



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Innovation Risikomanagement –
Schutz oder Gefahr für die Pflege?**

Verfasserin

Katharina Kraus

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag^a.)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Maria Kletečka-Pulker

Für meine Eltern und meinen Freund –

DANKE für Eure Unterstützung

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	09
Abbildungsverzeichnis	12
Tabellenverzeichnis	13
1 Einführung	15
1.1 Relevanz des Themas	15
1.2 Aufbau und Zielsetzung der Arbeit	16
2 Risikomanagement im Gesundheitswesen Österreichs?	19
2.1 Die Nullfehlerkultur in der Pflege	19
2.1.1 Definitionen des Begriffs „Fehler“	20
2.1.2 Wahrnehmung von Fehlern	23
2.1.3 Entstehung von Fehlern	24
2.1.4 Verhindern von Fehlern	26
2.1.5 Folgen von Fehlern	28
2.2 Systematische Strukturierung der Relevanz von Risikomanagement anhand aktueller Problemstellungen	30
2.2.1 Häufigkeit von Fehlern	30
2.2.2 Steigender Kostenaufwand	32
2.2.3 Streben nach Rationierung und Rationalisierung	34
2.2.4 Steigende Erwartungshaltung der Patienten	35
3 Risikomanagement – Begriffe und Grundlagen	36
3.1 Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements	36
3.1.1 Qualitätsdimensionen	38
3.1.1.1 Strukturqualität	38
3.1.1.2 Prozessqualität	38
3.1.1.3 Ergebnisqualität	39

3.2 Historischer Hintergrund von Risikomanagement	40
3.3 Definitionen und Begriffsabgrenzungen	43
3.3.1 Risiko	43
3.3.2 Risikomanagement	44
3.3.3 Qualität	45
3.3.4 Qualitätsmanagement	46
3.3.5 Unterscheidung von Risiko- und Qualitätsmanagement	47
3.4 Der Risikomanagementprozess	48
3.4.1 Die Risikoidentifikation	49
3.4.2 Die Risikobewertung	50
3.4.3 Die Risikobewältigung	52
3.4.4 Die Risikokontrolle	53
 4 Das Gesundheitssystem und Grundlagen des Rechts in Österreich	 55
4.1 Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitsbereich	55
4.1.1 Beispielhafte Maßnahmen zur Risikoprävention internationaler Gesundheitssysteme	59
4.2 Rechtliche Grundlagen im österreichischen Gesundheitsbereich	63
4.3 Möglichkeiten des Erhebens von Rechtsansprüchen	67
4.3.1 Haftungsrecht	68
4.3.1.1 Zivilrecht	68
4.3.1.2 Strafrecht	71
4.3.2 Außergerichtliche Klärung	74
4.3.2.1 Patientenanwaltschaft	75
4.3.2.2 Schlichtungsstellen der Landesärztekammern	78
4.3.2.3 Patienten-Entschädigungsfonds	80
4.3.2.4 Servicestellen der Arbeiterkammern	82
4.3.2.5 Selbsthilfegruppen	83

5	Anwendung von Risikomanagements in der Pflege	84
5.1	Bedeutung für die Pflege – Führen einer Sicherheitskultur	84
5.1.1	Voraussetzungen in der Organisationsstruktur	87
5.2	Juristisches Risikomanagement zur Minderung von Haftungsfallen	89
5.2.1	Haftplichtversicherungen	89
5.3	Umgang mit Fehlern im Krankenhaus	93
5.4	Häufige Risikoquellen in der Pflege mit haftungsrechtlichen Konsequenzen	95
5.4.1	Risikoquelle: Delegation von Behandlungspflege	96
5.4.2	Risikoquelle: Pflegedokumentation	99
5.4.3	Risikoquelle: Mangelernährung	101
5.4.4	Risikoquelle: Patientenstürze	102
5.4.5	Risikoquelle: Medikamentenverabreichung	103
5.4.6	Risikoquelle: Dekubitus	104
5.5	Angewandtes Risikomanagement auf die identifizierten Risikoquellen	109
5.5.1	CIRS als Risikomanagementinstrument	111
5.5.2	Empfohlene Verhaltensregeln bei Schadenseintritt	113
6	Die Pflege am Weg zu einer neuen Sicherheitskultur	118
6.1	Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen	118
6.2	Aufgaben der Führungskräfte – Bezugnahme auf Mitarbeiter	120
6.2.1	Mitarbeiterorientierung und -motivation	121
6.2.2	Simulationszentren	123
7	Zusammenfassung und Ausblick	124
8	Literaturverzeichnis	127
9	Anhang	142

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
AHVB	Allgemeine Bedingungen für die Haftpflichtversicherung
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ANetPAS	Austrian Network for Patient Safety
ARGE PA	Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte
ÄrzteG	Ärztegesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMFG	Bundesministerium für Frauen und Gesundheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CIRS	Critical Incident Reporting Service
CIRPS	Critical Incident and Prevention Service
DIN	Deutsch Industrie Norm
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege
EFQM	European Foundation for Quality Management
EHVB	Ergänzende Bedingungen für die Haftpflichtversicherung
EN	Europäische Norm
EUNetPaS	European Union Network for Patient Safety

FGÖ	Fond Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (kurz: Gesundheitsqualitätsgesetz)
GTG	Gentechnikgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HRO	High Reliability Organization
ICD	International Classification of Diseases
ImpfschadenG	Impfschadengesetz
ISO	International Organization for Standardization
IOM	Institute of Medicine
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
KAKuG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
LGBl.	Landesgesetzblatt
NÖ ÄK	Niederösterreichische Ärztekammer
NÖ KAG	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz
NÖ PPA	Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft
NRLS	National Reporting and Learning System
NPSA	National Patient Safety Agency
OECD	Organisation for Economic CO-Operation and Development
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

ÖNGK	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Qualitätssicherungskommission
RICH	Rationing of Nursing in Switzerland CH
RM	Risikomanagement
SHA	System of Health Accounts
StGB	Strafgesetzbuch
UKH	Unfallkrankenhaus
Vers.VG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organization
WPPA	Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zusammenhang der Begrifflichkeiten.

Abb. 2: Heinrich`s Gesetz.

Abb. 3: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP – Österreich im Vergleich mit ausgewählten OECD-Staaten.

Abb. 4: Wechselseitige Beeinflussung der Qualitätsdimensionen.

Abb. 5: PDCA-Zyklus nach W.E. Deming.

Abb. 6: Der Risikomanagementprozess.

Abb. 7: Bewertung der Risiken durch das Instrument „Risikomatrix“.

Abb. 8: Anzahl der Geschäftsfälle 2001 – 2008 des Entschädigungsfonds der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft.

Abb. 9: Auszahlungen pro Jahr aus dem Entschädigungsfonds der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft.

Abb. 10: Haftungsdreieck.

Abb. 11: Berichtete Fehler nach Gesundheitsbereichen in CIRSmedical.at.

Abb. 12: Prozentuale Verteilung der Berichterstatter in CIRSmedical.at.

Abb. 13: Verteilung von Pflegemängeln im stationären Bereich.

Abb. 14: Darstellung der Vorgehensweise bei Zwischenfällen in einer Krankenanstalt.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verfügbarkeit von Patientenanwaltschaften nach Bundesland und Gesundheitsbereich.

Tab. 2: Verteilung und prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfehler vorwürfe von verschiedenen Berufsgruppen.

Tab. 3: Auszüge aus dem Strafgesetzbuch.

Tab. 4: Auszüge aus dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch.

1 Einführung

Zahlreiche Veränderungen in der österreichischen Gesundheitsversorgung machen es notwendig, Innovationen und Reformen zu veranlassen. Maßgeblich beteiligt an diesen Veränderungen sind hohe Anforderungen an Qualität, zugleich Forderungen nach Rationierung¹, aber auch gesellschaftspolitische Faktoren, wie der mündige Patient². Eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung durch Qualitätsstreben und Rationalisierungsprozessen soll in dieser Arbeit keinesfalls als Problem dargestellt werden. Jedoch gilt zu beachten, dass sich die Pflege sowie weitere Angehörige der Gesundheitsberufe durch veränderte Rahmenbedingungen vor neue Herausforderungen, aber auch Gefahren gestellt sehen.

1.1 Relevanz des Themas

Die Debatten über Fehlermanagement, Patientensicherheit und die dafür notwendigen Managementqualifikationen für das Gesundheitspersonal werden in Österreich immer lauter³. Denn neben den Qualitätsansprüchen und Rationierungsprozessen kommen komplexere Leistungsanforderungen im Gesundheitsbereich hinzu. Diese Veränderungen führen zu einer größeren Belastung von Pflege und Medizin und dadurch auch zu einer höheren Fehlerquote⁴ im Behandlungsprozess. Folglich kann die Sicherheit der Patienten nicht zur Gänze gewährleistet werden⁵. Treten dadurch Schäden an Patienten auf, folgt die Möglichkeit von haftungsrechtlichen Konsequenzen. Um Pflege, Medizin und Krankenhausträger vor solchen Haftungsfallen zu schützen, braucht es geeignete Voraussetzungen⁶. Innovative Lösungsstrategien bietet hierfür das Klinische Risikomanagement (RM)⁷.

¹ Vgl. Österreichische Ärztezeitung, Nr. 11/2009.

² Für eine bessere Lesbarkeit und leichtere Handhabung des Textes wird nur die männliche Sprachform verwendet. Die weibliche Form ist jedoch mit gleicher Wertschätzung einbezogen.

³ Vgl. Hinger, 2010, S. 12 f.

⁴ Vgl. Eberl/Köppl, 2007, S. 402.

⁵ Vgl. Eberl/Köppl, 2007, S. 402.

⁶ Vgl. Skeirat, 2004, S. 347.

⁷ Für den Begriff „Risikomanagement“ wird in der Literatur auch der Begriff „Riskmanagement“ als Synonym heran gezogen.

Eine hohe und durchgängige Gewährleistung der Patientensicherheit sowie die „Innovation Risikomanagement“ werden in Österreich bereits seit Jahren thematisiert. Besonders seit der gesetzlichen Verpflichtung im Jahr 2005, Qualitätsmanagement aktiv zu führen, wird das Ziel „Patientensicherheit“ in den Gesundheitseinrichtungen auch dementsprechend verfolgt. Jedoch wurden bis lang der rechtliche Schutz, die Sicherheit und die neuen Anforderungen für das Gesundheitspersonals nur wenig thematisiert und berücksichtigt!

1.2 Aufbau und Zielsetzung der Arbeit

In dieser Arbeit werden neben der Darstellung des grundsätzlichen Nutzens von Risikomanagement für Patienten, noch wesentlich deutlicher dargelegt, welche positiven Auswirkungen RM für das Gesundheitspersonal haben kann. Diese Arbeit handelt über Rechtssicherheit im Gesundheitswesen, explizit über das Haftungsrecht für die Pflege und welchen Beitrag Risikomanagement leisten kann. In einem grundlegenden Zusammenhang steht die österreichische Krankenhauskultur und deren Notwendigkeit zu einem Umbruch – von einer Fehlerkultur zu einer Sicherheitskultur. Denn die Pflege befindet sich hier in einem Zwiespalt: Um ein effektives RM führen zu können, müssen Fehler offen dargelegt werden. Jedoch ist die Angst der Pflege zu groß, dass haftungsrechtliche Konsequenzen folgen könnten. Für eine umfassende Darstellung dieser Thematik werden die Österreichische Rechtslage, insbesondere das Haftungsrecht, haftungsrechtliche Fallbeispiele der Pflege und die Unumgänglichkeit von Reformen im Österreichischen Recht dargestellt.

Folgende Fragestellungen sollen in der Arbeit beantwortet werden:

F1: Kann der pflegerische Behandlungsprozess mithilfe von Risikomanagement so gestaltet werden, dass keine Fehler bzw. Schäden für Patienten entstehen?

F2: Welche Folgen haben Fehler bzw. mit welchen rechtlichen Konsequenzen muss die Pflege rechnen?

F3: Kann Risikomanagement vor haftungsrechtlichen Ansprüchen schützen?

F4: Sieht sich die Pflege im Fall von Patientenschäden durch die österreichische Gesetzeslage ausreichend geschützt?

Um den Ausgangspunkt der Problematik dieser Arbeit darzulegen wird in **Kapitel 2** die Fehler- bzw. Sicherheitskultur der Pflege behandelt. Nicht nur für die Patientensicherheit ist die Frage bedeutend, wie mit Fehlern umgegangen wird. Ebenso kann es in späterer Folge für die Pflege entscheidend sein, ob ein Fehler zu einem Patientenschaden führt und haftungsrechtliche Konsequenzen mit sich zieht. Ein generelles Umdenken in Bezug auf die Fehlerkultur im österreichischen Gesundheitswesen ist für ein erfolgreiches Risikomanagement wesentlich⁸. Des Weiteren werden in Kapitel 2 die aktuellen Problemstellungen in der österreichischen Gesundheitsversorgung, und die daraus resultierende Dringlichkeit zur Implementierung von RM dargestellt.

Da die Thematik „Klinisches Risikomanagement“ für den österreichischen Gesundheitsbereich doch eher relativ neu ist, werden in **Kapitel 3** alle grundlegenden Begriffe, die historische Entwicklung, Ziele und der Prozess des RM genau erläutert.

Kapitel 4 enthält Ausführungen über qualitätsbezogenen Aktivitäten im Gesundheitsbereich und eine Darstellung der Rechtslage in Österreich. Danach dienen ausgewählte internationale Gesundheitssysteme und deren Entwicklungen und Strategien zur Risikoprävention als beispielhafte Möglichkeiten für den österreichischen Gesundheitsbereich. Das Thema „Risikomanagement“ wird in dieser Arbeit im rechtlichen Kontext und in Bezug auf haftungsrechtliche Ansprüche behandelt. Daher folgen eine Schilderung des Haftungsrechts und die Möglichkeiten von außergerichtlichen Klärungen.

Danach gibt **Kapitel 5** Aufschluss über den Nutzen von RM für die Pflege. Hier sollte festgehalten werden, dass sich die vorliegende Arbeit auf die „Pflege in Krankenanstalten“ bezieht. Denn die Komplexität, d.h. Struktur- und Prozessabläufe (z.B.: Organisation, Schnittstellen, Kommunikation, Dokumentation, etc.) einer Krankenanstalt, sind für die Behandlung des Themas von besonderer Bedeutung. Es werden häufige Risikoquellen im Pflegeprozess mit ihren möglichen rechtlichen Folgen angeführt. Die anschließende Darstellung eines Risikomanagementsystems soll Aufschluss über die Möglichkeit des Verhinderns von Zwischenfällen geben.

Kapitel 6 rundet die Arbeit ab und stellt Empfehlungen für eine neue zukunftsorientierte Organisations- und Sicherheitskultur für die Pflege und Krankenanstalten dar.

⁸ Vgl. Jacobs, 2007, S. 396.

Ein wesentlicher Aspekt liegt hier auf der Mitarbeiterorientierung einer Organisation. Die Arbeit schließt mit **Kapitel 7**, einer Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Ergebnisse, ab.

2 Risikomanagement im Gesundheitswesen Österreichs?

Im Gesundheitsbereich ist das Vertrauen der Patienten in eine professionelle medizinische und pflegerische Versorgung der wichtigste Bestandteil im Behandlungsprozess. Daher sollte dies auch das oberste Ziel sein, welches angestrebt wird. Pflege, Medizin und alle weiteren Angehörigen des Gesundheitswesens sind angehalten, Risiken für Patienten zu verringern oder wenn möglich ganz zu vermeiden⁹.

Der Nutzen von Risikomanagement wurde auch in Österreich bereits längst erkannt. Einige Krankenanstalten setzten Maßnahmen um das System erfolgreich in die Versorgungslandschaft ihrer Einrichtung zu integrieren. Jedoch steht diesem Ziel ein grundlegendes Hindernis gegenüber: RM basiert auf dem Lernen von Fehlern. Doch die vorherrschende Fehler- bzw. Sicherheitskultur im österreichischen Gesundheitsbereich verhindert diesen Lernprozess. Die Angst der Berufstätigen ist oft zu groß, Fehler bzw. Beinahe-Fehler einzugestehen und offen kundzutun¹⁰.

2.1 Die Nullfehlerkultur in der Pflege

Das Schlimmste ist nicht: Fehler haben.

Nicht einmal sie nicht bekämpfen, ist schlimm.

Schlimm ist, sie zu verstecken.

(Berthold Brecht)

Jede Profession weist eine bestimmte Kultur auf. Diese wirkt entweder bewusst oder unbewusst auf die Verhaltensweisen ihrer Mitarbeiter. Eine Kultur prägt Denkformen, Verhaltens- und Umgangsnormen. Die Profession der Pflege wird durch die sogenannte „Nullfehlerkultur“ geprägt. Diese findet man fast im gesamten Gesundheitsbereich vor und ist durch ein wesentliches Merkmal gekennzeichnet: Fehler dürfen nicht stattfinden¹¹.

⁹ Vgl. Hauke, 2005, S. 11.

¹⁰ Vgl. Hauke, 2005, S. 11.

¹¹ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 25.

„*Errare humanum est. Irren ist menschlich*“¹² – diese bekannte Redewendung des römischen Philosophen Seneca gibt wieder, dass Fehler durch menschliches Handeln bedingt sind und nie auszuschließen sind. Fehler liegen in der „Natur“ des Menschen und aus diesem Grund ist eine „Nullfehlerkultur“ im praktischen Sinne auch nicht umsetzbar. Eher ist es eine Wunschvorstellung, welche in der Gesundheitsversorgung von Pflege und Medizin gerne umgesetzt werden würde. Denn eigene Fehler und persönliches Versagen gehen in den meisten Fällen mit Schäden am Mitmenschen bzw. am Patienten einher. Die Verantwortung für das Leiden eines Anderen will niemand tragen. Im schlimmsten Fall sind diese unerwünschten Ereignisse nicht wieder rückgängig zu machen und der Patient trägt aufgrund eines Fehlers im Behandlungsprozess einen Schaden davon und leidet für seine restliche Lebenszeit¹³.

2.1.1 Definitionen des Begriffs „Fehler“

In der Literatur liegt eine Vielzahl an Definitionen für die Begriffe „Fehler“ und „Schaden“ vor. Häufig werden die Definitionsversuche von Schrappe (2008), dem Vorsitzenden des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., herangezogen:

„Unerwünschtes Ereignis (*adverse event*): Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.“¹⁴

Diese Definition geht mit der englischen Definition von „adverse events“ einher. Beide Begriffe bezeichnen dasselbe. Der Begriff „kritisches Ereignis“ umfasst dabei weitere Dimensionen und schließt auch „Beinahe-Behandlungsschäden“ mit ein¹⁵.

„Kritisches Ereignis (*critical incident*): Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.“¹⁶

Diese Definition beschreibt die Gefahr externer Einflüsse, wie etwa fehlerhafte Prozesse der Organisation, gefahrenbringende Umgebungen von Menschen oder Fehler

¹² Seneca, 4 v. Chr. – 65 n. Chr.

¹³ Vgl. Paula, 2007, S. 4 f.

¹⁴ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008, S. 42.

¹⁵ Vgl. Rohe/Beyer/Gerlach, 2005, S. 17.

¹⁶ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008, S. 42.

der Technik. Alle diese externen Einflüsse können einen Behandlungsschaden hervorrufen. Wird aber das Eintreten des Schadens durch ein frühes und rechtzeitiges Eingreifen gestoppt, so stellt dieses Ereignis einen „near miss“ dar¹⁷.

„Beinahe-Schaden (*near miss*): Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.“¹⁸

Diese Definition gibt wider, dass durch ein präventives Eingreifen, einem korrigierendem Verhalten oder aber auch durch glückliche Umstände ein Behandlungsfehler ohne negative Folgen bleibt¹⁹.

Als Ergänzung zu den bereits genannten Definitionen soll die Fehlertheorie des englischen Psychologen *Reason* (1994) dienen. Seine – in den 90er Jahren entstandene – Theorie war eigentlich für typische, sicherheitsorientierte Industrien gedacht. Darunter versteht man hauptsächlich die Luftfahrt, Großschifffahrt und die Industrie der Kernenergie. Solche Arbeitsbereiche gelten als Vorreiter in Sachen Risikomanagement und Fehlertheorien. Nun finden diese aber auch im Gesundheitsbereich ihre Berechtigung. Im Folgenden werden zwei grundlegende Begriffe nach *Reason* definiert²⁰:

Fehler: Sind Handlungen, bei denen bereits eine falsche oder nicht adäquate Planung voran gegangen ist.

Patzer/ Schnitzer: Werden als Handlungen bezeichnet, welche nicht planmäßig ausgeführt werden²¹.

Des Weiteren unterscheidet *Reason*:

Irrtümer (*mistakes*): Bezeichnen Pläne für Handlungen, welche falsch sind und dadurch nicht geeignet sind, gewünschte Ziele zu erreichen.

Ausrutscher (*slips*): Sind ein Problem der Aufmerksamkeit und Konzentration. Hingegen sind **Aussetzer** (*lapses*) Angelegenheit des Gedächtnisses.

Zuwiderhandlungen (*violations*): Sind Handlungen, welche zwar bewusst durchgeführt werden, also beabsichtigt sind, jedoch aber nicht die daraus resultierenden schlechten Ergebnisse²².

¹⁷ Vgl. Rohe/Beyer/Gerlach, 2005, S. 17 f.

¹⁸ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2008, S. 42.

¹⁹ Vgl. Rohe/Beyer/Gerlach, 2005, S. 18.

²⁰ Vgl. Rohe/Beyer/Gerlach, 2005, S. 14.

²¹ Vgl. Reason, 1994, S. 38.

Kohn et al. (1999) definiert den Begriff „unerwünschtes Ereignis“ (*adverse event*), als alle Zustandsverschlechterungen des Patienten, welche durch medizinischen und pflegerische Handlungen hervor gehen. Somit wird der Begriff enger gefasst als im deutschen Sprachgebrauch. Der schlechte Zustand des Patientenbefindens, welcher auf die Erkrankung des Patienten selbst oder auf den schlechten Verlauf der Erkrankung beruht, wird somit ausgeschlossen. Anders als bei der Definition von *Reason* ist laut Kohn et al. (1999) ein „Fehler“ (*error*) dann definiert, wenn geplante pflegerische und medizinische Maßnahmen nicht nach Plan durchgeführt werden²³.

Nachfolgende Grafik soll die Zusammenhänge der vorangegangenen Definitionen wider geben:

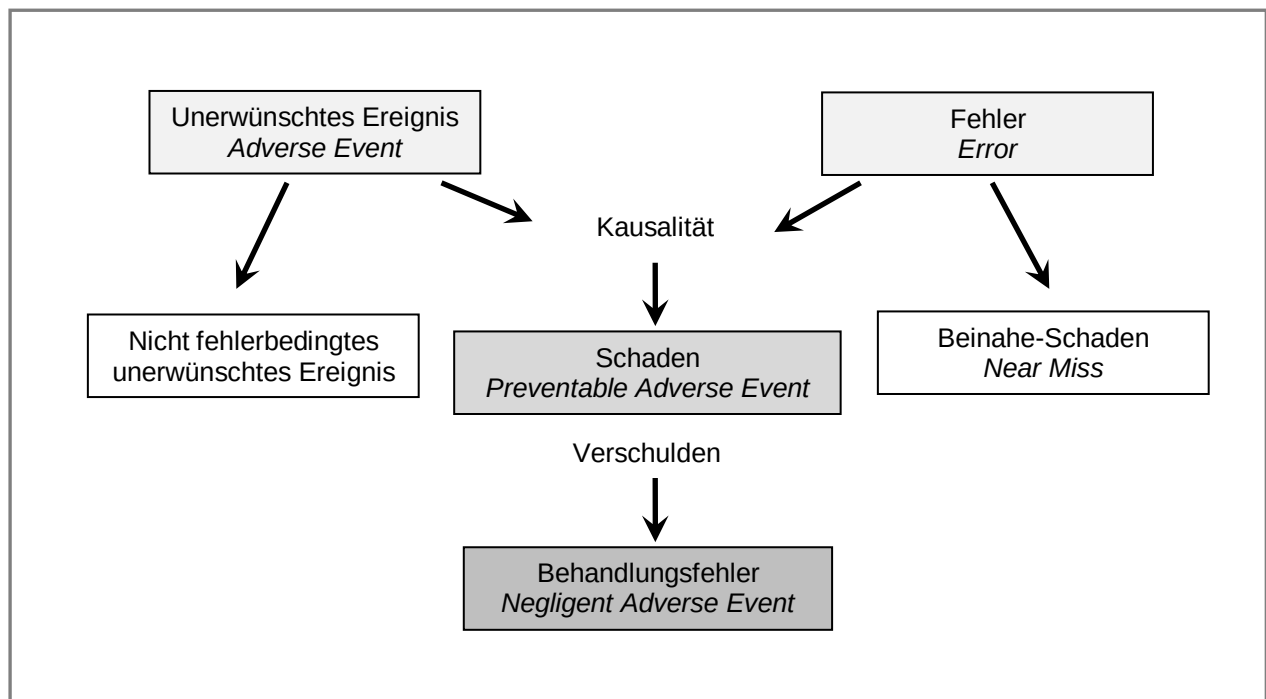


Abb. 1: Zusammenhänge der Begrifflichkeiten²⁴.

²² Vgl. Rohe/Beyer/Gerlach, 2005, S. 15.

²³ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 6.

²⁴ Abbildung aus: Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 47.

Aufgrund der Vielzahl an Begriffen und Definitionsversuchen auf internationaler Ebene werden die verschiedenen Termini auch unterschiedlich eingesetzt und interpretiert. Daher gestaltet sich prinzipiell der Vergleich von Studien in diversen Sprachen leider sehr schwierig. Englische Begriffe ins Deutsche zu übersetzen und die genaue Bedeutung eines Wortes wider zugeben ist beinahe unmöglich²⁵. Aus diesem Grund sollten die oft verwendeten und zitierten Termini aus dem Angloamerikanischen für den deutschen Sprachraum keinesfalls synonym verwendet werden. Eine genaue Bestimmung und Abgrenzung der herangezogenen Begriffe zu dem inhaltlichen Kontext ist immer empfehlenswert²⁶. Für die vorliegende Arbeit werden im Folgenden die Definitionen nach *Schrappe* (2008) herangezogen.

2.1.2 Wahrnehmung von Fehlern

In der sogenannten „Nullfehlerkultur“ der Pflege und Medizin ist die Ansicht vertreten, dass Ursachen für das Auslösen von Fehlern in nachlässigem und inkompetentem Handeln liegen würden. Dieser Irrglaube weckt negative Assoziationen unter Kollegen und der Öffentlichkeit. Denn der Begriff „Fehler“ wird in der deutschen Sprache am häufigsten mit schlechten Eigenschaften einer Person verbunden. Gemeint sind hier etwa Eigenschaften wie Unfähigkeit, Schuld, Pfusch, Flüchtigkeit und Versagen. Unter Kollegen lassen diese Begriffsassoziationen eine ablehnende Haltung auslösen. Verstärkt durch die Hierarchien in Krankenanstalten stehen daher Schuldzuweisungen, Leugnungen und Vertuschungen sowie unbewusste Verdrängung an oberster Stelle. *Paula* (2007) ist der Ansicht, dass dieses Phänomen der unbewussten Verdrängung im Umgang mit Fehlern sowie dem Anschuldigen von Personen, einem typischen menschlichen Hang zu zuschreiben ist²⁷.

Fehler in Pflege und Medizin sind ein Tabuthema. Wenn sie dennoch passieren, können neben den eigenen Gewissensbissen der Gesundheitsbeauftragten, die Schuldzuweisungen und Vorwürfe von Kollegen und der Öffentlichkeit sehr belastend sein. Um den guten Ruf einer Krankenanstalt zu wahren und um Wiederholungen ausschließen zu können sind Sanktionen, wie Entlassung oder Strafverfahren gängi-

²⁵ Vgl. Rohe/Beyer/Gerlach, 2005, S. 15.

²⁶ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 7.

²⁷ Vgl. Paula, 2007, S. 5.

ge Methoden der Krankenhausleitung. Ein richtiger Umgang mit Fehlern wird somit unmöglich gemacht. In den seltensten Fällen wird lediglich „hinter verschlossenen Türen“ darüber gesprochen²⁸.

Die „Nullfehlerkultur“ im österreichischen Gesundheitswesen verhindert, dass Fehler offen zugegeben, diskutiert und dargelegt werden. Der Gedanke bzw. der Wunsch in unserer Gesellschaft von einer fehlerlosen Behandlung von Patienten ist zu stark verankert. Wenn es um die Gesundheit von Menschen und der Sicherstellung von Leben geht, kann man diesen Wunsch natürlich nachvollziehen. Nur muss sich Pflege und Medizin eingestehen, dass dies leider ein Wunschgedanke ist. Fehler und Fehlhandlungen sind menschlich und wo Menschen tätig werden, werden Fehler präsent sein. Der Mythos von „Göttern in Weiß“, wie das Gesundheitspersonal – im Besonderen Ärzte – gerne bezeichnet werden, ist und bleibt leider auch nur ein solcher²⁹. Viel mehr werden durch diese Vorstellung Angehörige des Gesundheitsbereiches zu regelwidrigen Handlungen verleitet. Nicht selten werden Fehler vertuscht oder nicht eingestanden. Dadurch wird das Lernen aus Fehlern verhindert und folglich finden Schäden an Patienten sowie weitere Risikosituationen wieder und wieder statt. Die Angst ist zu groß, dass die Arbeitsstelle aufgegeben werden muss und rechtliche Konsequenzen eintreten könnten³⁰.

2.1.3 Entstehung von Fehlern

Fehler sind in den meisten Fällen nie durch das Fehlverhalten einer einzelnen Person begründet. Vielmehr sind es mehrere ineinanderfließende Ursachen, deren ungünstiges Zusammenspiel zu einem Fehler oder einem Schaden führen. Bei genauerem Betrachten der Prozessabläufe einer Krankenanstalt liegt die Erkenntnis nahe, dass das Verursachen von Fehlern durch Verkettungen unterschiedlicher Handlungen und durch mehrerer Personen oder Umständen entsteht³¹.

Rund 70% der Fehler entstehen aus fehlerhaften bzw. mangelhaften Organisationsabläufen. D.h. die Fehler liegen in der Strukturqualität (s. Kapitel 3.1.1 Qualitätsdi-

²⁸ Vgl. Paula, 2007, S. 4 f.; Vgl. Kahla-Witzsch/Platzter, 2007, S. 5.

²⁹ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 12f.; Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 23.

³⁰ Vgl. Hauke, 2005, S. 11 f.

³¹ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 24.

mensionen). Die restlichen 30% beziehen sich auf das „Tun“ des Gesundheitspersonals³².

Die Quelle von Fehlern liegt also meist im System und in der organisatorischen Abwicklung einer Krankenanstalt. Daraus lässt sich erschließen, dass oft die Modifikation von Organisation und Verhaltensmustern zu einer höheren Qualitätssicherung führen könnte und die Suche nach einem Schuldigen unnötig wäre³³.

Ebenfalls lassen die komplexer werdenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren auch immer öfters zu, dass Fehler und Probleme während einer Behandlung auftreten. Wie bereits erwähnt, wurde bisher immer nur die Frage nach dem Schuldigen gestellt, doch vielmehr sollte man die Frage stellen, wie der Fehler passieren konnte. Eine Analyse der einzelnen Prozess- und Handlungsschritte, welche Klarheit über die Problemsituation bringen würde, sollte an Stelle der Suche nach dem Verantwortlichen treten. Nur so könnte effizient an der Situation gearbeitet werden und Sicherheit für Patienten sowie für das Gesundheitspersonal geschaffen werden³⁴.

Dennoch wird in der deutschsprachigen Krankenhauskultur bei Eintritt eines Zwischenfalles immer noch nach einem „Sündenbock“, einem Verantwortlichen gesucht. Es wird verabsäumt die Ursache für einen Fehler zu suchen und diese durch gezielte Maßnahmen zu bannen. Dadurch wird sich derselbe schadhafte Vorfall in gewisser Zeit wieder und wieder ereignen³⁵.

Nicht zuletzt aus diesem Grund häufen sich haftungsrechtliche Klagen von Patienten gegenüber ihren Gesundheitsbeauftragten. Dagegen einzulenken ist aber nur dann möglich, wenn Fehler in der Patientenversorgung erkannt werden. Möglich gemacht werden kann dies wiederum nur, wenn alle medizinischen Berufsgruppen des Gesundheitswesens bereit sind Fehler einzugestehen³⁶.

Diese Bereitschaft bildet den Grundstein einer Sicherheitskultur in der Patientenversorgung und die Basis für ein funktionierendes und effizientes Risikomanagement. Um diese Bereitschaft zu erreichen, muss sich das Gesundheitspersonal vor haf-

³² Vgl. Eiff von, 2007, S. 34.

³³ Vgl. Hochreutner/Conen, 2005, S. 24.

³⁴ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 10.

³⁵ Vgl. Jacobs, 2007, S. 396.

³⁶ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 3.

tungsrechtlichen Konsequenzen „sicher“ fühlen sowie entsprechende Anreize vorfinden können³⁷.

2.1.4 Verhindern von Fehlern

Um Fehler im Behandlungsprozess zu „bekämpfen“ bzw. bestmöglich zu vermeiden sollte die Maxime in Österreichs Krankenanstalten lauten: Weg von einer Fehlerkultur, hin zu einer Sicherheitskultur. In der Literatur findet man mittlerweile häufiger den Begriff „Sicherheitskultur“ als den Begriff „Fehlerkultur“. Im angloamerikanischen Raum bezeichnet der Begriff „culture of safety“ die Etablierung einer solchen Krankenhauskultur. Im deutschsprachigen Gesundheitsbereich steckt diese Sicherheitskultur leider noch „in den Kinderschuhen“. Fehler werden noch ignoriert, vertuscht oder im schlimmsten Fall gar nicht wahrgenommen³⁸.

Wie bereits des Öfteren erwähnt sind Fehler Bestandteil des menschlichen Handelns und auch in Zukunft werden diese, trotz Etablierung hoch qualifizierter Fehlermeldesysteme, auch immer Bestandteil bleiben. Dem erfahrensten Personal im Gesundheitswesen können Fehler unterlaufen, doch um diese rechtzeitig zu erkennen und vorzubeugen muss man sich zuerst dieser Tatsache eingestehen.

Erst dann können Fehler eine enorme Chance bedeuten, denn aus Fehlern kann man lernen. Das heißt, dass in jedem Fehler Lernpotenzial liegt. Doch dieses auch zu nutzen erfordert eine Bereitschaft auf individueller, organisatorischer und kollektiver Ebene.

Das Anerkennen des Problems: Menschen machen Fehler, auch solche, die als Experten in ihrem Beruf gelten, ist ein erster und wichtiger Schritt im Gelingen von Risikomanagement und Fehlervermeidung. Fehler und Gefahren dürfen nicht als Schwächen, sondern müssen als Lernchancen gesehen werden³⁹. Die weit verbreitete „Nullfehlerkultur“ in Österreichs Krankenanstalten muss zu einer „Lernenden Kultur“ umgewandelt werden⁴⁰.

³⁷ Vgl. Eiff, von/Middendorf, 2007, S. 58.

³⁸ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 11.

³⁹ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 12 f.

⁴⁰ Vgl. Hochreutner/Conen, 2005, S. 24.

Wir können davon ausgehen, dass Fehler am Patienten nicht aus Fahrlässigkeit oder Mutwilligkeit der Pflege und Medizin entstehen. Obwohl die geschätzte Zahl von Schäden an Patienten hoch ist, entstehen sie trotzdem unbeabsichtigt. Man sollte also auf Schuldzuweisungen und auf das Anprangern einzelner Personen verzichten. Dieses Verhalten führt lediglich zu Angst und schlussendlich zum Vertuschen von Fehlern, dass wiederum erschwert das Lernen aus Fehlern bzw. macht dies gar unmöglich. Angehörige des Gesundheitswesens, welche überzeugt sind keine Fehler zu machen oder diese vor sich selbst und vor Anderen leugnen, verhindern das Lernen und zugleich den Fortschritt für eine sichere Gesundheitsversorgung. Das oberste Ziel im österreichischen Gesundheitsbereich ist die Generierung von einer „Schuldkultur“ (*blame culture*) bzw. „Fehlerkultur“ zu einer „lernenden Kultur“ oder auch „Sicherheitskultur“ (*safety culture*) genannt⁴¹.

