

Risikomanagement – Begleittext zum Buch „Risikomanagement in der operativen Medizin“



„Wer einen Fehler begangen hat und ihn nicht korrigiert, begeht einen weiteren Fehler.“

(Konfuzius (551 v. Chr. – 479 v. Chr.), chinesischer Philosoph)

Risikomanagement in der Medizin ist derzeit in aller Munde, insofern besteht Anlass sich etwas näher mit dem Thema, seinen Zielen, Chancen und Möglichkeiten zu beschäftigen:

Unter Risikomanagement versteht man den professionellen Umgang mit Risiken mit der Absicht, diese zu erkennen und zu vermindern. Es ist eine Methodik, um in systematischer Form Fehler, ihre Entstehung und mögliche Folgen aus diesen Fehlern zu erkennen, zu analysieren und auf die Zukunft gerichtet zu vermeiden. Daher setzt ein professionelles Risikomanagement ein, bevor Fehler entstehen und dadurch Schäden verursacht werden. Es sorgt dafür, dass eine bestehende Organisation in der Gesamtheit sicherer wird. Die völlige Abwesenheit von Fehlern dürfte nie erreicht werden, wohl aber muss die Fähigkeit angestrebt werden, mit Fehlern und den daraus folgenden Risiken und Schäden umgehen zu können.

In vielen Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder Nuklearreaktoren ist ein belastbares Risikomanagement Garantie für den Erfolg und die Funktionsfähigkeit der Abläufe.

Risikomanagement im Krankenhaus befindet sich erst im Anfang, im Gegensatz zu den USA und in England, in denen „Risk-Manager“ schon seit geraumer Zeit verpflichtet sind. Auch im Krankenhaus ist es im Bereich des Risikomanagements zwingend erforderlich, dass durch die Verbreitung des Wissens um die Entstehungsmöglichkeiten eines Zwischenfalls die Anzahl schwerwiegender Ereignisse gesenkt wird.

Während in den industriellen Komplexen Zwischenfälle oftmals durch einen finanziellen Ausgleich aus der Welt geschaffen werden können, ist im Krankenhaus menschliches Leid, der Verlust an Menschenleben nicht auszugleichen. Zwischenfälle und Fehler verursachen auch sehr hohe Kosten, insofern sind Verhütung und Vorbeugung in jedem Fall kostendämpfend.

Es ist zu unterstellen, dass Menschen grundsätzlich fehlbar sind, daher müssen Fehler auch in Institutionen erwartet werden, die einen weit überdurchschnittlichen Anspruch an die Fehlervermeidung stellen. Fehler werden in diesem Denkansatz daher nicht als Ursache, sondern als Folge von im System befindlichen „Fallen“

angesehen. Dieser Gedankengang ist von J. Reason ursprünglich entwickelt und bildhaft anhand eines „Schweizer-Käse-Modells“ verdeutlicht worden.

In jeder Organisation sind auf verschiedenen Ebenen Abwehrmechanismen und Schutzbarrieren eingebaut, um Fehler nicht entstehen zu lassen bzw. zu vermeiden. Auf der Intensivstation können dies z. B. Alarmsignale bei Gerätefehlfunktion, die exakte Regelung von Verantwortlichkeiten oder die Schärfung des Sicherheitsbewusstseins der Mitarbeiter sein.

Aber alle Schutzbarrieren oder Sicherheitsfunktionen weisen im System immer kleinere oder größere Defizite auf. Durch eine Verkettung ungünstiger Umstände kann dann eine Situation entstehen, in der plötzlich alle Abwehrmechanismen zu einem verhängnisvollen Ereignis werden und es kommt zu einer unerwarteten Katastrophe oder einem fatalen Ereignis.

In deutschen Krankenhäusern ist es an der Zeit, die Akzeptanz für Risikomanagement deutlich zu erhöhen. Das Instrument des „Critical-incident-reporting-System“ (CIRS) wird mitunter noch zu selten genutzt, um auftretende Fehler transparent zu machen und auf diese Art und Weise eine Wiederholung zu vermeiden. Jeder schafft sich sein Umfeld selbst, dies gilt auch für das Risikomanagement im Krankenhaus. Hier gilt es, insbesondere Vertrauen bei Mitarbeitern zu schaffen, die erkennen sollten, dass die Instrumente des Risikomanagements zum Vorteil der Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung und damit auch zu ihrem persönlichen Vorteil gereichen.

