



Dr. Alexander Euteneier, MBA

# Die Rolle des klinischen Risikomanagers

## Kompetenzen, Aufgaben und notwendige Qualifikationen

Klinisches Risikomanagement wird zunehmend gesetzlich reguliert. Um den Aufgaben des klinischen Risikomanagements gerecht zu werden, ist eine Professionalisierung von Mitarbeitern zu Risikomanagern notwendig. Diese müssen neben den fachlichen Kompetenzen etwa über Methodenwissen und soziale und kommunikative Kompetenzen verfügen. Dabei sollten Risikomanager einen systemischen Ansatz verfolgen, der die fünf primären Aufgabengebiete wie Strukturen, Prozesse, Ergebnisse, Personalentwicklung und Patienteneinbindung umfasst. Mit der Professionalisierung des Risikomanagements wird es immer leichter möglich sein, den Nachweis einer Wirtschaftlichkeit zu erbringen. Hierfür müssen motivierte Mitarbeiter als professionelle Risikomanager ausgebildet und aus der Leitungsebene heraus vollumfänglich unterstützt werden.

Der Stellenwert des klinischen Risikomanagements in der Patientenversorgung nimmt stetig zu. Wurde seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Januar 2014 ein noch recht unverbindlicher und im Detail nicht ausformulierter Beschluss hinsichtlich der „Einrichtung eines Risikomanagements“ und der „Einrichtung eines Fehlermeldesystems“ gefasst, so wurde in der Qualitätsmanagement-Richtlinie im September 2016 dieser Beschluss präzisiert und einzelne Aufgabengebiete des klinischen Risikomanagements und Qualitätsmanagements für Krankenhäuser klar benannt. Mit dem nun im April 2019 verlautbarten G-BA-Beschluss zur „Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen“ werden erstmals auch Strafmaßnahmen in abgestufter Abfolge bei Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen dargelegt. Inhaltlich wird dabei im G-BA-Beschluss der Einhaltung der Mindestmengenregelung eine Vorreiterrolle als Qualitäts- bzw. Risiko-Indikator eingeräumt. Allgemein formuliert der G-BA-Beschluss von April 2019, dass „eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen insbesondere bei besonders schwerwiegenden Verstößen wie der erheblichen Gefährdung der Patientensicherheit oder bei erheblichen Verstößen gegen Transparenzpflichten“ stattfindet. Um diese Anforderungen zu erfüllen, braucht es versierte QM und RM-Experten, die in der Lage sind, die geforderten Maßnahmen umzusetzen. Häufig müssen sie das notwendige kennzahlengesteuerte „Management-System“ erst implementieren, zumindest jedoch readjustieren, um so die Hochrisikoorganisation Krankenhaus zu befähigen, ein effektives und effizientes Qualitäts- und Risikomanagement zu betreiben.

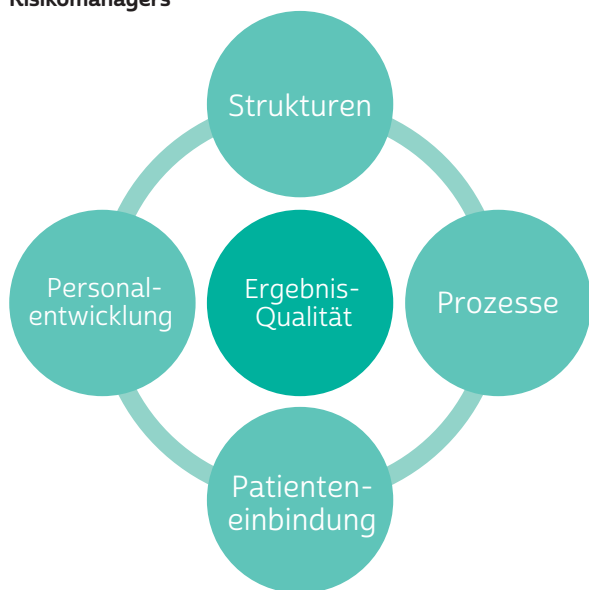
### Notwendigkeit der Professionalisierung des klinischen Risikomanagements