Ein positiver Umgang mit unerwünschten Ereignissen im Krankenhausalltag muss angestrebt werden, um überhaupt ein erfolgreiches und funktionierendes RM einführen zu können. Die Organisationskultur einer Krankenanstalt muss in den Mittelpunkt der Bemühungen gerückt werden. Überspitzt formuliert könnte man meinen, dass die jetzige „Nullfehlerkultur“ in den Krankenanstalten einen systematischen Aufbau von Risikomanagement, Patientensicherheit und Qualitätssicherung nicht zulassen würde⁴².

Fehler müssen als Chance gesehen werden, um Mitarbeiter und eine ganze Organisation verbessern zu können. Das Lernen aus Fehlern stellt die Basis und Grundlage eines Risikomanagementsystems dar⁴³.

Nach Weiss (2008) gibt es 4 Grundpfeiler für eine effektive Fehlerbekämpfung:

Der **erste Pfeiler** beruht auf dem Willen, Fehler und Risikoquellen in der Versorgung von Patienten überhaupt wahrzunehmen. Die Akzeptanz, dass Menschen Fehler machen, bildet die Basis für den ersten Grundpfeiler. Der **zweite Pfeiler** steht dafür, dass Menschen nur solche Aufgaben übernehmen, welche sie auch zu bewältigen wissen. Hier beruht der Grundpfeiler auf der Einsicht, dass die Fähigkeiten des Menschen ihre Grenzen haben. Der **dritte Pfeiler** fordert eine effektive und konstruktive Fehlerbekämpfung. Jedoch ist dies nicht immer möglich und kann ebenfalls mit Risi-

⁴¹ Vgl. Hochreutner/Conen, 2005, S. 23 f.

⁴² Vgl. Hochreutner/Conen, 2005, S. 24 f.

⁴³ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 13.

ken verbunden sein. Der **vierte und letzte Pfeiler** steht dafür, dass eine erfolgreiche Fehlerbekämpfung nur dann möglich ist, wenn Fehler nicht „unter den Teppich gekehrt“ werden, sondern wenn man sich der Problematik aktiv stellt und sich der Problemlösung intensiv widmet⁴⁴.

2.1.5 Folgen von Fehlern

Welche gravierenden Folgen aus Fehlern entstehen können bzw. wie es überhaupt zu diesen kommen kann, zeigt die Risikosystematik nach „Heinrich’s Gesetz“ (s.u.: Abb. 2). Dieses Gesetz basiert auf zahlreichen Statistiken und zeigt, dass im Durchschnitt etwa hunderte von kleinen, vermeintlich unbedeutsamen bzw. akzeptierten oder gar im Berufsalltag nicht bemerkten „Schlampereien“ etwa 29 Beinahe-Fehler (near misses) entstehen lassen. Diese statistisch errechneten 29 near misses sind Basis eines einzelnen großen Zwischenfalls, welcher mit einem schwerwiegenden Schaden am Patienten einhergeht⁴⁵.

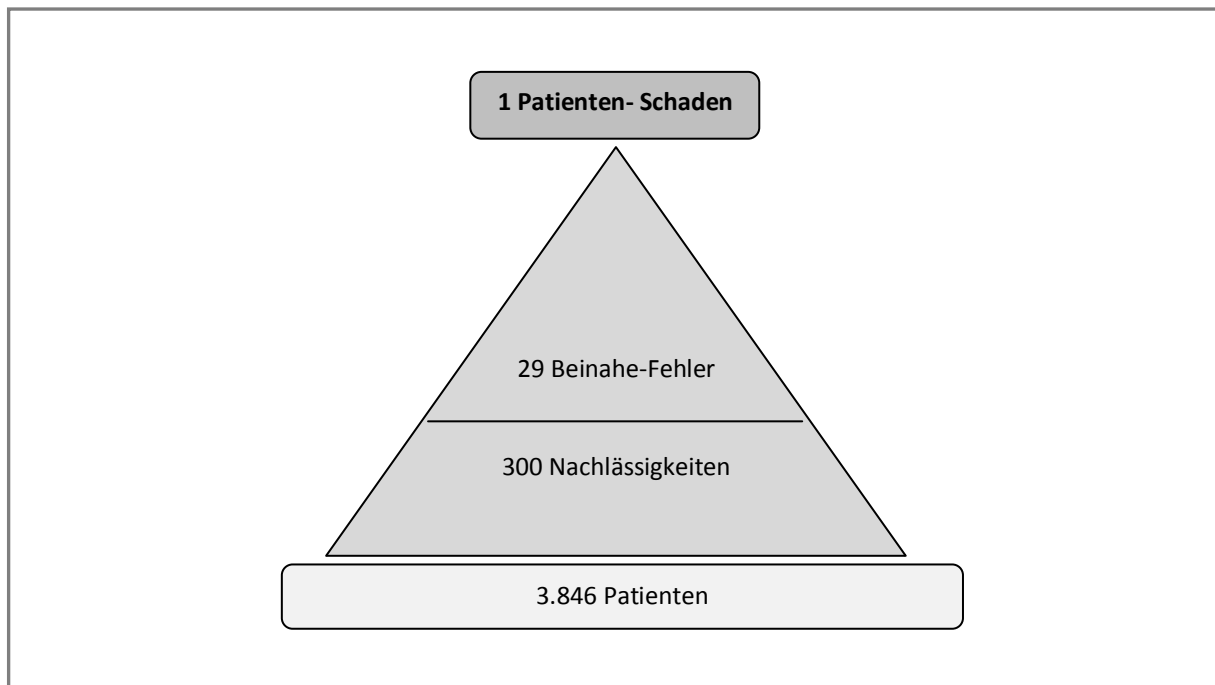


Abb. 2: Heinrich's Gesetz⁴⁶.

⁴⁴ Vgl. Weiss/Zieres, 2008, S. 95.

⁴⁵ Vgl. Eiff von, 2007, S. 34 f.

⁴⁶ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Eiff von, 2007, S. 425.

Wichtig bei der Fehlerbekämpfung ist, dass nicht nur der Patient allein vor möglichen Schäden bewahrt werden soll, sondern auch die im Gesundheitswesen Tätigen. Pflegerisches Handeln, welches einen Fehler oder einen Schaden schlussendlich auslöst, kann seelische Folgen, aber auch juristische Konsequenzen für die Pflege nach sich ziehen. Dadurch werden Pflege und Medizin oft selbst zu Opfern. Für dieses Phänomen wurde im angloamerikanischen Sprachraum der Begriff „second victims“ erschaffen. Unter solchen „sekundären Opfern“ versteht man Pflege, Ärzte und weitere Angehörige der Gesundheitsberufe, aber auch die Existenz einer gesamten Krankenanstalt kann dadurch gefährdet sein⁴⁷.

Der Konflikt zwischen der Einsicht, dass Fehler passieren, dem „Akzeptieren-können“ von Fehlern und dem „Lernen-können“ aus Fehlern stellt für viele Berufstätige ein fast unüberwindbares Paradoxon dar. Ein Lernprozess muss dennoch in Gang gesetzt werden, um Fehler transparent zu machen. Tätigen im Gesundheitsbereich muss die Angst genommen werden, um für ihre Fehler einzustehen ohne sofort strafrechtlich verfolgt zu werden. Natürlich sollen Patienten zu ihrem Recht kommen, wenn tatsächlich ein schwerwiegender Fehler vorliegt. Eine völlige Straffreiheit kann also nicht erwartet werden. Eine Vielzahl an Fehlern muss aber erst gar nicht rechtlich relevant werden, wenn man aus bereits geschehenen Fehlern lernt und diese in Zukunft nicht mehr begeht.

Im Gesundheitssektor sind bereits einige Theorien, Methoden und Techniken vorhanden, welche diesen Lernprozess unterstützen und die Sicherheit aller Beteiligten – die der Patienten und dadurch auch die der Krankenhausmitarbeiter – erhöht. Wichtig ist hierbei, dass die Tätigen im Gesundheitsbereich erkennen, wie notwendig es ist, Fehler offen einzugestehen, darüber zu diskutieren und schlussendlich daraus zu lernen⁴⁸.

Festzuhalten ist, dass bisher der Fehlerkultur in Österreich zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Die gegenwärtige Situation jedoch lässt ein weiteres Ignorieren von Fehlern, in Hinblick auf deren Häufigkeit und Schwere, nicht mehr zu⁴⁹.

Im Folgenden werden relevante Problemstellungen systematisch aufgerollt, welche wesentlichen Einfluss auf den österreichischen Gesundheitsbereich nehmen und

⁴⁷ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 3 f.

⁴⁸ Vgl. Hauke, 2005, S. 11 ff.

⁴⁹ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 8 ff.

ebenfalls für einen durchgängigen Aufbau von Risikomanagement im Krankenhauswesen sprechen.

2.2 Systematische Strukturierung der Relevanz von Risikomanagement anhand aktueller Problemstellungen

Gesellschaftspolitische Faktoren, die österreichische Rechtssituation und die Entwicklung von Wissenschaft und Technik führen zu einem Bewusstseinswandel im Gesundheitswesen. Die Risiko- und Fehlervermeidung in der pflegerischen und medizinischen Versorgung Österreichs rückt in den Mittelpunkt des Interesses⁵⁰. Die Gründe sind vielfältig, vor allem aber sind es die zunehmende Gefährdung der Patientensicherheit, die haftungsrechtlichen Konsequenzen für das Gesundheitspersonal, die steigenden Kosten, der hohe Erwartungsdruck und nicht zuletzt der daraus resultierende Imageverlust einer Krankenanstalt⁵¹.

Das klinische Risikomanagement kann diesen Entwicklungen gegen steuern. Denn der hauptsächliche Nutzen des RM liegt in der Fehlervermeidung und somit in der Gewährleistung der Patientensicherheit⁵². Dieser Vorteil der Risikoprävention zu Gunsten der Patientensicherheit löst, ähnelnd einer Kettenreaktion, weitere Problemstellungen. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

2.2.1 Häufigkeit von Fehlern

Die Schlagworte „Patientensicherheit“ und „Fehlerhäufigkeit“ sind weltweit zu aktuellen Themen geworden. Internationale Studien, beispielsweise aus Großbritannien, Dänemark und der USA belegen, dass Fehler in der Gesundheitsversorgung zu den zehn häufigsten Todesursachen zählen. Die Ergebnisse aus weiteren Untersuchungen anderer Länder liefern dieselben Daten. Das Ausmaß ist erschreckend, denn bis zu 17% aller Patienten in einer Krankenanstalt sind von Risiken bzw. Fehlern wäh-

⁵⁰ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 22.

⁵¹ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 337 f.

⁵² Vgl. Steinbrucker/Jacobs, 2. Teil, 2004, S. 390.

rend der Behandlung betroffen. Bis zu 50% aller Fehler wären dabei vermeidbar gewesen und bis zu 13% der vermeidbaren Ereignisse enden sogar tödlich⁵³.

In den USA nehmen Behandlungsfehler den achten Platz aller Todesursachen ein. Hingegen verursachen Autounfälle, AIDS oder Brustkrebs wesentlich weniger Todesfälle. Zusätzlich ist hier zu bedenken, dass die Dunkelziffer sehr hoch anzusetzen ist, da Fehler und Schäden an Patienten nicht immer eingestanden werden und auch nicht alle Patienten ihr Recht auf Schadensersatz in Anspruch nehmen. Dennoch geht man von einer jährlichen Mindestzahl von 44.000 Amerikanern aus, die aufgrund fehlerhafter Behandlungen sterben. Zahlreiche Untersuchungen weiterer Länder mit vergleichbarem Gesundheitswesen eines Industriestaates, konnten leider ähnliche Ergebnisse erzielen⁵⁴.

Ein weiterer Grund für die Implementierung von Risikomanagement ist, dass Risiken und Gefahrenquellen, welche es früher nicht gab, heute durch neue Anforderungen und Innovationen entstehen. Beispielsweise waren Todesfälle in Krankenanstalten hauptsächlich auf die Ursache von Krankheiten zurück zuführen und daher wurde ihnen meist schicksalhafter Charakter zugerechnet. Heute ist es aber oft der Fortschritt, der nicht nur neue Wege der Heilung mit sich bringt, sondern auch zahlreiche Risiken. Die Möglichkeiten der Pflege und Medizin sind in organisatorischer und technischer Hinsicht anspruchsvoller geworden und bergen dadurch Risiken. Als bestes Beispiel dient hier die Flugzeugindustrie. Der Fortschritt ermöglichte den Menschen das Fliegen, aber zugleich bringt dieser auch das Risiko eines Absturzes mit sich⁵⁵.

⁵³ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 20.

⁵⁴ Vgl. Paula, 2007, S. 3.

⁵⁵ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 22.

2.2.2 Steigender Kostenaufwand

Aufgrund dieser hohen Anzahl von Fehlern in der Patientenversorgung wird nicht nur menschliches Leid verursacht. Es resultiert auch ein immenser Kostenaufwand, zusätzlich zu den bereits knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem. Durchschnittlich fallen pro Patient für dessen Nachbehandlungen zur Wiederherstellung seiner Gesundheit € 4.000,- bis € 8.000,- an⁵⁶. Besitzt eine Krankenanstalt eine Haftpflichtversicherung, so entstehen dadurch weitere Kosten, da die Prämie für die Versicherung durch die Häufigkeit von Fehlern erhöht wird⁵⁷.

Laut dem System of Health Accounts (SHA) stiegen die Kosten für den gesamten österreichischen Gesundheitsbereich in den letzten 18 Jahren durchschnittlichen um 5,5% im Jahr. Dieser Wert bezieht sich auf die laufenden Auslagen und Investitionen des Gesundheitswesens. Für die laufenden Gesundheitsausgaben des öffentlichen stationären Bereichs ist im selben Zeitraum ein Anstieg von € 3,5 Milliarden auf € 10 Milliarden zu verzeichnen⁵⁸.

Grundsätzlich sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen in fast allen OECD-Staaten (Organisation for Economic CO-Operation and Development) schneller und höher gestiegen als die Zahlen des Wirtschaftswachstums. Im Zuge des Wirtschaftsabschwungs ist das Bruttoinlandsprodukt (BIP) der Länder gefallen, jedoch die Kosten für den Gesundheitsbereich stetig gestiegen. So sind zum Beispiel in den Jahren 2000 und 2001 die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in den OECD-Staaten um durchschnittliche 4% gestiegen, das BIP konnte jedoch nur um 2,3% zulegen⁵⁹.

⁵⁶ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 20.

⁵⁷ Vgl. Sieber, 2007, S. 42.

⁵⁸ Vgl. Homepage Statistik Austria, Gesundheitsausgaben in Österreich laut dem „System of Health Accounts“ – Ergebnisse.

⁵⁹ Vgl. Homepage OECD, OECD Länder kämpfen mit steigenden Gesundheitsausgaben.

Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 2008 – Österreich im Vergleich mit OECD Ländern

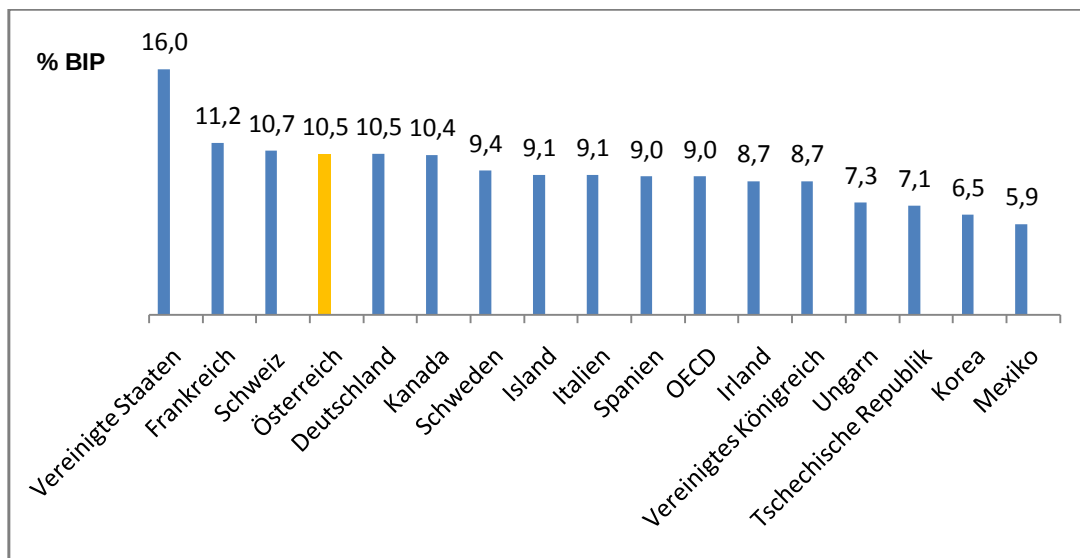


Abb. 3: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP – Österreich im Vergleich mit ausgewählten OECD-Staaten⁶⁰.

Im Jahr 2008 beliefen sich die Ausgaben des österreichischen Gesundheitswesens auf ein BIP von 10,5% (s.o.: Abb. 3). Insgesamt sind in Österreich die Gesundheitsausgaben innerhalb der Jahre 2000 und 2008 durchschnittlich um 2,3% pro Jahr gestiegen. Somit liegt Österreich um 1,5 Prozentpunkte über den durchschnittlichen OECD-Wert von 9%⁶¹.

Des Weiteren kann man den steigenden Kostenaufwand auf die Emanzipation der Patienten zurück führen. Aufgrund des breiten Zugangs von Informationsmöglichkeiten über Medien, sind Patienten heute wesentlich aufgeklärter über ihre Rechte als früher. Sie scheuen sich immer weniger vor dem Erheben von Klagen, Rechts- und Schadensersatzansprüchen⁶².

⁶⁰ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Homepage OECD, Gesundheitsdaten 2010 – Österreich im Vergleich. Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, OECD-Länder 2008.

⁶¹ Vgl. Homepage OECD, Gesundheitsdaten 2010 – Österreich im Vergleich.

⁶² Vgl. Steinbrucker/Jacobs, 1. Teil, 2004, S. 302.

2.2.3 Streben nach Rationierung und Rationalisierung

Gesellschafts- und gesundheitspolitische Ziele werden zusätzlich durch ökonomische Zielsetzungen ergänzt. Die Ökonomie nimmt in der Gesundheitsversorgung einen immer höheren Stellenwert ein. Ausschlaggebend dafür ist die prinzipielle Knappheit an finanziellen Ressourcen. Die Schwierigkeit liegt nun darin, ein Gleichgewicht zwischen den unbegrenzten Bedürfnissen der Gesellschaft und den finanziell begrenzten Ressourcen herzustellen⁶³. Dennoch verbindet die Gesetzesgrundlage in Österreich alle Vertragsparteien gemäß Art. 15a B-VG (Bundes-Verfassungsgesetz) hinsichtlich der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens „... *auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, für alle frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen*“. Trotzdem kann von einem stetigen Kostendruck und weiteren Sparmaßnahmen in der Pflege und im restlichen Gesundheitsbereich berichtet werden. Diese Sparmaßnahmen stellen eine Gefährdung der Patientensicherheit dar. Diese Tatsache konnte durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel mit der internationalen Studie „Zu wenig Pflege kann sich für Patienten nachteilig auswirken“ belegt werden. Die sogenannte „Implizite Rationierung“ stellt das Problem dar. Darunter versteht man, dass ohne vorgängige Kriterien und Gespräche nicht alle notwendigen pflegerischen Maßnahmen am Patienten durchgeführt werden. Die darauf folgende „RICH-Nursing-Studie“ (Rationing of Nursing in Switzerland CH), welche auf Untersuchungen in elf Ländern basiert (darunter auch Österreich und Deutschland), konnte das Ausmaß der Rationierungen erfassen. Das Ergebnis zeigt, dass die „Implizite Rationierungen“ in der Pflege die häufigste Ursache für Komplikationen in der Patientenversorgung ist⁶⁴. Dieses schlechte Ergebnis zeigt zum Einen die Gefahren von Rationierungsmaßnahmen und zum Anderen den Bedarf an Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Fehlerprävention.

⁶³ Vgl. Homepage Medizinische Hochschule Hannover, Reader Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Public Health, 2007, S. 22.

⁶⁴ Vgl. Homepage Universität Basel, Studie des Instituts Pflegewissenschaft: Zu wenig Pflege kann sich für Patienten nachteilig auswirken.

2.2.4 Steigende Erwartungshaltung der Patienten

Neben der Fehlerhäufigkeit und den Rationierungsmaßnahmen steigt auch die Erwartungshaltung der Patienten maßgeblich an. Das Bewusstsein der Patienten bezüglich Sicherheit im Gesundheitswesen hat sich deutlich verändert. Durch die Emanzipation der Patienten wird ein ausgeprägtes Rechtsempfinden veranlasst. Außerdem ist es für Patienten aufgrund der breiten Medienlandschaft wesentlich einfacher sich zu informieren und sind daher über ihre Rechte aufgeklärter⁶⁵. Für diese Entwicklung sind nicht zuletzt das Internet sowie die „Skandalschlagzeilen“ der Presse über Zwischenfälle und Komplikationen in Gesundheitseinrichtungen wesentlich beteiligt.

Ebenfalls ist ein veränderter Umgang mit Fehlern und Schadensfällen im Bereich „Gesundheit und Recht“ erkennbar. Denn Juristen haben diesen „Trend“ längst erkannt und spezialisieren sich auf diesem Gebiet. Ebenso scheuen sich Patienten immer weniger vor dem Einschalten eines Anwaltes, um bei Schadensereignissen ihre Rechte einzufordern⁶⁶.

Des Weiteren resultiert die hohe Erwartungshaltung der Patienten an den österreichischen Gesundheitsbereich womöglich aus einem weit verbreiteten Irrglauben. Denn der Fortschritt von Wissenschaft und Technik lässt vermuten, dass jede Behandlung durch das „medizinisch-grenzenlos-Machbare“ erfolgreich sein müsse. Aus diesem Grund werden die Erwartungen der Patienten oft enttäuscht, wenn die Medizin an ihre Grenzen stößt. Dieser Irrglaube wird auch durch die immer kürzer werdenden Verweildauern der Patienten in den Krankenanstalten verstärkt⁶⁷.

Diese Darstellung der einzelnen Problembereiche spricht mehr als genug für die Notwendigkeit eines systematischen Aufbaus einer Sicherheitskultur und einer Implementierung von Risikomanagement in die österreichische Krankenhauslandschaft.

⁶⁵ Vgl. Steinbrucker/Jacobs, 1. Teil, 2004, S. 302.

⁶⁶ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 338.

⁶⁷ Vgl. Müller, 2003, S. 44.

3 Risikomanagement – Begriffe und Grundlagen

Der Nutzen von Risikomanagement wird in vielen verschiedenen Branchen eingesetzt und demnach auch unterschiedlich interpretiert. Die gängigste Bedeutung, welche man unter dem Begriff „Risikomanagement“ versteht, ist das Sicherstellen von finanziellen Ressourcen. Diese Grundidee ist vor allem im wirtschaftlichen Bereich verankert.

Mittlerweile wird RM auch im Bereich des Gesundheitswesens eingesetzt. Hier wird es oft als klinisches Risikomanagement bezeichnet. Jedoch gilt es in einer Krankenanstalt nicht nur wirtschaftliche Ressourcen sicher zu stellen, sondern auch Menschenleben zu wahren. Daher ist der Gesundheitsbereich, ebenso wie die Flugzeug-, Auto- und Atomindustrie, als Hochrisikobereich zu bezeichnen. Im englischen Sprachgebrauch gilt solch ein Arbeitsumfeld als „High-Reliability-Organization“, kurz HRO (Hoch-Zuverlässigkeits-Organisation). Dies lässt bereits erahnen, dass im Gesundheitsbereich, besonders in Krankenanstalten mit komplexen Abläufen und Strukturen, besondere Anforderungen an die Mitarbeiter gestellt werden⁶⁸.

3.1 Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements

Eine Etablierung von RM in Österreichs Krankenanstalten wurde noch nicht gesetzlich vorgeschrieben. Lediglich die Verpflichtung eines Qualitätsmanagements in Krankenanstalten wurde im Jahr 2005 mit dem *Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen* (kurz: *Gesundheitsqualitätsgesetz*) und mit dem *Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz* (KAKuG) § 5b festgehalten.

RM sollte als Teilbereich in ein umfassendes Qualitätsmanagement einer Krankenanstalt integriert werden. Beide Managementsysteme zeichnen sich durch Gemeinsamkeiten inhaltlicher und methodischer Strategien aus. In vielen Krankenanstalten bzw. Gesundheitseinrichtungen auf europäischer Ebene wurden erste Ansätze von Risikomanagementmaßnahmen gesetzt. Leider wird aber in den meisten Fällen der Fehler gemacht, Qualitäts- und Risikomanagement unverbunden nebeneinander existieren zu lassen. Der Erfolg eines optimalen Prozessablaufs und einem gelungen

⁶⁸ Vgl. Paula, 2007, S. 4.

Fehlermanagement in einer Krankenanstalt liegt jedoch in der Integration und im Zusammenspiel beider Managementstrategien⁶⁹.

Die Schlagworte heutzutage lauten „Qualität“, „Ablaufoptimierung“ und „Prozesskalkulation“. Sie sind die entscheidenden Kriterien für den Erfolg einer Gesundheitseinrichtung. Denn Krankenanstalten stehen wie nie zuvor unter einem enormen Konkurrenzdruck. Früher war es die geographische Lage, also die schnelle Erreichbarkeit medizinischer Versorgung, welche für die Existenz einer Krankenanstalt ausschlaggebend war. Heute können sich Patienten aufgrund ihrer Mobilität und der Anbieterdichte eine Krankenanstalt aussuchen. Dadurch entsteht ein Wettbewerb, indem Kosteneffizienz, Geschwindigkeit und Dienstleistungsqualität eine wesentliche Rolle spielen. Nicht zuletzt zählt zu den Erfolgsfaktoren auch die Mitarbeiterorientierung. Qualität kann durch das Risikomanagement gesteuert werden. Vordergründiger Gedanke des Risikomanagements im Gesundheitsbereich ist die Abschätzung möglicher Risiken während dem Behandlungsprozess. Darunter versteht man abschätzbare, vermeidbare Risiken, als auch unvermeidbare Risiken, welche bei einer perfekt durchgeführten Behandlung trotzdem entstehen können⁷⁰.

Mit Hilfe von RM können in Krankenanstalten Arbeitsprozesse genauestens analysiert, geplant und wenn notwendig, optimiert werden. Dies bringt aufgrund der strukturierten Abläufe Kosteneffizienz und im besten Fall auch eine gesteigerte Geschwindigkeit in der Versorgung von Patienten. Wichtig ist, Mitarbeiter eines Krankenhauses in die Prozesse mit einzubinden. Dadurch wird zugleich die Innovationskraft einer Krankenanstalt durch das Einfließen unterschiedlicher Ideen erhöht⁷¹.

Wie bereits erwähnt, ist RM Teil eines umfassenden QM. Jedoch sollte Risikomanagement auf organisatorischer Ebene als Stabstelle neben dem Qualitätsmanagement in einer Krankenanstalt integriert werden. Dadurch erreicht es die notwendige Akzeptanz und Durchsetzungskraft⁷².

⁶⁹ Vgl. Glazinski/Wiedensohler, 2004, S. 117; Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 169 ff.

⁷⁰ Vgl. Gurcke/Falke/Mildenberger, 2006, S. 19 ff.

⁷¹ Vgl. Gurcke/Falke/Mildenberger, 2006, S. 19.

⁷² Vgl. Gurcke/Falke/Mildenberger, 2006, S. 23.

3.1.1 Qualitätsdimensionen

Risikomanagement ist eine notwendige Ergänzung des meist bereits bestehenden Qualitätsmanagements einer Gesundheitseinrichtung. Aus diesem Grund muss es in die Qualitätsstrukturen einer Krankenanstalt eingegliedert werden. Eine systematische Differenzierung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (s.u. Kapitel 3.3.3 Qualität) ist auch für das RM üblich⁷³.

3.1.1.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität bildet die Rahmenbedingungen, also die notwendigen Grundlagen um Leistungen in einer Krankenanstalt anbieten zu können. Sie ist für den Aufbau einer Organisation wesentlich⁷⁴. Darunter sind Ressourcen, wie finanzielle, personelle und materielle Güter zu verstehen. Mit deren Hilfe wird eine höchst mögliche Qualität in den Bereichen Organisation, Technik und Personal angestrebt⁷⁵. Für das Risikomanagement bedeutet Strukturqualität, dass ausreichend Mitarbeiter im Krankenhaus zur Verfügung stehen und diese für ihre Aufgaben entsprechend geschult sind. Des Weiteren müssen die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche unter den Mitarbeitern einer Organisation genau abgeklärt sein⁷⁶.

In § 2 GQG wird Strukturqualität durch den ausreichenden Einsatz von medizinisch qualifizierten Mitarbeitern und finanziellen Ressourcen beschrieben⁷⁷.

3.1.1.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt das Erstellen von Diagnosen und Durchführen von Behandlungen. Sie bezieht sich auf die ausgewählten Verfahren, Techniken und Methoden zur Leistungserstellung, also auf den Ablauf einer Organisation. Ebenfalls Gegenstand der Prozessqualität ist die Beurteilung der Arbeitsweise im Team bzw.

⁷³ Vgl. Felber/Radomsky/Trengler, 2003, S. 150 f.

⁷⁴ Vgl. Trill, 2000, S. 260.

⁷⁵ Vgl. Eickhoff/Riemann, 2003, S. 114.

⁷⁶ Vgl. Klie/Pfundstein, 2005, S. 33 f.

⁷⁷ Vgl. Stöger, 2010, S. I 253.

die Art wie zwischen den Abteilungen kommuniziert wird⁷⁸. Die Qualität der Dienstleistungen und die Sicherheit im Organisationsablauf sind für das Risikomanagement von besonderer Bedeutung. Besonderes Augenmerk wird auf die Schnittstellen im Krankenhausalltag gerichtet. Der Einsatz von Checklisten oder das Gegenzeichnen von Aufträgen kann einen fehlerfreien Prozessablauf sichern⁷⁹.

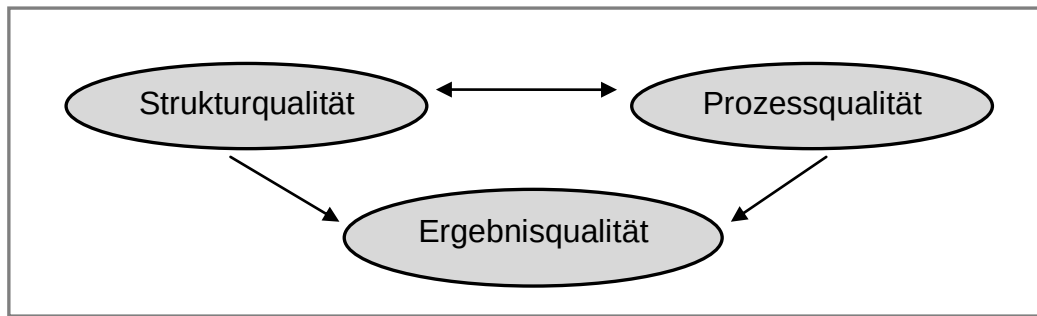


Abb. 4: Wechselseitige Beeinflussung der Qualitätsdimensionen⁸⁰.

Das GQG definiert Prozessqualität in § 2 über einen reibungsfreien Versorgungsablauf nach aktuellem Stand der Wissenschaft durch die Gesundheitsbeauftragten⁸¹.

3.1.1.3 Ergebnisqualität

Unter Ergebnisqualität versteht man die Beschaffenheit des Endproduktes eines Leistungsanbieters. Hier werden viele unterschiedliche Kategorien erfasst. Unter anderem können dies Faktoren der Morbidität und Mortalität, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit, Behandlungserfolge sowie eine Kosten-Nutzen-Analyse sein. Eine zufriedenstellende Ergebnisqualität resultiert aus der vorangegangenen Struktur- und Prozessqualität (s.o.: Abb. 4)⁸². Dem Risikomanagement wird durch die Ergebnisqualität Aufschluss über die Wirksamkeit der vorgenommenen Maßnahmen gegeben. Vor allem ist hier wichtig, inwieweit sich die Häufigkeit eines Risikos im Prozessablauf vermindert hat (Eintrittswahrscheinlichkeit eines Risikos). Dafür ist

⁷⁸ Vgl. Eickhoff/Riemann, 2003, S. 114.

⁷⁹ Vgl. Klie/Pfundstein, 2005, S. 34.

⁸⁰ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Büker, 2010, S. 141.

⁸¹ Vgl. Stöger, 2010, S. I 253.

⁸² Vgl. Eickhoff/Riemann, 2003, S. 114.

eine Definition des Soll-Zustandes notwendig. Im Anschluss, nach den gesetzten Handlungen und Maßnahmen, muss der Ist-Zustand erfasst werden. Das normative „Soll“ wird in Differenz zu dem tatsächlichen „Ist“ gesetzt⁸³.

Das GQG § 2 beschreibt eine optimale Ergebnisqualität als das Resultat eines zufriedenstellenden Behandlungsergebnisses und einer hohen Lebensqualität für den Patienten⁸⁴.

3.2 Historischer Hintergrund von Risikomanagement

Der Ursprung des Risikomanagements liegt in den USA. Dort wurde es erstmals in den 50er Jahren eingesetzt. Es fand vorerst in der Versicherungsbranche Verwendung. Dabei bezog sich das RM nur auf reine Risiken, also versicherbare Risiken. Aufgabe und Ziel des Risikomanagements war, bzw. ist es in dieser Branche immer noch, Vermögenswerte eines Unternehmens vor unerwarteten und negativen Einflüssen zu schützen⁸⁵.

Für den heutigen Nutzen von Risikomanagement im Gesundheitswesen trug das amerikanische Rechtssystem einen wesentlichen Teil bei. Denn bereits in den 80er Jahren wurden in den USA aufgrund von Behandlungsfehlern enorme Schadenersatzgelder in Millionenhöhe an Patienten ausbezahlt. Diese Erfolge lösten einen explosionsartigen Anstieg von Patientenklagen aus. Auf internationaler Ebene konnte dies einen Anstieg von Patientenklagen und einer zunehmenden Emanzipation der Patienten. Man könnte es fast als einen „Trend“ bezeichnen, der aus den USA nach Europa übertrat.

Die amerikanischen Haftpflichtversicherer zeigten aufgrund der Fehlerhäufigkeit und den enormen Schadenersatzsummen keine Bereitschaft mehr, Krankenanstalten zu versichern. Die Versicherungsgesellschaften zogen sich aus dem Bereich des Gesundheitswesens zur Gänze zurück. Um dieser Entwicklung gegen zu steuern wurden in den USA zahlreiche Gesetze, besonders in Bezug auf die Höhe der Schmerzensgelder, reformiert oder neu erlassen.

⁸³ Vgl. Klie/Pfundstein, 2005, S. 35.

⁸⁴ Vgl. Stöger, 2010, S. I 253.

⁸⁵ Vgl. Mikus, 2001, S. 10.

In dieser schwierigen Lage des amerikanischen Gesundheitssystems liegt der eigentliche Ursprung des uns heute bekannten klinischen Risikomanagements⁸⁶.

Noch heute wird Risikomanagement in den USA hauptsächlich als Präventionsmaßnahme von Haftungsfallen und Schadensersatzgeldern im Gesundheitsbereich angewendet. Dieser Ansatz findet nun auch in europäischen Gesundheitsbereichen Eingang. Es soll auch hier, Gesundheitsbeauftragte und Krankenhausträger vor haftungsrechtlichen Folgen schützen. Wobei aber weitere Nutzen und Ziele durch das RM angestrebt werden, wie zum Beispiel die Optimierung von Abläufen, Kosteneinsparungen und das Vermeiden von Redundanzen⁸⁷.

