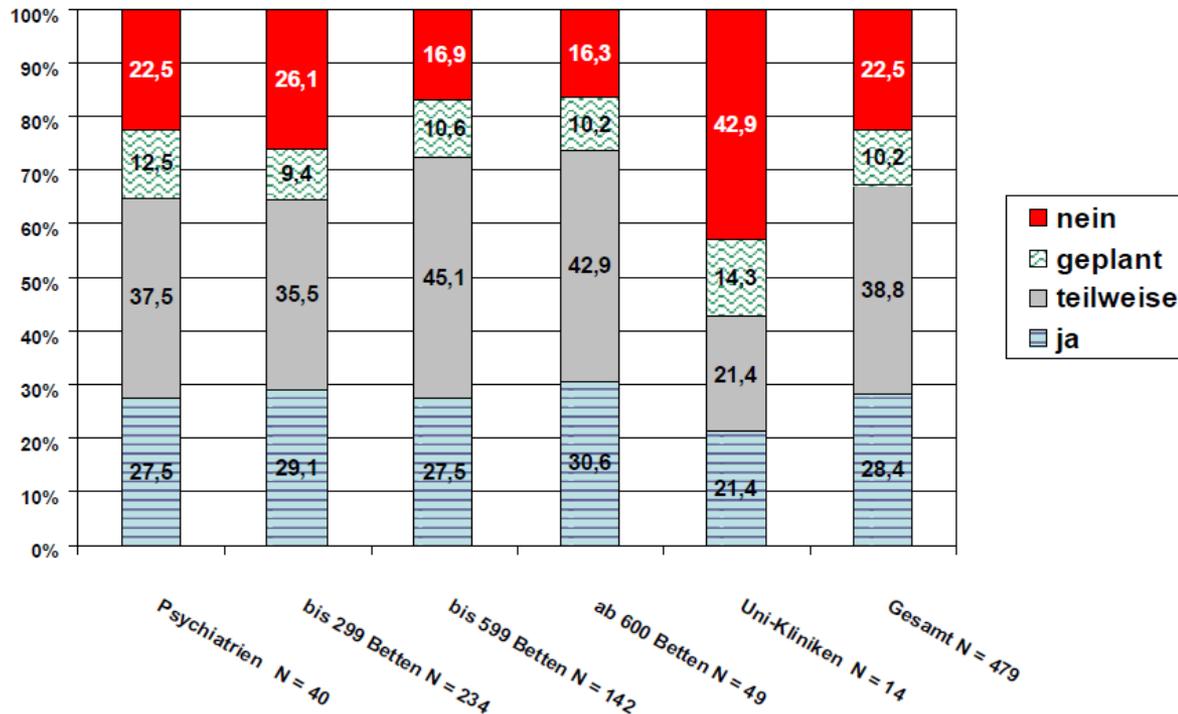
2 b. Gibt es für Ihr Krankenhaus verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM (z.B. Verbesserung der Arzneitherapiesicherheit im Bereich Verordnung oder Verteilung/Medikationsgabe in den nächsten zwei Jahren)?



© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

2c. Gibt es für Ihr Krankenhaus verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele für das kRM (z.B. Einführung eines standardisierten Sturz-Assessments für ältere Patienten, Reduktion der MRSA-Sepsisfälle auf Intensivstationen um 10 % binnen 2 Jahren)?



© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

„Wie können Risiken erfasst werden?“

- Expertenmeinungen
- Literaturrecherchen
- Mitarbeiter- und Patientenbefragungen
- tatsächliche Vorkommnisse (bes. Vorkommnisse)
- Qualitätssicherungsverfahren (QSV, QSA)
- berichtete Beschwerden und Verbesserungsideen
- beinahe Vorkommnisse („Critical Incident Reporting Sytem“)

„Was ist CIRS?“

Ein **Critical Incident Reporting System (CIRS)** (deutsch *Berichtssystem über kritische Vorkommnisse*) ist ein **Berichtssystem zur anonymisierten Meldung** von kritischen Ereignissen (englisch *critical incident*) und Beinahe-Schäden (englisch *near miss*) in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Luftfahrt.

