

Klinisches Risikomanagement als Thema der Initiative Qualitätsmedizin

Heidemarie Haeske-Seeberg

Klinisches Risikomanagement gewinnt seit ca. 15 Jahren weltweit an mehr Bedeutung und Aufmerksamkeit, so auch in Deutschland. Spätestens seit Inkrafttreten der aktuellen Qualitätsmanagementrichtlinie (QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2015 wurde es für alle deutschen Krankenhäuser zur Verpflichtung, verschiedene Instrumente des klinischen Risikomanagements einzuführen.

In dieser Richtlinie konnte man lesen:

„Risikomanagement dient dem Umgang mit potenziellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und somit der Entwicklung einer Sicherheitskultur. Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert [...]“

Wer sich aktiv mit klinischem Risikomanagement befasst, dem ist klar: Alle Risiken kann niemand erkennen. Nicht zuletzt zeigen die CIRS-Meldungen und Anspruchstellungen von Patienten immer wieder, wie vielfältig Fehlerketten sind, die zu unerwünschten Ereignissen führen oder gerade noch in letzter Minute durch aufmerksame Mitarbeitende verhindert werden.

Es ergab sich also für jedes deutsche Krankenhaus die Aufgabe, für sich eine Prioritätenliste von Events zu entwickeln, bei denen auf jeden Fall mit geeigneten Präventionsmaßnahmen versucht werden soll, sie zu verhindern. Um Krankenhäuser dabei zu unterstützen, fand sich 2019 im Auftrag des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) eine Expertengruppe zusammen, die eine solche Prioritätenliste erarbeiten wollte.

8.1 Die SEVer-Liste des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Diese Liste ist im September 2021 durch das APS im Rahmen einer Handlungsempfehlung veröffentlicht worden. Die Vorsitzende des APS, Dr. Ruth Hecker, beschreibt es in ihrem Vorwort zur Handlungsempfehlung als schmalen Grat zwischen dem ehrlichen Anerkennen, dass Fehler in der gesundheitlichen Versorgung niemals vollständig unterbunden werden können, und dem kompromisslosen Einsatz für Patientensicherheit, für die die erarbeitete Handlungsempfehlung „Schützt vor Schaden: Die APS-SEVer-Liste – Schwerwiegende Ereignisse, die wir sicher verhindern wollen“ eine Hilfestellung bieten soll.

Die Bezeichnung SEVer ergibt sich dabei als Akronym aus dem **S** für schwerwiegend, dem **E** für Events und dem **Ver** für verhindern. Dabei ist der Gleichklang bei der Aussprache mit dem englischen Wort für sicher – safer – durchaus gewollt. Die Diskussion wurde dadurch beeinflusst, dass die im englischen Sprachraum eher gebräuchliche Bezeichnung „never events“ nicht mit der Definition vereinbar ist, die für die Events gefunden wurde, die in diese Liste Eingang finden sollten:

„APS SEVer sind Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auftreten und folgende Kriterien erfüllen:

- a) APS SEVer gelten als verhinderbar, wenn Sicherheitsbarrieren einrichtungsspezifisch wirksam implementiert sind.*
- b) Sie können zu schwerwiegenden Schäden bis hin zum Tod führen. Ein schwerwiegender Schaden muss nicht eingetreten sein, damit das Ereignis als APS SEVer eingestuft wird.*
- c) Sie sind eindeutig identifizierbar (APS 2021)“*

Mit dieser Formulierung sollte bewusst zum Ausdruck gebracht werden, dass das intensive Bemühen der Verhinderung gelten muss, dies jedoch nicht immer gelingen wird.

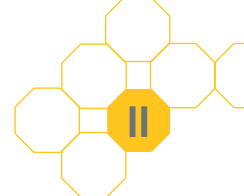
Für die Erarbeitung einer solchen Liste von Events konnte auf internationale Vorbilder zurückgegriffen werden. So wurden insbesondere die „List of Serious Reportable Events“ des amerikanischen National Quality Forum (NQF o.J.) und die britische Never Events List 2018 des National Health System (NHS 2021) herangezogen. Im Rahmen der Erarbeitung wurden die in diesen Quellen enthaltenen Events kritisch reflektiert. Sie wurden daraufhin geprüft, ob sie

- im Einfluss- und Veränderungsbereich eines Krankenhauses liegen,
- innerhalb der deutschen Rechtslage sinnvoll sind und nicht bereits durch gesetzliche Vorgaben geregelt sind sowie
- in anderen Kontexten, wie der externen gesetzlichen Qualitätssicherung, bereits bearbeitet wurden und davon ausgegangen werden durfte, dass bereits Präventionsmaßnahmen definiert und etabliert sind.