Risikomanagement basiert auf dem PDCA-Zyklus nach Deming. Dieser beruht wiederum auf dem KAIZEN-Prinzip, oder auch KAIZEN-Philosophie genannt. Der Begriff „Kaizen“ stammt aus dem japanischen Sprachraum und heißt so viel wie „Veränderung zum Besseren“. Qualität ist keine statische Eigenschaft, sondern verändert sich stets. Dass heißt Qualität ist nur durch einen dynamischen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten. Die KAIZEN-Philosophie bewegt das Management einer Organisation zu einer kontinuierlichen Verbesserung ihrer Produkte bzw. Dienstleistungen, indem alle Mitarbeiter der Organisation mit einbezogen werden⁸⁸.

W. Edwards Deming kreierte daraus den PDCA-Zyklus, um in kleinen, zu erfüllenden Schritten ständige Verbesserung zu erreichen. Der Kreislauf setzt sich aus vier Phasen zusammen⁸⁹:

1. Phase: **Plan** - (Planen)
2. Phase: **Do** - (Ausführen)
3. Phase: **Check** - (Überprüfen)
4. Phase: **Act** - (Verbessern)

⁸⁶ Vgl. Müller, 2003, S. 39 ff.

⁸⁷ Vgl. Gurcke/Falke/Mildenberger, 2006, S. 21 ff.

⁸⁸ Vgl. Homepage Arbeit-Beruf-Karriere, Kaizen-Philosophie im Total Quality Management.

⁸⁹ Vgl. Schrems, 2008, Vortrag im Rahmen der Vorlesung Qualitätsmanagement auf der Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft.

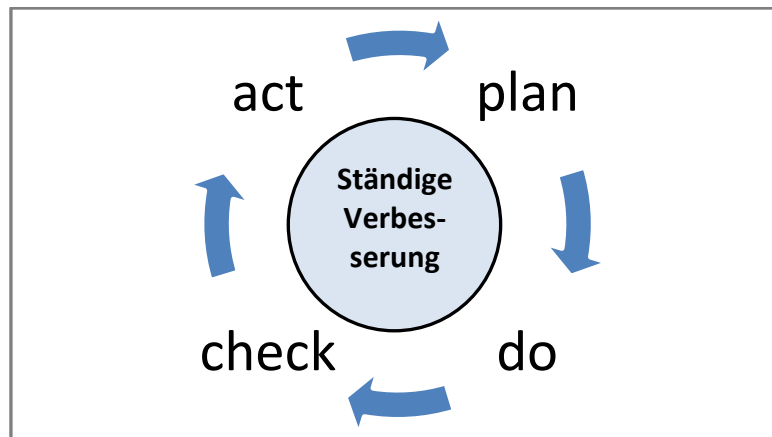


Abb. 5: PDCA-Zyklus nach W.E. Deming⁹⁰.

Im ersten Schritt des PDCA-Zyklus bzw. -Kreislaufs werden Ziel und Methode festgelegt bzw. Verbesserungsmaßnahmen von Prozessstrukturen geplant. Im zweiten Schritt werden die festgelegten Ziele und Maßnahmen umgesetzt. Danach werden in der dritten Phase alle implementierten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft. Im vierten und letzten Schritt werden Maßnahmen, welche ihr Ziel nicht erreicht haben, durch neue Maßnahmen ersetzt. Dadurch wird eine kontinuierliche Verbesserung einer Krankenanstalt erzielt⁹¹.

⁹⁰ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Keitel/Loffing/Kristen-Seydel, 2010, S. 288.

⁹¹ Vgl. Keitel/Loffing/Kristen-Seydel, 2010, S. 288 f.

3.3 Definitionen und Begriffsabgrenzungen

3.3.1 Risiko

Der Ursprung des Begriffs „Risiko“ liegt im alt-italienischem Wort „risco“ bzw. „risico“. Wird dieses ins Deutsche übersetzt, heißt es „Klippe“ oder „Fels“. Diese Wortherkunft geht auf das 17. Jahrhundert zurück und auf die dort betriebene Handelsschifffahrt. Die Klippe, oder der Fels stehen in der Schifffahrt für das Risiko, welches so gut wie möglich umschifft werden muss, um einen Schiffsbruch zu verhindern⁹². „Risiko“ kann aber auch aus dem Arabischen Wort „rizq“ abgeleitet werden. Dieses bedeutet so viel wie „von Gottes Gnade abhängig“⁹³.

Für das Risikomanagement haben Risiken die Bedeutung von schadhaften Ereignissen. Dass heißt die Patientensicherheit wird gefährdet bzw. geschädigt, oder finanzielle Verluste drohen für eine Krankenanstalt⁹⁴.

„Risiken“ können somit definiert werden *„(...) als Ereignisse und mögliche Entwicklungen, innerhalb und außerhalb des Unternehmens, die sich negativ auf die Erreichung der Unternehmensziele auswirken können.“*⁹⁵

Eine Vielzahl an Risiken kann also die Existenz einer Krankenanstalt gefährden. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen **externen Risiken**, welche von außen eine Bedrohung für eine Krankenanstalt darstellen und **internen Risiken**, welche die Einrichtung selbst durch ihre Strukturen und Prozesse erzeugt. Um Sicherheit für Patienten und Mitarbeitern gewährleisten zu können, sollten nicht nur von außen kommende Gefahren, sondern auch das eigene Risikopotenzial unter Kontrolle sein. Durch eine Minimierung, oder wenn möglich einer kompletten Beseitigung von Gefahren wird die Patientensicherheit erhöht und dadurch auch die Mitarbeiter vor haftungsrechtlichen Ansprüchen geschützt⁹⁶.

Genau gesprochen versteht man unter externen Risiken Bereiche wie etwa Technik, Wissenschaft, Wettbewerb, Politik und Rechtsprechung sowie den Patienten als Kunde. Diese Risikobereiche kann eine Krankenanstalt nur in einem beschränkten

⁹² Vgl. Ujlaky, 2005, S. 7.

⁹³ Vgl. Homepage Fremdwortbedeutung.de, Begriff „Risiko“.

⁹⁴ Vgl. a) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 3.

⁹⁵ Graebe-Adelssen, 2003, S. 19.

⁹⁶ Vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S. 19.

Ausmaß steuern, da ihre Ursachen nicht direkt in der Organisation selbst entstehen. Jedoch im Gegensatz zu diesen externen Risiken, können interne Risiken durch gezielte Maßnahmen gesteuert werden. Interne Risikobereiche können beispielsweise die Aufnahme und Entlassung, Diagnoseerstellung, Therapie, Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr und die räumliche Ausstattung sein.

Im Zusammenhang mit dieser Thematik, den externen und internen Risiken, findet man in der Literatur oft den Begriff „3-P-Risks“. Dieser beinhaltet die drei Faktoren People-Process-Politics. Also Risiken, welche durch Menschen bedingt und verursacht werden. Diese drei Schlagworte bilden besonders in Branchen mit ausgeprägter Dienstleistungsorientierung, wie es im Gesundheitswesen vorzufinden ist, große und komplexe Risikobereiche⁹⁷.

3.3.2 Risikomanagement

Bezugnehmend auf die oben genannten Definitionen von Risiko und Risiken lässt sich Risikomanagement *„(...) definieren als die Gesamtheit aller organisatorischen Regelungen und Maßnahmen zur Risikoerkennung und zum Umgang mit den Risiken unternehmerischer Betätigung.“*⁹⁸

Genauer definiert wird der Begriff „Risikomanagement“ für das Gesundheitswesen von Ulsenheimer (2010). Er versteht darunter eine *„Früherkennung von Gefahrenzustände durch systematische Fehlersuche und Schadensuntersuchung, die sich nicht nur auf die medizinische, sondern auch juristische, organisatorische, technische, bauliche und sonstige haftungsrechtlichen Aspekte erstreckt. Risikomanagement ist also ein Schadensverhütungsprogramm und Risikovorsorgekonzept, mit dessen Hilfe potentielle Haftungsgefahren aufgedeckt und eliminiert bzw. gesenkt werden sollen, anders formuliert eine präventive Strategie zur Fehlervermeidung und damit Reduzierung des Haftungsrisikos durch Erfassung vorhandener Schwachstellen und möglicher Schadensursachen.“*⁹⁹

Das Hauptziel von RM ist, dass es mögliche Fehler bzw. deren Fehlerquellen im Prozessablauf einer Krankenanstalt aufdeckt und dadurch präventiv Schadensfällen

⁹⁷ Vgl. Sieber, 2007, S. 43 f.

⁹⁸ Graebe-Adelssen, 2003, S. 19.

⁹⁹ Ulsenheimer, 2010, S. 341.

vorbeugt. Zudem kommt die Aufgabe, bereits eingetretene Schäden und deren Ursachen zu analysieren, um Gefahren in Zukunft bestmöglich abzuwehren. Risikomanagement kann somit als eine systematische Fehlersuche verstanden werden. Der Untersuchungsraum begrenzt sich dabei nicht nur auf den medizinischen und pflegerischen Bereich, sondern bezieht sich auch auf juristische, haftungsrechtliche, organisatorische und bauliche Faktoren¹⁰⁰.

3.3.3 Qualität

Der Begriff „Qualität“ kann in Bezug auf das Gesundheitswesen und dessen Dienstleistungen nicht rein objektiv verstanden werden, sondern ist immer mit subjektiven Wertvorstellungen verbunden. Eine Begriffsdefinition wird dadurch erschwert, da die Bedeutung von „Qualität“ nicht statisch ist, sondern einen dynamischen Wandel aufweist.

Für den Gesundheitsbereich findet der Versuch von *Avedis Donabedian (1919-2000)* Qualität zu definieren, häufige Anwendung. Er spricht von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und setzt damit den Maßstab für zahlreiche Qualitätsmanagementsysteme (s.o. Kapitel 3.1.1 Qualitätsdimensionen)¹⁰¹.

Im Gesundheitswesen bildet der Begriff „Qualität“ den Maßstab für den Erreichungsgrad, in wie fern ein Versorgungsziel mit effizientem Ressourceneinsatz realisiert wird. Dieser Maßstab für RM geht ebenso von den drei folgenden Bereichen aus: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität¹⁰².

Das *Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)* setzt in Art 9 § 2 Abs 2 den Begriff „Qualität“ mit dem *„Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistungen (...)"* gleich. Der Qualitätsbegriff wird bestimmt durch den Grad der Übereinstimmung von Anforderungen bzw. Erwartungen und der tatsächlichen Leistung. Diese Forderungen an österreichische Krankenanstalten bzw. an den gesamten Gesundheitsbe-

¹⁰⁰ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 2.

¹⁰¹ Vgl. Schrems, Berta, 2008, Vortrag im Rahmen der Vorlesung Qualitätsmanagement auf der Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft.

¹⁰² Vgl. Stöger, 2010, S. I 252 f.

reich werden von Patienten, Angehörigen, Krankenkassen und dem Staat gestellt¹⁰³. Seit dem Jahr 2005 gibt das GQG für den gesamten Gesundheitsbereich vor, diesen Forderungen gezielt nachzugehen.

3.3.4 Qualitätsmanagement

Unter dem Begriff „Qualitätsmanagement“ (QM) versteht man das Erreichen und Halten eines höchst möglichen Standards in der Versorgung der Patienten. Oberstes Ziel des QM ist die Gewährleistung einer hohen Patientenzufriedenheit. Obwohl der Kosten- und Rationalisierungsdruck steigt, hat das Qualitätsmanagement die finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen sicher zu stellen und Qualitätsmängel zu vermeiden. Des Weiteren liegt die Aufgabe des QM darin, den personellen, zeitlichen und finanziellen Mehraufwand zu vermeiden. Dieser kann beispielsweise durch Doppeluntersuchungen und pflegerischen Handlungen, welche am Patienten unbewusst doppelt oder mehrfach durchgeführt werden, entstehen. Durch den Mehraufwand am Patienten können keine Haftungsgefahren für Mitarbeiter einer Krankenanstalt resultieren, jedoch sind diese hinderlich bei dem Erreichen eines hohen Standards an Qualität und somit auch hinderlich für die Erreichung einer hohen Patientenzufriedenheit¹⁰⁴. Für ein erfolgreiches QM müssen Qualitätsziele, -politik und Verantwortungsbereiche klar definiert sein¹⁰⁵.

Das QM befasst sich mit Fragen zur Qualität in einer Organisation bzw. einer Krankenanstalt. Synonym verwendet wird der Begriff **Qualitätssicherung**, obwohl dieser Begriff bereits etwas enger gefasst ist. Unter Qualitätssicherung versteht man alle Bemühungen und Maßnahmen, damit fachlich spezifische Standards eingehalten werden. Des Weiteren wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff der **Qualitätskontrolle** verwendet. Diese gewährleistet, wie der Name bereits erahnen lässt, eine Kontrolle – zum Beispiel in Form von Audits – der Qualitätssicherung. Im Rahmen einer Qualitätskontrolle wird der tatsächliche Ist-Zustand des Qualitätsniveaus

¹⁰³ Vgl. Keitel/Loffing/Kristen-Seydel, 2010, S. 279.

¹⁰⁴ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 2 f.

¹⁰⁵ Vgl. Keitel/Loffing/Kristen-Seydel, 2010, S. 279.

einer Krankenanstalt überprüft und ob diese mit den vorgegebenen Qualitätszielen übereinstimmen¹⁰⁶.

3.3.5 Unterscheidung von Risiko- und Qualitätsmanagement

Beide Managementsysteme zeichnen sich durch Gemeinsamkeiten aus. Kennzeichnend für Risiko- und Qualitätsmanagement ist ein kontinuierlicher Prozess, welcher nach Verbesserung strebt. Die Grundlage dafür stellt der PDCA-Zyklus nach Deming dar¹⁰⁷.

Der Unterschied beider Managementmethoden liegt jedoch darin, dass das Qualitätsmanagement Anforderungen der Rechtsprechung und gewisse Organisationsstrukturen, wie etwa bauliche Faktoren außer Acht lässt. Beispielsweise schließt die Qualitätsmaßnahme *Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff.* das Problem der haftungsrechtlichen Ansprüche nicht mit ein. Ein weiteres Beispiel für den Unterschied zwischen RM und QM liegt in der Kontrollphase. Hier sucht das RM nach etwaigen Abweichungen, das QM geht Standards und deren Einhaltung nach¹⁰⁸.

Obwohl beide Managementsysteme Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufweisen, sollte sich nicht die Frage stellen, für welches man sich in einer Organisation entscheidet. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte auch unbedingt das System des Risikomanagements eingeführt werden, um rechtliche, organisatorische und technische Aspekte in einer Krankenanstalt zu berücksichtigen und sicherzustellen¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Vgl. Stöger, 2010, S. I 253 f.

¹⁰⁷ Vgl. Trill, 2000, S. 283.

¹⁰⁸ Vgl. Müller, 2003, S. 49 f.

¹⁰⁹ Vgl. Felber/Radomsky/Trengler, 2003, S. 149 f.

3.4 Der Risikomanagementprozess

Risikomanagement ist keine einmalig betriebene Maßnahme einer Krankenanstalt. Es strebt nach einer ständigen Bewegung („Veränderung zum Besseren“). Daher wird RM in einem kreisförmigen Prozess umgesetzt¹¹⁰. Dieses prozessorientierte Arbeiten ist für ein erfolgreiches RM essentiell. Denn es gewährleistet das kontinuierliche Umsetzen neu entwickelter Maßnahmen, welche ebenfalls auf einer ständig neu generierten Wissensgrundlage beruhen.

Der Risikomanagementprozess besteht aus vier Phasen und bildet einen fortlaufenden Regelkreis. Der 4-Phasenprozess (s.u. Abb. 6) setzt sich aus der Risikoidentifikation, Risikobewertung, Risikobewältigung und der Risikokontrolle zusammen. Die ersten beiden Phasen, Risikoidentifikation und Risikobewertung, können auch unter dem Begriff Risikoanalyse erfasst werden¹¹¹.

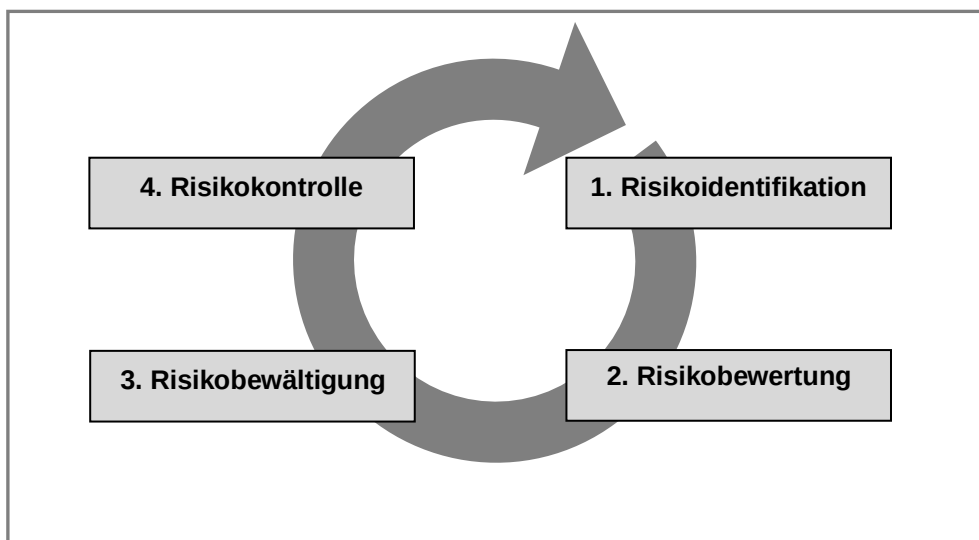


Abb. 6: Der Risikomanagementprozess¹¹².

¹¹⁰ Vgl. Felber/Radomsky/Trengler, 2003, S. 140.

¹¹¹ Vgl. Middendorf, 2007, S. 63.

¹¹² Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Paula, 2007, S. 102.

3.4.1 Die Risikoidentifikation

Um Risiken zu identifizieren, ist eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation einer Krankenanstalt notwendig. Alle Vorgänge und Prozesse, welche die Patientensicherheit gefährden und für die Organisation etwaige haftungsrechtliche Fallen darstellen könnten, müssen aufgedeckt werden. Besonderes Augenmerk gilt den Schnittstellen, welche bei der komplexen Zusammenarbeit von ärztlichem Personal und Pflegepersonal häufig Risiken entstehen lassen¹¹³.

Sinnvoll in der ersten Phase des Risikomanagementprozesses, der Risikoidentifikation ist es, eine systematische Unterteilung aller Bereiche und Prozessvorgänge der Krankenanstalt zu erstellen. Denn eine komplexe Organisation setzt sich aus unterschiedlichsten Bereichen zusammen, welche zu berücksichtigen sind¹¹⁴.

Die Erfassung des Ist-Zustandes gelingt am besten durch eine Besichtigung der einzelnen Bereiche. Es sollten OP-Räume, Intensivstation, aber auch die Patientenzimmer einer Visite unterzogen werden. Der gesamte Behandlungszeitraum von Patienten, also von der Aufnahme bis zur Entlassung sowie alle Bereiche und Prozesse müssen analysiert werden. Auch Bereiche, in denen Patienten keine direkten medizinischen Leistungen erhalten, sollten genauso berücksichtigt werden. Darunter sind Warteräume, Patientenzimmer, Grünanlagen und Fluchtwege zu verstehen. Ebenfalls muss die Betriebstechnik, sowie bauliche und infrastrukturelle Gegebenheiten der Krankenanstalt mit einbezogen werden. Dies gewährleistet eine Vorsorge bei Bränden, Evakuierungs- und anderen Katastrophenfällen. Alle diese Bereiche sind in Hinblick auf haftungsrechtliche Aspekte besonders zu berücksichtigen. Mit den leitenden Stellen, wie der Pflegedienstleitung, der Verwaltungsleitung, der Leitung einzelner Stationen und Abteilungen sollten Gespräche geführt und die Zuständigkeitspflichten kontrolliert bzw. festgelegt werden. Ebenso sollten Empfehlungen, Standards und Dienstanweisungen, welche als Grundlage für den Behandlungsprozess in einer Krankenanstalt dienen, in der Bestandsaufnahme enthalten sein. Die Archive und die Dokumentation einer Einrichtung sind weitere wesentliche Aspekte. Diese nehmen einen wichtigen Stellenwert im Falle einer haftungsrechtlichen Verfolgung ein. Die Archivierung einer fehlerlosen Dokumentation kann unberechtigte Scha-

¹¹³ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 5.

¹¹⁴ Vgl. Middendorf, 2007, S. 64.

densansprüche abwehren bzw. bei einem Gerichtsprozess Aufschluss über die tatsächlichen Geschehnisse geben¹¹⁵.

3.4.2 Die Risikobewertung

In der zweiten Phase, der Risikobewertung, wird ein Risikobericht verfasst. Dieser enthält alle relevanten Schwachstellen einer Krankenanstalt. Daraus lassen sich jene risikoreichen Prozesse und Situationen im Krankenhausalltag ableiten, welche zu haftungsrechtlichen Ansprüchen führen könnten. Anschließend werden die Ergebnisse aus dem Bericht einer juristischen Prüfung unterzogen. Um ein zufriedenstellendes Ergebnis der Risikobewertung zu erzielen, sollte diese von einem Dritten erstellt werden. Dadurch wird eine schonungslose aber tatsächliche Darstellung sowie frei von wirtschaftlichen und hauspolitischen Zwängen gewährleistet¹¹⁶.

Im Zuge der juristischen Prüfung werden die Dringlichkeit und die Höhe der einzelnen Risiken bewertet. Anhand der Messgrößen „Schadenshöhe“ und „Eintrittswahrscheinlichkeit“ wird das Risikopotenzial in der Risikomatrix (s.u. Abb. 7) ermittelt. Zur Einstufung dieser Werte werden meist Statistiken, Branchenvergleiche oder Erfahrungswerte fachkundiger Experten herangezogen. Die Dringlichkeit des Erstellens und der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen ergibt sich aus dem Zusammenhang der zu erwartenden Schadenshöhe und der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Risikos, ersichtlich aus der Risikomatrix¹¹⁷.

¹¹⁵ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 6.

¹¹⁶ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 7.

¹¹⁷ Vgl. Middendorf, 2007, S. 64; Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 51.

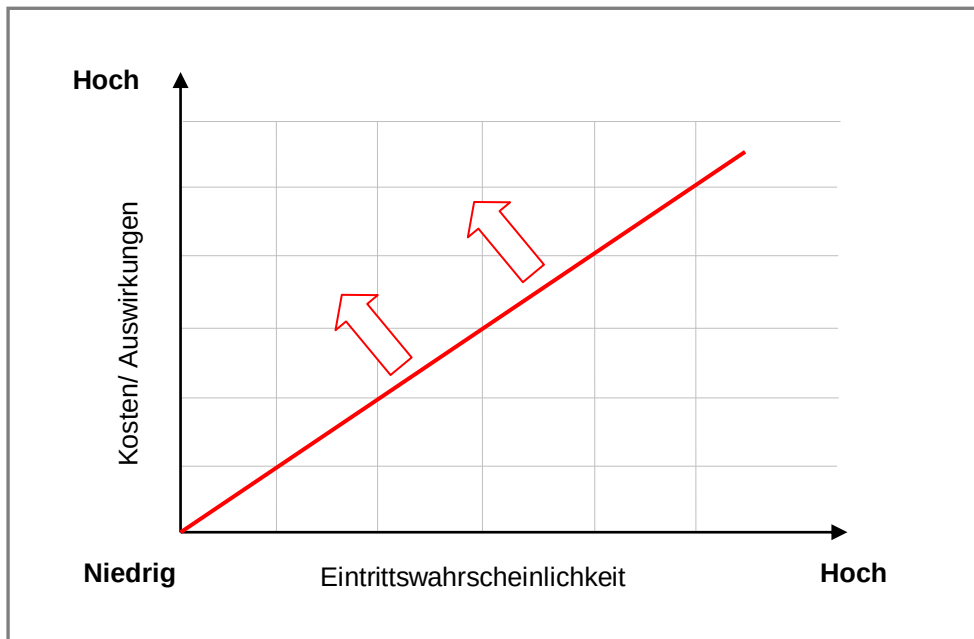


Abb. 7: Bewertung der Risiken durch das Instrument „Risikomatrix“¹¹⁸.

Bei der Risikobewertung werden grundsätzlich drei Kategorien von Risiken unterschieden:

- **Großrisiko:** Risiken, welche die Existenz einer Krankenanstalt gefährden. Für Großrisiken sollte in jedem Fall ein Versicherungsschutz vorhanden sein.
- **Mittleres Risiko:** Risiken, welche Veränderungen in den Zielen der Einrichtung bewirken. Solche Risiken sollte man nach einer umfassenden Kosten-/ Nutzenanalyse entweder versichern oder nicht versichern.
- **Kleinrisiko:** Risiken, welche sich meist in Form von Störungen innerhalb von Prozessen und Abläufen im Krankenhausalltag bemerkbar machen. Eine Versicherung wird in der Regel für diese Art von Risiken nicht abgeschlossen, da diese zu kostspielig wäre¹¹⁹.

Organisationen werden häufig gegen Risiken großer und mittlerer Art versichert. Bei Kleinrisiken ist eine Versicherung zu teuer und daher auch nicht üblich. Jedoch hat letzten Endes jede Krankenanstalt selbst zu entscheiden, welches Ausmaß an Risiken und ab welcher Schadenssumme ein Zwischenfall bedeutsam für die Existenz-

¹¹⁸ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 51.

¹¹⁹ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 50 f.

der Einrichtung sein kann. Deshalb ist eine Risikobewertung immer eine individuelle Vorgehensweise je nach Krankenanstalt und Einrichtung¹²⁰.

Ein wichtiger Faktor bei der Risikobewertung ist die Einbeziehung aktueller Informationen. Denn bei dem schnellen Fortschritt von pflegerischem und medizinischem Wissen können sich die Rahmenbedingungen für den entsprechenden Gesundheitsbereich, und dadurch auch die damit verbundenen Risiken, ändern. Diese Rahmenbedingungen können u. a. die Gesetzgebung, Finanzierung und die wirtschaftliche Lage, Kostenträger, Patienten- und Lieferantenstruktur sein. Daher müssen diese Bereiche unbedingt berücksichtigt werden¹²¹.

3.4.3 Die Risikobewältigung

Aus der vorangegangenen Risikoanalyse (Risikoidentifizierung und Risikobewertung) wird ein Maßnahmenkatalog zur Risikobewältigung erstellt. Für diese Phase des Risikomanagementprozesses findet man in der Literatur unterschiedliche Vorgehensweisen. Laut *Koller/von Langsdorff* (2005) können von der zuständigen Leitung, aber auch von den Krankenhausmitarbeitern Empfehlungen, Vorschläge und Anregungen im Maßnahmenkatalog aufgenommen und zusammengefasst werden. Diese weisen oft verschiedene Formen und Größen auf und werden daher zuerst auf ihre Effizienz und Umsetzbarkeit geprüft. Die Maßnahmen reichen von neuen Anfertigungen der Dienstanweisungen, über Fort- und Weiterbildungen, bis hin zu Einstellungen von neuen Mitarbeitern oder sogar notwendigen baulichen Erneuerungen¹²².

Nach *Kahla-Witzsch/Platzer* (2007) können mehrere Vorgehensweisen zur Risikobewältigung vorgenommen werden:

Die Risikovermeidung: Hier wird eine Schadensquelle oder ein Risiko vermieden, indem der mögliche Auslöser in einer Krankenanstalt gänzlich verbannt wird. Für den Pflegebereich könnten dies die Ausschließung bestimmter Pflegekategorien oder spezielle Krankheitsbilder sein. Bezogen auf eine gesamte Krankenanstalt gebe es hier die Möglichkeit der Ausschließung einer Intensivstation oder die Behandlung bestimmter Personengruppen (z.B. Kinder).

¹²⁰ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 51.

¹²¹ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 50.

¹²² Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 7.

Die Risikoteilung: Risiken können mit Kooperationspartnern „geteilt“ werden. Mitstreiter, Wettbewerber oder Kooperationspartner tragen Risiken mit. Zum Beispiel kann eine Absprache bezüglich der Notfallversorgung unter einzelnen Krankenanstalten erfolgen.

Die Risikoübertragung: Diese Risikobewältigung wird auch Risikotransfer genannt. Die Risikoübertragung bzw. –transfer erlaubt auf Basis einer abgeschlossenen Haftpflichtversicherung ein Risiko bzw. einen bereits entstandenen Schaden auf den Versicherer zu übertragen (s. Kapitel 5.2.1 Haftpflichtversicherung).

Die Risikoselbsttragung: Wie der Begriff bereits erahnen lässt, haftet die Krankenanstalt bei etwaigen Schäden selbst. Die betroffene Einrichtung muss mit eigenen Mitteln für die Schadensbegleichung aufkommen. Dies ist oft der Fall, wenn Schäden eintreten, wofür eine Krankenanstalt meist keine Haftpflichtversicherung besitzt bzw. erhalten konnte¹²³.

Krankenanstalten haben unterschiedliche Größen und Spezialisierungen. Daher sollten sie auch ihre eigenen Bewältigungsstrategien von Risiken wählen. Existenzbedrohende Großrisiken sollten jedoch immer durch eine Versicherung gedeckt sein. Im Gegensatz zu Kleinrisiken, da diese wesentlich öfter auftreten und diese vom Krankenhaussträger kalkulierbar sind¹²⁴.

3.4.4 Risikokontrolle

Die erstellten Maßnahmen zur Prävention von Risiken und deren Wirkung werden in der vierten Phase des Risikomanagementprozesses, der Risikokontrolle, überprüft. Die kontinuierliche und ständige Überwachung von Abläufen im Krankenhausalltag zeichnet das Risikomanagement aus. Dadurch wird eine präventive Fehlervorsorge betrieben und zugleich überprüft, inwieweit neu implementierte Maßnahmen Wirkung zeigen. Führen diese nicht zum gewünschten Ziel, werden sie abermals durch weitere Maßnahmen ersetzt¹²⁵.

¹²³ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 52.

¹²⁴ Vgl. Middendorf, 2007, S. 66.

¹²⁵ Vgl. Middendorf, 2007, S. 66.

Eine Besetzung der Position als Risikomanager bzw. Riskmanager sollte unbedingt vorgenommen werden. Aufgaben eines Risikomanagers sind die Umsetzung und Koordinierung des Maßnahmenkatalogs, eine beratende Funktion in Gremien der Primärärzte, die Bereitstellung der aktualisierten Dienstanweisungen, Standards, Verfahrensanweisungen und Richtlinien laut den neuesten wissenschaftlichen Grundlagen und der Rechtsprechung. Des Weiteren sollten durch den Risikomanager laufend Informationsveranstaltungen und Fortbildungen über die österreichische Rechtssituation und über die Haftpflicht der Gesundheitsbeauftragten angeboten werden¹²⁶.

¹²⁶ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 8.

4 Das Gesundheitssystem und Grundlagen des Rechts in Österreich

Das Gesundheitssystem Österreichs sah sich lange Zeit von der Entwicklung steigender Zahlen bezüglich Fehlerhäufigkeit und Schadensersatzansprüchen sowie Haftpflichtfällen nicht berührt. Doch nun kann man auch in Österreich eine Tendenz von zunehmenden Patientenklagen wahrnehmen¹²⁷. In den meisten europäischen Ländern kam es in den vergangenen Jahren zu einem übermäßigen Anstieg haftungsrechtlicher Ansprüche¹²⁸. Daher wurden zahlreiche qualitätsbezogene Aktivitäten in Österreich gesetzt.

4.1 Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitsbereich

Das **Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen** (BIQG) arbeitet an der Verbesserung der Transparenz im Gesundheitssektor. Leider konnten in Österreich noch keine umfassenden Qualitätsberichte erstellt werden. Das österreichische Gesundheitswesen steckt hinsichtlich der Berichterstattung und der daraus resultierenden Transparenz also noch „in den Kinderschuhen“. Jedoch arbeitet das BIQG derzeit an wichtigen Grundvoraussetzungen, wie dem Aufbau von Netzwerken um eine Basis für Qualitätsberichte zu schaffen. Außerdem stellt das Ziel, einen wesentlichen Umbruch der Sicherheitskultur in den Krankenanstalten Österreichs zu bewirken, eine weitere zentrale Aufgabe des BIQG dar¹²⁹.

Entscheidend für den Anstoß von „aktiver“ Qualitätsarbeit in Österreich war das im Jahr 2005 herausgegebene **Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen** (GQG), kundgemacht durch BGBl I 179/2004. Dadurch wurde in Österreich das Implementieren und Führen eines aktiven Qualitätsmanagements ausdrücklich vorgeschrieben. In Bezug auf die Qualitätsarbeit können daher in unserem Gesundheitswesen zahlreiche Tätigkeiten verzeichnet werden:

¹²⁷ Vgl. Homepage NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft.

¹²⁸ Vgl. Müller, 2003, S. 41.

¹²⁹ Vgl. Homepage Gesundheit Österreich GmbH, Patientensicherheit und Qualitätsinformationen.

Die **Plattform Patientensicherheit** – *Austrian Network for Patient Safety* (ANetPAS) konnte im Jahr 2008 als ein unabhängiges österreichweites Netzwerk eingerichtet werden. Sie ist Partner des *European Union Network for Patient Safety* (EUNetPAS). Der Plattform gehören wichtige Einrichtungen und Experten des Gesundheitswesens an und beschäftigen sich mit Qualitätsfragen¹³⁰.

Im Jahr 2006 wurde die **Gesundheit Österreich GmbH** (GÖGG) „(...) als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen errichtet.“¹³¹ Die GÖGG ist aus folgenden Geschäftsbereichen zusammengesetzt:

Das **ÖBIG – Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen** hat die Gesundheitssystemsteuerung und Strukturplanung für die Krankenhausversorgung, Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung zur Aufgabe¹³².

Das **BIQG – Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen** ist für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines österreichweiten Qualitätssystems zuständig. Die Tätigkeiten des BIQG basieren auf Grundlage des *Gesundheitsqualitätsgesetzes* (GQG) und auf dem *Gesetz über die Gesundheit Österreich GmbH* (GÖGG). Außerdem unterstützt es das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) bei der Entwicklung von Qualitätsvorgaben, Grundsätzen und Richtlinien¹³³.

Das **FGÖ – Fond Gesundes Österreich** ist für die Durchführung der Maßnahmen und Aktivitäten verantwortlich. Es fördert Projekte und Kampagnen, welche für eine gesunde Lebensweise werben¹³⁴.

Weiter konnte im Internet die Plattform **CIRSmedical** von namhaften Institutionen, wie dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Gesundheit Österreich GmbH, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, dem Österreichischen Gesundheits- und Pflegeverband, der Österreichischen Ärztekammer u. v. m. eingerichtet werden. Diese Plattform stellt einen Beitrag für einen richtigen Umgang mit Fehlern dar. Auf CIRSmedical.at erfolgt ein Austausch von relevanten Publikationen und Literatur, erhalten Gesundheitsbeauftragte und Interessierte Zugang zu Statistiken, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

¹³⁰ Vgl. Homepage Plattform Patientensicherheit.

¹³¹ Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, Art 1 § 2 Abs 1.

¹³² Vgl. Homepage Gesundheit Österreich GmbH, ÖBIG-Aufgaben.

¹³³ Vgl. Homepage Gesundheit Österreich GmbH, BIQG-Aufgaben.

¹³⁴ Vgl. Homepage Gesundheit Österreich GmbH, FGÖ-Aufgaben.

ten, Kontaktdaten von Schied- und Schlichtungsstellen für Patienten, etc. Dadurch wird den Angehörigen des Gesundheitswesens ein leichter Zugang zur aktuellen Thematik „Fehlermanagement“ ermöglicht¹³⁵.

Das **Critical Incident Reporting and Prevention System** (CIRPS), ähnlich dem CIRS, ist ein Fehlermeldesystem, welches eine systematische Bearbeitung und Prävention von Fehlern erlaubt. Das UKH Graz konnte im Jahr 2006 das Fehlermelde- und Präventionssystem „CIRPS“ implementieren. Weitere Einrichtungen der AUVA folgten und implementierten ebenfalls das System erfolgreich in ihren Organisationsstrukturen. Die unterschiedlichen Häuser sind nun über bzw. mit CIRPS vernetzt und tauschen so Erfahrungen in Form von Berichten über Fehler aus. Seit der Einführung des Meldesystems können bereits zahlreiche Erfolge in der AUVA-Gruppe verzeichnet werden. Jedoch am Wichtigsten ist, dass die Einbeziehung aller Krankenhausmitarbeiter in das Fehlermeldesystem gelang¹³⁶.