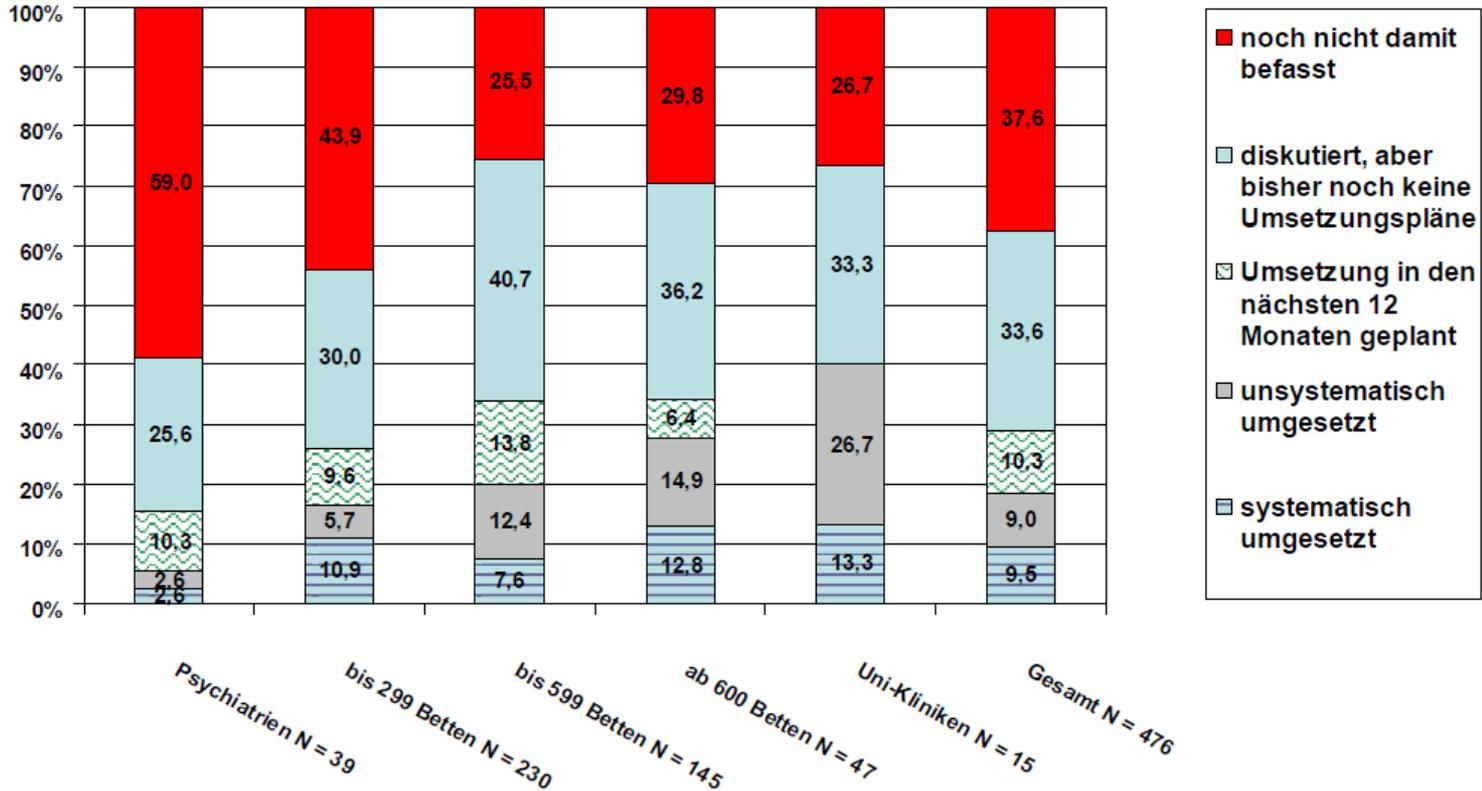
Diese Systeme arbeiten im Internet auf einer **anonymen Basis** oder allein auf dem Postweg zum **sicheren Schutz der Daten**.

Der Berichtende (Arzt, Pfleger, Sanitäter etc.) **füllt anonymisiert ein Online-Formular über den Vorfall aus** und kann bereits **Lösungsvorschläge**, um ein erneutes Auftreten dieses kritischen Ereignisses zu verhindern, hinzufügen. **Anschließend bewerten Experten** des CIRS (z. B. Fachärzte, Lehrsanitäter) den Vorfall und geben **ihrerseits Lösungsvorschläge** ab. Der Vorfall wird nun im CIRS-Portal veröffentlicht, um anderen die Möglichkeit zu geben aus Fehlern zu lernen.

Mit solchen Online-Portalen soll die bislang **wenig ausgeprägte Fehlerkultur** in medizinischen Berufen **verbessert** werden. Das Wichtige, um potentiell tödliche Fehler zu vermeiden, sei: „Lernen, darüber zu sprechen“.

aus Wikipedia am 19.10.2015

5 I. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch: Beteiligung an internet-basiertem CIRS (Critical Incident Reporting System) von Fachgesellschaften, Berufsverbänden wie PASOS, CIRS-Medical u.a.