Gemäß § 4 des aktuellen G-BA-Beschlusses werden in der ersten Stufe zur Durchsetzung der G-BA-Richtlinie fördernde Maßnahmen der Beratung und Unterstützung festgelegt. Es liegt daher für alle Krankenhausbetreiber bzw. QM- und RM-Verantwortlichen in den Krankenhäusern nahe, sich bereits

präventiv, d. h. vor „dem Vorliegen einer Sanktionswürdigkeit“, intern mit den empfohlenen Maßnahmen und Instrumenten des G-BA ernsthaft auseinanderzusetzen und diese umzusetzen. Genannt werden im § 4 Absatz 1, Nummer 2 bis 12 folgende Maßnahmen:

2. Zielvereinbarungen  
In der Regel werden diese im Rahmen der Strategieentwicklung durch die Führung unter Einbeziehung der fachlichen Expertise des Risikomanagers erstellt.
3. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien  
zum Beispiel im Rahmen externer Aus- und Weiterbildungen, Workshops und internen M&M-Konferenzen und Ursachenanalysen zu Schadenfällen
4. Teilnahme an Qualitätszirkeln  
beispielsweise regionale oder in Klinikverbänden organisierte Sitzungen und Fachtagungen
5. Teilnahme an Audits  
zum Beispiel jährliche externe Risiko-Audits und regelmäßige interne Risiko-Audits
6. Begehungen/Visitationen  
etwa Hygiene-Audits, ASA-Audits, monatliche Leadership-Roundings etc.
7. Teilnahme an Peer Reviews  
beispielsweise externe IQM-Peer Reviews
8. Implementierung von Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement  
zum Beispiel Aufbau einer effizienten Aufbau- und Ablauforganisation mit entsprechenden Personalressourcen, Weisungsbefugnissen und Kennzahlen
9. Implementierung von Behandlungspfaden  
insbesondere zur Sicherstellung hoher und sicherer Behandlungsstandards in der ZNA
10. Implementierung von Standard Operating Procedures (SOPs)  
siehe auch 9, unter Berücksichtigung der Leitlinien mit Anpassung an die organisatorischen Abläufe im Krankenhaus

**Abbildung 1: fünf primäre Aufgabenfelder des klinischen Risikomanagers**



11. Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien  
u. a. als Diskussionsgrundlage interner wöchentlicher Fortbildungen der Fachabteilungen
12. Prüfung unterjähriger Auswertungsergebnisse  
Etablierung eines wirksamen Reporting und Controlling durch Definition sinnhafter QM- und RM-relevanter Kennzahlen bzw. Patientensicherheitsindikatoren

### Aufgaben des klinischen Risikomanagers

Der Risikomanager interpretiert seine Rolle und seine Aufgaben als ganzheitlichen Auftrag mit dem primären Ziel, Risiken von Patienten und Mitarbeitern abzuwenden. Dabei müssen stets Kompromisse zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen und Perspektiven, etwa zwischen der medizinischen Patientenversorgung mit dem Anspruch, eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, und dem betriebswirtschaftlichen Management, welches auf Gewinn und Sicherung des langfristigen Überlebens ausgerichtet ist, erarbeitet werden.

Der Risikomanager muss im Wesentlichen fünf verschiedene Bereiche adressieren (► **Abbildung 1**). Dazu gehören die systeminhärenten Prozesse der Hochrisikoorganisation, die wesentlich von der Infrastruktur beeinflusst werden und sich in den Therapieergebnissen widerspiegeln. Zu diesen drei klassischen Säulen, wie sie auch das Qualitätsmanagement nach Donabedian vorsieht, kommen zwei weitere Bereiche hinzu. Diese sind die Entwicklung von Mitarbeiterkompetenzen und Partizipationsmöglichkeiten für die Patienten.