Die **Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH** (ÖQMed) wurde im Jahr 2004 durch die Österreichische Ärztekammer gegründet. Die Gesellschaft ist für Themen der Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich und mit dessen Evaluierungsaufgaben betraut. Das ÄrzteG verpflichtete zu diesen qualitätssichernden Maßnahmen. In § 118a ÄrzteG wird der Auftrag an die Gesellschaft zur Erarbeitung von fachrelevanten Qualitätskriterien, -evaluierungen und deren Kontrollen festgehalten¹³⁷.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass bereits im Jahr 1996 konnte das **Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser** (ÖNGK) in Unterstützung des *Bundesministeriums für Gesundheit* (BMG) gegründet werden konnte. Der Aufgabenbereich bezieht sich vor allem auf die Patienten- und Mitarbeiterorientierung, sowie der Organisationsentwicklung und Umweltorientierung¹³⁸.

¹³⁵ Vgl. Homepage CIRSmedical.

¹³⁶ Vgl. Homepage Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Einführung eines CIRPS im Unfallkrankenhaus Graz.

¹³⁷ Vgl. Homepage der ÖQMed.

¹³⁸ Vgl. Hofmarcher/Rack, 2006, S. 126.

Des Weiteren konnten bereits viele österreichische Krankenanstalten mit dem Zertifikat nach **ISO 9001:2000** (*International Organization for Standardization* bzw. *Internationale Organisation für Normung*)¹³⁹ und dem **KTQ-Zertifikat** (*Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen*)¹⁴⁰ ausgezeichnet werden. Somit ist ein umfassendes und aktives Qualitätsmanagement in zahlreichen Organisationen bereits fester Bestandteil. Trill (2000) stellt jedoch fest, dass Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9000 ff ausschließlich für Marketingzwecken von Vorteil sind. Denn sie belegen lediglich die Einführung eines QM in einer Organisation, geben jedoch keinen Aufschluss über die Qualität der Dienstleistungen¹⁴¹. Anders ist dies bei dem Zertifikat nach KTQ. Dieses dient zum Vergleich von Leistungen unter den Krankenanstalten und baut auf den Strukturen des EFQM-Modells (*European Foundation for Quality Management*) auf. Dieses Zertifizierungsverfahren ist Patienten- und Mitarbeiterorientiert und strebt durch seinen dynamischen Prozess nach ständiger Verbesserung¹⁴².

Im Jahr 2006 wurde im **Wiener Krankenanstaltenverbund** (KAV) auf freiwilliger Basis ein erster Ansatz von Risikomanagement integriert. Es wurden bereits konkrete Ergebnisse geliefert, wie beispielsweise das Identifizieren von zahlreichen Risiken und dem Erstellen von Präventionsmaßnahmen. Eine sogenannte „Erfahrungsdreh-scheibe“, welche eine Plattform mittels Intranet alle Häuser des KAV untereinander verbindet, wurde ebenfalls eingerichtet. Durch den Austausch der Häuser wird ein „Voneinander-Lernen“ aus Fehlern ermöglicht¹⁴³.

Des Weiteren konnte im Jahr 2008 am *Allgemeinen Krankenhaus* (AKH) in Wien, ebenfalls Mitglied des KAV, in Kooperation mit der *Wiener Städtischen Versicherung AG Vienna Insurance Group* ein „Juristischer Notfallkoffer“ entwickelt werden. Dieses Instrument soll eine schnelle und unkomplizierte Abwicklung bei Schadensfällen ermöglichen. Der Koffer beinhaltet Unterlagen mit rechtlichen Informationen und Verhaltensweisen für Mitarbeiter der Krankenanstalt. Die Kommunikation und der Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen sind bei Zwischenfällen von großer Bedeutung und für einen weiteren positiven Verlauf ausschlaggebend. Eingeführt

¹³⁹ Vgl. Homepage Stadt Wien, Erfolgreiche Zertifizierungen nach ISO 9001:2000.

¹⁴⁰ Vgl. Homepage KTQ, Zertifizierte Einrichtungen.

¹⁴¹ Vgl. Trill, 2000, S. 288 ff.

¹⁴² Vgl. Trill, 2000, S. 295 ff.

¹⁴³ Vgl. Staudinger, 2008, S. 23.

wurde das Instrument aufgrund einer vorangegangenen Schadensanalyse der *Wiener Städtischen* im AKH Wien. Die Zahl der Schadensfälle konnte mit dem neuen Instrument gesenkt werden. Auch die zufriedenstellende Abwicklung von Zwischenfällen konnte für Patienten und Mitarbeiter wesentlich verbessert werden¹⁴⁴.

Trotz dieser zahlreichen qualitätsbezogenen Aktivitäten und den ersten Risikomanagementmaßnahmen in der Versorgungsstruktur Österreichs müssen Krankenanstalten hinsichtlich der Thematik „Risikomanagement“ und vor allem hinsichtlich der Thematik „Fehlermanagement“ aufholen. Es fehlt an einer offenen Berichterstattung über Fehler und Beinahe-Unfällen, um daraus Konsequenzen ableiten zu können. Zudem mangelt es an Transparenz bezüglich der Folgekosten, welche für Krankenanstalten aufgrund eines Behandlungsfehlers entstehen¹⁴⁵.

Das Verständnis für RM und das Erkennen dessen Nutzen muss in den Gesundheitsberufen weiterhin gestärkt werden.

4.1.1 Beispielhafte Maßnahmen zur Risikoprävention internationaler Gesundheitssysteme

In vielen Ländern wurden bereits zahlreiche Maßnahmen zur Gewährleistung qualitätsbezogener Themen, wie „Patientensicherheit“ und „Risikoprävention“ durchgeführt. In der Literatur wird als Auslöser dieser Entwicklung oftmals die Studie „To Err Is Human – Building a Safer Health System“ genannt. Die Ergebnisse wurden im Jahr 1999 vom *Institute of Medicine* (IOM) in den USA veröffentlicht. Der Bericht legt eine schlechte bis fast nicht vorhandene Patientensicherheit im amerikanischen Gesundheitssystem dar. Bis zu 3,7 Prozent aller Patienten in Krankenanstalten leiden an sogenannte „adverse events“¹⁴⁶. Diese Studie war ausschlaggebend für weitere zahlreiche Untersuchungen und Aktivitäten auf nationaler und internationaler Ebene. Die folgenden Darstellungen verschiedener Länder und deren Aktivitäten zur Risikoprävention und Fehlermanagement sollen als Beispiel und im Sinne von Best Practice stehen. Jedoch erheben diese Beispiele internationaler Gesundheitssysteme kei-

¹⁴⁴ Vgl. Homepage Stadt Wien, Wehsely präsentiert den Juristischen Notfallkoffer im AKH Wien.

¹⁴⁵ Vgl. Eiff/Middendorf, 2007, S. 55.

¹⁴⁶ Vgl. Paula, 2007, S. 2.

nen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. auf die neuesten Ergebnissen und Aktivitäten der einzelnen Länder:

Vereinigte Staaten

Auf die oben genannte Studie des *IOM* reagierte im Jahr 2001 die *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) mit einer Entwicklung von Standards zur „Patient Safety and Medical/Health Care Error Reduction“. Dadurch wurde in den USA der Grundstein für Risikomanagement gelegt. Die Standards beinhalten Forderungen für ein organisationsweites Programm, welches zur Sicherstellung und Verbesserung der Patientensicherheit in Krankenanstalten dient¹⁴⁷. Im Zuge dessen wurde u. a. das „Hospitalist-Konzept“ eingeführt. Dabei nimmt ein Mitarbeiter der Krankenanstalt die Funktion eines „Patientenkoordinators“ ein. Dieser steuert den Patienten während seines gesamten Aufenthalts in der Krankenanstalt und koordiniert alle organisatorischen Notwendigkeiten, um „adverse events“ bestmöglich ausschließen zu können¹⁴⁸.

Japan

Japanische Krankenhäuser erhielten den Auftrag, interne Systeme in die Organisationsstrukturen zur Berichtserstattung einzuführen¹⁴⁹. Ein sogenanntes „Risk Dashboard“ liefert dem Krankenhausmanagement eine Übersicht von Kennzahlen und zeigt in einem 24-Stundenzyklus wesentliche Veränderungen im Krankenhausalltag auf. Bei Veränderungen spät abends können diese bereits am nächsten Tag bei der morgendlichen Frühbesprechung analysiert werden. Dieses System ermöglicht eine rasche Planung von Gegenmaßnahmen für Risiken¹⁵⁰. Des Weiteren werden vom *Japan Council for Quality Health Care* Berichte über Beinahe-Fehler gesammelt. Diese werden freiwillig von Krankenanstalten erstellt, eine Verpflichtung zur Berichterstattung gilt lediglich für Lehrkrankenhäuser¹⁵¹.

¹⁴⁷ Vgl. Eiff/Middendorf, 2007, S. 49.

¹⁴⁸ Vgl. Eiff/Middendorf, 2007, S. 55.

¹⁴⁹ Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 174.

¹⁵⁰ Vgl. Eiff/Middendorf, 2007, S. 55.

¹⁵¹ Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 174.

Großbritannien

Im Jahr 2004 wurde in Großbritannien das „National Reporting and Learning System“ (NRLS) von der *National Patient Safety Agency* (NPSA) errichtet und 90% aller Krankenanstalten damit vernetzt. Aktuelle Ereignisse, welche „adverse events“ an Patienten hervorrufen könnten, werden anonym von den Mitarbeitern in die Datenbank eingetragen. Durch die Vernetzung der Krankenhäuser besteht die Möglichkeit aus den Fehlern Anderer zu lernen¹⁵². Durch die Schadensdatenbank können zudem potenzielle Risiken auf ihre finanziellen Auswirkungen bewertet werden. Die Basis für diese Datenbank bilden bereits stattgefundene Gerichtsprozesse, in denen Patienten aufgrund eines Behandlungsfehlers finanziell entschädigt wurden. Solch eine Datenbank stellt die Basis für das Risikomanagementsystem in vielen Krankenanstalten Großbritanniens dar¹⁵³.

Australien

Das *Victorian Department of Human Services* in Australien veröffentlichte im Jahr 2000 den Bericht „Improving patient safety in Victorian hospitals“. Wie in den vorangegangenen Ländern bereits dargestellt, zeigt auch dieser Bericht eine schlechte Bilanz der Patientensicherheit auf. Etwa 16,6 Prozent aller Patienten in der stationären Krankenhausversorgung sind von „adverse events“ betroffen. Dabei wären wieder rund 50 Prozent der Fälle vermeidbar gewesen. Als Reaktion auf diese Ergebnisse sind nach der *Clinical Risk Management Strategy 2001* alle Krankenanstalten in Australien zur Einrichtung eines RM verpflichtet. Des Weiteren wird Wert auf die Implementierung des Frühwarnsystems *Incident Reporting* gelegt¹⁵⁴.

Deutschland

Für Deutschland liegen keine umfassenden und offiziellen Zahlen von festgestellten Behandlungsfehlern vor. Das Robert Koch-Institut geht davon aus, dass etwa 40 Tausend Patienten pro Jahr Schäden aufgrund von Fehlern im Behandlungsprozess davon tragen. Die daraus ergangenen Schadensersatzansprüche, welche durch das Gericht anerkannt wurden, werden etwa auf 12 Tausend geschätzt¹⁵⁵. Jedoch verpflichtet kein Gesetz zu einem Implementieren und aktiven Führen von Risikoman-

¹⁵² Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 170.

¹⁵³ Vgl. Eiff/Middendorf, 2007, S. 56.

¹⁵⁴ Vgl. Eiff/Middendorf, 2007, S. 48 f.

¹⁵⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003, S. 56.

gement. Daher führte im Jahr 2010 das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn das Projekt „Krankenhausbefragung und Sicherheitskultur“ durch. Dadurch wird erstmalig der Einführungsstand und die Durchdringung von Klinischem Risikomanagement erhoben und die Weiterentwicklung der Sicherheitskultur von Krankenanstalten gefördert¹⁵⁶.

Für weitere Aktivitäten im Bereich Risikoprävention sorgt Dänemark. Seit dem Jahr 2004 wurde dort ein verpflichtendes Berichtserstattungssystem in der Gesundheitsversorgung etabliert¹⁵⁷. Auch niederländische Krankenanstalten sind verpflichtet, Ereignissen, auf denen dauerhafte schwerwiegende Schäden an Patienten oder gar Tod von Patienten folgten, zu berichten¹⁵⁸. In Schweden wurde bereits im Jahr 1997 ein verpflichtendes Managementsystem eingeführt, welches Fehler bzw. Fehlerquellen untersucht und nach Verbesserung in den Prozessstrukturen strebt. Auch in der Tschechischen Republik konnten 50 Krankenanstalten auf freiwilliger Basis mit einem Fehlermeldesystem ausgestattet werden¹⁵⁹.

Obwohl die hohe Fehlerquote und die Zahl der Patientenklagen bereits bekannt und offen diskutiert werden, findet man leider noch keine ähnlichen gesetzlichen Maßnahmen in Österreich.

¹⁵⁶ Vgl. Homepage Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, Projekt „Krankenhausbefragung und Sicherheitskultur“.

¹⁵⁷ Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 169.

¹⁵⁸ Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 171.

¹⁵⁹ Vgl. b) Pietrowski/Ennker, 2007, S. 172 f.

4.2 Rechtliche Grundlagen im österreichischen Gesundheitsbereich

Für qualitätsbezogene Aktivitäten werden in den entsprechenden Rechtsvorschriften unterschiedliche Termini verwendet, wie etwa: Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle, Qualitätsmanagement und Strukturqualität. Der Begriff „Qualität“ bzw. „Qualitätssicherung“ erscheint in medizinrechtlichen Schriften erstmals Mitte 1980¹⁶⁰. Davor wurde natürlich ebenso das Ziel einer qualitätssicheren Medizin verfolgt, auch wenn der Begriff „Qualität“ nicht ausdrücklich in den Gesetzen angeführt wurde. Hier wäre das Beispiel § 8 Abs 2 des KAKuG zu nennen, welches besagt, dass Patienten von Krankenanstalten nur nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft behandelt werden dürfen. Auch diese Bestimmung steht für qualitätssichernde Maßnahmen im Behandlungsprozess von Patienten¹⁶¹.

Um den heutigen Anforderungen von Qualität im österreichischen Gesundheitswesen gerecht zu werden und diese auch umsetzen zu können, müssen explizite Grundlagen auf Basis des Rechts geschaffen werden. Aus diesem Grund veranlasste der Bund Österreich in den vergangenen Jahren Reformen im Gesundheitswesen.

Da sich die vorliegende Arbeit speziell auf Krankenanstalten bezieht, ist hier entscheidend, dass der Bund die Grundsatzentscheidungskompetenz besitzt. Die Bundesländer sind für die Ausführungs- und Vollziehungsgesetzgebung verantwortlich. Für den Bereich der Krankenanstalten sowie im Bereich der Pflege verpflichten sich Bund und Länder wechselseitig für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung¹⁶².

Die wichtigste Maßnahme in der Gesundheitsreform 2005 war die Verabschiedung des *Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen*, kurz Gesundheitsqualitätsgesetz (Art 9 BGBl I 2004/179). Mit diesem Gesetz konnte der rechtliche Rahmen für eine strukturierte Qualitätsarbeit geschaffen werden. Das verpflichtende Betreiben von QM in Gesundheitseinrichtungen aller Art wurde somit gesetzlich vorgeschrieben und das Ziel, Qualität kontinuierlich zu verbessern, vorgegeben¹⁶³. Das *Gesundheitsqualitätsgesetz* (GQG) sieht in Art 9 §1 (1) Folgendes vor: „Zur flächen-

¹⁶⁰ Vgl. Stöger, 2010, S. I 251.

¹⁶¹ Vgl. Stöger, 2010, S. I 251 f.

¹⁶² Vgl. Hofmarcher/Rack, 2006, S. 33.

¹⁶³ Vgl. Hofmarcher/Rack, 2006, S. 54.

deckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten“.

Das GQG ist für alle Gesundheitsbereiche Österreichs, d.h. für alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser und Ambulatorien, Ärzte und Gesundheitsberufe wie beispielsweise medizinisch-technische Dienste, Hebammen und Gesundheits- und Krankenpflegeberufe verbindlich. Durch das GQG ist die Qualitätsarbeit bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend.

Für eine systematische Verbesserung und Transparenz der Qualitätsarbeit muss eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufgebaut werden. Zudem sollen Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen für die Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit sorgen¹⁶⁴.

Rechtliche Grundlagen in Bezug auf Qualität und Patientensicherheit gibt auch das *Kranken- und Kuranstaltengesetz* (KAKuG). Dem Bund obliegt die Grundsatzgesetzgebung. In jedem Bundesland gibt es unterschiedliche Regelungen zur Einhaltung und Gewährleistung von Qualität. Daher dienen die Landeskrankenanstaltengesetze als Ausführungsgesetze. Der Rahmen für diese Regelungen bildet jedoch das KAKuG¹⁶⁵. Seit dem Jahr 2004 werden unter § 5b (KAKuG) folgende wesentliche Qualitätsanforderungen festgehalten: „(1) *Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen (...)* (2) *Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. (...)* (3) *Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. (...)* (4) *In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. (...)* (5) *Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umset-*

¹⁶⁴ Vgl. Gesundheitsqualitätsgesetz, Art 9 §§ 1-11.

¹⁶⁵ Vgl. Stöger, 2010, S. I 263.

zung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.“

Der Träger der Krankenanstalt hat nach § 8 Abs 2 KAKuG und § 49 Abs 1 ÄrzteG sicherzustellen, dass Patienten mit anerkannten Methoden und nach den Erkenntnissen der aktuellen Wissenschaft betreut werden. Ebenfalls werden im KAKuG die Bedingungen der Haftpflichtversicherung unter § 5c und die der Patientenvertretung unter § 11e gesetzlich geregelt.

Weitere relevante Bestimmungen bezüglich Qualitätssicherung lassen sich im Berufsgesetz der Pflege, dem *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* (GuKG) finden. Unter § 4 Abs 1 GuKG ist die Pflicht zu einer gewissenhaften Berufsausübung unter Anwendung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse festgehalten. § 5 des GuKG beschreibt die Anfertigung zur Dokumentationspflicht. Bezüglich dem Ziel der Qualitätssicherung werden im Rahmen von Sonderausbildungen, Aspekte der Qualitätsarbeit berücksichtigt, wie beispielsweise die Ausbildung zur Hygienefachkraft¹⁶⁶.

Im Zuge der gesetzlichen Bestimmungen von Qualität ist auch *die Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte* (kurz: *Patientencharta*), BGBl. I 1999/195 Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG, zu erwähnen. In Österreich erschien die Bezeichnung „Patientenrechte“ erst im Jahr 1993 in einer Novelle des KAKuG. Die Patientencharta fasst alle Patientenrechte zusammen. Sie ist ein Gliedstaatsvertrag zwischen Bund und Ländern¹⁶⁷. Die einzelnen Patientenrechte sind für jedes Bundesland und in dessen jeweiligen landesspezifischen Krankenanstaltengesetz explizit verankert. Die Krankenanstaltenträger sind für die Einhaltung und Umsetzung der Patientenrechte verantwortlich. Als Grundlage dient § 5a des Bundeskrankenanstaltengesetzes¹⁶⁸. Beispielsweise werden unter § 17a des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) LGBl. Nr. 23/1987, die Patientenrechte explizit für die Wiener Krankenanstalten festgehalten.

¹⁶⁶ Vgl. Stöger, 2010, S. I 258.

¹⁶⁷ Vgl. Soder, 2007, S. 39 f.

¹⁶⁸ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 35.

Des Weiteren ist der *Österreichische Strukturplan Gesundheit* (ÖSG) zu erwähnen. Er bildet die Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er enthält Kapitel, wie zum Beispiel zur Leistungsangebotsplanung und zu Qualitätskriterien¹⁶⁹. Gemeinsam mit den bundesweiten Qualitätsvorgaben hat der ÖSG die Optimierung der Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit zum Ziel. Zudem gibt er österreichweite Standards für Krankenanstalten und deren Qualitätssicherung vor¹⁷⁰. Diese sogenannten Strukturqualitätskriterien des ÖSG bestimmen u. a. die Berechtigung einer Krankenanstalt. Denn § 3 Abs 4 lit c KAKuG besagt, dass eine Krankenanstalt nur bei Erfüllung der Strukturkriterien genehmigt werden darf. Die Strukturqualitätskriterien des ÖSG müssen von den Ländern entweder durch Gesetz oder durch Verordnungen umgesetzt werden¹⁷¹.

¹⁶⁹ Vgl. Homepage Bundesministerium für Gesundheit Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2010.

¹⁷⁰ Vgl. Homepage Gesundheit Österreich GmbH, Österreichischer Strukturplan Gesundheit.

¹⁷¹ Vgl. Stöger, 2010, S. I 267 f.

4.3 Möglichkeiten des Erhebens von Rechtsansprüchen

Offizielle Zahlen der Entwicklung von Rechtsansprüchen geschädigter Patienten liegen leider nicht vor. Auch in Deutschland sind keine umfassenden Statistiken verfügbar, da Rechtsansprüche in den einzelnen Bundesländern nicht zentral erfasst werden können¹⁷².

Jedoch kann man anhand der Tätigkeitsberichte der einzelnen Patientenanwaltschaften eine eindeutige Tendenz zu steigenden Beschwerdefällen und Klagen erkennen. Beispielweise wurden im Jahr 2008 von der *Niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft* (PPA) 134 Anträge bearbeitet. Im Jahr 2001 waren es nur 3 Anträge und im darauf folgenden Jahr bereits schon 31 Anträge¹⁷³. Auch die *Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft* (WPPA) kann in ihren Tätigkeitsberichten steigende Fallzahlen von Patientenkontakten verbuchen¹⁷⁴.

Gründe für diese Entwicklungen sieht *Ulsenheimer* (2010) in der veränderten Beziehung zwischen den Gesundheitsbeauftragten und den Patienten. Das Vertrauen ist einem eher geschäftsmäßigem Verhältnis gewichen. Der Patient erwartet heutzutage aufgrund der medizinischen und technischen Möglichkeiten, eine Maximierung an Verbesserung seines Gesundheitszustandes und den selbstverständlichen Ausschluss von Risiken. Die Behandlung gilt somit für den Patienten als ein reines Rechtsverhältnis. Wird bzw. kann dies durch den Behandler nicht erfüllt werden, sind Patienten meist enttäuscht und fühlen sich nicht „gerecht“ behandelt. Daher ergreifen sie oft die Möglichkeit vor Gericht zu gehen¹⁷⁵.

Für Patienten stehen unterschiedliche Wege zur Verfügung, um ihre Rechte einzufordern. Es können die Möglichkeiten einer Strafanzeige oder einem Erheben von zivilrechtlichen Ansprüchen ergriffen werden. Des Weiteren kann der Fall aber auch außergerichtlich geregelt werden¹⁷⁶. Diese unterschiedlichen Möglichkeiten werden im Folgenden näher beschrieben.

¹⁷² Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 133.

¹⁷³ Vgl. Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds, Tätigkeitsbericht 2008 und 2009.

¹⁷⁴ Vgl. Homepage Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, Tätigkeitsbericht 2008 und 2009.

¹⁷⁵ Vgl. Ulsenheimer, 2010, 141 f.

¹⁷⁶ Vgl. Bierther, 2010, S. 318.

4.3.1 Haftungsrecht

Im österreichischen Haftungsrecht kommen das Schadenersatzrecht (z. B. ABGB), das Gewährleistungsrecht (z. B. ABGB), das gerichtliche Strafrecht (z. B. StGB), Straftatbestände im Verwaltungsrecht (z. B. KAKuG, GuKG, ÄrzteG) und das Disziplinarrecht (z. B. ÄrzteG) zum Tragen. Bei einem Sachverhalt werden meist mehrere Tatbestände durch das Gericht angewandt. Dies lässt das Recht oft undurchsichtig und schwierig erscheinen. Aus diesem Grund wird im Folgenden das Haftungsrecht in seinen zwei grundsätzlichen Bereichen, dem Zivil- und Strafrecht erläutert, um einen Überblick über gerichtliche Verfahren zu geben¹⁷⁷.

4.3.1.1 Zivilrecht

Das Zivilrecht regelt die Beziehungen und das Zusammenleben zwischen den einzelnen Bürgern. Das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch (ABGB) stellt die Grundlage des Zivilrechts dar. Für die zivilrechtliche Haftung wird synonym der Begriff „Haftungsrecht“ herangezogen, da das erwünschte Ziel eine Haftung der vermeintlich verantwortlichen Person für den entstandenen Schaden ist¹⁷⁸.

Im Zivilprozess stehen sich Bürger gegenüber und müssen dem Gericht alle relevanten Tatsachen und Vorkommnissen darlegen, damit ein Urteil des Gerichts beschlossen werden kann. Die Beweislast liegt also beim Kläger. Da aber in vielen Fällen die Beweislast durch den Kläger nicht geführt werden kann und aufgrund dessen, dass das Gericht nicht selbst ermittelt, kommt es oft zu enttäuschenden Ergebnissen für die Seite des Klägers¹⁷⁹.

Das Schadensersatzrecht verfolgt, wie es der Name bereits erahnen lässt, einen Ersatz für einen entstandenen Schaden, welcher meist durch Geldzahlungen erfolgt. Hier wird unterschieden zwischen **Verschuldenshaftung** (ABGB) und einer **Haftung ohne Verschulden**. Letzteres meint, dass nicht immer eine fehlerhafte Handlung

¹⁷⁷ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 2.

¹⁷⁸ Vgl. Paula, 2007, S. 153.

¹⁷⁹ Vgl. Bierther, 2010, S. 318.

seitens des Angeklagten vorliegt. Dies könnte zum Beispiel im Falle von Impfungen sein (ImpfschadenG, §§ 79a GTG)¹⁸⁰.

Des Weiteren können zwei Haftungsursachen unterschieden werden: Zum Einen das Vorliegen eines **Behandlungsfehlers** und zum Anderen eine **mangelnde Aufklärung**. Diese beiden Tatbestände verpflichten zu einem Schadensersatz bzw. zu einer Haftung, wenn folgende vier Elemente erfüllt sind:

- Tatsächlicher Schaden
- Kausalität (Zusammenhang von Tat und Schaden)
- Rechtswidrigkeit
- Verschulden des Behandlers¹⁸¹.

Bei Schadensersatzansprüchen im Zivilprozess werden vom Patienten Forderungen für Schmerzensgeld gestellt. Hier handelt es sich also um Aushandlungen zwischen Patient und Pflege bzw. Medizin (Behandlerseite). Bei tatsächlichem Vorliegen einer schuldhaften Handlung gehen die Schmerzensgeldforderungen direkt an die Behandlerseite. Jedoch wird diese nur mittelbar getroffen, wenn eine Haftpflichtversicherung (s. Kapitel 5.2.1 Haftpflichtversicherungen) vorliegt. Eine Haftpflichtversicherung übernimmt die finanziellen Forderungen des Klägers¹⁸².

In den meisten Fällen wird neben dem angeklagten Behandler auch der Krankenhausträger mit haftungsrechtlichen Ansprüchen belastet. Denn wird der Patient in einer Krankenanstalt behandelt, entsteht ein Behandlungsvertrag, der sogenannte Krankenhausaufnahmevertrag zwischen Patient und Krankenhausträger. D.h. sobald der Patient in Behandlung in einer Krankenanstalt ist, treffen den Träger gewisse Pflichten. Er hat alle notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zur positiven Erfüllung eines Behandlungsverhältnisses zur Verfügung zu stellen¹⁸³. Der Krankenhausträger schuldet dem Patienten eine fachgerechte Behandlung, welche auf den aktuellsten Erkenntnissen der Wissenschaft beruht. Jedoch ist der Träger durch dieses vertragliche Verhältnis zu keinem Erfolg für eine (vollständige) Genesung verpflichtet, sondern nur zu einer bestmöglichen Behandlung.

Liegt nun ein fehlerhafter Zwischenfall vor, ist der Schadensersatzanspruch in erster Linie an den Krankenhausträger gerichtet (§ 1313a ABGB). Zwischen Patient und

¹⁸⁰ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 3.

¹⁸¹ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 12 ff.

¹⁸² Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 240.

¹⁸³ Vgl. Kletečka-Pulker, 2010, S. I 10.

Angestellten, also den einzelnen Ärzten, Pflegenden, Hebammen, etc. kommt es zu keinem vertraglichen Verhältnis. Die Mitarbeiter einer Krankenanstalt sind lediglich die Erfüllungsgehilfen des Trägers¹⁸⁴. Laut Krankenhausaufnahmevertrag ist der schadensverursachende Behandler der sogenannte „Erfüllungsgehilfe“. D.h. mit Hilfe der Mitarbeiter werden Leistungen der Krankenanstalt am Patienten erfüllt. Wenn der Schadensersatzanspruch des Patienten berechtigt ist, haftet zuerst der Dienstgeber bzw. Träger eines Krankenhauses (Vertragshaftung). Dieser hat während dem Verfahren zu beweisen, dass ihm kein Verschulden zukommt¹⁸⁵. Der Behandler selbst haftet deliktisch¹⁸⁶. D. h. dass die Pflege oder der Arzt das Gut des Patienten (Leben, Gesundheit oder Eigentum) verletzt hat. Der Patient kann in diesem Fall auch den Behandler mit Ansprüchen belasten.

Wenn der Krankenhausträger den entstandenen Schaden am Patienten ersetzt hat, steht ihm die Möglichkeit zu, Regress zu nehmen. Dies ist ein Rückgriffsanspruch und ist immer abhängig von dem Ausmaß des Verschuldens des Behandlers. Bei entschuldbarem Fehler ist kein Regress möglich. Bei leichter Fahrlässigkeit des Behandlers besteht kein voller Regress, bei grober Fahrlässigkeit besteht voller Regress und bei einem vorsätzlich falschen Handeln bekommt der Krankenanstalten-träger vollen Regress erstattet¹⁸⁷.

Dem Geschädigten Patienten sind im Falle einer körperlichen Schädigung die Kosten zur Heilung, der Entgang seines Verdienstes, die Schmerzen und eventuelle Verunstaltungen zu ersetzen. Da fast alle Patienten in Österreich versichert sind, wird die Forderung auf Heilungskosten von der Sozialversicherung gestellt.

Die Tagessätze für Entschädigungszahlungen variieren von Bundesland zu Bundesland. Im Durchschnitt betragen die Sätze für Schmerzen schwerer Art in Österreich in etwa € 300,- bis 350,-. Für mittelschwere Schmerzen beträgt der Tagessatz etwa 200,- bis 220,- und für Leichte müssen 100,- bis etwa 110,- bezahlt werden¹⁸⁸.

Bei einem Zivilprozess ist eine ausgeprägte Zusammenarbeit mit einem Rechtsanwalt in jedem Fall zu empfehlen. Besonders bei einem Sachverhalt, indem medizinische Ausdrücke und komplexe Vorgänge enthalten sind, muss der Angeklagte jeden

¹⁸⁴ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 4 f.; Vgl. Kletečka-Pulker, 2010, S. I 4 und I 10.

¹⁸⁵ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 91.

¹⁸⁶ Vgl. Kletečka-Pulker, 2010, S. I 10.

¹⁸⁷ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 5.

¹⁸⁸ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 15 f.

Schriftsatz des Anwaltes gründlich lesen und auf die medizinische Richtigkeit achten. Bei einer mündlichen Verhandlung ist ein persönliches Erscheinen nur bei einer gerichtlichen Anordnung notwendig. Jedoch ist das persönliche Erscheinen bei einer Zeugenvernehmung und bei einer mündlichen Befragung des Sachverständigen selbstverständlich zu empfehlen.

Falls der Anspruch des Patienten bzw. des Klägers begründet ist, so müssen die folgenden Verhandlungen unbedingt mit der Haftpflichtversicherung (s. Kapitel 5.2.1 Haftpflichtversicherungen) der Krankenanstalt erfolgen. Denn aufgrund einer abgeschlossenen Versicherung muss diese für die Kosten der Prozessführung und der Schadenszahlung aufkommen¹⁸⁹. Natürlich kann der Geschädigte Patient auch direkt den verantwortlichen Behandler klagen. Das ist über die „deliktische Haftung“ möglich. Jedoch liegt dann die Beweislast bei dem Klagenden. Er muss vor Gericht die Schuld des Mitarbeiters einer Krankenanstalt belegen können¹⁹⁰.

Die Schadensersatzforderung bei einem Zivilgericht kann sich jedoch über Jahre hinziehen und mit enormen Kosten verbunden sein. Daher werden immer öfters **außergerichtliche Verhandlungen** bevorzugt. Eine rasche Abwicklung und ein geringer, bis gar keinem Kostenaufwand sind eindeutige Vorteile einer außergerichtlichen Streitbeilegung für beide Parteien (s. Kapitel 4.3.2 Außergerichtliche Klärung)¹⁹¹.

4.3.1.2 Strafrecht

Für die Einhaltung wichtiger Rechtsgüter, wie etwa Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Eigentum, hat der Staat Regeln in Form von Gesetzen festgelegt. Mit diesen Gesetzen sind Strafen verbunden, welche in Kraft treten, wenn Gesetze verletzt oder missachtet werden.

Das Strafrecht ist im Strafgesetzbuch (StGB) niedergeschrieben. Dieses enthält die Beschreibung von Straftatbeständen und die dazugehörigen Strafmaße. Der Staat sorgt für die Einhaltung der Gesetze und bei etwaigen Verstößen liegt es in seiner Aufgabe diese zu verfolgen und entsprechend zu bestrafen. Dabei wird diese Aufga-

¹⁸⁹ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 137.

¹⁹⁰ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 93.

¹⁹¹ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 94.

be des Staates in drei Hauptbereiche geteilt – in die Legislative (Gesetzgebende), in die Exekutive (Vollziehende) und in die Judikative (Rechtssprechende). Jedoch geschieht dies nur, wenn ein Antrag einer Person auf Strafverfolgung (Antragsdelikt) gestellt wird. Daher bedeutet dies nicht, dass ein Delikt auch automatisch mit der Pflicht eines Staates verbunden ist, diesen zu ahnden. Ausgenommen ist der Schutz von wichtigen Rechtsgütern. Hier liegt es in der Pflicht des Staates, bei schweren Verstößen einzugreifen (Offizialdelikte)¹⁹².

Anders als bei zivilgerichtlichen Prozessen, ist bei der strafrechtlichen Haftung in Bezug auf Körperverletzungen oder fahrlässigen Tötungen der Angeklagte für sich selbst verantwortlich. Dies liegt vor, wenn das Verhalten des Behandlers in pflegerischer bzw. medizinischer Hinsicht sowie in rechtmäßiger Hinsicht nicht adäquat war. Im Speziellen bedeutet dies, dass der Behandler in der entsprechenden Situation anders handeln hätte können, tat dies aber nicht.

Bei strafrechtlichen Fällen erfolgt die Bearbeitung immer von der Staatsanwaltschaft. Wichtig bei der Bearbeitung eines Strafdelikt ist die Unterscheidung von „vorsätzlicher“ und „fahrlässiger“ Schuld. Im Falle von Notwehr liegt keine Verletzung des Rechts vor¹⁹³.

Damit das Strafrecht geltend gemacht wird, müssen der Tatbestand vorliegen, der Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgrund sowie etwaige Strafausschließungs- oder Strafaufhebungsgründe (z. B. Verjährung) fehlen¹⁹⁴.

Beim Strafrecht kommt ein direkter Schuldvorwurf, welcher in einer „Vorstrafe“ resultieren kann, zum Tragen. Die berufliche Existenz des Angeklagten ist gefährdet. Zudem müssen psychische und physische Belastungen sowie die Auswirkungen eines daraus resultierenden schlechten Rufs bewältigt werden. Meist auch dann, wenn vom Gericht ein Freispruch ausgesprochen wurde¹⁹⁵.