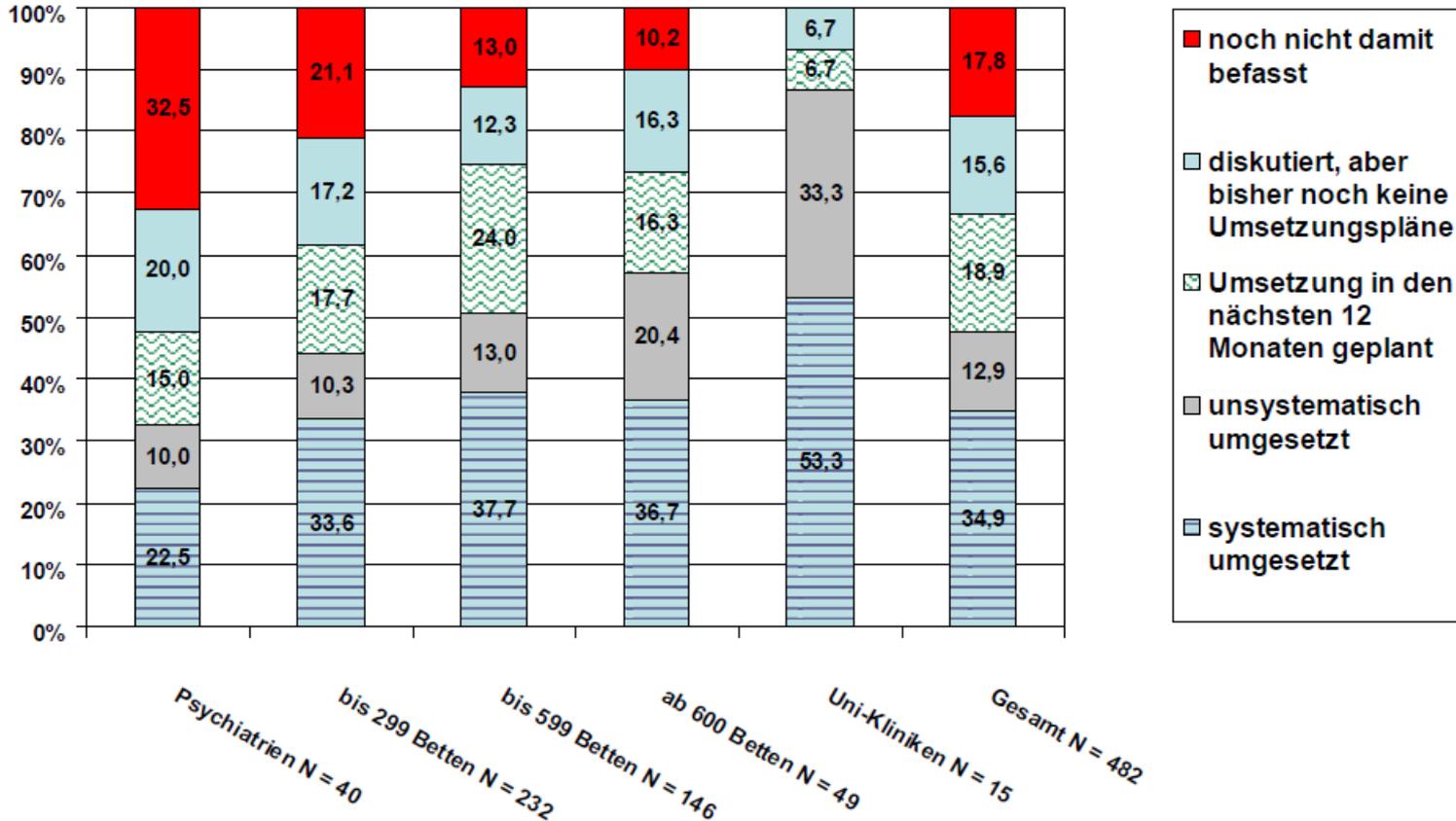


© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie

5 m. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Lokales CIRS

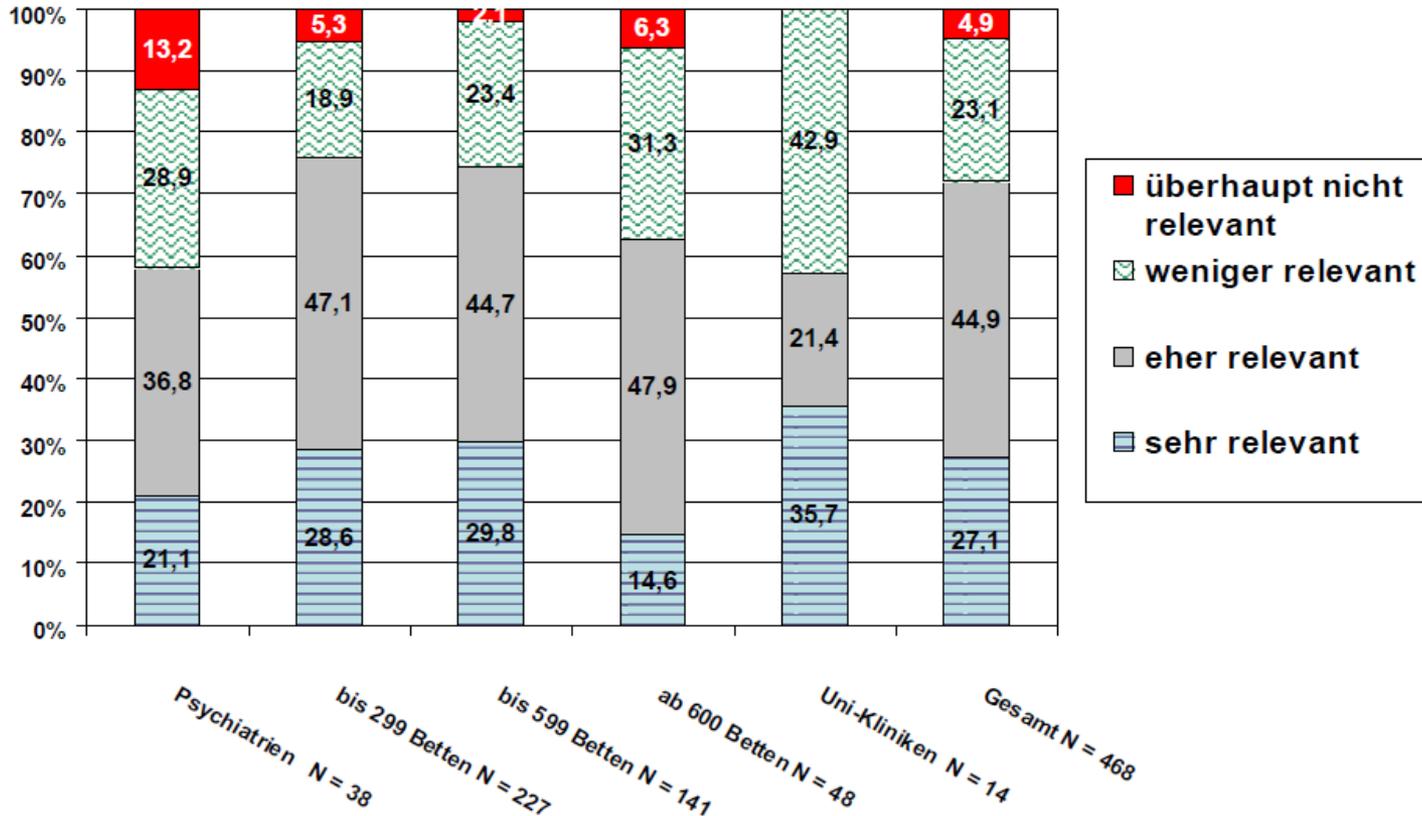


© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Empirie

10.1b Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM...
 - Methoden der Risikoinformationssammlung (ohne CIRS)



© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

Zum Umgang mit einer

Entlastungsanzeige / Qualitätssicherungsvermerk

in der LWL Klinik Herten

Pflegedirektion und Personalvertretung der LWL- Klinik Herten sind übereingekommen, das „Instrument“ Entlastungsanzeige / Qualitätssicherungsvermerk systematisch für den Pflegebereich anzuwenden. Ein entsprechendes Verfahren wurde gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement erarbeitet.

Was ist eine Entlastungsanzeige?

Die Entlastungsanzeige ist eine schriftliche Mitteilung an den Arbeitgeber bezüglich der Arbeitsbedingung(en), die eine ordnungsgemäße Erfüllung der Arbeitsleistung gefährden, womöglich die Patienten gefährden, oder die Beschäftigten über Gebühr (gesundheitlich) belasten.

Warum wird die Entlastungsanzeige eingeführt?

- Sie dient dem Schutz des Personals vor möglichen Haftungsansprüchen und soll eventuellen evtl. Mängel abzustellen
- Sie dient dem Schutz vor unangemessener gesundheitlicher Belastung
- Sie soll dazu dienen evtl. strukturelle Mängel aufzuzeigen und diese ggf. zu beheben