Aufgrund dieses umfassenden Aufgabenkatalogs macht es Sinn, verschiedene Expertenlevels für Mitarbeiter des Risikomanagements einzurichten, die es ermöglichen, sowohl strategische als auch operativen Aufgaben getrennt voneinander zu bewältigen. Hier bietet es sich an, analog dem Hygienemanagement zu ver-

fahren und einen hauptverantwortlichen Risikomanager (analog dem Hygienearzt) zu benennen sowie überwiegend operativ tätige Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte (analog den Hygienefachkräften), die an der Basis in den einzelnen Fachabteilungen als Ansprechpartner Risikokoordinatoren (analog Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte) vorfinden.

### Qualifikationsanforderungen an den Risikomanager

Die ONR 49003 des Austrian Standards zu Anforderungen an die Qualifikation des Risikomanagers gibt hier eine erste Orientierungshilfe bezüglich des Verständnisses, was ein Risikomanager zu leisten hat. So „kann der Risikomanager die Risikoeigener sowie alle Mitarbeitenden der Organisation überzeugen, dass es sich lohnt, Risikomanagement systematisch zu betreiben, die Ergebnisse von Risikobeurteilungen umzusetzen und das Risikomanagement im Managementsystem zu etablieren“ (ONR 49003 –Anforderungen an die Qualifikation des Risikomanagers, 2014 Austrian Standards). Doch kann es nicht Aufgabe des Risikomanagers sein, hier überwiegend die notwendige Überzeugungsarbeit zu leisten. Risikomanagement zu vertreten ist primär Aufgabe der Führung, was auch der G-BA in der Richtlinie von 2016 ausdrücklich betont. Die Verantwortung hierfür ist nicht delegierbar. Somit hat die Krankenhausführung die Aufgabe, die Risikoeigener, wie etwa Chefärzte und Stationsleitungen, davon zu überzeugen, dass ein klinisches Risikomanagement notwendig und auch ökonomisch sinnvoll ist. Der Risikomanager kann und soll jedoch anhand seiner positiven Arbeitsergebnisse die Führung mit überzeugenden Argumenten bei ihrer notwendigen Überzeugungsarbeit unterstützen.

Von kritischer Bedeutung für die Arbeit des Risikomanagers ist es, über ein Gesamtverständnis des klinischen Risikomanagements, seiner Teilbereiche und der bestehenden wechselseitigen Abhängigkeiten zu verfügen. Risiken manifestieren sich dort, wo die Prozessketten am schwächsten sind oder extrem geringe Fehlertoleranzen gegeben sind. Dazu braucht es den ganzheitlichen Ansatz, der alle Systembestandteile der Hochrisikoorganisation mit berücksichtigen kann. Hierzu gehören fundierte Kenntnisse über die Kernprozesse bzw. medizinischen Abläufe in den einzelnen Fach- und Funktionsabteilungen sowie ein Grundverständnis der übergreifenden Unterstützungsprozesse, wie Medikamentenmanagement, Informationstechnik, Medizintechnik, Hygiene, Arbeitsschutz und Compliance-Management, sowie besonders risikorelevante Einzelaspekte zur Warenlogistik, Energieversorgung und Wassertechnik.

Da der Mensch die größte Risiko- bzw. Fehlerquelle ist, sind für Risikomanager fundierte Kompetenzen im Human-Faktor-Bereich unerlässlich. Diesen „Soft Factors“ wird immer noch viel zu wenig Bedeutung beigemessen, obwohl Vorreiter wie die Luftfahrt, das Militär und die Kernenergie hier viele Beweise ihrer Notwendigkeit geliefert haben. Kommunikationsfähigkeiten und Kommunikationstechniken, Konfliktlösungsstrategien und Grundlagen der Entscheidungsfindung ebenso wie die häufigsten Denkfehler (cognitive bias) sollten stärker in der

klinischen Praxis berücksichtigt werden.