Ein Strafverfahren ist im Gegensatz zu einem Zivilverfahren mit einer Geld- und Haftstrafe, einem Verweis oder im schlimmsten Fall mit einem befristeten oder endgültigen Berufsverbot verbunden. Diese Strafen müssen von der angeklagten Person selbst getragen werden.

¹⁹² Vgl. Paula, 2007, S. 148 f.

¹⁹³ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 94.

¹⁹⁴ Vgl. Tipold, 2010, S. II 34.

¹⁹⁵ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 240 f.

Der Prozess eines Strafverfahrens wird mit dem Erheben einer Strafanzeige des vermeintlich Geschädigten Patienten in die Wege geleitet. Wenn die Staatsanwaltschaft von einer berechtigten Anzeige überzeugt ist bzw. Verdacht auf einen Tatbestand vorliegt, wird im Anschluss ein Ermittlungsverfahren eingeleitet. Hier sollte spätestens vom Angeklagten ein Anwalt für dessen Verteidigung eingeschaltet werden. In den üblichen Fällen werden durch die Polizei alle relevanten Patientenunterlagen beschlagnahmt. Eine bereitwillige oder gar unaufgeforderte Herausgabe der Patienten- und Behandlungsdokumentation sollte aufgrund der Schweigepflicht auf keinen Fall vorgenommen werden. Die Dokumente dürfen nur dann herausgegeben werden, wenn ein Beschlagnahmebeschluss vorliegt. Ist dies der Fall, sollten trotzdem die Unterlagen nur als Kopie weitergegeben werden. Das Beschlagnahmen der Originalunterlagen ist nur gestattet, wenn die Eigenschaft des Dokumentes und nicht der Aussagegehalt bedeutend ist.

Ein Strafverfahren wird eingestellt, wenn sich der Verdacht eines Fehlers im Behandlungsprozess nicht bestätigen lässt. Falls dies jedoch nicht der Fall sein sollte, erhebt der Staatsanwalt Anklage am Strafgericht bzw. ein Strafbefehl wird gegen den Angeklagten gerichtet. Ein Strafbefehl wird meist dann erhoben, wenn sich das Ausmaß des Schadens durch den Fehler des Behandlers auf ein geringeres Ausmaß einstufen lässt. Dann darf die angeklagte Person, also Pflege oder Arzt, Einspruch erheben und der Fall wird anschließend vor dem Strafgericht geklärt¹⁹⁶.

Bei einem Strafprozess muss der klagende Patient vor Gericht den Sachverhalt bzw. den entstandenen Schaden vorbringen. Die Staatsanwaltschaft und das Gericht prüfen erst die Tatbestände und Vorwürfe, ob eine tatsächliche Schuld für den Angeklagten vorliegt. Im Strafprozess geht man daher immer zuerst von der Unschuld des Angeklagten aus¹⁹⁷. Das Strafausmaß richtet sich nach dem vorliegenden Tatbestand. Die daraus resultierende Strafe ist in den Tatbeständen beschrieben. Wird eine Freiheitsstrafe für einen kurzen Zeitraum ausgesprochen, kann diese auch in Geldleistungen abgegolten werden (§ 37 StGB). Die Art und das Ausmaß einer Strafe ist jedoch immer durch den konkreten Einzelfall zu bestimmen¹⁹⁸.

Laut *Ulsenheimer* (2010) sind die häufigen Strafverfahren, von denen sowieso nur weniger als zehn Prozent berichtet sind, für viele Seiten unbefriedigend. D.h. für den

¹⁹⁶ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 138 ff.

¹⁹⁷ Vgl. Bierther, 2010, S. 318.

¹⁹⁸ Vgl. Tipold, 2010, S. II 49.

Staat ist es in finanzieller Hinsicht sowie für Pflege und Medizin in Hinsicht auf Verantwortung und Engagement sehr unbefriedigend. Und für den Patient ist es ebenso kein zielführender Weg. Vielmehr werden damit Verunsicherung und Verbitterung des Gesundheitspersonals, fehlende Verantwortung und Selbstständigkeit sowie Resignation bewirkt¹⁹⁹.

4.3.2 Außergerichtliche Klärung

Bei der Klärung von Schadensfällen vor Gericht trägt der Patient oft ein hohes finanzielles Risiko. Und aufgrund der Beweisschwierigkeiten gibt es häufig Fälle, bei denen ein befriedigender Ausgang für den Kläger nur sehr schwer erreicht werden kann. Auch dann, wenn der Kläger bzw. der Patient einen berechtigten Anspruch stellt. Aus diesem Grund wurden außergerichtliche Anlaufstellen eingerichtet um Patienten eine Entschädigung für einen medizinischen Behandlungsschaden zu ermöglichen. Aber nicht nur für Patienten, sondern auch für die Angehörigen des Gesundheitswesens hat eine außergerichtliche Klärung Vorteile²⁰⁰.

Für Patienten bestehen mehrere Möglichkeiten, bei Vorliegen konkreter Schadensfälle, ihre Ansprüche über außergerichtliche Stellen zu verfolgen. Es können die Dienste einer Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle der Landesärztekammern, einer Patientenanwaltschaft oder des Patienten-Entschädigungsfonds zur Klärung und Entschädigung herangezogen werden. Auch der Beitritt zu einer Selbsthilfegruppe kann Hilfestellungen für den geschädigten Patienten geben²⁰¹. Die Patienten nutzen am häufigsten die Stellen der Patientenanwaltschaften und die der Schlichtungsstellen der Ärztekammern²⁰².

Für eine außergerichtliche Klärung besteht kein Zwang. D.h. es gibt keine rechtliche Vorschrift den Weg einer außergerichtlichen Streitbeilegung zu wählen. Jedoch müssen beide Parteien dieses Verfahren auf freiwilliger Basis durchführen wollen. Obwohl dazu kein rechtlicher Zwang besteht, gleicht die daraus resultierende Lösung einem rechtskräftigen Urteil. Die Partei des Behandlers hat der gegenüberstehenden

¹⁹⁹ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 156.

²⁰⁰ Vgl. Homepage ARGE Selbsthilfe Österreich, Broschüre Patientenrechte und Arzneimittel, S. 23.

²⁰¹ Vgl. Ujlaky, 2005, S. 71.

²⁰² Vgl. Bachinger, 2010, S. II 54 a.

Partei den Schaden zu ersetzen. Diese Lösung gleicht einem zivilrechtlichen Schadensersatz. Jedoch wird hier von einem formellen Abfindungsangebot gesprochen. Dieses Abfindungsangebot wird nicht direkt zwischen Behandler und Patient ausgehandelt, sondern zwischen Haftpflichtversicherung und Patientenanwalt. Während den Verhandlungen werden beide Parteien, Patient und Behandler, am Laufenden gehalten. Der Abschluss der Verhandlungen, also die Annahme des ausgehandelten Abfindungsangebots, passiert durch den Patienten²⁰³. Näheres zu den einzelnen außergerichtlichen Schlichtungsstellen wird im Folgenden ausführlich dargestellt.

4.3.2.1 Patientenanwaltschaft

Patienten, welche durch Zwischenfälle im Behandlungsprozess einen Schaden davontragen, können nach § 11e des KAKuG Hilfestellungen einer Patientenanwaltschaft²⁰⁴ in Anspruch nehmen. Diese informieren den geschädigten Patienten über die Rechtslage im Gesundheitswesen und bieten Möglichkeiten, ihm bei Rechtsansprüchen zur Seite zu stehen. Ihre Dienste, wie etwa umfassende Beratung, Information und außergerichtliche Vertretung sind für Patienten kostenlos. Jedoch kann eine Patientenanwaltschaft eine Vertretung von Patienten vor Gericht nicht übernehmen²⁰⁵. Die Leistungen einer Patientenanwaltschaft können auch von Pflegenden, Ärzten und Angehörigen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen werden. Grundsätzlich umfasst der Zuständigkeitsbereich einer Patientenanwaltschaft Krankenhäuser, Hebammen, Rettungswesen, Pflegeheime und Ärzte im niedergelassenen Bereich²⁰⁶.

Der allgemeine Nutzen einer außergerichtlichen Regelung ist zum Einen die Gewährleistung der Rechtsansprüche von Patienten und zum Anderen die Wahrung einer „vertrauensvollen“ Patient-Arzt-Beziehung. Letzteres ist besonders bedeutend, da bei Gerichtsverfahren oft die zwischenmenschliche und psychologische Komponente für die Angeklagten, also für Pflege und Medizin, aber auch für den Kläger in Mitleidenschaft gezogen wird²⁰⁷.

²⁰³ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 56 f.

²⁰⁴ In einigen Bundesländern wird synonym der Begriff „Patientenvertretung“ verwendet.

²⁰⁵ Vgl. Homepage Niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft.

²⁰⁶ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 55.

²⁰⁷ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 54.

Die Bearbeitung einer Patientenbeschwerde durch die Patientenanwaltschaft startet aufgrund eines schriftlichen Antrags des Patienten. Es werden Gutachten und alle relevanten Unterlagen (Arztbrief, Dokumentation, Röntgenbilder, etc.) über den entsprechenden Fall eingeholt. Oft kann der Beschwerdefall durch die Patientenanwaltschaft bereinigt werden, bevor dieser zu einer Schiedsstelle bzw. Schlichtungsstelle (s.w.u.) oder gar zu einem Gericht weiter geleitet wird²⁰⁸.

Mittlerweile konnte für jedes Bundesland Österreichs eine landesweit zuständige Patientenanwaltschaft (s.u. Tab. 1) eingerichtet werden. Für eine österreichweite Vernetzung und Zusammenarbeit der neun Patientenanwaltschaften wurde im Jahr 2000 eine *Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte (ARGE PA)* gegründet. Die Ziele der *ARGE PA* sind u. a. eine explizitere Beschreibung, Ausarbeitung und Weiterentwicklung der Patientenrechte, sowie ein strukturiertes, koordiniertes und einheitliches Vorgehen der Aktivitäten unter den neun Anwaltschaften²⁰⁹.

²⁰⁸ Vgl. Homepage Schiedsstelle der NÖ Ärztekammer, Tätigkeitsbericht 2009, S. 6.

²⁰⁹ Vgl. Bachinger, 2006, S. 7 f.

Zuständigkeiten der Patientenanwaltschaften

Bundesland	Kranken- anstalten	Pflege- heime	Niedergel. Ärzte	Organisation
Burgenland Patienten- u Behindertenanwaltschaft Eisenstadt	✓	✓	✓	zentral
Kärnten Patientenanwaltschaft Klagenfurt	✓		✓	zentral
Niederösterreich Patienten- und Pflegeanwaltschaft St. Pölten	✓	✓	✓	zentral
Salzburg Patientenvertretung Salzburg	✓			zentral
Steiermark PatientInnen- und Pflege- ombudsschaft Graz	✓	✓		zentral
Oberösterreich Patientenvertretung Linz	✓	✓		zentral
Tirol Patientenvertretung Innsbruck	✓			zentral
Vorarlberg Patientenanwaltschaft Feldkirch	✓	✓		zentral
Wien Pflege-, PatientInnen- und Patienten- anwaltschaft Wien	✓	✓	✓	zentral

Tab. 1: Verfügbarkeit von Patientenanwaltschaften nach Bundesland und Gesundheitsbereich²¹⁰.

Die Grundlage für die Tätigkeiten einer Patientenanwaltschaft bilden die allgemeinen Patientenrechte. Sie schützen den Patienten und stellen dessen Rechte während seines Aufenthaltes in einer Krankenanstalt sicher. Durch das Bundeskrankenanstaltengesetz (KAKuG) werden die Länder verpflichtet, Einrichtungen zu schaffen, um eine Anlaufstelle für Patienten und deren Wahrnehmung ihrer Rechte bereit zu stellen²¹¹. In manchen Bundesländern werden die Einrichtung der Patientenanwaltschaften und deren Regelung über die Landeskrankenanstaltengesetze oder in den eigenen Landesgesetzen beschrieben²¹². Gemäß den Art 15a -Vereinbarungen des B-VG, steht für jedes Bundesland in Art 29: (1) „Zur Vertretung von Patienteninteressen sind unabhängige Patientenvertretungen einzurichten und mit dem notwendigen Per-

²¹⁰ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Homepage ARGE Selbsthilfe Österreich, Broschüre Patientenrechte und Arzneimittel, S. 42 f.

²¹¹ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 52.

²¹² Vgl. Bachinger, 2010, S. II 52 f.

sonal- und Sacherfordernissen auszustatten (...). (2) Die unabhängigen Patientenvertretungen haben mit Patientenselbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten, die Patienteninteressen wahrnehmen, die Zusammenarbeit zu suchen. (3) Patienten und Patientinnen haben das Recht auf Prüfung ihrer Beschwerden und auf Vertretung ihrer Interessen durch die unabhängige Patientenvertretung (...)“.

D.h. die Patientenanwaltschaften sind in jedem Bundesland durch die Landesgesetze verankert und für die Rechte und Anliegen der Patienten der Landeskrankenhäusern verantwortlich²¹³. Die konkreten Aufgaben einer Patientenanwaltschaft sind folgende Tätigkeiten (KAKuG):

- Aufnahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden,
- Hinweisen auf Mängel bzw. Missstände in einer Krankenanstalt,
- Informieren der Patienten über ihre Rechte, aber auch über ihre Pflichten,
- Empfehlungen und Anregungen für eine bessere Stellung der Patienten,
- Unterstützen der Patienten vor einer Schiedskommission²¹⁴.

Von den Patientenanwaltschaften sind die Bewohnerververtretungen und die Patientenanwälte zu unterscheiden. Letztere sind lediglich für psychiatrische Krankenhäuser und deren Patienten zuständig. Die Einrichtungen der Bewohnerververtretungen kümmern sich um Probleme von Heimbewohnern, wie beispielsweise die Klärung von freiheitsentziehenden Maßnahmen²¹⁵.

4.3.2.2 Schlichtungsstellen der Landesärztekammern

Die Schlichtungsstellen der Ärztekammern bieten Patienten ebenfalls die Möglichkeit einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Die Grundlage für die Schlichtungsstellen bildet das Ärztegesetz²¹⁶. Auch hier ist das Ziel einer einvernehmlichen Lösung unter Wahrung des Rufes des Gesundheitspersonals, dem Entgehen eines hohen finanziellen Aufwandes für den Patienten und das Vermeiden eines langen Zivilprozesses. Zudem liegt das Hauptziel der Ärztekammern im Aufrechterhalten des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Behandler, sowie das Vertrauen der Patienten in

²¹³ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 54 a.

²¹⁴ Vgl. Schwamberger, 2004, S. 71.

²¹⁵ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 54 a.

²¹⁶ Vgl. Bachinger, 2010, II 53.

alle Gesundheitsbeauftragten. Den jeweiligen Sitz haben die Schlichtungsstellen bei den landeszuständigen Ärztekammern²¹⁷.

Eine Schiedsstelle bietet dem Patienten eine kostenlose und außergerichtliche Streitbeilegung bei Beschwerdefällen in Krankenanstalten und bei niedergelassenen Ärzten. Diese Form der Abwicklung von Beschwerden liegt oft im Interesse des Patienten und auch im Interesse des Behandlers.

In den meisten Fällen wird zuerst die Patientenanwaltschaft eingeschaltet. Diese prüfen den Beschwerdefall und holen Informationen und Unterlagen ein. Danach wird der Fall einer fachlichen Überprüfung durch die Kommission der Schiedsstelle unterzogen. Durch diese Einrichtung können bis zu drei Viertel aller Patientenvorwürfe ohne Einschalten des Gerichts geklärt werden. Denn oft liegt die Ursache nicht in einem direkten Behandlungsfehler. Meist sind es nur Mängel von Kommunikation und Organisation des Krankenhausalltags. Insgesamt wurden von der *Schiedsstelle NÖ ÄK* (Niederösterreichische Ärztekammer) in den vergangenen zehn Jahren fast 1.600 Fälle bearbeitet. 54 Prozent aller Fälle konnten mit einer Summe von insgesamt € 7.380.000 entschädigt werden. Die Beschwerden bezogen sich hauptsächlich auf die Bereiche der Chirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie²¹⁸.

Eine Schlichtungsstelle setzt sich in jedem Bundesland aus einem Vorsitzenden, diese Funktion nimmt ein Richter ein, aus Experten, welche den medizinischen Bereich vertreten und aus einem Juristen zusammen²¹⁹.

Mit einem schriftlichen Antrag des Patienten startet das Verfahren durch die Schiedsstelle. Stellungnahmen des zuständigen Krankenhauspersonals sowie alle relevanten Unterlagen werden von der Schiedsstelle eingeholt. Bei einem Gespräch mit dem vermeintlich geschädigten Patienten, dem betroffenen Arzt oder mit der Pflegeperson und den Kommissionsmitgliedern werden Unklarheiten bezüglich der Verschuldensfrage geklärt. Danach berät sich die Kommission und entscheidet über die Auszahlung einer Entschädigung oder einer Ablehnung des Antrages. Dem Patienten steht nach Ablehnung seines Antrages immer noch die Möglichkeit einer Klage vor Gericht offen²²⁰.

²¹⁷ Vgl. Bachniger, 2010, S. II 67 f.

²¹⁸ Vgl. Homepage Schiedsstelle der NÖ Ärztekammer, Tätigkeitsbericht 2009, S. 2 f.

²¹⁹ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 68 a.

²²⁰ Vgl. Homepage Schiedsstelle der NÖ Ärztekammer, Tätigkeitsbericht 2009, S. 6.

4.3.2.3 Patienten-Entschädigungsfonds

Die Grundlagen des Patienten-Entschädigungsfonds sind ebenfalls im KAKuG gesetzlich geregelt. In einigen Bundesländern (NÖ, OÖ, Salzburg) werden Einrichtung und Regelung der Entschädigungsfonds sowie die der Patientenanwaltschaften in den Landeskrankenanstaltengesetzen festgehalten. Die der restlichen Bundesländer sind in den Landesgesetzen geregelt²²¹.

Der Entschädigungsfonds bietet die Möglichkeit einer außergerichtlichen Klärung. Patienten, welche einen Schaden während einer Behandlung davon tragen, ohne dass jedoch ein eindeutiger Behandlungsfehler nachweisbar ist, können sich an den sogenannten „Entschädigungsfonds“ wenden. Dieser wird von den Patienten selbst aufgebracht, indem pro Patient und Tag 0,73 € bei stationärem Aufenthalt, bis zu maximal 28 Tagen, einbezahlt wird (KAKuG § 27a Abs 5 und Abs 6)²²².

Bevor es zu einer Auszahlung durch den Fonds an den vermeintlich geschädigten Patienten kommt, wird der Vorfall durch die Patientenanwaltschaft geprüft. Es wird nach Ansatzpunkten für eine Haftung der Krankenanstalt oder der Personen, welche die Behandlung durchführten, gesucht. Falls dies nicht erfüllt wird oder falls diese nicht sicher beweisbar sind, wird die Entschädigung des Patienten mittels Entschädigungsfonds vorgenommen. Ebenfalls wird der Patient entschädigt, wenn ein Risiko (Komplikation) eingetreten ist, welches nie zu 100% auszuschließen gewesen wäre. Allerdings auch nur dann, wenn dieses Risiko in den seltensten Fällen eintritt und schwerwiegende Schäden mit sich bringt.

Die Entscheidung, ob einem Patienten eine Entschädigung zugesprochen wird, übernimmt eine eigens eingerichtete Kommission. Beispielsweise besteht diese der *NÖ Pflege- und Patientenanwaltschaft (PPA)* aus dem Vorsitzenden der Patienten-anwaltschaft, einem Vertreter der Landesregierung Niederösterreichs, einem Richter, einem Vertreter der ärztlichen Direktoren der öffentlichen Krankenanstalten Niederösterreichs und dem Obmann des Dachverbandes der *NÖ Patienten- und Selbsthilfegruppen*.

In § 2 NÖ KAG werden Aufgaben und Tätigkeiten der Kommission festgehalten. Die Bearbeitung eines Falles dauert durchschnittlich sieben Wochen. Nach einer bereits ausbezahlten Entschädigung besteht für den Geschädigten trotzdem der Anspruch

²²¹ Vgl. Bachinger, 2010, S. II 52 f.

²²² Vgl. Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds. Tätigkeitsbericht 2008, S. 2 f.

auf einen Gerichtsprozess. Wenn diese Möglichkeit vom Patienten wahrgenommen wird und falls dem Patienten eine Leistung vom Gericht zugesprochen wird, muss er den ausbezahlten Betrag an den Fonds zurück zahlen²²³.

Die neun Entschädigungsfonds der Patienten-anwaltschaften Österreichs haben in allen Landesgesetzen folgende Merkmale gemein: Ihr Zuständigkeitsbereich liegt nur in deren Landesgebiet und den landeseigenen öffentlichen Krankenanstalten. Des Weiteren sind die Verfahren nicht öffentlich und werden kostenlos für den Patienten durchgeführt.²²⁴

Anzahl der Geschäftsfälle 2001 – 2008

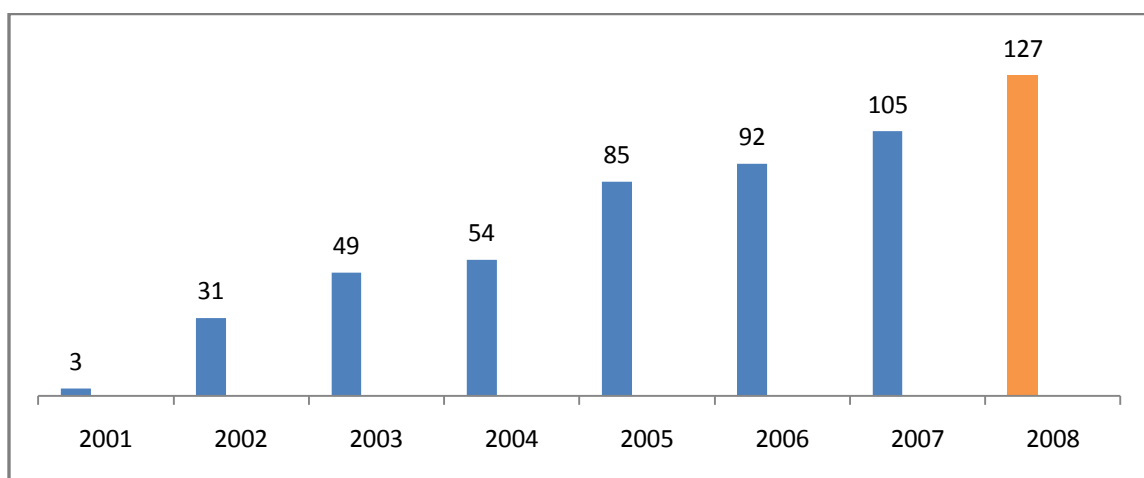


Abb. 8: Anzahl der Geschäftsfälle 2001 - 2008 des Entschädigungsfonds der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft²²⁵.

Anhand der Geschäftsfälle des *NÖ Entschädigungsfonds* (s.o. Abb. 2) ist eine deutliche Zunahme steigender Beschwerdefälle geschädigter Patienten erkennbar. Im Jahr 2008 konnte die höchste Fallzahl von 127 Anträgen an den Fonds verzeichnet werden. Das bedeutet, dass innerhalb von sechs Jahren eine Vervierfachung der Fallzahl erreicht wurde. Ob diese Zunahme der Fallzahl aufgrund der wachsenden Fehlerhäufigkeit durch medizinische und pflegerische Behandlungen, oder aufgrund der Emanzipation der Patienten zurück zuführen ist, lässt sich anhand der Daten leider nicht feststellen²²⁶.

²²³ Vgl. Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds. Geschäftsordnung der Entschädigungskommission.

²²⁴ Vgl. Homepage ARGE Selbsthilfe Österreich, Broschüre Patientenrechte und Arzneimittel, S. 24.

²²⁵ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds, Tätigkeitsbericht 2008, S. 13.

²²⁶ Vgl. Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds, Tätigkeitsbericht 2008, S. 13.

Entschädigungssummen 2002 – 2008

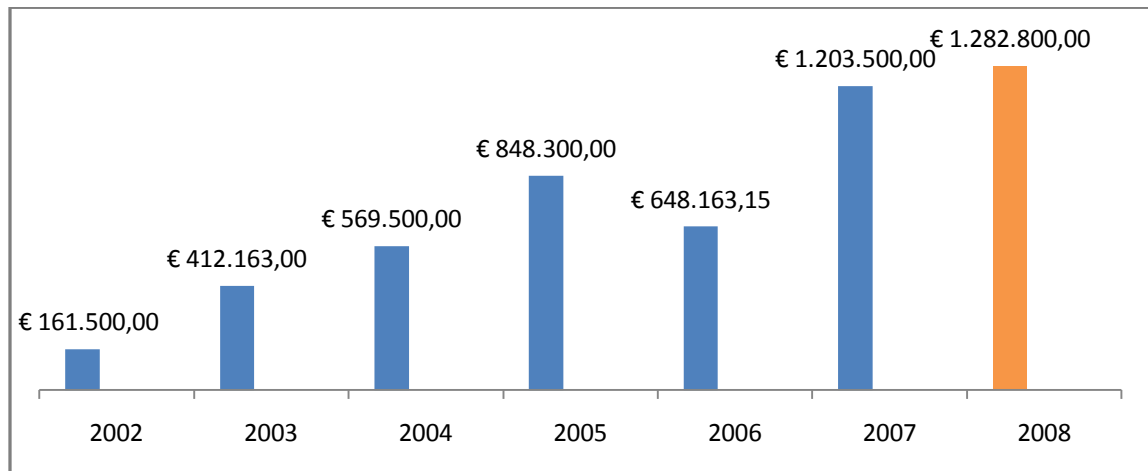


Abb. 9: Auszahlungen pro Jahr aus dem Entschädigungsfonds der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft²²⁷.

Die steigende Fallzahl an Patientenvorwürfe pro Jahr lässt natürlich auch die Summen der ausbezahlten Beträge durch den Fonds steigen (s.o. Abb. 3). Im Jahr 2002 wurde eine Summe von € 161.500,00 für die Entschädigung von Patienten aufgewendet. Im Jahr 2008 wurden bereits insgesamt € 1.282.800,00 an Patienten ausbezahlt²²⁸.

4.3.2.4 Servicestellen der Arbeiterkammern

Auch die bundesweiten Arbeiterkammern bieten eine Vertretung der Interessen versicherter Patienten im Rahmen der Sozialversicherung an. Bei Unklarheiten über die Rechtssituation in Österreich beraten die Kammern, zeigen den Patienten ihre rechtlichen Möglichkeiten auf und geben Hilfestellungen bei spezifischen Problemen. Anders als die Patienten-anwaltschaft sind die Arbeiterkammern befugt, Anliegen der Patienten auch vor Gericht zu vertreten²²⁹.

²²⁷ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds, Tätigkeitsbericht 2008, S. 12.

²²⁸ Vgl. Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds, Tätigkeitsbericht 2008, S. 12.

²²⁹ Vgl. Homepage ARGE Selbsthilfe Österreich, Broschüre Patientenrechte und Arzneimittel, S. 41.

4.3.2.5 Selbsthilfegruppen

Eine Selbsthilfegruppe ist ein Zusammenschluss, welcher auf vereinsmäßiger Ebene Aktivitäten nach außen setzt. Meist sind es Gruppen von chronisch Kranken oder Angehörige von Pflegebedürftigen. In der Selbsthilfegruppe können Probleme diskutiert werden und ein Austausch unter Gleichgesinnten wird ermöglicht. In Bezug auf Behandlungsschäden kann eine Selbsthilfegruppe eine gewisse Lobby-Funktion bilden. D.h. die Interessen der Patienten werden vertreten, indem der Bedarf formuliert und in zuständige Gremien weiter geleitet wird²³⁰.

²³⁰ Vgl. Homepage ARGE Selbsthilfe Österreich, Broschüre Patientenrechte und Arzneimittel, S. 38 f.

5 Anwendung von Risikomanagement in der Pflege

*Nicht weil es schwer ist,
wagen wir es nicht, sondern weil wir
es nicht wagen, ist es schwer. (Seneca)*

Fehler liegen in der menschlichen Natur und es liegt nicht in unserer Macht, sie gänzlich vermeiden zu können. „*Errare humanum est. Irren ist menschlich.*“²³¹ Fehler passieren, jedoch im Umgang mit ihnen kann Einiges verbessert werden. Denn die Fragen, ob Fehler passieren, wie oft und wer der Schuldige ist, sind nicht entscheidend. Die Art und Weise wie die Pflege mit Fehlern umgeht ist ausschlaggebend und wird hier im Folgenden aufgezeigt.

5.1 Bedeutung für die Pflege – Führen einer Sicherheitskultur

Die Studie „Begutachtung behaupteter letaler und nicht letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin“, durchgeführt vom Institut der Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn, konnte belegen, dass der Pflegedienst an vierter Stelle der meist betroffenen Berufsgruppe steht, welche sich mit Vorwürfen fehlerhafter Berufsausübung konfrontiert sieht.

Haftungsrechtliche Ansprüche gegen...	Fallzahl	Anteil in % bezogen auf die Gesamtfallzahl
Ärzte in Krankenanstalten	2809	63,1%
Ärzte im niedergelassenem Bereich	877	19,7%
Ärzte im Notdienst	253	5,8%
Pflege	172	3,9%

Tab. 2: Verteilung und prozentualer Anteil an der Gesamtzahl (N = 4450) der Vorwürfe von Behandlungsfehlern verschiedener Berufsgruppen²³².

²³¹ Seneca, 4 v. Chr. – 65 n. Chr.

²³² Vgl. Modifizierter Auszug aus Tabelle: Preuß/Dettmeyer/Madea, 2005, S. 35.

Die Mehrheit der Vorwürfe aufgrund von Behandlungsfehlern betreffen Ärzte in Krankenanstalten. An zweiter Stelle stehen Ärzte im niedergelassenen Bereich. Mit 253 Fällen folgen Notdienstärzte. Und bereits an vierter Stelle, mit 172 Fällen, stehen Behandlungsfehlervorwürfe gegenüber der ambulanten und stationären Pflege²³³.

Ulsenheimer (2010) sieht die Lösung für die Reduzierung dieser steigenden Haftungsfälle im Risikomanagement. Es ist „... ein Schadensverhütungsprogramm und Risikovorsorgekonzept, mit dessen Hilfe potentielle Haftungsgefahren aufgedeckt und eliminiert bzw. gesenkt werden sollen, anders formuliert eine präventive Strategie zur Fehlervermeidung und damit Reduzierung des Hafttrisikos durch Erfassung vorhandener Schwachstellen und möglicher Schadensursachen.“²³⁴

Ulsenheimer spricht sich eindeutig für Risikomanagement zur Senkung des Haftungsrisikos aus. Neben diesem positiven Effekt gibt es weitere Betrachtungsweisen und somit unterschiedlich gewichtete Bedeutungen, warum klinisches Risikomanagement von Nutzen sein kann. Die Beweggründe einer stationären Pflegeeinrichtung werden anders sein als von einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Die folgende Darstellung soll verschiedene Sichtweisen des RM deutlich machen.

Aus Sicht der Organisation

Komplexe Einrichtungen wie Krankenanstalten können vor allem einen juristischen und betriebswirtschaftlichen Nutzen aus dem RM ziehen. Die Risikoprävention und die daraus resultierende Patientensicherheit stehen an oberster Stelle der Ziele, welche mit RM verfolgt werden. Eine Krankenanstalt gewinnt somit Schutz vor juristischen Auseinandersetzungen. Des Weiteren werden durch das RM Strukturprozesse verbessert, was wiederum den Ressourceneinsatz, die Effektivität und die Effizienz der Abläufe in einer Krankenanstalt optimiert²³⁵.

Zugleich wird durch das RM das Einhalten von Vorschriften zur Unfallverhütung sichergestellt. Darunter versteht man beispielsweise die Bestimmungen zum Feuerchutz, Umweltschutz, zur Entsorgung von Stoffen und Bestimmungen zu Abwasserleitungen. Diese Bereiche des Risikomanagements haben nichts mit der Problematik der steigenden Rechtsansprüche von Patienten zu tun, jedoch können sie für den Krankenhausträger von großer Bedeutung sein. Denn werden diese Bestimmungen

²³³ Vgl. Preuß/Dettmeyer/Madea, 2005, S. 35.

²³⁴ Ulsenheimer, 2010, S. 341.

²³⁵ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 13 f.

nicht eingehalten, so erhöht sich das Gesamtrisiko einer Krankenanstalt. Falls Verstöße oder Unfälle auch noch an die Öffentlichkeit kommen, ist der Ruf bzw. das Image einer Krankenanstalt in Gefahr²³⁶. Aus diesem Grund sorgt RM auch für die Existenz- und Wettbewerbssicherung. Des Weiteren zielt Risikomanagement auf...

- die Maßnahmen der Überwachung und Prüfung von Sicherheitsniveaus,
- die Ermittlung und Bewertung von Risiken,
- die standardisierte Vorgehensweisen bei Zwischenfällen und auf
- die Berücksichtigung aktuellster, wissenschaftlicher Erkenntnisse in Pflege und Medizin ab²³⁷.

Aus Sicht der Patienten

Aus Sicht des Patienten ist Risikomanagement ganz klar mit der Einhaltung dessen Sicherheit verbunden. Die Versorgungsqualität und die Dienstleistungen werden durch das RM optimal geplant und gesteuert. Es bietet Schutz vor Fehlern bei Prozess- und Behandlungsabläufen und verhindert so Komplikationen während eines Krankenhausaufenthalts²³⁸.

Aus Sicht der Mitarbeiter

Risikomanagement gibt Mitarbeitern einer Krankenanstalt Sicherheit in, und für ihren Arbeitsplatz. Der zentrale Aspekt liegt für Mitarbeiter in der haftungsrechtlichen Absicherung. In dem komplexen Arbeitsumfeld einer Krankenanstalt müssen Mitarbeiter vor Haftungsfallen geschützt werden. Daher hat eine Krankenanstalt Organisationspflichten zu erfüllen, wodurch Mitarbeiter vor häufigen Fehlerursachen und Organisationsmängel bewahrt werden sollen. Natürlich trägt jeder Mitarbeiter ein großes Stück an Verantwortung selbst, um bestmöglich Fehler zu vermeiden. Aber es liegt nicht in seiner Macht alle Fehlerquellen alleine zu bewältigen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass eine Krankenanstalt als Arbeitgeber für die Sicherheit und Risikoprävention am Arbeitsplatz sorgt²³⁹.

²³⁶ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 341 f.

²³⁷ Vgl. Höfert, 2009, S. 220.

²³⁸ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 21.

²³⁹ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 25.

5.1.1 Voraussetzungen in der Organisationsstruktur

Beweggründe für die Einführung eines Risikomanagements sollten das Streben nach einem hohen Versorgungsstandard und nach ständiger Verbesserung sein. Liegt zudem noch eine steigende Tendenz der Zahl an rechtlichen Klagen vor, sollte erst recht das Bemühen zur Veränderung vorhanden sein. Um eine gelungene Implementierung von RM in eine Unternehmensstruktur zu gewährleisten, müssen einige Aspekte beachtet werden.

Risikomanagement ist Aufgabe der Krankenhausleitung. Das heißt aber nicht, dass die Mitarbeiter einer Organisation nicht davon betroffen sind. RM muss in alle Arbeitsprozessen eingebunden werden. Es kommt zu einer Kompetenzverteilung, indem das RM in die bestehenden Arbeitsstrukturen eingeflochten wird. Die einzelnen Aufgaben müssen unter den Mitarbeitern aufgeteilt werden. Koordination und Kontrolle über die RM-Aufgaben sollte bestenfalls von einem Risikomanager übernommen werden. Die beauftragte Person sollte über Professionalität, ganzheitliche Sichtweise, Genauigkeit und über die Fähigkeit gut koordinieren zu können, verfügen²⁴⁰.

Der Träger bzw. der Vorstand oder der Geschäftsführer des Krankenhauses hat die bewusste Entscheidung zur Implementierung eines Risikomanagementsystems zu treffen. Den Anstoß zu diesem Schritt können Beweggründe unterschiedlichster Art sein, wie etwa:

- Haftpflichtfälle reduzieren
- Patientensicherheit erhöhen
- Versorgungs- und Qualitätsstandard aufrecht erhalten
- Image der Krankenanstalt verbessern
- Wettbewerbsfähigkeit erhöhen
- Transparenz und Vertrauen schaffen²⁴¹.