- Sie gibt der Pflegedirektion, Personalvertretung und Qualitätsmanagement die Möglichkeit sich mit der dargestellten Problematik zu befassen...
- **Hinweis:** Auch bei Erstellung einer Entlastungsanzeige ist das Personal weiterhin verpflichtet, nach besten Kräften ihre Aufgabe sach- und fachgerecht durchzuführen.

Was habe ich zu tun?

Im Falle einer schwierigen Situation, die ggf. die Patientenversorgung gefährdet, wird unverzüglich die beiliegende Entlastungsanzeige/Qualitätssicherungsvermerk ausgefüllt und entsprechend weitergeleitet. Auf der Vorderseite wird die Situation beschrieben und auf der Rückseite werden die ergriffenen Maßnahmen dokumentiert.

Wie ist das Verfahren?

Das ausgefüllte Formular wird an den/die direkte(n) Vorgesetzte(n) bzw. dessen Vertretung vor Ort weitergereicht. Diese(r) prüft die Situation und dokumentiert, die von ihm/ihr initiierten Maßnahmen zur Abhilfe. Danach wird das Formular an die Pflegedirektion geleitet. Auch hier werden die Situation und die bisher eingeleiteten Maßnahmen geprüft und ggf. um weitere Maßnahmen ergänzt, dokumentiert auf dem selben Formular. Im Anschluss daran wird die Entlastungsanzeige/Qualitätssicherungsvermerk (Vor- und Rückseite) kopiert und dem Personalrat, dem QM, der Betriebsärztin sowie der Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Kenntnis gegeben.

Rechtliche Grundlagen

Arbeitschutzgesetz
§ 15 Pflichten der Beschäftigten
 (1) Die Beschäftigten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Entsprechend Satz 1 haben die Beschäftigten auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.