Einige in den Quellen vorhandene Events wurden daraufhin nicht weiterverfolgt. Sie sind in der Handlungsempfehlung mit der jeweiligen Begründung aufgezeigt. Die verbliebenen Events wurden, wenn es notwendig erschien, präzisiert. Einige wenige Events wurden hinzugefügt. Von Anfang an war sich die Expertengruppe einig, dass die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Im Gegenteil soll sie die Priorisierung der Bemühungen auf die wirkungsvolle Definition und Einführung geeigneter Präventionsmaßnahmen unterstützen. Neben der jeweiligen Bezeichnung enthält die Handlungsempfehlung für die 22 verbliebenen Events auch Ein- und Ausschlusskriterien.

Die Liste umfasst

- 4 APS SEVer im Zusammenhang mit operativen Prozeduren,
- 6 APS SEVer im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation,
- 5 APS SEVer im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess,
- 7 APS SEVer aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler.



Nachdem nun diese Handlungsempfehlung veröffentlicht wurde, darf man erwarten, dass sie nicht nur für Mitarbeitende in Krankenhäusern von Interesse ist. Man darf hoffen, dass auch Berater in den einschlägigen Bereichen sich an ihr orientieren werden. Ganz sicher werden sich Versicherungsunternehmen dafür interessieren, wenn es gilt, die Reife eines klinischen Risikomanagementsystems zu beurteilen. Denn bei den wenigen verbliebenen Versicherern, die Krankenhäusern Betriebshaftpflichtschutz anbieten, wird die Bemessung der Prämienhöhe inzwischen davon beeinflusst, was dort getan wird, um Schäden und damit Anspruchstellungen aktiv zu vermeiden.



Die rechtzeitige Umsetzung von Präventionsmaßnahmen wird in Rechtsstreitigkeiten infolge von Anspruchstellungen auch Gegenstand von Erwägungen von Patienten und ihren Anwälten, Staatsanwälten und Richtern sein.

Der nächste logische Schritt ist nunmehr die Sammlung geeigneter Präventionsmaßnahmen. Wie das APS damit umgehen wird, wird noch diskutiert. Dies ist jedoch für ein Krankenhaus kein Grund, darauf zu warten. Die Veröffentlichung der SEVer-Liste des APS sollte von Krankenhäusern zum Anlass genommen werden, die ebenfalls vom G-BA in der Qualitätsmanagement-Richtlinie geforderte Bestandsaufnahme durchzuführen. Welche Präventionsmaßnahmen existieren? Reichen sie aus, um die aufgezeigten, besonders relevanten Events zu verhindern? Sind sie nachhaltig und flächendeckend in allen infrage kommenden Fachabteilungen und Funktionsbereichen umgesetzt?

So sind z.B. OP-Sicherheitschecklisten im OP-Bereich bereits etabliert. In ambulanten Eingriffsräumen, in denen der G-BA ebenfalls deren Anwendung fordert, sobald Patienten sediert werden, sind sie jedoch oft noch keine Selbstverständlichkeit. In vielen Krankenhäu-

sern werden Patienten bereits heute Armbänder mit ihren Identifikationsdaten angelegt. Ist dieser Prozess jedoch bereits so sicher gestaltet, dass nicht doch einem Patienten das falsche Armband angelegt werden kann?

Die Bestandsaufnahme sollte sich dann auch der Frage widmen: Welche Präventionsmaßnahmen fehlen? Es gibt verschiedene Quellen für Präventionsmaßnahmen, die jedem Krankenhaus schon heute zur Verfügung stehen. Dazu gehören

- die bereits existierenden APS-Handlungsempfehlungen, wie z.B. die „Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslung in der Chirurgie“ oder die verschiedenen Handlungsempfehlungen im Umgang mit ausgewählten Medikamenten,
- die Fälle des Monats aus übergeordneten CIRS-Systemen, die stets Hinweise auf Präventionsmaßnahmen enthalten,
- die professionelle Bündelung des vorhandenen Erfahrungswissens mit systematischen Methoden wie z.B. FMEA (Failure Mode and Effects Analysis),
- die aus Fallanalysen gewonnenen Erkenntnisse, für deren Durchführung das APS ebenfalls eine Handlungsempfehlung veröffentlicht hat.