Im Optimal fall werden von der Krankenhausleitung alle Aspekte als Ziel verfolgt. Bei Zwischenfällen wird nicht nur die verantwortliche Person zur Haftung gezogen, sondern meist auch die Krankenhausleitung. Diese sowie der Träger einer Kranken-

²⁴⁰ Vgl. Sauerwein/Thurner, 1998, S. 27 f.

²⁴¹ Vgl. Felber/Radomsky/Trengler, 2003, S. 135.

stalt sind zunehmend von strafrechtlichen Verfolgungen betroffen. Sie können bei einem Zwischenfall im Behandlungsprozess eines Patienten aufgrund des Organisationsverschuldens zur Verantwortung gezogen werden. Somit lässt sich der Nutzen einer Implementierung von RM in die Versorgungslandschaft klar und eindeutig erkennen²⁴².

Bevor jedoch RM in einer Gesundheitseinrichtung betrieben werden kann, muss eine Risikostrategie von der Krankenhausleitung festgelegt werden. D.h. die Rahmenbedingungen einer risikopolitischen Ausrichtung werden fixiert. Risikomanagement ist immer Bestandteil der Unternehmensstrategie und somit Führungsaufgabe. Die Strategie gibt vor, wie in einem Unternehmen in Hinblick auf das Management von Risiken vorgegangen wird²⁴³. Sie gibt die Zielbildung, also die Zielgröße und die maximale mögliche Zielabweichung vor²⁴⁴.

Natürlich bringt eine Implementierung eines Risikomanagementsystems auch immer einen zusätzlichen Kostenaufwand zu den meist bereits bestehenden Finanzierungsproblemen mit sich. Und obwohl sich die österreichische Gesundheitsversorgung in Zeiten befindet, welche geprägt von immer knapper werdenden Ressourcen und vermehrten Einsparungen ist, sollte auf diesen Aufwand nicht verzichtet werden. Denn schlussendlich bringt RM für die pflegerische Versorgung der Patienten einen wesentlichen Nutzen mit sich. Weiter werden auf lange Sicht unnötige Kosten für eine Krankenanstalt reduziert und nicht zuletzt wird den Mitarbeitern ein Prozess vor Gericht sowie die daraus umgehenden Folgen erspart²⁴⁵.

²⁴² Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 238.

²⁴³ Vgl. Felber/Radomsky/Trengler, 2003, S. 135 ff.

²⁴⁴ Vgl. Mikus, 2001, S. 14.

²⁴⁵ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 5 ff.

5.2 Juristisches Risikomanagement zur Minderung von Haftungsfallen

Ein einmaliger haftungsrechtlicher Anspruch gegenüber nur einem Mitarbeiter einer gesamten Organisation führt meist dazu, dass das Image eines Krankenhauses gefährdet oder gar zur Gänze ruiniert wird. Daher liegt es nicht nur in der Aufgabe des einzelnen Mitarbeiters, sondern es ist zentrale Aufgabe der Führung einer Organisation Klagen zu vermeiden.

Um haftungsrechtliche Risiken gegen zusteuern und diese zu kontrollieren, muss RM auf allen Ebenen eines Krankenhauses ein- und umgesetzt werden. Unter haftungsrechtlichen Risiken sind reine Risiken zu verstehen und können ihren Ursprung in jedem Bereich einer Krankenanstalt haben. Diese Bereiche sind unter anderem:

- in der direkten Behandlung von Patienten,
- in der Organisation, ihren Strukturen, Prozessen und Abläufen,
- in der Aufklärung und
- in Dokumentationsmängeln oder -fehlern²⁴⁶.

Eine juristische Risikoprävention baut auf einer Risikoanalyse auf, um einer Krankenanstalt bestmöglichen Schutz zu gewährleisten. Dabei werden im Speziellen die einzelnen oben genannten Bereiche untersucht, inwieweit Rechtsvorschriften, Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen beachtet bzw. eingehalten werden. Aus dieser Analyse werden Gefahrenquellen aufgezeigt, welche eine Haftungspflicht für die Pflege darstellen könnten. Im Zuge einer Risikoanalyse wird natürlich besonders großer Wert auf diese risikofälligen Bereiche gelegt²⁴⁷.

5.2.1 Haftpflichtversicherungen

Zu Beginn des Jahres 2005 wurde das Qualitätsmanagement für Krankenanstalten verpflichtend. Eine gesetzliche Grundlage für ein Risikomanagement gibt es in Österreich jedoch nicht. Somit wird der haftungsrechtliche Bereich meist außer Acht gelassen und es scheint als wäre es nur eine Nebenpflicht, alle Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherheit der Mitarbeiter oder gar einer ganzen Krankenanstalt zu wahren. Hier muss unbedingt ein Bewusstsein geschaffen werden. Denn für das juristische

²⁴⁶ Vgl. Ujlaky, 2005, S. 68.

²⁴⁷ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 13 f.

Risikomanagement sind Haftpflichtversicherungen für Krankenanstalten besonders wichtig und sollten unbedingt abgeschlossen werden.

Dieses Problem wird zumindest von den Haftpflichtversicherungen erkannt und diese widmen sich daher dem RM mit großem Interesse. Zum Beispiel nehmen viele Anbieter von Haftpflichtversicherungen nur mehr Krankenanstalten auf, welche bereits ein RM in ihrer Einrichtung eingeführt haben und aktiv betreiben²⁴⁸.

Schadensersatzansprüche oder haftungsrechtliche Verfolgungen eines Angestellten einer Krankenanstalt schaden in mehrerer Hinsicht der angeklagten Person und dem Image der Krankenanstalt. Durch das Interesse der Medien an Haftungsfällen werden Prozesse im Gesundheitswesen zu keiner Besonderheit bzw. Einzelfällen mehr. Der Patient fühlt sich also zusätzlich ermutigt, Ansprüche zu erheben. Aber auch wenn der Gerichtsprozess für den Angeklagten positiv verläuft und ein Freispruch erfolgt, bleibt eine negative Wirkung für die Krankenanstalt bestehen²⁴⁹.

Die rechtlichen Grundlagen der Haftpflichtversicherungen sind im ABGB, im Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) sowie in den Allgemeine und Ergänzende Bedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHVB 1997 und EHVB 1997) niedergeschrieben. Die Unternehmen der Versicherungen können außerdem Verträge mit Zusatzdeckungen und -klausen sowie mit eigenen Anstaltsbedingungen erweitern²⁵⁰. Das Schadensrecht fordert, wenn bestimmte Kriterien erfüllt werden, einen Ersatz vom Schädiger für den entstandenen Nachteil für den Geschädigten (s. Kapitel 4.3.1 Haftungsrecht). Dieser Schadensersatz wird meist durch finanzielle Leistungen beglichen. Da diese Leistungen oft hohe Ausmaße annehmen können, sollte unbedingt eine Haftpflichtversicherung von der Krankenanstalt abgeschlossen werden²⁵¹. Die folgende Grafik gibt Aufschluss über das Verhältnis von Kläger, Beklagten und Versicherer.

²⁴⁸ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 3.

²⁴⁹ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 4.

²⁵⁰ Vgl. Krupan, 2010, S. II 84.

²⁵¹ Vgl. Krupan, 2010, S. II 84.

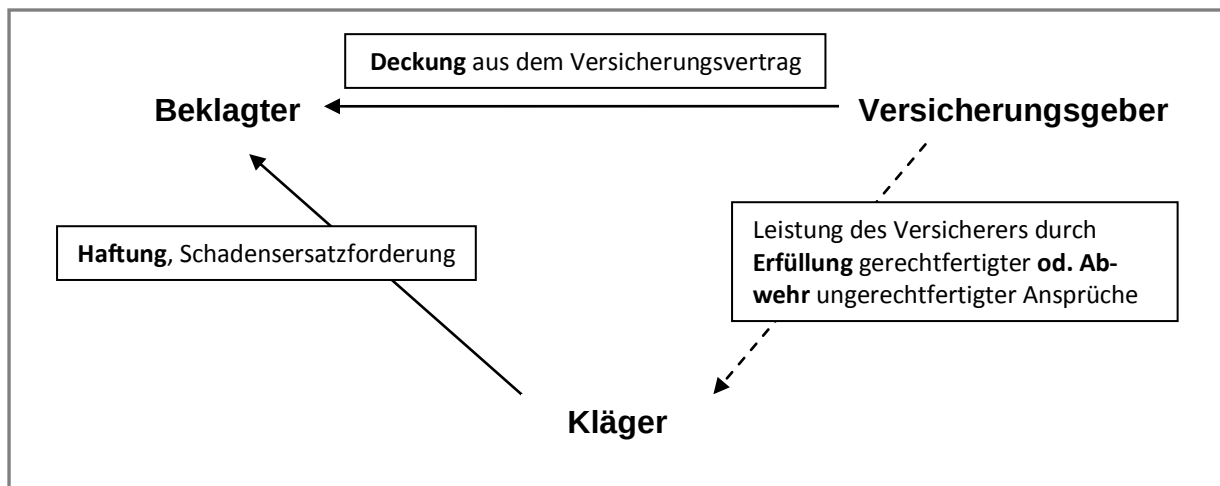


Abb. 10: Haftungsdreieck²⁵².

Aufgrund des Engagements der Haftpflichtversicherungen entsteht oft der Eindruck, dass es sich hierbei ausschließlich um den Schutz vor juristischen Konsequenzen für Krankenanstalten geht sowie der Abwehr von berechtigten Ansprüchen der Patienten. Aber natürlich soll ein Patient oder dessen Angehörige bei einem vermeidbar aufgetretenen Fehler oder bei Komplikationen auch entsprechend entschädigt werden. Juristisches Risikomanagement soll nicht bedeuten, dass alle Ansprüche der Patienten mit jeglichen Mitteln abgewehrt werden.

Jedoch bleiben finanzielle Entschädigungen für Patienten, z.B. durch Schmerzensgeld, auch nur dann möglich, wenn das System finanzierbar bleibt. Für eine Krankenhaushaftverpflichtung werden in Zukunft immer höhere Beiträge von Nöten sein und zugleich nehmen aber viele Versicherungsgesellschaften keine Krankenanstalten als Kunden mehr auf. Somit können in Zukunft berechtigte Ansprüche auf Schadensersatz nur mehr dann erfüllt werden, wenn unberechtigte Ansprüche durch ein effizientes System abgewiesen werden.

Daher müssen rechtliche Aspekte im Krankenhausalltag vielmehr als Pflicht, die zu erfüllen gilt, angesehen werden. Um dies auch umsetzen zu können, sollten alle Angehörigen der Gesundheitsberufe die wichtigsten Kenntnisse und Grundlagen des Straf- und Zivilrechtes im Falle einer juristischen Auseinandersetzung angeeignet wissen²⁵³. Aus diesem Grund wurde im vorangegangenen Jahr 2010 eine Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte durch § 52d ÄrzteG erlassen. Hier steht in Abs 1 geschrieben: „Eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und

²⁵² Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Krupan, 2010, S. II 90.

²⁵³ Vgl. Paula, 2007, S. 144 f.

*Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.*²⁵⁴

Die österreichische Rechtsgrundlage gibt vor, dass nur materielle Schäden wie Vermögensschäden erstattet werden. Lediglich der immaterielle Schaden, also Leiden an zugefügten Schmerzen, wird als Einziger unter allen immateriellen Schäden durch Schmerzensgeld ersetzt²⁵⁵.

Im folgenden Kapitel werden Risikoquellen der Pflege dargestellt, welche immaterielle Schäden an Patienten hervorrufen können und eine haftungsrechtliche Konsequenz mit sich bringen.

²⁵⁴ § 52d Abs 1 ÄrzteG.

²⁵⁵ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 90.

5.3 Umgang mit Fehlern im Krankenhaus

Das Spannungsfeld im Gesundheitsbereich zwischen rechtlichen und qualitätsbezogenen Ansprüchen hat sich verschärft. Die Pflege und weitere Angehörige im Gesundheitswesen sind durch neue Anforderungen in Sachen Qualität, Wissenschaft, Technik und Management zunehmend gefordert. Viele neue Aufgabenfelder werden durch die rasche Entwicklung der Pflege und Medizin geschaffen. Und aufgrund der Öffentlichkeit, im Besonderen durch die Medien mit ihren Skandalmeldungen über Mangelversorgung und Fehler im Gesundheitsbereich, hat sich das Rechtsempfinden der Patienten ebenfalls verstärkt.

Laut den berichteten Fehlern der Plattform des CIRSmedical Austria treten am häufigsten Fehler im Bereich der Allgemeinmedizin auf. Gefolgt von Chirurgie mit 9% und Anästhesiologie mit 8%. Die Pflege weist 1% der Fehlerhäufigkeit im Bereich der Langzeitpflege und 3% im Bereich der Intensivpflege auf²⁵⁶.

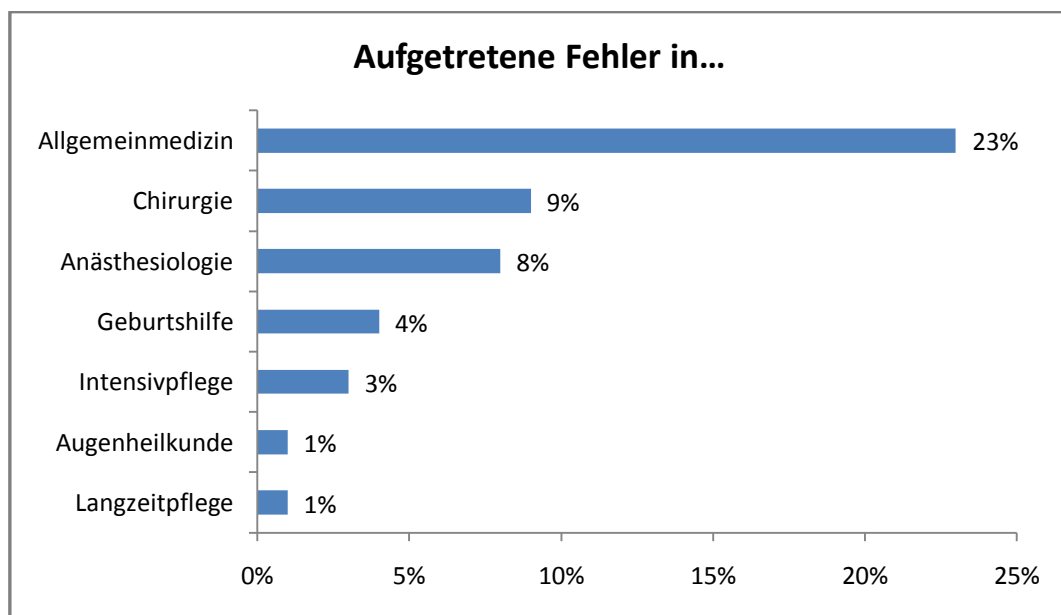


Abb. 11: Berichtete Fehler nach Gesundheitsbereichen in CIRSmedical.at (Stand: März 2011)²⁵⁷.

Zu beachten gilt, dass diese Zahlen „lediglich“ auf der Bereitschaft des Berichtens von Gesundheitsbeauftragten basieren und sich ständig verändern können. Das be-

²⁵⁶ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Homepage cirsmedical.at, Statistik von CIRSmedical Austria.

²⁵⁷ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Homepage cirsmedical.at, Statistik von CIRSmedical Austria.

deutet, dass nach aufgetretenen Fehlern nicht zwingend ein Bericht auf der Plattform CIRSmedical erstellt wird. Natürlich gibt die oben angeführte Statistik Aufschluss über die Fehlerquote in den spezifischen Gesundheitsbereichen, jedoch gibt sie auch vielmehr Aufschluss über die Bereitschaft des Berichtens der jeweiligen Berufsgruppen. Die folgende Grafik zeigt, wer am häufigsten das Berichtssystem nutzt.

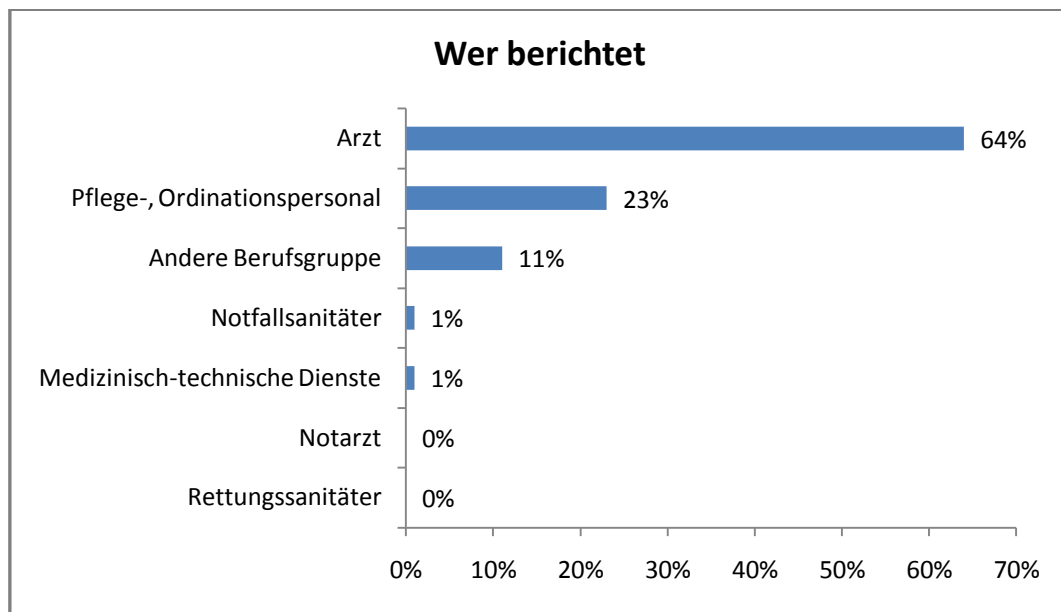


Abb. 12: Prozentuale Verteilung der Berichtersteller in CIRSmedical.at (Stand: März 2011)²⁵⁸.

Am häufigsten berichten Ärzte (64%) über eingetretene Fehler. Gefolgt von der Pflege mit 23%, welche Berichte an CIRSmedical liefern.

²⁵⁸ Modifizierte Abbildung aus: Homepage cirsmedical.at, Statistik von CIRSmedical Austria.

5.4 Häufige Risikoquellen in der Pflege mit haftungsrechtlichen Konsequenzen

Die Profession Pflege weist ein sehr komplexes Berufsbild auf und ist daher nicht so einfach in ihre „Hochrisikobereiche“ einzuteilen. Daher fehlen in Österreich auch umfassende Berichte über aktuelle Zahlen der Risikobereiche. Im Jahr 2004 wurde vom *Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen* in Deutschland eine Statistik über Risikobereiche in der stationären und ambulanten Pflege heraus gegeben (s.u. Abb. 11)²⁵⁹.

Verteilung von Pflegemängeln im stationären Bereich

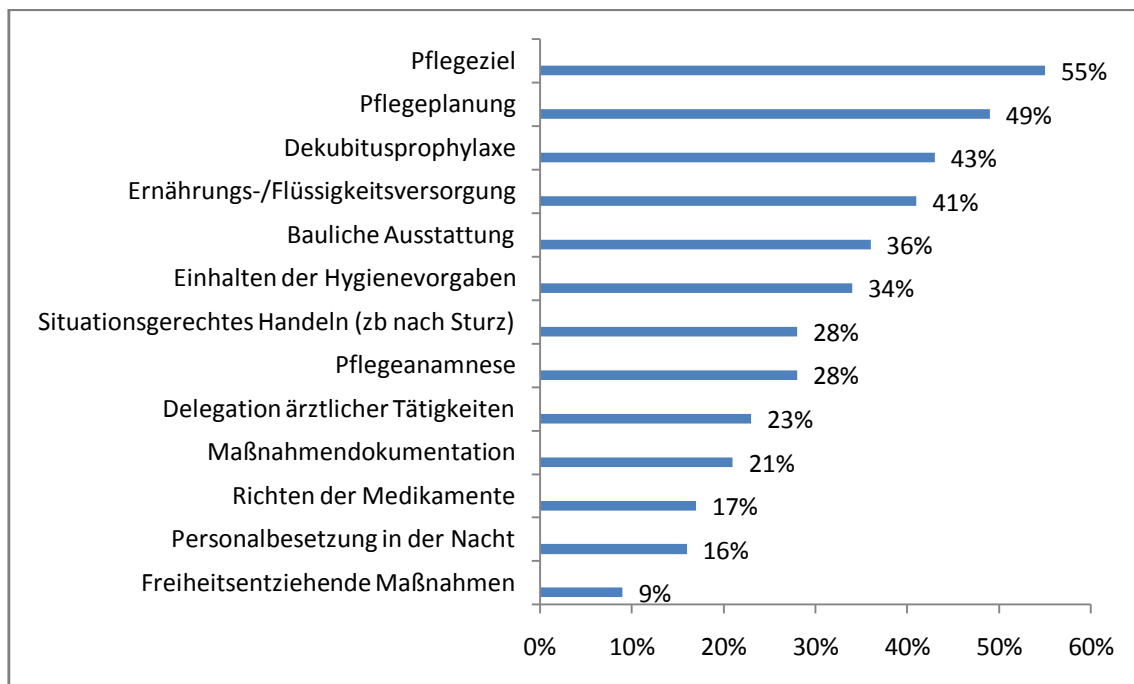


Abb. 13: Verteilung der festgestellten Mängel im stationären Pflegebereich²⁶⁰.

An oberster Stelle stehen Mängel bei der Formulierung von Pflegezielen und der Pflegeplanung. Gefolgt von den Prophylaxe-Maßnahmen und der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung kann man den Bedarf an Risikoprävention in der Pflege feststellen²⁶¹. Natürlich gelten diese Ergebnisse nur für Deutschland, jedoch kann man

²⁵⁹ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 15.

²⁶⁰ Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 16.

²⁶¹ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 15.

davon ausgehen, natürlich nur mit Vorsicht und unter Vorbehalt, dass Untersuchungen im stationären Pflegebereich in Österreich keine wesentlich anderen Ergebnisse liefern würden.

In den vergangenen Jahren wurden immer häufiger Prozesse aufgrund von schuldhaften Verhalten seitens der Pflege geführt. Hier kamen Versäumnisse und Pflichtverletzungen von Organisationsanweisungen, einem lückenhaften Führen der Dokumentation und Verschulden bei Dienstübernahmen zum Tragen. Viele Fehlerquellen, welche in der Pflege zu haftungsrechtlichen Konsequenzen führen, resultieren oft aus der unklaren Abgrenzung der Verantwortung- und Kompetenzbereiche zwischen Ärzten und Pflegenden. Hier sollten alle Beteiligten am Behandlungsprozess über ihre Zuständigkeitsbereiche klar Bescheid wissen. Außerdem muss die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen „funktionieren“. Denn Kommunikationsmängel entstehen häufig Patientenschäden. Ein weiterer Problembereich in der Pflege, welcher zu vermehrten haftungsrechtlichen Ansprüchen führt, ist das vielfache Auftreten von Patientenstürzen²⁶². Im Folgenden werden Risikoquellen der Pflege dargestellt, welche immaterielle Schäden an Patienten hervorrufen können und eine haftungsrechtliche Konsequenz mit sich bringen.

5.4.1 Risikoquelle: Delegation von Behandlungspflege

Grundsätzlich unterscheidet man in der Pflege zwischen Grundpflege und Behandlungspflege, oder auch medizinische Behandlungspflege genannt. Die Ausübung der Grundpflege beruht auf keiner ärztlichen Verantwortung und daher auch auf keiner ärztlichen Weisungsbefugnis. Im Falle eines Fehlers oder einem entstandenen Schaden am Patienten haftet allein die Pflegeperson. Grund- und Behandlungspflege fließen ineinander. Dies macht daher die Abgrenzung der Verantwortlichkeitsbereiche zwischen Ärzten und Pflegenden schwierig²⁶³. Meist tritt die Frage auf, welche medizinischen Tätigkeiten und Maßnahmen ein Arzt an die Pflege delegieren darf. Hier gibt das GuKG Art 1 § 13 ff. Aufschluss über die Abgrenzung der Tätigkeiten

²⁶² Vgl. Bergmann, 2007, S. 105.

²⁶³ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 125 f.

von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal. Es wird unter eigen-, mitverantwortlichem und interdisziplinärem Bereich unterschieden.

Die häufigsten Rechtsprobleme treten hier aufgrund mangelnder oder schlechter Abgrenzungen der Zuständigkeiten auf. Der Grund liegt in der Schwierigkeit der Unterscheidung von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten. Der Arzt ist gefordert, die befugten Pflegenden auf ihre Fähigkeiten zu prüfen. Er muss unterscheiden können, welche Tätigkeiten an welche Pflegeperson delegiert werden darf²⁶⁴.

Aber nicht nur die Zuständigkeiten, sondern auch Abgrenzungen werden im ÄrzteG und im GuKG beschrieben. Daher sollten sich die spezifischen Berufsgruppen nicht nur über deren Berufsgesetz informieren, sondern auch über jenes ihrer Kollegen. Besonders in einer Krankenanstalt mit interdisziplinären und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichen muss ein berufsübergreifendes Denken stattfinden²⁶⁵.

Bei der Zusammenarbeit, also im mitverantwortlichem Bereich, muss der Arzt bei seinen Anweisungen auf Folgendes achten: Die Pflege muss zur Handlung befugt sein, d.h. sie muss über die entsprechenden Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen. Des Weiteren muss der Arzt, wenn notwendig, die Pflege instruieren. Außerdem ist er dazu verpflichtet, den Ablauf zu überwachen und das Ergebnis zu kontrollieren. Solche ärztlichen Delegationen sind unter Anderem venöse Blutabnahmen, Injektionen intrakutaner oder subkutaner Art. Ebenfalls kann die Pflege den Wechsel von Infusionslösungen bei liegendem Infusionssystem durchführen. Der Arzt trägt somit die Anordnungsverantwortung, welche gegeben ist wenn:

- Anordnungen tatsächlich an eine dafür qualifizierte Pflegeperson erteilt wurde,
- diese rechtzeitig erfolgten,
- inhaltlich richtig sind,
- eine stichprobenartige Überwachung vom Arzt vorgenommen wurde, um Anordnungen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die befähigte Pflegeperson ist nach der Anordnung des Arztes angehalten, diese auch auszuführen²⁶⁶.

Bei der Delegation von Behandlungspflege und in Zusammenhang auf den haftungsrechtlichen Aspekt ist die Abgrenzung der eigen- und mitverantwortlichen Tätigkeiten relevant.

²⁶⁴ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 97 f.

²⁶⁵ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 90 f.

²⁶⁶ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 125 ff.

Der Eigenverantwortliche Bereich

Der Umfang des Eigenverantwortlichen Bereichs wird im GuKG unter Art 1 § 14 festgehalten. Er enthält das primäre Tätigkeitsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege. Darunter versteht man:

- Pflegediagnose,
- Pflegebedürfnisse erheben,
- Pflegeplanung,
- Evaluation, d.h. Umsetzung geplanter pflegerischer Maßnahmen und Auswertungen
- Erstellen der Pflegedokumentation,
- Psychosoziale Betreuung,
- Prävention von Krankheit durch die Information des Patienten,
- Delegieren von Pflegehelfern und Schülern, sowie deren Überwachung²⁶⁷.

Für Tätigkeiten im Eigenverantwortlichen Bereich und für eventuelle, in diesem Rahmen auftretende Schäden am Patienten, haftet die Pflegeperson selbst. Nach § 14 GuKG ist dieser Tätigkeitsbereich der Pflege weisungsfrei²⁶⁸.

Jedoch kommt der Aspekt der Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit zum Tragen. Denn die Pflege muss sich für diese eigenverantwortlichen Tätigkeiten und Aufgaben mächtig fühlen. D.h. sie muss über die entsprechenden Kenntnisse verfügen, die Infrastruktur muss gegeben sein und sie muss die Fähigkeit zur Umsetzung haben. Falls dies nicht gegeben ist, liegt es in der Verantwortung der Pflegenden, darauf aufmerksam zu machen und die Tätigkeit einem Mitarbeiter, welcher über diese Fähigkeiten verfügt, zu übergeben²⁶⁹.

Der Mitverantwortliche Bereich

Der Mitverantwortliche Bereich ist im GuKG unter Art 1 § 15 beschrieben. Dieser Tätigkeitsbereich der Pflege wird durch die ärztliche Anordnung bestimmt. Dies umfasst Handlungsanweisungen wie beispielsweise:

- das Verabreichen von Medikamenten,
- die Vorbereitung von Injektionen und Infusionen sowie deren Verabreichung,
- das Abnehmen von Blut,

²⁶⁷ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 100 f.

²⁶⁸ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 6.

²⁶⁹ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 101.

- das Setzen von Blasenkathetern,
- das Durchführen von Darmeinläufen und
- das Legen von Magensonden.

Der mitverantwortliche Bereich weist in Hinsicht auf das Haftungsrecht für die Pflege keinen Unterschied zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich auf, jedoch spielt hier die Anordnungsdichte eine Rolle²⁷⁰. In diesem Bereich liegt die Verantwortung und Übernahme der Haftung beim Arzt und bei der Pflege. Auch hier gilt wieder das Gesetz der Einlassungs- und Übernahme-fahrlässigkeit²⁷¹. Besonders bei den mitverantwortlichen Tätigkeiten liegt der Brennpunkt für haftungsrechtliche Konflikte²⁷².

5.4.2 Risikoquelle: Pflegedokumentation

§ 5 Abs 1 und Abs 2 GuKG hält die schriftliche Aufzeichnung der Pflegeanamnese, -diagnose, -planung und Ausführung der Maßnahmen fest. Der Ursprung des Wortes „Dokument“ liegt im Lateinischen und ins Deutsche übersetzt heißt dieses so viel wie „Beweis“ oder „Zeugnis“. Für die Arbeitsorganisation ist die Pflegedokumentation ein unverzichtbares Instrument. Bei Prozessen vor Gericht stellt sie das wichtigste Beweismittel dar²⁷³.

Es müssen alle durchgeführten Behandlungen und Abläufe pflegerischen Handelns genauestens verzeichnet und festgehalten werden. In Zweifelsfällen kann nur so bewiesen werden, dass Behandlungen und pflegerische Maßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden. Ebenfalls müssen Auffälligkeiten, wie beispielsweise...

- Befundänderungen,
- Fieber des Patienten,
- Unbehaglichkeit des Patienten,
- Infekte oder Anzeichen für deren Eintreten,
- Nachblutungen nach Operationen, etc.

²⁷⁰ Vgl. Kletečka, 2010, S. II 6 f.

²⁷¹ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 101 f.

²⁷² Vgl. Höfert, 2009, S. 35.

²⁷³ Vgl. Büker, 2010, 168

in der Dokumentation festgehalten werden²⁷⁴. Die Grundlagen für die Erstellung von Diagnosedokumentationen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen beruht auf den internationalen Klassifikationen der Krankheiten (ICD). Damit eine bundeseinheitliche Dokumentation gewährleistet wird, hat das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) Richtlinien in Form von Handbüchern veröffentlicht²⁷⁵. Jeder Eintrag in die Pflegedokumentation ist mit einer Unterschrift bzw. mit einer Paraphe zu bestätigen. Namenskürzel müssen lesbar und auf die jeweilige Person identifizierbar sein. Besonders bei der Medikamentenverordnung des Arztes ist Folgendes auf ihre Richtigkeit zu berücksichtigen:

- Aktuelles Datum und Uhrzeit,
- Arztname,
- Medikamentenbezeichnung,
- Dosis des Medikamentes und Applikationsform²⁷⁶.

Auf eine genaue, gewissenhafte und ausführliche Dokumentation muss unbedingt geachtet werden. Pflege und ärztliches Personal müssen sorgfältig zwischen Maßnahmen der Grundpflege und der Behandlungspflege unterscheiden. Die Verantwortung der Anordnung der Behandlungspflege fällt auf den Arzt, wobei die Pflege verantwortlich für die exakte Ausführung ist (s. Kapitel 5.3.1 Delegation von Behandlungspflege)²⁷⁷.

Zudem sollten in der Pflege neben der ursprünglichen Pflegedokumentation auch die Analyse und die Dokumentation von Risiken an zentraler Stelle stehen. Beim Anamnesegegespräch könnten bereits Risiken während eines gesamten Pflegeprozess erkannt, analysiert und diese in der Risikodokumentation festgehalten werden. Dieser Vorgang wäre nicht nur eine präventive Maßnahme für die risikofreie Genesung des Patienten. Zugleich könnte Prävention für haftungsrechtliche Belange seitens der Pflege gewährleistet werden²⁷⁸.

Im Falle einer fehlerhaften oder gar einer fehlenden Dokumentation erschwert sich die Situation der Pflege vor Gericht maßgeblich. Bei einer Aushandlung vor dem Strafgericht kann der Vorwurf einer fahrlässigen Körperverletzung gegen die Pflege gerichtet werden. Obwohl bei einem Strafprozess die Beweislast immer bei der

²⁷⁴ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 128 f.

²⁷⁵ Vgl. Hofmarcher/Rack, 2006, S. 195 f.

²⁷⁶ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 128 f.

²⁷⁷ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 129.

²⁷⁸ Vgl. Höfert, 2009, S. 241.

Staatsanwaltschaft liegt, ist es durch die fehlende Dokumentation schwer, den Standpunkt der Pflege zu einem positiven Ausgang zu vertreten. Aufgrund der mangelnden Pflegedokumentation kann der Patient auch vor einem Zivilgericht Schadensersatz fordern. Hier muss die Pflege Beweise anführen, dass trotz der lückenhaften Dokumentation alle Maßnahmen am Patienten durchgeführt wurden²⁷⁹. Dies wird sich aber nur sehr schwer gestalten lassen und daher sollte darauf geachtet werden, dass immer eine vollständige Pflegedokumentation geführt wird und vorliegt. Denn vor Gericht gilt, Einträge, welche nicht in der Dokumentation aufscheinen wurden auch nicht am Patienten durchgeführt²⁸⁰.

5.4.3 Risikoquelle: Mangelernährung

Eine Mangelernährung eines Patienten ist Folge von stationären und ambulanten Pflegefehlern. Verstärkt tritt die Gefahr bei demenzkranken Patienten auf, daher gilt hier besondere Vorsicht. Die Vorwürfe vor Gericht belaufen sich meist auf eine unzureichende Einschätzung des Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfs, des Kalorienbedarfs und auf die Folgen von Dehydration. Bei Patienten, welche an Mangelernährung durch Pflegefehler leiden, kommt meist noch die zusätzliche Gefahr eines Sturzes hinzu. Dieser wird meist durch die Mangelernährung ausgelöste Verwirrtheit und Desorientierung verursacht. Gründe für diesen Pflegefehler ist meist unter anderem eine unvollständige Anamnese. Risikofaktoren werden dabei nicht erkannt bzw. berücksichtigt oder nicht dokumentiert.

Um diesen Pflegefehler zu vermeiden sollte man neben der obligaten Pflegeplanung, Ernährungs- und Trinkprotokolle führen. Dadurch lässt sich der Ernährungszustand des Patienten nachvollziehen und schafft für alle Beteiligten am Behandlungs- und Betreuungsprozess schnelle und gute Übersicht. Bei ersten Anzeichen von einer Mangelernährung sollte die Pflege sofort den Arzt informieren²⁸¹.

²⁷⁹ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 95.

²⁸⁰ Vgl. Höfert, 2009, S. 100.

²⁸¹ Vgl. Höfert, 2009, S. 108 ff.

5.4.4 Risikoquelle: Patientenstürze

Patientenstürze können viele Ursachen haben. Häufiger Grund ist jedoch, dass kein Bettgitter am Patientenbett befestigt wurde. Diese fehlende Maßnahme birgt einen bedeutenden Pflegefehler. Hierfür können zwei Gründe verantwortlich sein. Zum Einen besteht die Möglichkeit, dass der Patient bei der Pflegeanamnese bzw. Pflegeplanung nicht als sturzgefährdet eingestuft wurde (fehlerhafte Planung). Zum Anderen besteht auch die Möglichkeit, dass der Patient nicht gemäß den internen Pflegeplänen versorgt wurde (fehlerhafte Durchführung)²⁸².