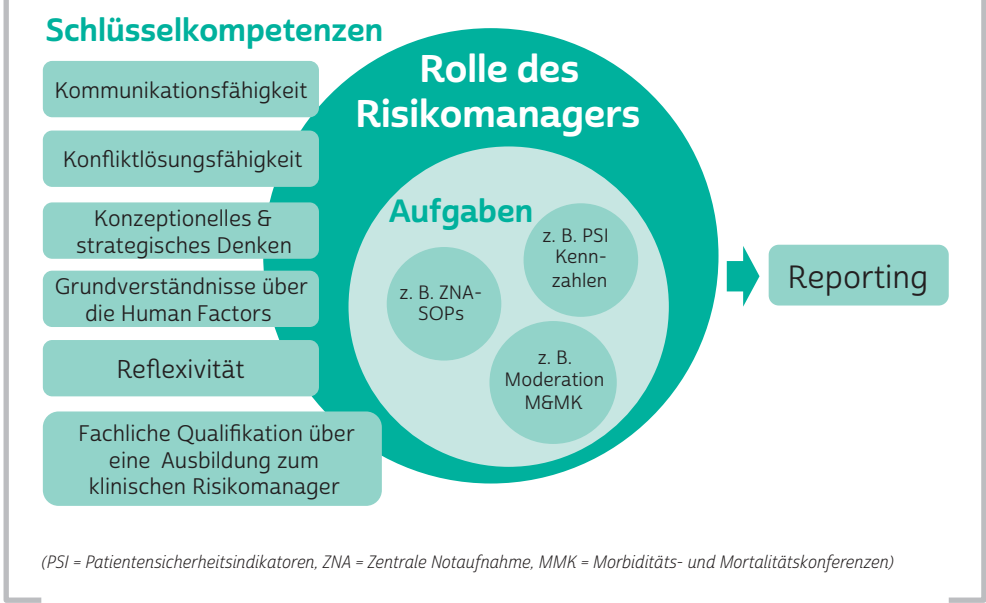
Das klinische Risikomanagement entwickelt zunehmend seine eigene Fachsprache, die sich zum Teil aus dem Glossar des betriebswirtschaftlichen und finanziellen Risikomanagement, ableitet, zum Teil jedoch eigene klinische Begrifflichkeiten und gesetzliche Vorschriften, wie etwa die verschiedenen Definitionen zur Sicherheitskultur, Patientensicherheit oder dem Verständnis von Compliance im medizinischen Kontext, berücksichtigt. Runciman (2010) hat mit dem Rahmenwerk der „Internationalen Patienten-Sicherheits-Klassifikation (IPSC)“<sup>(1)</sup> ein konzeptionelles Verständnis der

Klassifikation der Patientensicherheit etabliert, das anhand einer gemeinsamen Ontologie/Taxonomie die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Patientensicherheitssystemen zu erleichtern versucht.

Zu wenig Beachtung findet bisher, dass Risikomanager und Risikomanagementbeauftragte ebenso wie Risikokoordinatoren starke Kommunikatoren und Motivatoren sein müssen. Sie benötigen hohe kommunikative Kompetenzen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich zu überzeugen, dass die Risikomanagement-Maßnahmen notwendig sind. Da sie häufig ohne formale Weisungsbefugnisse ausgestattet sind, bleibt ihnen häufig nur der Appell an den guten Willen und ihre Überzeugungsfähigkeit. Disziplinarische Durchgriffsrechte für Risikomanager könnten in Zukunft stärker zur Geltung kommen. Dies ist insbesondere der Tatsache geschuldet, dass bei Qualitäts- und Compliance-Problemen die neue G-BA-Richtlinie von April 2019 zum Tragen kommt und die finanziellen Konsequenzen sowie der Reputationsschaden für das Krankenhaus dann deutlich größer sein werden. Dies zeigt sich u. a. in der Androhung von Vergütungsabschlägen bis hin zum Wegfall des Vergütungsanspruchs sowie in der Information Dritter über Verstöße gegen Qualitätsvorgaben, wie etwa die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und Gesundheitsämter.