Der G-BA fordert in der Qualitätsmanagement-Richtlinie nicht nur mehr Sicherheit für Patienten zu schaffen, sondern sieht als Zielgruppe auch die Mitarbeitenden:

„Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt.“

Im Zusammenhang mit den Anforderungen des G-BA zu Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen ergeben sich für den Umgang mit Präventionsmaßnahmen weitere Notwendigkeiten:

„Die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation werden einrichtungsspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt. Dabei werden die Verantwortlichkeiten, besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse, in die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen aufgenommen und fachliche Standards berücksichtigt.“

Da sicherheitsrelevante Vorgehensweisen sicher zu den wesentlichen Prozessen gehören, darf daraus abgeleitet werden, dass die Präventionsmaßnahmen – isoliert oder integriert – Eingang in Prozessbeschreibungen finden. Daraus kann also gefolgert werden, dass eine Verschriftlichung der Präventionsmaßnahmen in Verfahrens- oder Arbeitsanweisungen als Umsetzung dieser Anforderungen begriffen werden kann. Neben der regelmäßigen Auditierung der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen in die tägliche Praxis ist es also eine weitere Aufgabe, abzugleichen, ob sich diese im oft bereits bestehenden Qualitätsmanagementhandbuch wiederfinden. Gerade im Rahmen der Einarbeitung neuer Mitarbeitender oder bei Unstimmigkeiten, wie ein Prozess denn nun umgesetzt werden soll und wer im Prozess welche Prozessschritte wie durchzuführen hat und dafür Verantwortung trägt, helfen solche Beschreibungen.

Die SEVer-Liste des APS ist ein wichtiger Meilenstein, um Krankenhäusern dabei zu helfen, ihr klinisches Risikomanagement auf den Prüfstand zu stellen und prioritätengesteuert weiterzuentwickeln. Der IQM Vorstand beschloss eine Arbeitsgruppe zu bilden, um ein Konzept für den weiteren Umgang mit der Liste zu erarbeiten. Diese Arbeitsgruppe hat sich im Februar 2022 formiert. Zunächst wurden die in den verschiedenen Einrichtungen der Arbeitsgruppenmitglieder bereits etablierten Präventionsmaßnahmen zusammengetragen. Anschließend soll nun ein gemeinsamer Abgleich stattfinden, ob bereits alle sinnvollen Maßnahmen formuliert wurden, um diese ggf. zu ergänzen. In

welcher Form mit einem solchen Katalog dann im Rahmen von IQM umgegangen werden soll, wird noch diskutiert.

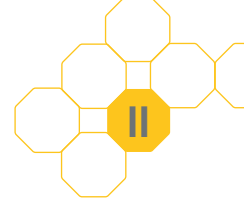
8.2 Weitere Instrumente des klinischen Risikomanagements

In der QM-RL des G-BA werden neben der Bestandsaufnahme weitere Instrumente des klinischen Risikomanagements adressiert:

„Als Instrumente des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus sind z.B. Fehlermeldesysteme, Risiko-Audits, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen oder Fallanalysen zu nennen.“

Auf Fehlermeldesysteme/CIRS wird in der Richtlinie noch einmal gesondert hingewiesen. Sie sind verbindlich umzusetzen. Dadurch sollen Mitarbeitende die Gelegenheit erhalten, anonym auf beinahe aufgetretene Fehler hinzuweisen. Ziel ist es, fehlende oder unzureichende Präventionsmaßnahmen zu entdecken und im Anschluss die Sicherheitslücken zu schließen.

Mithilfe eines Risiko- oder Sicherheitsaudits kann die zuverlässige Umsetzung der sinnvollerweise im klinischen Alltag etablierten Präventionsmaßnahmen eruiert werden. Dabei kommen sowohl Dokumentationsaudits von abgeschlossenen Behandlungsfällen als auch Begehungen mit Interviews oder eine teilnehmende Beobachtung zum Einsatz. Diese Audits helfen präventiv, durch Sicherheitslücken ausgelöste Events zu verhindern. Was jedoch im Einzelfall nicht gegriffen hat, welche Präventionsmaßnahme nicht oder nur unzureichend durchgeführt und umgesetzt wurde, soll durch eine Fallanalyse herausgearbeitet werden. Dazu kommt, dass bei immer wieder anders ablaufenden Prozessen neue Fehlerketten auftreten. Die dafür ggf. sinnvollen Präventionsmaßnahmen sind vielleicht noch gar nicht definiert und demzufolge auch nicht etabliert. Auch solche Lücken in den Prozessen sollen durch Fallanalysen detektiert werden.



Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen werden durch die Prozesse im Rahmen eines Peer Review nach der IQM Methodik gefördert. In Vorbereitung auf ein Peer Review sollen die im Peer Review zu analysierenden Fälle bereits innerhalb der betroffenen Fachabteilung bzw. Klinik einer Analyse unterzogen werden. Dies kann mit den Vorgehensweisen einer Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenz geschehen. IQM hält dafür geeignete Materialien bereit, die eine Analyse unterstützen und als Dokumentationsgrundlage genutzt werden können. Wichtige Hinweise liefert ein „Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen“ (M&MK) der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2016) (s. auch Sek. II „Instrumente – die IQM Leitfäden“). Es werden wertvolle Hinweise für die Vorbereitung und Durchführung, für die Fallauswahl und Verfahrensregeln gegeben.

Analysiert man die Anspruchstellungen potenziell Geschädigter an Krankenhäuser bzw. deren Haftpflichtversicherer, so lässt sich erkennen, dass es ein Anteil von ca. 80% ist, der mit den Instrumenten einer Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenz analysiert werden kann. Es handelt sich dabei um verspätete, fehlende oder falsche Diagnostik oder Therapie bzw. spezifische Komplikationen wie Nervendurchtrennungen, Organverletzungen usw. Beim restlichen Anteil von ca. 20% handelt es sich um Fälle, die üblicherweise durch eine Fallanalyse bearbeitet werden können. Es sind verbliebene Fremdkörper, Medikationenverwechslungen, Patienten- oder Seitenverwechslungen und weitere Events aus dem Themengebiet des klinischen Risikomanagements, wie sie in der SEVer-Liste aufgeführt sind. Sind ausreichend Präventionsmaßnahmen in den klinischen Prozessen etabliert, gelten diese meist als verhinderbar.

Ausgelöst wird eine Fallanalyse häufig durch eine CIRS-Meldung, eine Anspruchstellung oder durch das Bekanntwerden eines Beinahevorfalles. Sie sollte stets durch die Geschäftsführung ausgelöst und durch einen ausgebildeten Fallanalytiker durchgeführt werden.

In Einzelinterviews mit den Beteiligten aller Berufsgruppen wird eine Zeitreihenana-

lyse erstellt. Was ist wann durchgeführt worden, welche Präventionsmaßnahme wurde im konkreten Einzelfall angewendet und umgesetzt – vor allem jedoch: Welche wurde nicht oder nur unzureichend durchgeführt und hat dann versagt. War eine Seitenmarkierung angebracht worden? Wurde ein wischfester Stift verwendet? Wurde zwar der richtige Fuß markiert, aber nicht die betroffene Zehe? Wurde eine Sicherheitscheckliste angefertigt und wurden alle vorgesehenen Checks ordnungsgemäß durchgeführt oder war sie vielleicht schon mitten in der OP-Vorbereitung vollständig ausgefüllt worden? Wodurch wurde ein Mitarbeitender ggf. daran gehindert, eine sinnvolle Präventionsmaßnahme ordnungsgemäß durchzuführen?

In die Zeitreihe werden alle notwendigen und als Barriere vorgesehenen Maßnahmen eingefügt und hinsichtlich der Durchführung bewertet. Dadurch werden fehlende Präventionsmaßnahmen sichtbar, die meist als Fehlerkette auftreten.

Fallanalysen sind damit eine wichtige Ergänzung zu Peer Reviews, um aus Fehlern zu lernen.

Die vom G-BA geforderten Instrumente des klinischen Risikomanagements sollten in ein Qualitätsmanagementsystem eingebettet werden. Vorher ist es jedoch notwendig, sie in ein – möglichst mit dem Qualitätsmanagementsystem vernetztes – klinisches Risikomanagementsystem einzubetten. Auch dafür hat das APS eine Handlungsempfehlung erarbeitet.