§ 16 Besondere Unterstützungspflichten
 (1) Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbar erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit ... zu melden.
 (2) Die Beschäftigten haben gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber darin zu unterstützen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten.

Bürgerliches Gesetzbuch
§ 242 BGB
 Verpflichtet u. a. die Beschäftigten, ihre Arbeitsleistung so zu erbringen, „wie Treu und Glaube und die Verkehrssitte es erfordern.“



Entlastungsanzeige / Qualitätssicherungsvermerk

Hiermit möchte(n) ich/wir darauf aufmerksam machen, dass ich/wir uns wegen der

- Personalbesetzung (___ examiniertes; ___ nicht-examinierte Pflegekräfte)
 - Belegungssituation / Aufnahmesituation
 - Sonstiges: _____
- Anzahl der reg. Betten/Station: _____ Anzahl der Patienten: _____

Nicht in der Lage sehen, alle notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß, in der erforderlichen Qualität und im Interesse der von uns betreuten Patienten durchzuführen. Die Arbeitssituation bedeutet für den/die Unterzeichner/in eine permanente physische und psychische Überlastung. Durch:

- Geräusche
- Unruhe
- _____
- Häufige Unterbrechung der Arbeitsabläufe durch _____
- keine ungestörten Pausen
- ___ Patienten mit erhöhtem Pflegeaufwand / Betreuungsaufwand wg.
 - Intensivüberwachung Anzahl: _____
 - Fixierung / Sitzwache Anzahl: _____
 - Grundpflegebedarf Anzahl: _____
 - _____

Kurzbeschreibung der Situation: _____

Herten, _____, Uhrzeit: _____

Unterschrift(en):
 Bitte hier die Maßnahmen eintragen, die ergriffen wurden (z.B. Dienstplanänderungen, „Wegfallen“ von „Angeboten“, ...)

Bisher ergriffene Maßnahmen: _____ Name, Datum, Unterschrift _____

**Risikostruktur
- Beispiele Risiken -**

Interne Risiken	Externe Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsrisiken <ul style="list-style-type: none"> - Medikationsfehler - Verletzung eines Patienten - Fehlbelegung • IT-Risiken • Personalrisiken <ul style="list-style-type: none"> - Unterbesetzung Pflegebereich - Unterbesetzung assistenzärztlicher Bereich • Einbruch von Behandlungsbereichen <ul style="list-style-type: none"> - Integrierte Versorgung - Maßregelvollzug - Förderbereich • Defizite der Tageskliniken • Psychosomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • Übergeordnete Entscheidungen in Bezug auf den Universitätsstatus • Trägerentscheidungen

„Wie können Risiken bewertet werden?“

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen

	Jeweils 5 Punkte	Jeweils 10 Punkte	Jeweils 15 Punkte
Eintrittswahrscheinlichkeit	niedrig	mittel	hoch
Schwere der (finanziellen)	gering	mittel	hoch
Wirkung der möglichen Maßnahmen	langsam	mittel	schnell
Kosten der Maßnahmen	hoch	mittel	gering

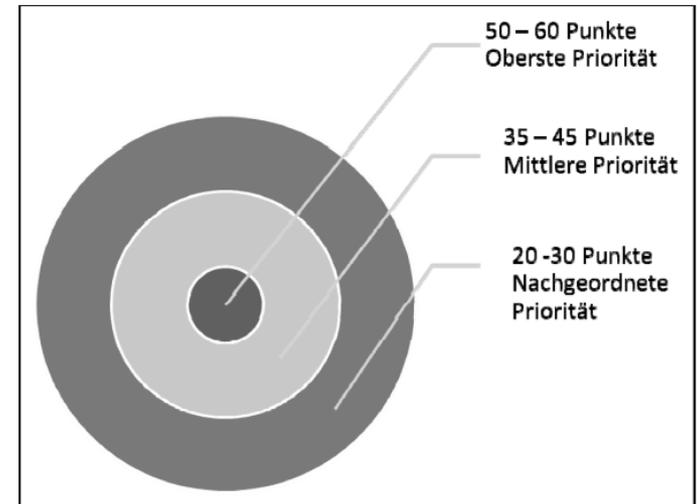


Abb. 3: Einfache Prioritätentabelle

aus B. Lang, *Risikomanagement im Krankenhaus (in Risikomanagement und Risikocontrolling, Haufe)*

Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)

aerzteblatt.de



POLITIK

Bis zu 30.000 Tote pro Jahr durch Krankenhausinfektionen

Montag, 9. Mai 2011



dpa

Berlin – In Deutschland sterben nach Angaben von Hygieneexperten bis zu 30.000 Patienten pro Jahr an Krankenhausinfektionen – doppelt so viele wie bisher angenommen. Das geht aus einer gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin sowie des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für den Gesundheitsausschuss des Bundestages

hervor. Die Experten die bisherigen Schätzungen der Krankenhaus-Infektionen mit resistenten Erregern für geschönt.

Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)
- Verursachung („Mutwillig / Fahrlässig“)

AOK-Krankenhausreport

Mehr Tote durch Behandlungsfehler als durch Verkehrsunfälle

Durch Behandlungsfehler in deutschen Kliniken sterben jährlich fünf mal mehr Menschen als bei Verkehrsunfällen. Bei rund 188.000 Behandlungen kommt es laut dem AOK-Krankenhausreport zu Fehlern. In vielen Fällen seien sie vermeidbar.

21.01.2014



Bewertungskriterien für Risiken:

- Eintrittswahrscheinlichkeit
- Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
- Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
- Kosten der Präventivmaßnahmen
- Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
- Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)
- Verursachung („Mutwillig / Fahrlässig“)
- Schrecklichkeit („Blutiger Suizid außerhalb der Klinik“)
- Auswirkung auf Kinder
- Aufmerksamkeit der Medien



[Buchen](#)

[Mein Flug](#)

[Informieren](#)

[Ihre Vorteile](#)

24.03.2015

4U9525

Wir trauern.

[Weitere Informationen](#)

Abflughafen



Zielflughafen



Reisedatum



1 Erw., 0 Ki., 0 Kleink.



[Flug suchen](#)

[Check-in](#)



4U9525

Unsere Gedanken sind bei den Angehörigen der Opfer.



Aktuelle Informationen

Angehörige und Freunde der Opfer von Flug 4U9525 bitten um Zurückhaltung der Medien

[Flugstatus](#)



* Basic-Tarif, soweit nicht anders gekennzeichnet – es entstehen Zuschläge bei Aufgabe von Gepäck. Preis pro Flugstrecke und Person. Begrenzte Sitzplatzkontingente. Bei Zahlungen, die nicht per Lastschrift getätigt werden, entstehen Zuschläge.

Bewertungskriterien für Risiken:

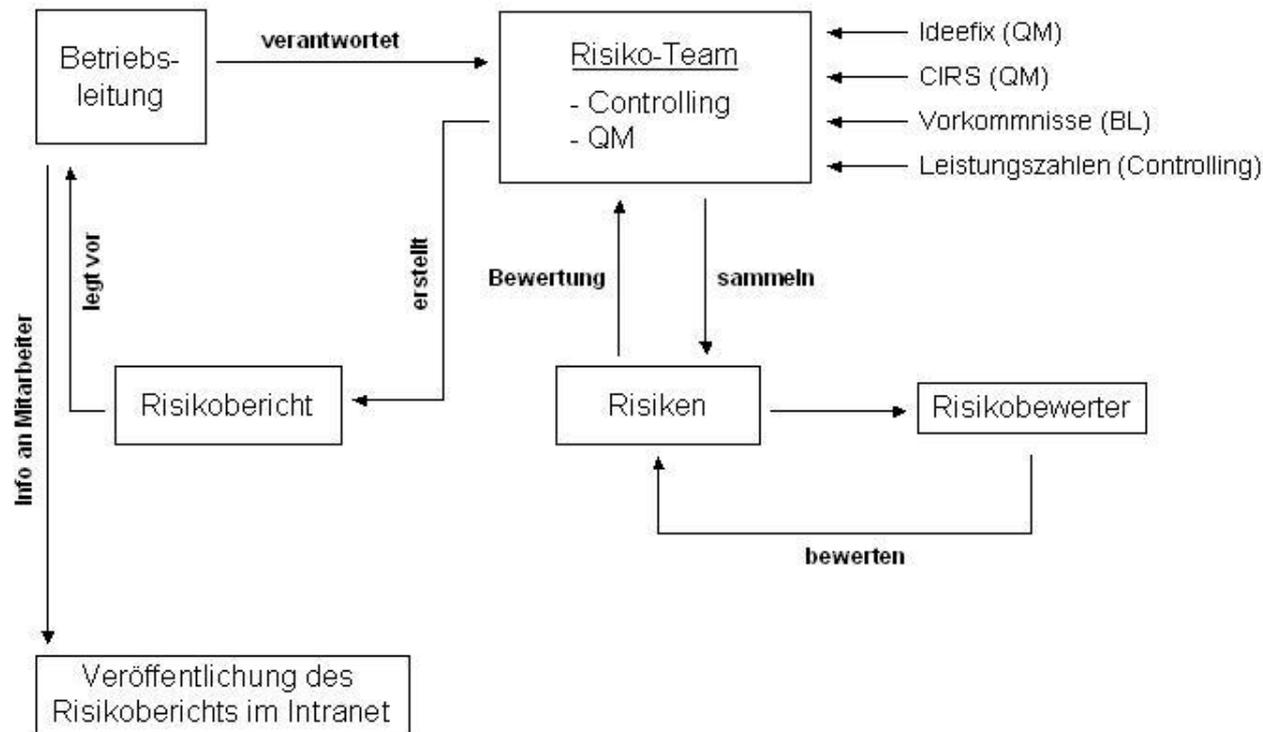
- Eintrittswahrscheinlichkeit
 - Schadenswirkung in € unter Berücksichtigung möglicher Verletzungen/Todesfälle
 - Wirkgeschwindigkeit möglicher Maßnahmen
 - Kosten der Präventivmaßnahmen
 - Katastrophenpotential („Anzahl der Betroffenen“)
 - Kontrollierbarkeit („Salmonellen in der Klinikküche“)
 - Verursachung („Mutwillig / Fahrlässig“)
 - Schrecklichkeit („Blutiger Suizid außerhalb der Klinik“)
 - Auswirkung auf Kinder
 - Aufmerksamkeit der Medien
-
- **Nutzen des Risikos („Medikamentennebenwirkungen“)**