Aus diesem Grund wurden Leitlinien für eine lückenlose Dokumentation von Sturzergebnissen festgelegt. Am Klinikum der Universität München wurde im Jahr 2005 eine modellhafte Implementierung des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2006) durchgeführt. Ziel dieser Implementierung war das Testen der Praxistauglichkeit des Standards. Eine im Rahmen dieses Projektes durchgeführte Umfrage kam zum Ergebnis, dass Patienten bei der Bewegung auf der Station Angst haben. Daher sollten grundsätzlich alle Risikofaktoren und Gefahrenquellen für Patienten aus ihrer Umgebung identifiziert und eliminiert werden. Des Weiteren sollten die Patienten und ihre Angehörigen in einem Gespräch über die Sturzgefahr informiert und aufgeklärt werden.

Eine Sturz-Dokumentation ist nicht nur für den Pflegeprozess, sondern auch für die Fehlervermeidung und gegeben falls auch für die Fehlersuche wichtig²⁸³.

Stürze von Patienten machen sich aufgrund von steigenden Kosten für eine Krankenanstalt direkt bemerkbar. In allen Fällen wird die Verweildauer des Patienten in einer Krankenanstalt verlängert. Nicht selten müssen Operationen, finanziert durch die Krankenanstalt, den Schaden eines Sturzes wieder beheben. Und nicht zuletzt werden immer häufiger von den Patienten Schmerzensgelder gefordert. Und wie des Öfteren bereits erwähnt, ist bei jedem fehlerhaften Ereignis oder „near miss“ der Ruf einer Krankenanstalt gefährdet. Vorwürfe vor Gericht können bei einem eingetretenen Sturz u. a. folgende sein:

- Keine Sturzrisikoeinschätzung bei der Anamnese,
- Mangelnde Dokumentation,
- Keine Berücksichtigung von bereits erfolgten Stürzen,

²⁸² Vgl. Middendorf, 2007, S. 71.

²⁸³ Vgl. Eberl/Köppl, 2007, S. 402 ff.

- Fehlende Beachtung medikamentöser Beeinträchtigung,
- Kein Führen von Sturzprotokollen und
- Keine oder nur unzureichende Hilfestellung, wie etwa Begleitung durch eine Pflegeperson²⁸⁴.

Für eine Sturzprophylaxe wurde der Expertenstandard des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) herausgegeben. Um bestmöglich haftungsrechtliche Belangen zu entgehen, sollte der Expertenstandard „Sturz“ umgesetzt werden. Es wird empfohlen, dass der gestürzte Patient eine Klingel betätigen kann sowie das besonders gefährdete Patienten in Sichtweite sind und eventuell die Angehörigen mit einbezogen werden. Bei einem bereits geschehenen Sturz sollte sofort ein Sturzprotokoll angefertigt werden²⁸⁵.

5.4.5 Risikoquelle: Medikamentenverabreichung

In diesem Bereich der Pflege tun sich ebenfalls häufig Gefahren und Risiken auf. Die Festlegung der Art und Dosis von Medikationen für Patienten darf nur durch den Arzt ausgeführt werden. Der Begriff „Bedarfsmedikation“ gestaltet sich für die Pflege schwierig und kann Pflegepersonen vor haftungsrechtlichen Konsequenzen stellen. Denn die Pflege kann nur mit konkreten Angaben korrekt handeln. Daher liegt es im Verantwortungsbereich des Arztes, dass er Art, Dosis, Verabreichungszeitpunkt, etc. genau festlegt. Wenn nicht, würde die Pflege diagnostische und therapeutische Entscheidungen treffen, wozu sie nicht befugt ist. Dies wäre nur dann möglich, wenn bereits Indikationen, wie Puls, Temperatur, Blutdruckwerte bereits vom Arzt schriftlich vorliegen würden.

Eine sogenannte Bedarfsmedikation darf von der Pflege nur durchgeführt bzw. vorgenommen werden, wenn die 6 W-Regel erfüllt werden kann. Zu Beantworten sind:

- Welcher Patient darf
- welche Medikation, in
- welcher Dosis, um
- welche Zeit, in

²⁸⁴ Vgl. Höfert, 2009, S. 278.

²⁸⁵ Vgl. Höfert, 2009, S. 278 ff.

- welcher Verabreichungsform, bei
- welchen Anzeichen und welchem Wohlbefinden erhalten?

Die Pflege darf also eine Bedarfsmedikation nur dann verabreichen, wenn eine schriftliche Anordnung von einem Arzt vorliegt und diese von ihm unterzeichnet wurde²⁸⁶.

5.4.6 Risikoquelle: Dekubitus

Um die Wahrscheinlichkeit eines Dekubitus auszuschließen, müssen prophylaktische Maßnahmen gesetzt werden. Dekubitusprophylaxe liegt in der Eigenverantwortung der Pflege. Eröffnet sich solch eine Risikoquelle, können zivilrechtliche, aber auch strafrechtliche Folgen auf die Pflege treffen²⁸⁷.

Bei Eintritt eines Dekubitus liegt zuerst, wie in fast allen Fällen, die Haftung beim Krankenhausträger. Kann der Träger beweisen, dass ihm keine Schuld trifft, wird die Pflegeperson für den Pflegefehler verantwortlich gemacht. Daher spielt hier eine ausführliche Dokumentation eine wesentliche Rolle, denn meist liegt bei einer haftungsrechtlichen Verfolgung der Hauptbelastungsmoment in einer lückenhaften Pflegedokumentation.

Bei gerichtlichen Belangen sollte die Pflege darauf achten, dass sie in der Beweisführung angibt, Risiko- und Präventivmaßnahmen erkannt und durchgeführt zu haben. Ebenfalls sollte sich die Pflege darauf berufen, dass sie nach internationalen Standards gehandelt hat. Vor rund zehn Jahren wurde ein Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegeben. Bei haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen ist vor Gericht davon auszugehen, dass hiernach gehandelt wurde. Wurde bei der Dekubitusprophylaxe nicht nach Standards vorgegangen, muss die Pflege dem Patienten vor Gericht Schadensersatz leisten²⁸⁸.

²⁸⁶ Vgl. Höfert, 2009, S. 49 f.

²⁸⁷ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 95.

²⁸⁸ Vgl. Höfert, 2009, S. 86 ff.

Diese identifizierten Risikoquellen beschreiben typische Pflegefehler, jedoch wurde noch nicht auf die allgemeinen rechtlichen Vorgaben für Qualität Bezug genommen. Unter diesen allgemeinen Vorgaben sind z. B. Hygienevorschriften und Arbeitsvorschriften zu verstehen. Wurden also die oben genannten Pflegefehler durch einen Verstoß der allgemeinen qualitätsbezogenen Vorschriften verursacht oder haben sie zu dem entstandenen Schaden für den Patienten wesentlich dazu beigetragen, so ziehen diese eine Haftungsverschärfung mit sich²⁸⁹.

Der vorangegangene Abschnitt der vorliegenden Arbeit soll darstellen, wie sehr die Profession Pflege in ihrem Berufsalltag in haftungsrechtliche Belange verwickelt werden kann. Bei kleinen Fehler oder Unachtsamkeiten können sich schwerwiegende Schäden am Patienten auswirken. Die österreichische Rechtsgrundlage gibt vor, dass nur materielle Schäden, wie Vermögensschäden ersetzt werden müssen. Immaterielle Schäden, darunter versteht man u. a. das Zufügen an Schmerzen, werden als Einzige unter allen immateriellen Schäden durch Schmerzensgeld ersetzt²⁹⁰. Daher wird hier eine Auflistung der relevanten Auszüge aus dem Strafgesetzbuch und dem Allgemein Bürgerlichen Gesetzbuch (Zivilrecht) dargestellt. Folgende Paragraphen können im Pflegealltag in Wirkung treten und die Pflege vor Gericht belasten.

Auszüge aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 7 Strafbarkeit vorsätzlichen und fahrlässigen Handelns	„(1) Wenn das Gesetz nichts anderes bestimmt, ist nur vorsätzliches Handeln strafbar. (2) Eine schwerere Strafe, die an eine besondere Folge der Tat geknüpft ist, trifft den Täter nur, wenn er diese Folge wenigstens fahrlässig herbeigeführt hat.“
§ 75 Mord	„Wer einen anderen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu bestrafen.“
§ 77 Tötung auf Verlangen	„Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

²⁸⁹ Vgl. Stöger, 2010, S. I 281.

²⁹⁰ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 90.

§ 78 Mitwirkung am Selbstmord	„Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“
§ 80 Fahrlässige Tötung	„Wer fahrlässig den Tod eines anderen herbeiführt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.“
§ 83 Vorsätzliche Körperverletzung	„(1) Wer einen anderen am Körper verletzt oder an der Gesundheit schädigt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen. (2) Ebenso ist zu bestrafen, wer einen anderen am Körper mißhandelt und dadurch fahrlässig verletzt oder an der Gesundheit schädigt.“
§ 84 Schwere Körperverletzung	„(1) Hat die Tat eine länger als vierundzwanzig Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge oder ist die Verletzung oder Gesundheitsschädigung an sich schwer, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.“
§ 85 Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen	„Hat die Tat für immer oder für lange Zeit 1. den Verlust oder eine schwere Schädigung der Sprache, des Sehvermögens, des Gehörs oder der Fortpflanzungsfähigkeit, 2. eine erhebliche Verstümmelung oder eine auffallende Verunstaltung oder 3. ein schweres Leiden, Siechtum oder Berufsunfähigkeit des Geschädigten zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“
§ 88 Abs 1 Fahrlässige Körperverletzung	„(1) Wer fahrlässig einen anderen am Körper verletzt oder an der Gesundheit schädigt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen zu bestrafen.“
§ 88 Abs 4 Schwere Körperverletzung	„(4) Hat die Tat eine schwere Körperverletzung (§ 84 Abs. 1) zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen, in den im § 81 Abs. 1 Z 1 bis 3 bezeichneten Fällen aber mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu bestrafen.“
§ 95 Unterlassene Hilfestellung	„(1) Wer es bei einem Unglücksfall oder einer Gemeingefahr (§ 176) unterläßt, die zur Rettung eines Menschen aus der Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung offensichtlich erforderliche Hilfe zu leisten, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen, wenn die Unterlassung der Hilfeleistung jedoch den Tod eines Menschen zur Folge hat, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen

	zen zu bestrafen, es sei denn, daß die Hilfeleistung dem Täter nicht zuzumuten ist. (2) Die Hilfeleistung ist insbesondere dann nicht zuzumuten, wenn sie nur unter Gefahr für Leib oder Leben oder unter Verletzung anderer ins Gewicht fallender Interessen möglich wäre.“
§ 99 Strafbare Handlungen gegen die Freiheit Freiheitsentziehung	„(1) Wer einen anderen widerrechtlich gefangen hält oder ihm auf andere Weise die persönliche Freiheit entzieht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen. (2) Wer die Freiheitsentziehung länger als einen Monat aufrecht erhält oder sie auf solche Weise, daß sie dem Festgehaltenen besondere Qualen bereitet, oder unter solchen Umständen begeht, daß sie für ihn mit besonders schweren Nachteilen verbunden ist, ist mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren zu bestrafen.“
§ 110 Eigenmächtige Heilbehandlung	„(1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen. (2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, daß durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6) hätte bewußt sein können. (3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.“

Tab. 3: Auszüge aus dem Strafgesetzbuch²⁹¹.

²⁹¹ Homepage RIS, Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem.

Paragrafen welche aus dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch für die Pflege vor Gericht in Kraft treten können:

Auszüge aus dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB)

§1293 Schadensersatzes und Genugthuung	„Schade heißt jeder Nachtheil, welcher jemanden an Vermögen, Rechten oder seiner Person zugefüget worden ist. Davon unterscheidet sich der Entgang des Gewinnes, den jemand nach dem gewöhnlichen Laufe der Dinge zu erwarten hat.“
§ 922 Gewährleistung	„(1) Wer einem anderen eine Sache gegen Entgelt überlässt, leistet Gewähr, dass sie dem Vertrag entspricht. Er haftet also dafür, dass die Sache die bedungenen oder gewöhnlich vorausgesetzten Eigenschaften hat, dass sie seiner Beschreibung, einer Probe oder einem Muster entspricht und dass sie der Natur des Geschäftes oder der getroffenen Verabredung gemäß verwendet werden kann.“
§ 1325 Schmerzensgeld – Verletzung am Körper	„Wer jemanden an seinem Körper verletzt, bestreitet die Heilungskosten des Verletzten; ersetzt ihm den entgangenen, oder wenn der Beschädigte zum Erwerb unfähig wird, auch den künftig entgehenden Verdienst und bezahlt ihm auf Verlangen überdieß ein den erhobenen Umständen angemessenes Schmerzensgeld.“
§ 1326 Verunstaltungsent-schädigung	„Ist die verletzte Person durch die Mißhandlung verunstaltet worden; so muß, zumahl wenn sie weiblichen Geschlechtes ist, in so fern auf diesen Umstand Rücksicht genommen werden, als ihr besseres Fortkommen dadurch verhindert werden kann.“
§ 1328a Recht auf Wahrung der Privatsphäre	„(1) Wer rechtswidrig und schuldhaft in die Privatsphäre eines Menschen eingreift oder Umstände aus der Privatsphäre eines Menschen offenbart oder verwertet, hat ihm den dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen. Bei erheblichen Verletzungen der Privatsphäre, etwa wenn Umstände daraus in einer Weise verwertet werden, die geeignet ist, den Menschen in der Öffentlichkeit bloßzustellen, umfasst der Ersatzanspruch auch eine Entschädigung für die erlittene persönliche Beeinträchtigung.“
§ 1313a Haftung für den Erfüllungsgehilfen	„Wer einem andern zu einer Leistung verpflichtet ist, haftet ihm für das Verschulden seines gesetzlichen Vertreters sowie der Personen, deren er sich zur Erfüllung bedient, wie für sein eigenes.“

Tab. 4: Auszüge aus dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch²⁹².

²⁹² Homepage RIS, Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem.

Eingetretene Fehler in der Patientenversorgung werden erst dann haftungsrechtlich verfolgt, wenn diese auch einen Schaden am Patienten nach sich ziehen. Auch wenn ein Fehler schwerwiegende Folgen gehabt hätte, diese aber durch glückliche Umstände nicht ausgelöst wurden, bleibt der Fehler sanktionsfrei²⁹³!

5.5 Angewandtes Risikomanagement auf die identifizierten Risikoquellen

Um in der Pflege Risikomanagement betreiben zu können, müssen Risiken im Behandlungsprozess zuerst aufgedeckt werden. Dies beginnt bereits beim Anamnese-gespräch mit dem Patienten. Hier müssen alle relevanten Risikoquellen identifiziert, analysiert und dokumentiert werden. Eine Gefahr, welche im Behandlungsprozess zu einem Schaden für den Patienten führen kann, bedeutet nicht nur eine Gefahr für die Patientensicherheit, sondern auch eine Gefahr für die Pflegeperson. Das RM gibt klare Strukturen vor, um solche Gefahrenquellen zu ermitteln und dagegen präventiv vorzugehen²⁹⁴.

Risikomanagement verläuft in den vier Prozessphasen und greift so die Prävention von Pflegefehlern systematisch auf (s. Kapitel 3.4 Der Risikomanagementprozess). In der ersten Phase, der Risikoidentifikation, werden die oben genannten Risikoquellen im Anamnese-gespräch erfasst. Zum Beispiel:

- Die Gefahr eines Sturzes,
- Die Gefahr eines Dekubitus,
- Die Gefahr für Mangelernährung,
- Die Gefahr einer Pneumonie, etc.

Des Weiteren werden in der Risikoidentifikation Gefahren identifiziert, wie:

- Die Eigen- oder Fremdgefährdung
- Personalengpässe
- Gerätemängel
- Fehlerhafte Medikamentenverabreichung, etc.

²⁹³ Vgl. Stöger, 2010, S. I 279.

²⁹⁴ Vgl. Höfert, 2009, S. 241.

Das RM sieht vor, dass für solche Risikoquellen Standards entwickelt werden. Diese Standards sollen der Pflege bei der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen als Anleitung und Koordinationsinstrument dienen. Bei etwaigen haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen können diese Standards als Beweismittel dienen, denn sie verweisen auf den aktuellen Stand der Wissenschaft²⁹⁵.

Um eine hohe Qualität in einer Krankenanstalt gewährleisten zu können, müssen alle Mitarbeiter in einer Krankenanstalt an diesem gemeinsamen Ziel arbeiten. Das Prinzip der Qualitätssicherung im Krankenanstaltenrecht ist ein internes Konzept. D.h. die Anstalt hat der Erfüllung dieses Ziels selbst Sorge zu tragen. Verdeutlicht wird dies, durch die Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission. Um die pflegerische und medizinische Qualität in der Patientenversorgung gewährleisten zu können, muss der Krankenanstaltenträger alle personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen. Wenn dies erfüllt ist, liegt es in der Verantwortung der untergeordneten Führungskräfte, den Leitungsorganen bzw. der Qualitätssicherungskommission (QSK) Konzepte zur Qualitätssicherung zu erstellen. Die Leitungsorgane, also die Ärztliche-, Pflege- und Verwaltungsdirektion setzen Standards unter der Berücksichtigung von Überschneidungen der Zuständigkeiten fest. Oft bzw. meistens wird die Qualitätssicherungskommission von den Leitungsorganen einer Krankenanstalt besetzt. Ihre Aufgaben sind das Festlegen der Qualitätsziele, das Identifizieren von Problemen bzgl. der Qualitätssicherung und daher dient die QSK auch als Beratungsorgan.

Auch wenn die Hauptverantwortung bei den Leitungsorganen bzw. der Qualitätssicherungskommission liegt, sollte die Wichtigkeit einer Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitern einer Krankenanstalt nochmals betont werden. Denn nicht nur für die Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen, sondern auch für das Aufdecken und Weiterleiten von Qualitätsmängeln sind Mitarbeiter von großer Bedeutung²⁹⁶.

Neben einem gut funktionierenden Risikomanagement, ausgehend von der Führungsebene, sind auch die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflege gefordert. Es reicht nicht aus, sich auf Funktionen und Nutzen eines Managementsystems vollkommen zu verlassen. Die Mitarbeiter einer Krankenanstalt müssen sensibilisiert werden, dass täglich eine solch schwierige Gefahrensituation eintreten kann. Aus

²⁹⁵ Vgl. Höfert, 2009, S. 242.

²⁹⁶ Vgl. Stöger, 2010, S. I 266 f.

diesem Grund ist besondere Vorsicht und Wachsamkeit für das mögliche Eintreten von Gefahrenquellen im Pflegealltag zu nehmen²⁹⁷.

5.5.1 CIRS als Risikomanagementinstrument

Für klinisches RM ist ein Berichterstattungssystem von Zwischenfällen, also von kleinen Fehlern ohne Schadensfolgen, aber auch von Fehlern, welche zu Schäden führten, notwendig (Incident Reporting). Durch die Möglichkeit der Darstellung von fehlerhaften Vorkommnissen können Prozesse und Handlungen optimiert werden und somit Fehlerprävention betrieben werden²⁹⁸.

Es gibt unterschiedliche Früherkennungssysteme bzw. Techniken des Klinischen Risikomanagements. Diese können u. a. folgenden Tools sein:

- Beschwerdemanagement
- Patientenbefragungen
- IST-/SOLL- Analysen einzelner Abteilungen
- Risikoanalysen bezogen auf Prozesse und Abläufe im Krankenhaus
- Statistische Auswertungen passierte Schäden in der Patientenversorgung
- Critical Incident Reporting Systeme²⁹⁹.

Das zuletzt angeführte Tool *Critical Incident Reporting* (CIRS) wird im Folgenden näher beschrieben.

Frühwarnsysteme, wie das CIRS eignen sich perfekt als Präventivmaßnahmen von Fehlern. Sie erlauben der Krankenhausleitung rechtzeitig mit Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern einzulenken, bevor diese überhaupt passieren. Der Nutzen dieses Systems und die Notwendigkeit, dieses in die Gesundheitsversorgung einzuführen, wurde von der WHO im Jahr 2005 bekräftigt und in der „World Alliance for Patient Safety“ mit Leitlinien und Handlungsanweisungen heraus gegeben³⁰⁰.

²⁹⁷ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. V.

²⁹⁸ Vgl. Eiff von/Middendorf, 2007, S. 49.

²⁹⁹ Vgl. Gurcke/Falke/Mildenberger, 2006, S. 23 f.

³⁰⁰ Vgl. Rall/Dieckmann/Stricke, 2007, 122 f.

Incident Reporting Systeme sind nicht nur in der Lage negative Abweichungen, sondern auch positive Entwicklungen zu erkennen. Dadurch könne Chancenpotenziale einer Organisation durch geeignete Maßnahmen ergriffen werden³⁰¹.

Die Basis für CIRS bilden Informationen, welche Mitarbeiter in das System eintragen. Somit können abweichende Entwicklungen von den definierten IST- und SOLL-Werten erkannt werden³⁰². CIRS sammelt Berichte von Mitarbeitern über Fehler oder Beinahe-Fehler. Neben den bereits oben identifizierten Risikoquellen in der Pflege, könnten weitere Meldungen über folgende Probleme sein:

- Lückenhafte Dienstübergabe/ Dienstübernahme,
- Delegation von Behandlungspflege,
- Fehlende Gewichtskontrolle,
- Defekte Geräte,
- Fehlerhafte Abstimmung der Schmerztherapie,
- Etc.³⁰³

Grundsätzlich kann man unter anonymen/ nicht anonymen und freiwilligen/ unfreiwilligen Berichte der Mitarbeiter unterscheiden. Bei freiwillig verfassten Berichten kann der Melder seinen Namen unter das Schriftstück setzen, muss es aber nicht. Bei unfreiwilligen Berichten handelt es sich um zwingende Berichte, welche abgegeben werden müssen. Das *Institute of Medicine* konnte im Jahr 2004 feststellen, dass Berichte auf freiwilliger und anonymer Basis die meisten Daten über Fehler sammeln konnten³⁰⁴. Die klaren Vorteile von CIRS sind, dass die Berichte standardisiert und somit schnell für Mitarbeiter verfügbar, einsehbar und auf den Punkt gebracht sind. Ebenfalls ist das System für alle Mitarbeiter zu jedem Zeitpunkt erreichbar und ermöglicht eine schnelle Eingabe. Dadurch wird auch eine zeitnahe Berichterstattung ermöglicht. Die Strukturen des Meldeportals beinhalten auf jeden Fall die Fragen:

- Was ist passiert?
- Was ist das Resultat?
- Warum ist es dazu gekommen?
- Wie hätte es verhindert werden können?³⁰⁵

³⁰¹ Vgl. Weiss/Zierres, 2008, S. 100 ff.

³⁰² Vgl. Weiss/Zierres, 2008, S. 97.

³⁰³ Vgl. Höfert, 2009, S. 246.

³⁰⁴ Vgl. Weiss/Zierres, 2008, S. 97.

³⁰⁵ Vgl. Höfert, 2009, S. 246.

Die gesammelten Meldungen werden zeitnah und in periodischen Abständen ausgewertet³⁰⁶. Nach der Eingabe der Daten hängt der Erfolg des Fehlersystems von der systematischen Analyse und Bewertung der Fälle ab. Ab diesem Punkt liegt es daran, dass die Organisation die Informationen des CIRS nutzt und wie diese durch das Risikomanagement anhand von Maßnahmen umgesetzt werden³⁰⁷. Hier gilt aus den Informationen zu lernen und Maßnahmen zur Prävention zu setzen.

Im Wesentlichen ist zu beachten, dass die Mitarbeiter auch die Motivation haben, ein solches System zu nutzen. Dabei wollen sie die Sicherheit, dass bei der Meldung von negativen Ereignissen, also Fehlern und Beinahe-Fehlern, keine rechtlichen Konsequenzen für sie drohen. Nur so kann eine tatsächliche Darlegung von Fehlern gewährleistet werden³⁰⁸. Die wichtigste Voraussetzung für die Gewährleistung eines effektiven *Critical Incident Reporting System* ist, dass die Melder eine völlige Sanktionsfreiheit erwarten dürfen. Daher sollten die Vorgaben für Meldungen auch keine Namen und personenbezogenen Informationen beinhalten. Bei Inbetriebnahme von CIRS sollten alle Mitarbeiter darauf aufmerksam gemacht und in die richtige Nutzung des Systems eingeführt werden. Falls Meldungen in CIRS mit Personenangaben auftauchen, muss der Administrator bei der Auswertung der Meldungen alle Angaben, welche eine Pflegeperson identifizieren könnten, entfernen³⁰⁹.

5.5.2 Empfohlene Verhaltensregeln bei Schadenseintritt

Ist ein Schaden bei einem Patienten eingetreten, kommt es auf die richtige Verhaltensweise bei solch einem Zwischenfall an. In den nachfolgenden Punkten werden Situationen sowie der entsprechende Umgang mit den selbigen erläutert³¹⁰.

Der Patient hat das Recht auf unerwünschte Ereignisse mit einer Beschwerde zu reagieren. Hier ist das Verhalten der Mitarbeiter gefordert. Denn umso offener man die Beschwerde des Patienten annimmt, desto wahrscheinlicher ist ein friedvoller Ausgang³¹¹.

³⁰⁶ Vgl. Höfert, 2009, S. 245.

³⁰⁷ Vgl. Rall/Dieckmann/Stricke, 2007, 124.

³⁰⁸ Vgl. Rall/Dieckmann/Stricke, 2007, S. 127.

³⁰⁹ Vgl. Höfert, 2009, S. 246.

³¹⁰ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 130.

³¹¹ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 51.

Ablauf bei Zwischenfällen in einer Krankenanstalt

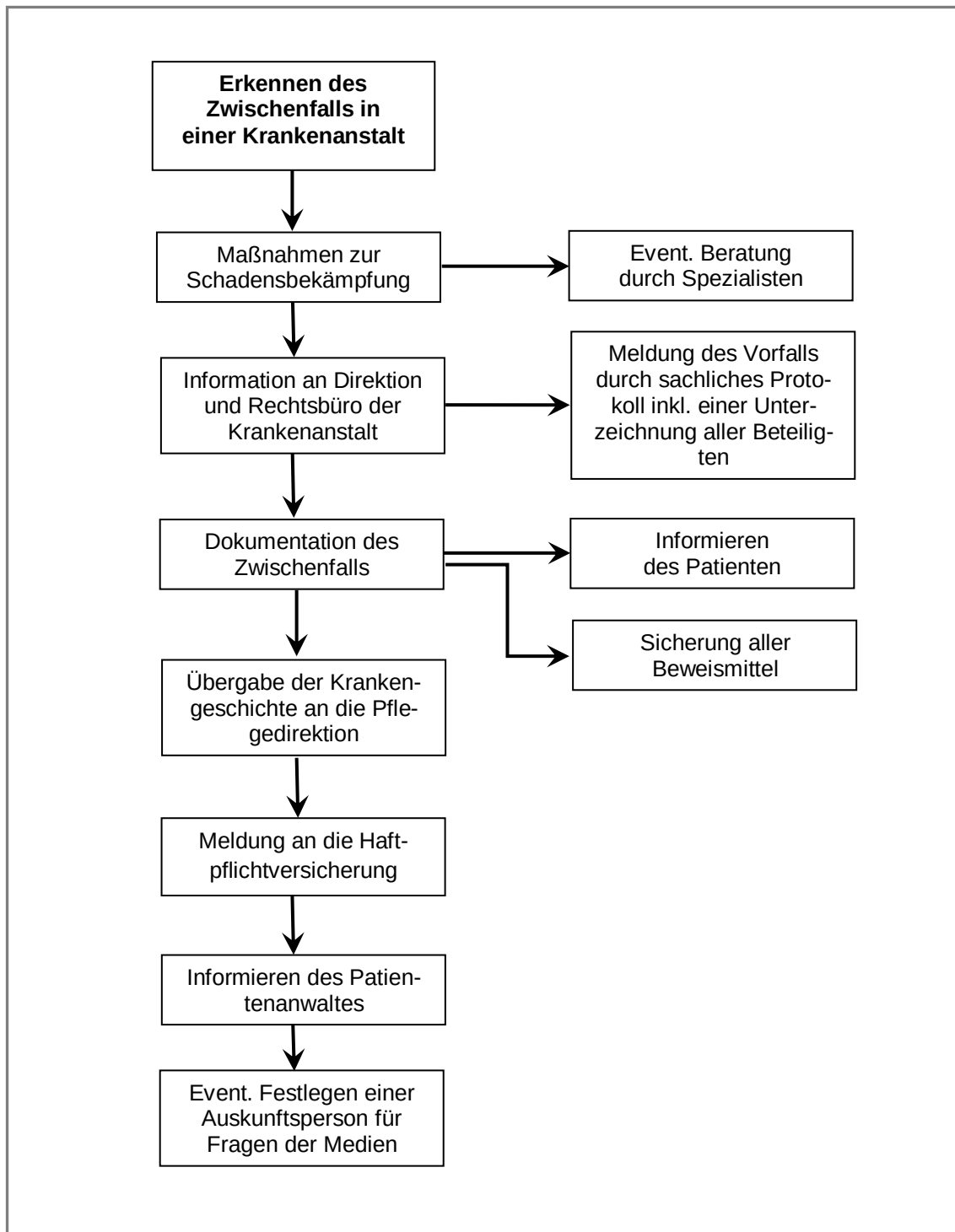


Abb. 14: Darstellung der Vorgehensweise bei Zwischenfällen in einer Krankenanstalt³¹².

³¹² Vgl. Modifizierte Abbildung aus: Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 129.

Information des Patienten/ der Angehörigen

Für die Information eines Patienten oder eines Angehörigen über einen eingetretenen Schaden gibt es leider keine strikte Verhaltensregel, welche sich in jeder Situation anwenden lässt. Zu beachten gilt, dass eine Sprache gewählt wird, welche auch der des Patienten bzw. des Angehörigen entspricht.

Der eigentliche Konflikt für den Berufsangehörigen ist jedoch ein wesentlich größerer. Zum Einen hat die Pflegeperson den Betroffenen zu informieren, zum Anderen setzt sie sich, indem sie dies tut, einer möglichen haftungsrechtlichen Verfolgung aus. In den allgemeinen Vertragsklauseln hat daher die Haftpflichtversicherung festgesetzt, dass bei der Information des Geschädigten ein Verschulden des Behandlers nicht einzugestehen ist. Genau gesagt, wird dies von der Haftpflichtversicherung sogar untersagt.

Laut *Paula* (2007) können Patienten und Angehörige für etwaige Komplikationen oder Fehler Verständnis aufbringen. In den meisten Fällen aber nur dann, wenn diese ihnen rechtzeitig mitgeteilt und darüber umfassend aufgeklärt werden. Ein Gerichtsverfahren entsteht daher erst dann, wenn sich bei Patienten und Angehörigen ein Gefühl des Misstrauens auftut³¹³.

Daher kann durch ein gut geführtes Gespräch sehr viel Konfliktpotenzial aus der Situation und für die weitere Vorgehensweise beseitigt werden. Ein mögliches gerichtliches Verfahren kann somit verhindert werden. Dem Patienten muss signalisiert werden, dass er ernst genommen wird und seine Anliegen Beachtung finden. Empfehlenswert ist, dass die Pflegedienstleitung oder der Chefarzt das Gespräch führt und zugleich ein weiterer Angestellter anwesend ist, welcher als Zeuge fungiert. Nach dem Gespräch mit dem Patienten sollte eine Notiz über den Inhalt des geführten Gesprächs gemacht werden und diese gesondert von den Patientenakten aufbewahrt werden.

Der Gesprächsführer hat dem Patienten oder dem Angehörigen mit Verständnis gegenüber zutreten und hat die Pflicht Auskunft über den Behandlungsprozess zu geben. Jedoch muss unbedingt darauf geachtet werden, welche Inhalte dem Patient frei gegeben werden, um nicht den Versicherungsschutz der Haftpflichtversicherung zu verlieren.

Das Gesetz schreibt nämlich vor, dass es keine Pflicht gibt, Fehler offen darzulegen. Erst recht nicht, wenn der Patient sich auch nicht ausdrücklich danach erkundigt. Die

³¹³ Vgl. *Paula*, 2007, S. 145.

Haftpflichtversicherung kann ihren Deckungsschutz verweigern, wenn die Pflegende oder der Arzt Äußerungen über „Schicksalhaftigkeit“, „Vermeidbarkeit eines Schadens“ oder „zweifelhafte Zusammenhänge“ über die Behandlung macht. Sobald man dem Patienten eingesteht, dass „etwas schief gelaufen ist“, verliert man den Schutz einer Haftpflichtversicherung. Wenn jedoch die Behandler einen tatsächlichen Fehler erkennen, gilt die Fehleroffenbarungspflicht. Der Patient muss umgehend aufgeklärt werden, um Behandlungen einleiten zu können, welche weitere Schäden am Patienten verhindern sollen. Diese Pflicht besteht natürlich auch dann, wenn der Patient nicht ausdrücklich danach fragt. Ansonsten würde der Behandler die Pflicht zur Sicherungsaufklärung verletzen³¹⁴.

Nach einem Patientengespräch muss überprüft werden, ob Beteiligte am Zwischenfall, wie zum Beispiel Assistenzärzte und Pflegekräfte keine widersprüchlichen Aussagen tätigen. Dienstanweisungen oder Teamgespräche sind daher empfehlenswert. Auf Anfragen des Patienten müssen ihm die zuständige Versicherungsnummer, Haftpflichtversicherung und Schadensnummer mitgeteilt werden. Ebenfalls kann der Gesprächsführende dem Patienten vorschlagen, den Fall von einer Schiedsstelle bzw. Schlichtungskommission zu regeln. Denn dadurch wird Verständnis und Bemühen zur Klärung gegenüber dem Betroffenen signalisiert³¹⁵.

Dokumentensicherung

Im Falle einer Aushandlung vor der Staatsanwaltschaft werden die Patientendokumente im Original von der Selbigen beschlagnahmt. Daher sollte man unbedingt, sobald eine mögliche Situation eines Patientenvorwurfs besteht, alle relevanten Dokumente kopieren. Denn nur so kann später eine Verteidigung umfassend ausgearbeitet werden. Die Herausgabe von Dokumentationsunterlagen an Patienten sollte über die Verwaltung oder einem Vorstandsmitglied organisiert werden. Der Empfänger der Patientenakte muss schriftlich festgehalten werden. Die Aushändigung an Dritte, wie etwa an Rechtsanwälte, darf nur erfolgen, wenn diese über eine Vollmacht verfügen³¹⁶.

³¹⁴ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 130 f.

³¹⁵ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 132.

³¹⁶ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 132 ff.

Verhalten gegenüber Haftpflichtversicherer

Bei einem Zwischenfall muss innerhalb einer Woche die Haftpflichtversicherung verständigt werden, ansonsten verliert die Krankenanstalt den Versicherungsschutz. Der Versicherung sind Kopien von allen relevanten Dokumenten sowie eine umfassende und wahrheitsgetreue Schilderung des Zwischenfalls zu übermitteln. Hier ist es für die Pflegeperson sinnvoll, einen Anwalt einzuschalten, der auf den entsprechenden Fall spezialisiert ist. Dieser kann Hilfestellungen bei dem Verfassen der eigenen Stellungnahme geben. Die Haftpflichtversicherung übernimmt jedoch diese Kosten des Anwalts nicht, erst dann, wenn es zu einer Klage vor Gericht kommt. Die Inanspruchnahme eines Rechtsanwaltes sollte daher unbedingt mit der eigenen Haftpflichtversicherung abgeklärt werden³¹⁷.

Verhalten gegenüber Krankenhausträger

Der Krankenhausträger muss ebenfalls über den Zwischenfall informiert werden. Diese Pflicht des Behandlers ist bereits in dessen Arbeitsvertrag der Krankenanstalt festgelegt. Nicht nur die Pflege muss einen Bericht an die Haftpflichtversicherung senden, sondern auch der Träger der Krankenanstalt muss eine Meldung abgeben. Bei einem möglichen Zivilverfahren gilt der Träger meist als Mitschuldiger. Im Besonderen auch dann, wenn sich der Zwischenfall auf ein Organisationsverschulden bezieht³¹⁸.