8.3 Die Handlungsempfehlung des APS „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus“

2015 beschloss der G-BA die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL). Aus der Sicht des APS wurden dort wichtige Elemente eines klinischen Risikomanagementsystems (kRM) skizziert – verbunden mit der Forderung ihrer Um-

setzung. Es blieb jedoch überwiegend bei der generischen Erwähnung von Zielen und Instrumenten. Die konkrete Ausgestaltung blieb offen. Dies ließ den Gesundheitseinrichtungen Freiraum zur Umsetzung. Für eine Reihe von Vorgaben aus der QM-RL existierten zu diesem Zeitpunkt bereits Handlungsempfehlungen des APS, für andere nicht.

Zahlreiche Krankenhäuser hatten in den vergangenen Jahren bereits Instrumente des kRM eingeführt. Unklar blieb jedoch oft, welche Elemente ein kRM-System als Mindestanforderung aus Expertensicht ausmachen. Um Krankenhäuser dabei zu unterstützen, ein kRM-System aufzubauen, entstand die Handlungsempfehlung „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2015). Bei der Entwicklung wurden verschiedene bereits bestehende Normen, wie die Folgenden als Anregung genutzt:

- ONR 49000:2014: Risikomanagement für Organisationen und Systeme – Begriffe und Grundlagen, Kapitel 2.1.14 (Austrian Standards 2014a)
- ONR 49002-2:2014: Risikomanagement für Organisationen und Systeme – Teil 2: Leitfaden für die Methoden der Risikobeurteilung – Umsetzung von ISO 31000 in die Praxis (Austrian Standards 2014b)

Die Handlungsempfehlung verbleibt bewusst auf der Metaebene und enthält keinen konkreten Umsetzungsplan. Sie beinhaltet jedoch neben den Anforderungen auch die Grundsätze, auf denen kRM basiert, Definitionen wichtiger Begriffe sowie eine Auswahl von Methoden und Instrumenten zur Umsetzung. Diese werden erwähnt, jedoch nicht beschrieben. Dies bleibt anderen Handlungsempfehlungen des APS und weiteren Quellen überlassen. Wie bei jeder Handlungsempfehlung des APS erhielten die Mitglieder des APS nach der Erstellung durch die Arbeitsgruppe die Gelegenheit zu Stellungnahmen und Anregungen,

die im Rahmen der Endredaktion Berücksichtigung gefunden haben.

Da von den Autoren in der Literatur keine für den Zweck der Handlungsempfehlung befriedigende Definition von kRM ausfindig gemacht wurde, wurde die folgende Bestimmung auf der Basis bereits vorhandener Definitionsversuche entwickelt:

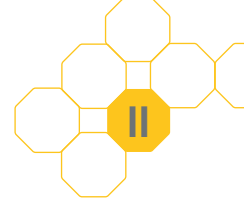
„Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken umfasst die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, 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 2015)

Besonders zu betonen ist, dass kRM nicht gleichgesetzt wird mit Patientensicherheit, die jedoch einen integralen Bestandteil ausmacht.

Bei der ebenfalls erarbeiteten Definition von Sicherheitskultur war es den Autoren besonders wichtig, deutlich zu machen, dass Sicherheitskultur keine statische Größe ist, sondern sich weiterentwickeln kann:

„Sicherheitskultur im Kontext des klinischen Risikomanagements von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken beschreibt die Art und Weise, wie Sicherheit im Rahmen der Patientenversorgung organisiert wird, und spiegelt damit die Einstellungen, Überzeugungen, Wahrnehmungen, Werte und Verhaltensweisen der Führungskräfte und Mitarbeitenden in Bezug auf die Sicherheit von Patienten, Mitarbeitenden und der Organisation wider. Sicherheitskultur ist entwickelbar und unterliegt einem ständigen Lernprozess.“
(Aktionsbündnis Patientensicherheit 2015)

Besonders wertvoll für die Umsetzung eines Risikomanagement-Systems sind Beispiele, die erläutern, was Gegenstand von Risikoma-



nagement-Grundsätzen und damit einer Risikopolitik sowie einer Risikomanagementstrategie sein kann.