Risikomanager vermitteln zwischen den Schnittstellen der Fach- und Funktionsabteilungen bzw. deren Repräsentanten. Sie sind Ansprechpartner für die Geschäftsführung und den Vorstand der Klinik, sollten sich im Rahmen der Schadenaufbereitung mit dem Schadenmanager, dem Haftpflichtversicherer und den risikoverantwortlichen Leitungen der Fachabteilungen austauschen. Sie arbeiten des Weiteren eng mit den Qualitätsmanagementbeauftragten, den Hygienefachkräften und externen & internen Auditoren zusammen.

Abbildung 2: Schlüsselkompetenzen des klinischen Risikomanagers



### Kompetenzen des Risikomanagers

Kompetenzen sind nach Erpenbeck und Rosenstiel „in Entwicklungsprozessen entstandene generalisierte Selbstorganisationsdispositionen komplexer, adaptiver Systeme – insbesondere menschlicher Individuen – zu reflexivem und kreativem Problemlösungshandeln.“<sup>(2)</sup>

Kompetenzen umfassen Fertigkeiten, Wissen und Qualifikationen, lassen sich aber nicht auf die Einzelbestandteile reduzieren. Erst durch den Erwerb von Kompetenzen wird der Risikomanager handlungsfähig. Nur mit theoretischem Wissen alleine kann bei fehlenden kommunikativen Fähigkeiten kein erfolgreiches Risikomanagement umgesetzt werden. Die überlegte und positive Einstellung zur Tätigkeit ist ebenso unabdingbar. Eine frustrierte oder sogar resignierte Grundhaltung bei einem Risikomanager kann für sich genommen bereits ein großes Risiko für die Organisation bedeuten. Wenn die Kontrolle der Risiken als Korrektur- und Sicherungsmechanismus versagt, dann besteht ein hohes systemisches Risiko.

Besonders die strategischen Aufgaben im Risikomanagement erfordern eine breite konzeptionelle Fachkompetenz und Methodenkompetenz. Um ein Gespür zu entwickeln und Akzeptanz bei den Kollegen zu finden, sind die Sozialkompetenzen von besonderer Wichtigkeit. Human-Faktor-Studien messen dieser Kompetenz entscheidende Einflussnahme auf die Risikomanifestation zu. Grundlage für diese Kompetenzen ist ein erfolgreiches Selbstmanagement, dieses hilft uns dabei, uns selbst zu regulieren, unser Handeln zu reflektieren und falls notwendig zu korrigieren. Hierzu gehört die persönliche Einstellung, lebenslang zu lernen, was die wichtige Kompetenz der Reflexivität, d. h. eine Beobachtungs- und Analysefähigkeit sowie die Fähigkeit, das neu erworbene Wissen in die tägliche Praxis zu integrieren, erfordert (► **Abbildung 2**). ►

## Umsetzung von Handlungswissen in die tägliche klinische Alltagspraxis

Risikomanagement bedeutet in der Praxis häufig das beschwerliche „Managen“ kleinerer und größerer Projekte, häufig gegen Widerstände in der Organisation. Nach einer Risikoanalyse und den daraus abgeleiteten Maßnahmen beginnt die Umsetzung, für die der Risikomanager oft einen langen Atem und große Geduld benötigt. Hier liegt oft die wirkliche Herausforderung. Ohne Berücksichtigung aller notwendigen Einflussfaktoren mit einem ambitionierten Risiko-Projekt zu beginnen ist häufig zum Scheitern verurteilt. Vor Projektbeginn ist die Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit sowie dessen Mehrwert und Nachhaltigkeit schwer zu beurteilen und bietet deshalb eine leichte Angriffsfläche für Widerstände, was wiederum häufig eine Quelle für Frustration für die Projektinitiatoren ist. Projektbezogene Kennzahlen zur Überprüfung der Effektivität und Effizienz sind nur die eine Seite der Medaille, hohe Kompetenzen im Changemanagement und in der Kommunikation sind die vermutlich wichtigsten Kompetenzen.