„Wie können Risiken bearbeitet werden?“

- Priorisierung nach den Bewertungskriterien
- Analyse der Einflussfaktoren („Ursachen des Risikos?“)
- Erarbeitung und Umsetzung präventiver Maßnahmen zu Vermeidung
- Bewertung der potenziellen Wirksamkeit der Maßnahmen
- Entwicklung eines Maßnahmenplans beim Eintritt des Risikos

„Wie können Risiken bearbeitet werden?“

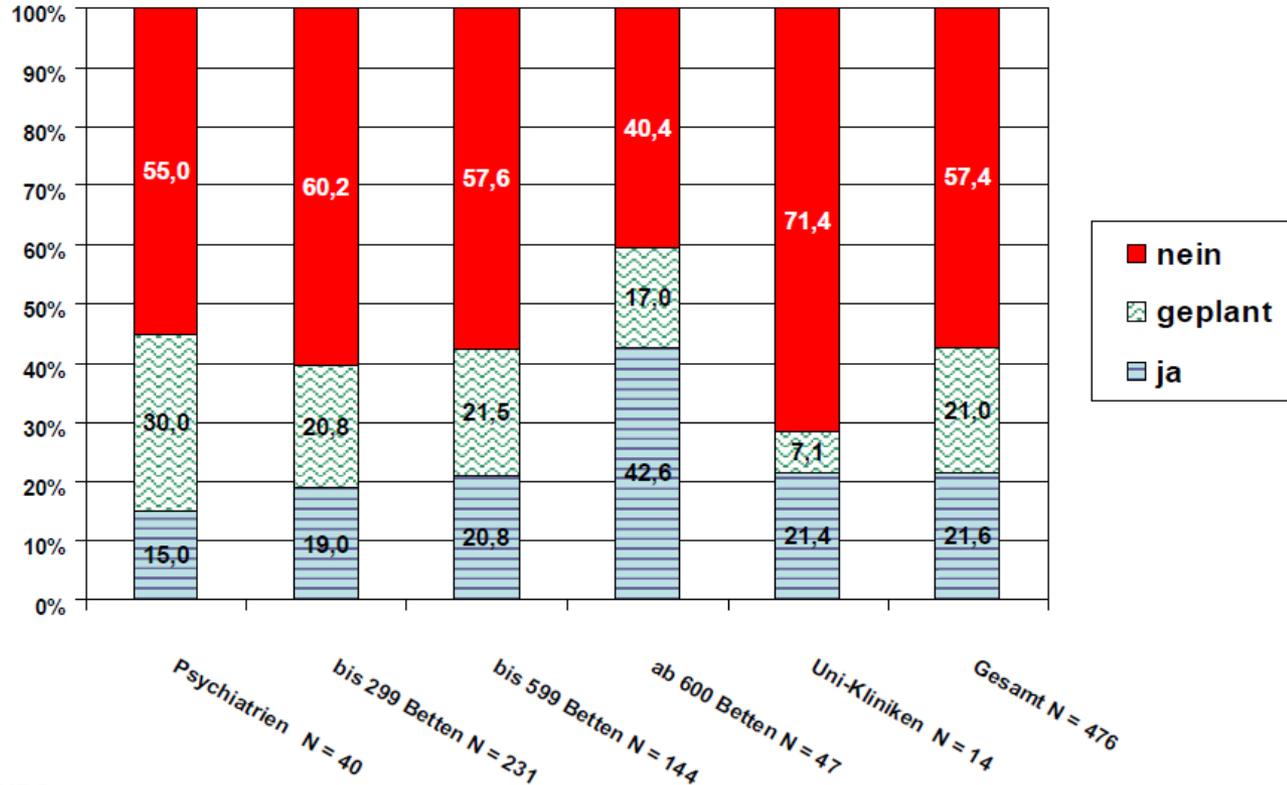
Risikomanagementprozess



„Wie fehlt noch?“

- Priorisierung nach den Bewertungskriterien
- Analyse der Einflussfaktoren („Ursachen des Risikos?“)
- Erarbeitung und Umsetzung präventiver Maßnahmen zu Vermeidung
- Bewertung der potenziellen Wirksamkeit der Maßnahmen
- Entwicklung eines Maßnahmenplans beim Eintritt des Risikos
- Entwicklung einer Kommunikationsstrategie gegenüber von
 - Betroffenen
 - Angehörigen / Betreuern
 - Öffentlichkeit /Medien