Als mögliche Risikomanagement-Grundsätze werden formuliert:

„Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

1. verfolgt das Ziel der Erhöhung der Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation und schafft und sichert damit Werte,
2. dient gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement der Weiterentwicklung der Organisation,
3. ist Bestandteil der Entscheidungsfindung im Rahmen der Patientenversorgung,
4. befasst sich mit klinischen Risiken im Zusammenhang mit Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege,
5. ist systematisch, strukturiert, priorisiert und auf die jeweilige Organisation zugeschnitten,
6. stützt sich auf die besten verfügbaren Informationen, Zahlen, Daten, Fakten, und Erkenntnisse,
7. fördert die interprofessionelle und interdisziplinäre Kommunikation,
8. berücksichtigt das soziale, kulturelle und individuelle Umfeld der Patienten und der an der Versorgung Beteiligten,
9. stellt zielgruppenorientiert Transparenz her,
10. reagiert auf Entwicklungen in Medizin und Pflege sowie auf gesundheitsökonomische und demographische Veränderungen.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2015)

Für die Formulierung einer Risikomanagementstrategie wird empfohlen, Festlegungen zu folgenden Aspekten vorzunehmen:

- a) Verknüpfung von Zielen der Organisation, insbesondere von wirtschaftlichen und sicherheitsbezogenen Zielen,
- b) Bereitstellung der für die Umsetzung des Risikomanagementsystems erforderlichen Ressourcen (Personen, Budget, Sachmittel),
- c) risikobezogene Verantwortlichkeiten im Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation,

- d) Art und Weise der Evaluation in Bezug auf die Wirksamkeit des kRMS,
- e) Art und Weise der Berichterstattung über die aus der Wirksamkeitsüberprüfung gewonnenen Erkenntnisse,
- f) Evaluation und Weiterentwicklung der Risikopolitik und Risikomanagementstrategie inkl. des Turnus, deren Inhalte und Bewertungskriterien.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2015)

Dadurch ist der notwendige Management-Überbau für die Erarbeitung eines klinischen Risikomanagement-Systems umrissen. Auf den folgenden Seiten der Handlungsempfehlung werden Hinweise zur Festlegung zu Verantwortlichkeiten und Ressourcen ebenso gegeben wie für die Kommunikation und das Reporting.

Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2015) Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf (abgerufen am 09.02.2023)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2021) Schützt vor Schaden: Die APS SEVer-Liste. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste_APS.pdf (abgerufen am 09.02.2023)
- Austrian Standards (2014a) ONR 49000:2014: Risikomanagement für Organisationen und Systeme – Begriffe und Grundlagen. URL: https://www.austrian-standards.at/dokumente/produkte-loesungen/kostenlose-services/fachinformationen/06-risikomanagement/fachinformation06_risikomanagement.pdf (abgerufen am 09.02.2023)
- Austrian Standards (2014b) ONR 49002-2: Risikomanagement für Organisationen und Systeme. Teil 2: Leitfaden für die Methoden der Risikobeurteilung. Umsetzung von ISO/DIS 31000 in die Praxis. ICS 03.100.01. URL: https://shop.austrian-standards.at/action/de/public/details/514134/ONR_49002-2_2014_01_01 (abgerufen am 09.02.2023)
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2016) Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf (abgerufen am 15.07.2022)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015) Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (abgerufen am 09.02.2023)

II Aktuelle Schwerpunkte, Projekte und Kampagnen

National Health System (NHS) (2021) Never Events list 2018. First published January 2018 (last updated February 2021). URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/2018-Never-Events-List-updated-February-2021.pdf> (abgerufen am 15.07.2022)

National Quality Forum (NQF) (o.J.) „List of Serious Reportable Events“. URL: https://www.qualityforum.org/topics/sres/list_of_sres.aspx (abgerufen am 15.07.2022)



Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg

Heidemarie Haeske-Seeberg war von 2001 bis 2022 Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement der Sana Kliniken AG und leitet nunmehr dort die Stabsstelle Qualitätsnetzwerke. Einige Jahre leitete sie zusätzlich die Sana Fort- und Weiterbildungs-GmbH als Geschäftsführerin. Jeweils mehrere Jahre zuvor war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. Düsseldorf, wo sie die Vorläuferorganisation des IQTiG aufbaute sowie Abteilungsleiterin der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Ihr Wissen als Auditorin erwarb sie als Leitende Auditorin bei der LRQA, Köln. Als Gründungsmitglied der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. war sie mehrere Jahre Geschäftsführerin dieser wissenschaftlichen Gesellschaft, deren Vorsitz sie derzeit wahrnimmt. Sie ist in mehreren wissenschaftlichen Beiräten und im Aktionsbündnis Patientensicherheit aktiv. Sie ist Autorin mehrerer wissenschaftlicher Monografien und Buchbeiträge.

Als Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung arbeitet sie an Konzepten zur Umsetzung entsprechender Vereinbarungen des Koalitionsvertrages mit.