## Ausbildungen zum klinischen Risikomanager

Es ist notwendig, sich als Risikomanager die methodisch-fachlichen Kompetenzen und ein Grundverständnis der psychologischen Aspekte der sozialen Kompetenzen (Human-Faktors) im Rahmen einer professionellen und breit ausgerichteten Ausbildung anzueignen. Letztendlich erfordert die Tätigkeit eines Risikomanagers die Bereitschaft zu lebenslangem Lernen, da sich die Krankenhäuser als Hochrisikoorganisationen stets im medizinisch-technischen Wandel befinden und auch die Rahmenbedingungen sich stets verändern.

Dr. Robert Wachter, ein bekannter Vordenker in Fragen der Patientensicherheit, fragte in einem Interview im Juni 2016 Dr. Gregg Meyer, Chief Clinical Officer von Partners Healthcare System (Massachusetts General and Brigham and Women's Hospitals), ob es nicht auf der Hand läge, Zertifizierungen in Patientensicherheit für alle Mitarbeiter durchzuführen. Dr. Meyer wies in seiner Antwort darauf hin, dass eine Zertifizierung aller Mitarbeiter lediglich dazu führe, dass keiner ein wirklicher Experte sein würde. „(...) wenn jeder behauptet, er sei Experte in Patientensicherheitsfragen, ist in Wahrheit keiner mehr einer“. Was es vielmehr benötige „ist eine kleine Gruppe an Personen, die sich dieser Aufgabe vollumfänglich widmen“. Das zweite Argument von Dr. Meyer ist, dass es „einer gewissen Hingabe benötigt, um diese Expertise zu erwerben. Denn selbst im

Rückblick auf die letzten 20 bis 25 Jahre hat sich gezeigt, dass wir erst begonnen haben, das Feld zu beschreiben. Dabei wurden Experten aus vielen Bereichen, wie der Ingenieurwissenschaft, den Human Factors und der Psychologie, zurate gezogen“.<sup>3)</sup>

## Fazit

Das Betreiben eines klinischen Risikomanagements ist gesetzlich vorgeschrieben. Es ist notwendig im Sinne der Patientensicherheit, und es lohnt sich ökonomisch. Es erfordert allerdings Anfangsinvestitionen, die derzeit noch viele Krankenhäuser aufgrund des bereits vorhandenen Kostendrucks scheuen. Durch die Professionalisierung des Risikomanagements und der ausübenden Personen ist es möglich, kontinuierlich den Nachweis der Wirtschaftlichkeit eines guten klinischen Risikomanagements innerhalb der einzelnen Organisation zu erbringen. Große internationale Studien, wie zum Beispiel die OECD-Studie von Luke Slawomirski, Ane Auraaen und Niek Klazinga von 2017<sup>4)</sup>, haben bereits auf der Makroebene gezeigt, dass sich klinisches Risikomanagement rechnet.

Mit einem gut etablierten, professionellen Risikomanagement werden Krankenhäuser sich zukünftig einen Wettbewerbsvorteil verschaffen. Dafür ist es notwendig, jetzt geeignete und motivierte Mitarbeiter als professionelle Risikomanager auszubilden und diese aus der Leitungsebene heraus vollumfänglich zu unterstützen. Solange Risikomanagement nur als Pflicht gesehen wird und nicht auch aus Überzeugung betrieben wird, wird es weiterhin schwierig sein, eine breite Akzeptanzbasis im Krankenhaus dafür zu schaffen.

## Anmerkungen

- 1) Runciman W, et al. (2009) Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 21 (1): 18–26
- 2) Erpenbeck J, Rosenstiel L von (2007) *Handbuch Kompetenzmessung*, 2. Aufl. Schäffer-Poeschel, Stuttgart
- 3) Interview Dr. Gregg Meyer with Robert Wachter (2016), podcast online Mai 2019, <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/200/in-conversation-with--gregg-s-meyer-md-msc>
- 4) Luke Slawomirski, Ane Auraaen and Niek Klazinga (2017), THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY, OECD, download Mai 2019 <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>

## Anschrift des Verfassers

Dr. Alexander Euteneier, Euteneier Consulting GmbH, Neuhauserweg 5, 81122 Herrsching

**Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2**

**Fax: 030 20847294-9**