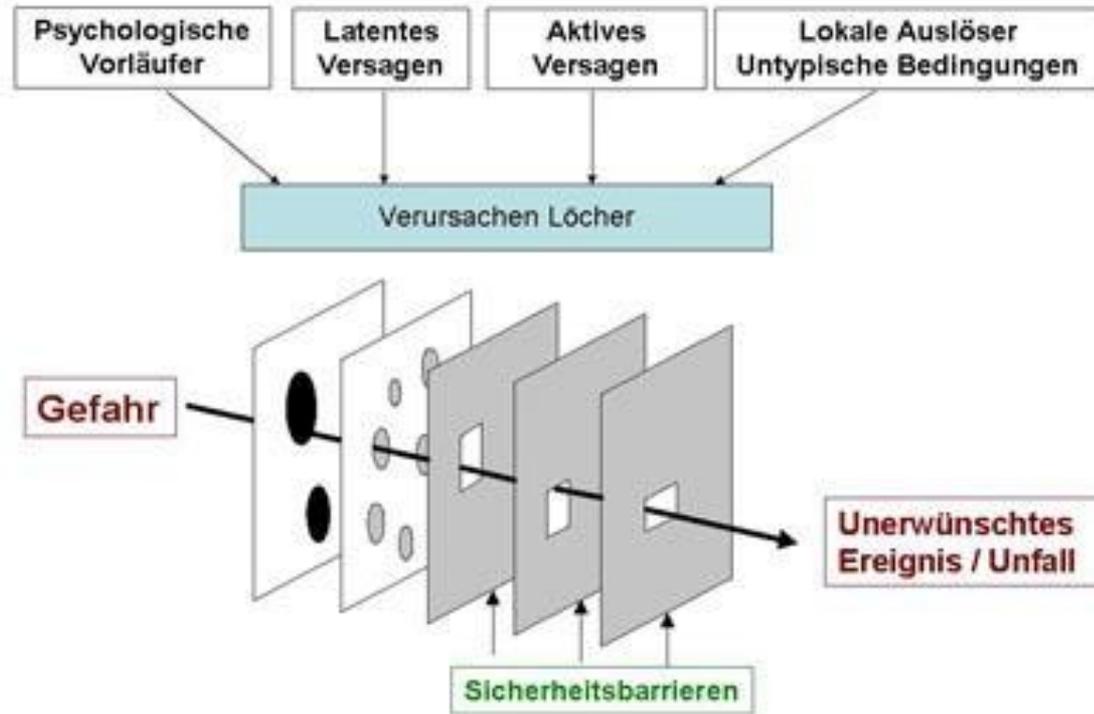
2 j. Es existiert ein krankenhauserinterner Standard, der sicherstellt, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten



© IfPS

IfPS, 2012; Datenerhebung in 2010; aktuelle Datenerhebung in 2015

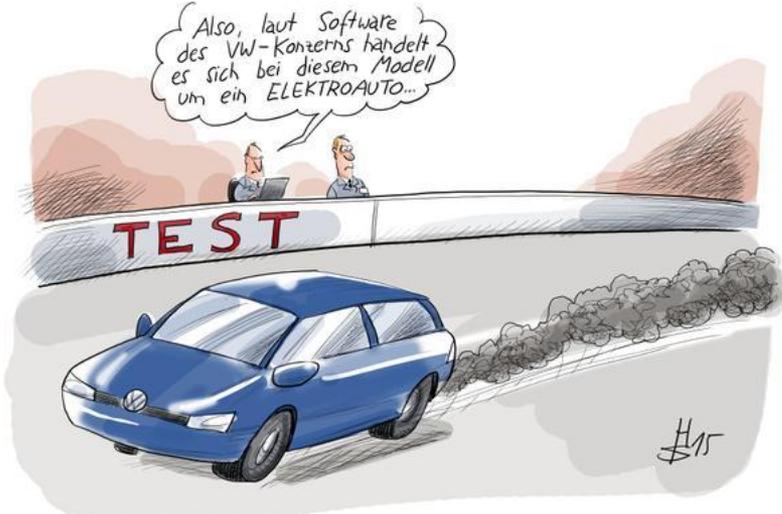
„meist menschliches Versagen“ – doch dies ist nicht alles...



nach Reason, 1990; 2006

„Welche Grundsätze sind bei der Kommunikation nach dem Eintritt des Risikos zu beachten?“

- Verständlichkeit
- Transparenz
- Nutzbarkeit der gegebenen Informationen
- Bekanntheit des Risikos und subjektive Informiertheit der Öffentlichkeit
- Schweregrad
- Wahrscheinlichkeit der individuellen Schädigung
- Wahrscheinlichkeit der Schädigung im Vergleich mit anderen
- Grad der Besorgnis
- Freiwilligkeit der Risikoübernahme



Die Welt, 22.09.15



Die Welt, 22.09.15



Greenpeace auf Twitter, 25.09.15



Br.de, 25.09.15