Verhalten gegenüber Schlichtungs- und Gutachterkommissionen

Wenn beide Parteien, Patient und Behandler, sich einverstanden zeigen, kann der Zwischenfall auch vor einer Schlichtungs- und Gutachterkommission geklärt werden. Dieses Verfahren ist kostenfrei und erfolgt durch einen Sachverständigen. Die Kommission entscheidet jedoch nie über die Schadenshöhe, sondern versucht den Zwischenfall nachzuvollziehen und ob der Schadensanspruch des Patienten berechtigt ist. Daher ist das abschließende Ergebnis einer Schlichtungsstelle auch nie ein endgültiges Ergebnis und kann immer noch vor Gericht getragen werden³¹⁹.

³¹⁷ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 134 f.

³¹⁸ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 135 f.

³¹⁹ Vgl. Koller/von Langsdorff, 2005, S. 136.

6 Die Pflege am Weg zu einer neuen Sicherheitskultur

Laut *Ulsenheimer* (2010) ist im deutschsprachigen Raum die absolute Zahl der zivil- und strafrechtlichen Gerichtsfälle in Pflege und Medizin nicht allzu hoch, doch die Tendenz steigt stark an. Dies gilt besonders für das Strafrecht. Das Gesundheitspersonal sieht sich bei jeder berufsbezogenen Tätigkeit einer ständigen Bedrohung ausgesetzt. Das heißt, dass sich die Pflege nicht nur auf ihre Aufgaben und Verantwortungsbereiche der spezifischen Handlungsfelder des Pflegeberufs, sondern auch immer auf die gegebene Rechtssituation fortbilden sollte³²⁰.

6.1 Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen

Festzuhalten ist nochmals, dass es keine rechtliche Verpflichtung in Österreich für das Betreiben von Risikomanagement gibt. Das *Gesundheitsqualitätsgesetz*, sowie § 5b des *Kranken- und Kuranstaltengesetz* (KAKuG) schreibt ausschließlich das Betreiben von Qualitätsmanagement vor. Diese Vorgaben schließen jedoch den Bereich des Haftungsrechts nicht mit ein.

Um nun den neuen Bedingungen im Gesundheitswesen stand halten zu können, kann RM auch ohne Änderung von gesetzlichen Grundlagen und Rechtsprechung in jeder Krankenanstalt und zu jeder Zeit eingesetzt werden³²¹. RM ist nicht lediglich eine Notwendigkeit für die Betriebswirtschaft, sondern längst auch eine Voraussetzung, Verpflichtung und Notwendigkeit im Qualitätsmanagement des österreichischen Gesundheitswesens³²². Dazu fehlt leider noch das notwendige Bewusstsein in vielen Gesundheitseinrichtungen. Würde RM über eine gesetzliche Bestimmung für Krankenanstalten verbindlich gemacht, könnte dies zu einer positiven Bewusstseinsentwicklung führen.

Obwohl Risikomanagement in der Verantwortung der Führungskräfte liegt, kann es nur durch die Hilfe jedes einzelnen Mitarbeiters einer Krankenanstalt gewährleistet werden. Doch wie bereits im Eingang der Arbeit ausführlich beschrieben, sind Mitar-

³²⁰ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 103 f.

³²¹ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 341.

³²² Vgl. Höfert, 2009, S. 220.

beiter einer Krankenanstalt nicht ausreichend sensibilisiert, um eine gelungene Sicherheitskultur zu betreiben.

Die sogenannte „Nullfehlerkultur“ in der Pflege und in weiteren Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung hemmt das Gelingen einer durchgängigen Implementierung von Risikomanagement. Diese „Nullfehlerkultur“ ist in den Köpfen des Gesundheitspersonals noch zu stark verankert und blockiert das essentielle „Lernen aus Fehlern“. Auch das Risikomanagementsystem CIRS kann nur funktionieren, wenn die Angst der Pflege vor haftungsrechtlichen Folgen genommen wird. Erst dann können RM-Systeme mit ausreichenden Daten über Fehlern und möglichen Schadensquellen versorgt werden.

Die Pflege und Medizin in Österreich ist jedoch noch weit davon entfernt, Fehler offen einzugestehen, ganz abzusehen von einem offenen Berichten der Fehler. Diese Tatsache resultiert aus der Angst, dass das „Zugeben von Fehlern“ etwaige haftungsrechtliche Folgen nach sich ziehen könnte.

Im deutschsprachigen Gesundheitsbereich scheint folgende Annahme vertreten zu sein: Indem das Risiko für den Patienten gesenkt wird, wird das Risiko einer haftungsrechtlichen Verfolgung für das Gesundheitspersonal erhöht³²³. Dieser Gedanke und die daraus resultierende Angst gilt aus den Köpfen der Pflegenden zu nehmen, um Fehler transparent zu machen und ein erfolgreiches Risikomanagement einführen zu können.

Aus diesem Grund muss auf der Gesetzesgrundlage angesetzt werden. Das Gesundheitspersonal darf nicht mit Berufsverbot, Strafverfolgung oder anderen Sanktionen für Fehler bestraft werden. Hier liegt eine Gradwanderung vor, denn natürlich soll sich Pflege und Medizin nicht im rechtsfreien Raum abspielen. Die Rechte der Patienten müssen selbstverständlich gewahrt bleiben und dies macht Kontrollen notwendig³²⁴. Das Risikomanagement soll berechnete Ansprüche auch nicht mit allen Mitteln abwehren, aber immer öfters müssen auch unberechtigte Rechtsansprüche von Patienten verhindert werden³²⁵.

³²³ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 337.

³²⁴ Vgl. Ulsenheimer, 2010, S. 156 f.

³²⁵ Vgl. Ujlaky, 2005, S. 69.

Laut *Ulsenheimer* (2010) wäre aufgrund der Gefahreneigtheit der Berufsbilder im Gesundheitswesen eine strafrechtliche Prüfung nur bei „grob fehlerhaftem und fahrlässigem Verhalten“ angebracht. Ein gemeinsamer Aufruf des Gesundheitspersonals, im Besonderen der Pflege- und Ärzteschaft, sowie der Juristen sollte getätigt werden, um einen Anstoß zur Veränderung der Gesetzeslage zu geben³²⁶.

6.2 Aufgaben der Führungskräfte im Krankenhaus – Bezugnahme auf Mitarbeiter

Führungskräfte und Mitarbeiter in Krankenanstalten brauchen geeignete Managementinstrumente, um den Qualitätsanforderungen und dem zunehmenden Wettbewerb unter den einzelnen Einrichtungen gerecht zu werden. Denn heutzutage stehen auch für Krankenanstalten die beiden Schlagworte „Wirtschaftlichkeit“ und „Produktivität“ an oberster Stelle³²⁷.

Die Erfüllung dieser Aspekte und die gleichzeitige Gewährleistung von Qualität und Patientenzufriedenheit ist nicht nur Aufgabe der Krankenhausleitung. Ohne dem Einsatz und Mitwirken aller Mitarbeiter einer Krankenanstalt lassen sich diese Kriterien nicht erfüllen. Die Mitarbeiter nehmen den wichtigsten Stellenwert ein, da sie den häufigsten und engsten Kontakt mit Patienten haben. Um die Kriterien „Qualität“ und „Patientenzufriedenheit“ gewährleisten bzw. sicherstellen zu können, muss also bei den Mitarbeitern angesetzt werden.

Wie bereits im Eingang der Arbeit näher beschrieben, muss ein Umdenken in der Fehlerkultur der Pflege stattfinden. Die Mitarbeiter müssen für einen richtigen Umgang mit Fehlern sensibilisiert werden, um aus den Fehlern lernen und sich selbst verbessern zu können³²⁸.

Die Krankenhausführung muss daher Anlaufstellen für ihre Mitarbeiter verfügbar und transparent machen. Solche Stellen könnten beispielsweise Folgende sein:

³²⁶ Vgl. *Ulsenheimer*, 2010, S. 157.

³²⁷ Vgl. *Löffing/Geise*, 2010, S. 67.

³²⁸ Vgl. *Keitel/Löffing/Kristen-Seydel*, 2010, S. 278 f.

- **Vorgesetzte** wie Abteilungsleiter, die Pflegedienstleitung, Oberschwester, die Direktion oder der Geschäftsführer. Hilfestellungen bei Problemen und Beschwerden zu geben, sind Aufgabe der Vorgesetzten und der Führungskräfte.
- **Personalvertretungen** stellen ebenfalls solche Anlaufstellen dar.
- **Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen** ist eine Stelle für Privatangestellte. Eine Anwältin berät in Gleichbehandlungsfragen.
- **Ärzttekammern** bieten Beratung bei Fragen und Problemen für Ärzte und Angehörige der Gesundheitsberufe³²⁹.

6.2.1 Mitarbeiterorientierung und -motivation

Um Qualität langfristig in die Strukturen und Prozessabläufe einer Krankenanstalt integrieren zu können, muss man auf dem Wissen und auf den Fähigkeiten der Mitarbeiter aufbauen. Sie müssen für die Erfolgskriterien einer Krankenanstalt informiert und sensibilisiert werden. Hier spielt ihre Motivation und innere Einstellung eine wesentliche Rolle³³⁰.

Die Mitarbeitermotivation zu fördern und zu erhalten ist eine der wichtigsten Führungsaufgaben. Seit Jahrzehnten schon, ist in fast allen Berufen diese Anforderung zu einem „Trend“ heran gewachsen. Unter dem breiten Angebot der Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter finden sich auch stets Seminare zur Förderung der Motivation³³¹.

Besonders die Profession Pflege ist als Dienstleistung auf die menschliche Interaktion konzentriert. Dadurch wird dem Patienten nicht nur die Qualifikation und Einstellung der einzelnen Pflegeperson, sondern auch die der Organisation präsentiert. Die Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter einer Krankenanstalt ist somit das „Aushängeschild“ einer Gesundheitseinrichtung³³².

Um Qualität gewährleisten zu können, müssen zahlreiche Bemühungen der Krankenhausleitung stattfinden. Um Verständnis von Mitarbeitern für Qualitätsprojekte zu erreichen, müssen diese auch erst für das Thema sensibilisiert werden. Leider sind Widerstände gegen grundsätzliche Veränderungen in Arbeitsstrukturen eine gängige

³²⁹ Vgl. Krepler/Hackl/Marzi, 2002, S. 85 f.

³³⁰ Vgl. Keitel/Löffing/Kristen-Seydel, 2010, S. 278 f.

³³¹ Vgl. Löffing/Hofmann/Splietker, 2006, S. 13.

³³² Vgl. Löffing/Hofmann/Splietker, 2006, S. 37.

Haltung. Aus diesem Grund müssen Mitarbeiter motiviert werden, indem ihnen Gründe für solche Veränderungen genannt werden. Durch Gespräche zwischen der Krankenhausleitung oder einem Personalcoach und den Mitarbeitern kann die Akzeptanz zu Veränderungen erzielt werden. Das Verständnis und die Motivation der Mitarbeiter sind die wichtigsten Ziele, welche es zu erreichen gilt, um ein aktives Risikomanagement in einen Betrieb einzuführen³³³.

Die Motivation von Mitarbeitern wird durch intrinsische und extrinsische Faktoren bestimmt. Unter den intrinsischen Faktoren versteht man persönliche Beweggründe, die eine Person zu einer bestimmten Handlung motivieren. Diese Faktoren sind etwa: Spaß an der Tätigkeit, eigenen Ziel- und Wunschvorstellungen oder Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Extrinsische Faktoren, die eine Person zu bestimmten Handlungen bewegt, beschreiben Rahmenbedingungen, welche in einer Organisation vor zu finden sind. Beispielsweise die Art der Unternehmensführung, das Arbeitsumfeld, die Atmosphäre in der Krankenanstalt oder die Kommunikation unter den Mitarbeitern³³⁴.

Daraus kann man schließen, dass Motivation vorwiegend individuell ist, da die intrinsischen Faktoren für Führungskräfte (fast) nicht einsehbar oder gar zu steuern sind. Um jedoch einen Einblick zu erhalten, sollte Folgendes beachtet werden:

- Die Krankenhausführung sollte ihre Mitarbeiter auf ihre Ziele, Wünsche und Bedürfnisse konkret ansprechen.
- Die Unternehmensziele müssen für alle Mitarbeiter transparent sein.
- Gegenseitiges Verständnis zwischen Krankenhausführung und Mitarbeitern ist notwendig.
- Motivation ist individuell, daher sollte bei unterschiedlichen Meinungen und Zielen mit Respekt und Sachlichkeit vorgegangen werden³³⁵.

³³³ Vgl. Keitel/Loffing/Kristen-Seydel, 2010, S. 278 f.

³³⁴ Vgl. Loffing/Hofmann/Splietker, 2006, S. 29 f.

³³⁵ Vgl. Loffing/Hofmann/Splietker, 2006, S. 41.

6.2.2 Simulationszentren

Um Mitarbeiter einer Krankenanstalt für neue Situationen zu motivieren, aber auch Sicherheit in ihrem Tun zu geben, können diese auf Zwischenfälle im Berufsalltag bestens vorbereitet werden. Es gibt eigens eingerichtet Zentren, in denen Notfallsituationen trainiert werden können. Das Trainingszentrum für Simulation und Patientensicherheit im Landeskrankenhaus Hohegg in Niederösterreich³³⁶ und die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg bieten solche Trainings für Pflege und Ärzte an. Durch dieses Angebot können Pflege, Ärzte, aber auch Studierende der Pflegewissenschaft und Humanmedizin bestmöglich auf unterschiedliche Risiko- und Gefahrensituationen vorbereitet werden. Ebenfalls wird über die Simulationszentren ein fachlicher Austausch mit internationalen Zentren gewährleistet, wodurch wiederum Best Practice abgeleitet und ermöglicht wird.

Um das Gesundheitspersonal für die neuen Anforderungen des Berufsalltages zu rüsten, sind Simulationen wichtige medizinische Aus- und Weiterbildungen. Es können unterschiedlichste Simulationen trainiert werden. Durch die verschiedenen Qualifikationsniveaus werden alle Berufsgruppen und Hierarchien – vom Studenten, über den Facharzt und der Diplomierten Pflege, bis hin zum Primararzt – trainiert. Dabei wird Know How für alltägliche Abläufe im Krankenhausalltag, aber auch für Krisensituationen erlernt. Die Simulationstrainings werden unter Beobachtung von speziellen Trainern abgehalten, welche danach ihr Feedback an die Teilnehmer richten. Die Ausbildungsinhalte reichen von fachlichen und theoretischem Wissen, dem sogenannten „skill training“, bis hin zu praxisnahen Themen, wie beispielsweise Kommunikation im Team, Teamwork für Alltagssituation zur Ablaufoptimierung („teamtraining“), bis hin zu Extremsituationen.

Die Simulationszentren verfolgen damit zwei grundlegende Ziele. Erstens werden dadurch die Patientensicherheit sowie die Qualitätssicherung erhöht und zweitens das Gesundheitspersonal bzw. Mitarbeiter einer Krankenanstalt bestmöglich auf Zwischenfälle vorbereitet. Somit schaffen die Zentren nicht nur Sicherheit für Patienten, sondern zugleich auch Sicherheit für Pflege und Ärzte im Berufsalltag³³⁷.

³³⁶ Vgl. Homepage Gesund und Leben in Niederösterreich, Simulationstraining.

³³⁷ Vgl. Homepage Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Simulationszentrum.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Grundsätzlich muss es darum gehen, aus Fehlern zu lernen, um Fehler zu vermeiden. Der medizinische Fortschritt, die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft, die immer älter werdende Gesellschaft und die zunehmenden Forderungen an Qualität und steigender Effizienz bei immer knapper werdenden Ressourcen stellen eine große Herausforderung an alle Angehörige des Gesundheitswesens dar. Zudem müssen die Patientensicherheit sowie die Qualitätssicherung und der Schutz für die Angehörigen der Profession Pflege gewahrt bleiben.

Das österreichische Gesundheitssystem hat den Nutzen und die Unerlässlichkeit von Risikomanagement erkannt und viele Krankenanstalten haben bereits erste Maßnahmen zu dessen Gewährleistung umgesetzt. Zum Beispiel sollen bis zum Jahr 2015 in allen Niederösterreichischen Landeskrankenanstalten ein klinisches Risikomanagement implementiert werden. Mittlerweile konnten in sechs Krankenanstalten aus dem niederösterreichischen Landesgebiet Risikoaudits durchgeführt werden. Drei von ihnen befinden sich bereits in der Maßnahmenumsetzung um Risiken vorzubeugen. Noch heuer soll in drei weiteren Krankenanstalten Niederösterreichs RM implementiert werden³³⁸.

Jedoch kann ein aktives und effektives RM durch alle Beteiligten im Behandlungsprozess nur dann gelingen, wenn grundsätzliche Voraussetzungen gegeben sind. RM erfordert das Eingehen und Kundtun von Fehlern um daraus lernen zu können. Aus diesem Grund muss vor allem ein Wandel in der österreichischen Fehlerkultur stattfinden. Hier muss unbedingt bei den Mitarbeitern einer Krankenanstalt angesetzt werden. Ihnen muss die Angst vor haftungsrechtlichen Konsequenzen genommen werden, denn nur so kann eine Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter gewährleistet werden.

Außerdem kann bzw. wird Risikomanagement in der österreichischen Gesundheitsversorgung ohne ein geeignetes Anreiz-System für Mitarbeiter nicht funktionieren. Der Bedarf eines solchen Systems ist hauptsächlich durch die österreichische „Nullfehlerkultur“ gegeben³³⁹. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern in der Pflege ist Voraussetzung für die Gewährleistung von Patientensicherheit und der Sicherheit für Mitarbeiter. Denn aufgrund der Angst des Gesundheitspersonals einen Fehler einzu-

³³⁸ Vgl. Haselmann, 2010, S. 23.

³³⁹ Vgl. Eiff, von/Middendorf, 2007, S. 58.

gestehen, der Angst vor Gesichtsverlust, Strafe oder gar einem Berufsverbot ist fahrlässiges Verhalten leider alltäglich. Pflege und Medizin werden dadurch verleitet, eigene Fehlhandlungen oder Unachtsamkeiten zu vertuschen und unter den „Teppich zu kehren“³⁴⁰.

Des Weiteren müssen in die alltägliche Gesundheitsversorgung Tools zur Risikobewältigung integriert werden. Wobei das Incident Reporting System (CIRS) wiederum ihren Nutzen verfehlen würde, wenn die Bereitschaft zu Eingeständnissen von Fehlern nicht vorhanden ist³⁴¹. Lange Zeit fehlte ein geschützter Raum für das Gesundheitspersonal um offen, angstfrei und frei von Sanktionen über Fehler und Behandlungsschäden berichten zu können sowie Erfahrungen austauschen zu können³⁴². In Österreich wurde dieser Raum in Form einer Internetplattform geschaffen. CIRSmedical.at ermöglicht den Austausch von Fehlern aller Berufsgruppen im Gesundheitsbereich. Berichte können schnell und anonym über die Plattform erstellt werden und gewähren für alle Beteiligten einen umfassenden Informationsaustausch³⁴³.

Innovationen im österreichischen Gesundheitssystem sind also notwendig. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) legt in ihrem Jahresbericht 2009 den Gesundheits- und Pflegebedarf nieder und schließt darauf, dass „ (...) *die Berufsbilder, Rollen, Funktionen, Tätigkeitsbereiche, Kompetenzen und die damit verbundenen Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nicht mehr adäquat aufgesetzt sind (GÖG/ÖBIG 2009).*“³⁴⁴ Das heißt, dass die derzeitigen Entwicklungen in Österreich auch adäquate Ausbildungen über geeignete Managementmethoden für das Gesundheitspersonal erfordern. Denn eine hoch entwickelte Gesundheitsversorgung auf technischer und wissenschaftlicher Basis, wie sie in Österreich vorzufinden ist, bringt immer zwei Aspekte mit sich: Zum Einen den Fortschritt, zum Anderen auch die Zunahme an Risiken³⁴⁵. Aus diesem Grund besteht ein dringender Handlungsbedarf im österreichischen Gesundheitssystem. Das Gesundheitspersonal braucht geeignete Ausbildungen um auf diese neuen Anforderungen und auf die Zunahme von Risiken reagieren zu können.

³⁴⁰ Vgl. Kahla-Witzsch/Platzer, 2007, S. 5 f.

³⁴¹ Vgl. Eiff, von/Middendorf, 2007, S. 58.

³⁴² Vgl. Sachverständigenrat, 2003, S. 63.

³⁴³ Vgl. Homepage cirsmedical.

³⁴⁴ Rottenhofer, 2010, S. 15.

³⁴⁵ Vgl. Steinbrucker/Jacobs, 1. Teil, 2004, S. 299.

An der Universität Wien konnte ein großer Schritt in diese Richtung getätigt werden. Ein neuer Lehrgang für „Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem“ wurde eingerichtet. Der Lehrgang richtet sich an alle Gesundheitsbeauftragten, welche in den Bereichen Risikomanagement und Fehlermanagement adäquat ausgebildet und für die neuen Bedingungen im Gesundheitswesen umfassend vorbereitet werden³⁴⁶. Wenn Maßnahmen für eine neue Fehlerkultur und für RM erfolgreich gesetzt werden wollen, müssen diese auf allen Hierarchieebenen und in allen Bereichen einer Krankenanstalt umgesetzt werden. Durch die komplexen Strukturen einer Krankenanstalt müssen alle Mitarbeiter erreicht werden, denn nur so kann RM gelingen!

Die größte Hürde für ein erfolgreiches RM ist daher die österreichische Fehler- bzw. Sicherheitskultur sowie die österreichische Rechtssituation. Denn solange das Gesundheitspersonal für Fehler bestraft wird bzw. dieses über rechtliche Konsequenzen unzureichend aufgeklärt bleibt, werden Fehler weiterhin vertuscht und nicht offen dargelegt. Und wenn darüber nicht offen berichtet wird, kann daraus auch nicht gelernt werden. Bevor also kein Bewusstseinswandel der Mitarbeiter stattfindet, keine Veränderungen in der haftungsrechtlichen Verfolgung und in der Praktizierung von entsprechenden Anreiz-Systemen im Gesundheitsbereich, kann sich das Gesundheitspersonal auch nicht veranlasst fühlen die Angst vor dem Kundtun von Fehlern abzulegen³⁴⁷.

³⁴⁶ Vgl. Homepage Universität Wien – Postgraduate Center, Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen.

³⁴⁷ Vgl. Eiff, von/Middendorf, 2007, S. 58.

8 Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.) (2008): Aus Fehlern lernen. Profis aus Medizin und Pflege berichten. 1. Auflage. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft.

Auch im Internet zum Downloaden:

http://www.gesundheits.de/bagp/BAGP-Dokumente/Aus_Fehlern_lernen.pdf

am: 04.02.2011

Bachinger, Gerald (2010): Außergerichtliche Streitbeilegung. In: Aigner, Gerhard/ Kletečka, Andreas/ Kletečka-Pulker, Maria/ Memmer, Michael (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Verlag Manz.

Bergmann, Karl, Otto (2007): Grundlagen der zivilrechtlichen Haftung des Arztes und des Krankenhausträgers. In: Eiff von, Wilfried (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. 2. Auflage. Wegscheid: Verlag WIKOM.

Bierther, Romy, Isabel (2010): Recht in der Pflege. In: Loffing, Christian/ Geise, Stephanie (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Büker, Christa (2010): Spezielle Aufbau- und Ablauforganisation des Pflegeunternehmens. In: Loffing, Christian/ Geise, Stephanie (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Eberl, Inge/ Köppl, Walburga (2007): Pflegerisches Risikomanagement. Sicherheit mit System. In: Die Schwester – Der Pfleger, 46. Jg., Heft 5, S. 402-407.

Eickhoff, Axel/ Riemann, Jürgen, F. (2003): Schutzmechanismen aus politischer Sicht. In: Graf, Volker/ Felber, Andreas/ Lichtmannegger, Raimund (Hrsg.): Risk Ma-

nagement im Krankenhaus. Risiken begrenzen und Kosten steuern. Neuwied, Köln, München: Verlag Luchterhand.

a) *Eiff von, Wilfried* (2007): Beschaffungsmanagement: Vom Preisvergleich zum Risk Assessment. In: *Eiff von, Wilfried* (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Band 2, 2. Auflage. Wegscheid: Verlag WIKOM.

b) *Eiff von, Wilfried* (2007): Kein Vorwort des Herausgebers, das Problem spricht für sich: 99% Sicherheit reichen nicht aus. In: *Eiff von, Wilfried* (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Band 2, 2. Auflage. Wegscheid: Verlag WIKOM.

c) *Eiff von, Wilfried* (2007): Schwerpunkt: Anwendung von Medizinprodukten. Beschaffungsmanagement: Vom Preisvergleich zum Risk Assessment. In: *Eiff von, Wilfried* (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Band 2, 2. Auflage. Wegscheid: Verlag WIKOM.

Eiff von, Wilfried/ Middendorf, Conrad (2007): Grundlagen des Risikomanagements im Krankenhaus. Klinisches Risikomanagement – CKM Trendstudie zur Umsetzung in deutschen Krankenhäusern. In: *Eiff von, Wilfried* (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. 2. Auflage. Wegscheid: Verlag WIKOM.

Felber, Andreas/ Radomsky, Sabine/ Trengler, Christine (2003): Der Risk Management-Prozess. In: *Graf, Volker/ Felber, Andreas/ Lichtmannegger, Raimund* (Hrsg.): Risk Management im Krankenhaus. Risiken begrenzen und Kosten steuern. Neuwied, Köln, München: Verlag Luchterhand.

Glazinski, Rolf/ Wiedensohler, Ralph (2004): Patientensicherheit und Fehlerkultur im Gesundheitswesen. Fehlermanagement als interdisziplinäre Aufgabe in der Patientenversorgung. 1. Auflage. Eschborn: Verlag VRG.

Graebe-Adelssen, Sebastian, Jan (2003): Risk Management – die Sicht von außen. In: Graf, Volker/ Felber, Andreas/ Lichtmanegger, Raimund (Hrsg.): Risk Management im Krankenhaus. Risiken begrenzen und Kosten steuern. Neuwied, Köln, München: Verlag Luchterhand.

Gurcke, Ingo/ Falke, Jörg/ Mildenerger, Dieter (2006): Klinisches Risikomanagement als unverzichtbarer Bestandteil der Planung, Organisation und Umsetzung von Qualitätsmanagement – ein Praxisbericht. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Strategie Risikomanagement. Konzepte für das Krankenhaus und die Integrierte Versorgung. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Haselmann, Doris (2010): Klinisches Risikomanagement in den NÖ Landeskliniken. In: Qualitas, Heft 4, S. 23.

Hauke, Eugen (2005): Warum ist Patientensicherheit so wichtig? Patientensicherheit – professionelle und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Holzer, Elke/ Thomeczek, Christian/ Hauke, Eugen/ Conen, Dieter/ Hochreutener, Marc-Anton (Hrsg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Verlag Facultas.

Heusinger von, Michaela/ Schenkel-Häger, Christof (2007): Risk Management als ein Teil der Krankenhausorganisation. In: Eiff von, Wilfried (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/ Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. 2. Auflage. Wegscheid: Verlag WIKOM.

Hinger, Susanne (2010): Ethische Kompetenz, Rechtssicherheit und Fehlermanagement. Führungskräfte im Gesundheitssystem. Interview mit Dr. Maria Kletečka-Pulker. In: klinik – Interdisziplinäre Zeitschrift für das Krankenhaus, 20. Jg., Ausgabe 6, S. 12-13.

Hochreutener, Marc-Anton/ Conen, Dieter (2005): Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen? In: Holzer, Elke/ Thomeczek, Christian/ Hauke, Eugen/ Conen, Dieter/ Hochreutener, Marc-

Anton (Hrsg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Verlag Facultas.

Hofmarcher, Maria, M./ Rack, Herta, M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Höfert, Rolf (2009): Von Fall zu Fall – Pflege im Recht: Rechtsfragen in der Pflege von A-Z. 2. Auflage, Berlin: Verlag Springer.

Jacobs, Peter (2007): Schluss mit der Suche nach dem Schuldigen. Risikomanagement. In: Die Schwester – Der Pfleger, 46. Jg., Heft 5, S. 394-396.

Kahla-Witzsch, Anette, Heike/ Platzer, Olga (2007): Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Keitel, Petra/ Loffing, Christian/ Kristen-Seydel, Eva-Maria (2010): Qualitätsmanagement für Pflegeunternehmen. In: Loffing, Christian/ Geise, Stephanie (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Kletečka, Andreas (2010): Zivilrechtliche Haftung (Schadenersatz). In: Aigner, Gerhard/ Kletečka, Andreas/ Kletečka-Pulker, Maria/ Memmer, Michael (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Verlag Manz.

Kletečka-Pulker, Maria (2010): Rechtsgrundlagen der Behandlung. In: Aigner, Gerhard/ Kletečka, Andreas/ Kletečka-Pulker, Maria/ Memmer, Michael (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Verlag Manz.

Koller, Christian/ Langsdorff, Udo von (2005): Risikomanagement im Krankenhaus. Gesundheitswesen in der Praxis. Heidelberg: Verlag Economica.

Krämer, Peter (2007): Risikomanagement oder Qualitätsmanagement. In: Ennker, Jürgen/ Pietrowski, Detlef/ Kleine, Peter (Hrsg.): Risikomanagement in der operativen Medizin. Darmstadt: Verlag Steinkopff.

Krepler, Reinhard/ Hackl, Judith, R./ Marzi, Leopold-Michael (2002): Recht im Krankenhausalltag. Ein Ratgeber für Pflegepersonal, Ärzte und Patienten. Wien: Verlag LexisNexis.

Krupan, Martina (2010): Haftpflichtversicherung. In: Aigner, Gerhard/ Kletečka, Andreas/ Kletečka-Pulker, Maria/ Memmer, Michael (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Verlag Manz.

Loffing, Christian/ Geise, Stephanie (2010): Unternehmensorganisation und Management des Pflegeunternehmens. In: Loffing, Christian/ Geise, Stephanie (Hrsg.): Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Loffing, Christian/ Hofmann, Cindy/ Splietker, Marcus (2006): Mitarbeitermotivation leicht gemacht. Tipps für die Motivationsarbeit. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Maryschka, Christian (2008): Einführung von Risikomanagement in einer Großorganisation. Die Doppelstrategie des Wiener Krankenanstaltenverbundes. In: Qualitas, S. 22-24.

Middendorf, Conrad (2007): Aufgaben, Inhalte und Ansatzpunkte des Risikomanagements. In: Eiff, Wilfried von (Hrsg.): Risikomanagement. Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Wegscheid: Verlag WIKOM.

Mikus, Barbara (2001): Risiken und Risikomanagement – ein Überblick. In: Götze, Uwe/ Henselmann, Klaus/ Mikus, Barbara (Hrsg.): Risikomanagement. Beiträge zur Unternehmensplanung. Heidelberg: Physica Verlag.

Müller, Jürgen, Assessor (2003): Risk Management – die Sicht von innen. In: Graf, Volker/ Felber, Andreas/ Lichtmanegger, Raimund (Hrsg.): Risk Management im Krankenhaus. Risiken begrenzen und Kosten steuern. Neuwied, Köln, München: Verlag Luchterhand.

Paula, Helmut (2007): Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag. Heidelberg: Verlag Springer.

Paula, Helmut (2003): Patientensicherheit und Risikomanagement in der Pflege. Zwischenfälle vermeiden. Die Schwester – Der Pfleger; 42. Jg., 5/03, S. 369-373.

a) *Pietrowski, Detlef/ Ennker, Jürgen* (2007): Begriffserklärung Risiko. In: Ennker, Jürgen/ Pietrowski, Detlef/ Kleine, Peter (Hrsg.): Risikomanagement in der operativen Medizin. Darmstadt: Verlag Steinkopff.

b) *Pietrowski, Detlef/ Ennker, Jürgen* (2007): Berichtssysteme in anderen Ländern – ein Blick über den Tellerrand. In: Ennker, Jürgen/ Pietrowski, Detlef/ Kleine, Peter (Hrsg.): Risikomanagement in der operativen Medizin. Darmstadt: Verlag Steinkopff.

Reason, James (1994): Menschliches Versagen. Psychologische Risikofaktoren und moderne Technologien. Heidelberg: Akademischer Verlag Spektrum.

Rohe, Julia/ Beyer, Martin/ Gerlach, M., Ferdinand (2005): Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. Begriffe und Definitionen. In: Holzer, Elke/ Thomeczek, Christian/ Hauke, Eugen/ Conen, Dieter/ Hochreutener, Marc-Anton (Hrsg.): Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Verlag Facultas.

Sauerwein, Elmar/ Thurner, Matthias (1998): Der Risiko-Management Prozess im Überblick. In: Hinterhuber, Hans/ Sauerwein, Elmar/ Fohler-Norek, Christine (Hrsg.): Betriebliches Risikomanagement. Wien: Verlag Österreich.

Schrems, Berta (2008): Qualitätsmanagement. Vortrag im Rahmen der Vorlesung Qualitätsmanagement auf der Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft.

Schwamberger, Helmut (2004): Patienten- und Klientenschutz im Gesundheits- und Heimbereich. Wien, Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Sieber, Bernd (2007): Ökonomische Betrachtungen zum Risikomanagement im Krankenhaus. In: Ennker, Jürgen/ Pietrowski, Detlef/ Kleine, Peter: Risikomanagement in der operativen Medizin. Darmstadt: Verlag Steinkopff.

Skeirat, Marco (2004): Risikomanagement in der Pflege. Sicherheit mit System. In: Pflegezeitschrift, 57. Jg., Heft 5, S. 347-348.

Soder, Barbara (2007): Patientenvertretung und Patientenrechte in Tirol. In: Eberhard, Harald/ Gamper, Anna/ Lachmayer, Konrad/ Thallinger, Gerhard (Hrsg.): Gesundheits- und Pflegewesen im Umbruch. Ein euroregionaler Rechtsvergleich. Wien: Verlag Facultas.

Staudinger, Charlotte (2008): Mit Wissen gegen die Angst: Risikomanagement im Wiener Krankenanstaltenverbund. In: Qualitas, Heft 2, S. 23.

Steinbrucker, Sabine/ Jacobs, Peter (2004): Risikomanagement. Fehler und Gefahren als Chance begreifen. Risikomanagement auf der Intensivstation als zentraler Bestandteil von Qualität, 1. Teil. In: Die Schwester – Der Pfleger, Heft 4, 43. Jg., S. 299-303.

Steinbrucker, Sabine/ Jacobs, Peter (2004): Risikomanagement. Fehler und Gefahren als Chance begreifen. Risikomanagement und die Rechtsbedeutung für den Intensivbereich, 2. Teil. In: Die Schwester – Der Pfleger, Heft 5, 43. Jg., S. 390-394.

Stöger, Karl (2010): Rechtliche Aspekte von Qualitätssicherung in der Medizin. In: Aigner, Gerhard/ Kletečka, Andreas/ Kletečka-Pulker, Maria/ Memmer, Michael (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Verlag Manz.

Tipold, Alexander (2010): Die strafrechtliche Verantwortung. Rechtsfolgen bei Fehlverhalten von Ärzten und sonstigen Vertretern von Gesundheitsberufen. In: Aigner,

Gerhard/ Kletečka, Andreas/ Kletečka-Pulker, Maria/ Memmer, Michael (Hrsg.):
Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Wien: Verlag Manz.

Trill, Roland (2000): Krankenhausmanagement. Aktionsfelder und Erfolgspotentiale.
2. Auflage. Neuwied, Kriftel: Verlag Luchterhand.

Ujlaky, Raphael (2005): Innovations-Risikomanagement im Krankenhaus. Dissertation
an der Universität der Bundeswehr München. Frankfurt am Main: Peter Lang, Euro-
päischer Verlag der Wissenschaften.

Ulsenheimer, Klaus/ Sozietät Ulsenheimer, Friederich (Hrsg.) (2010): Ulsenheimer
Medizinrechtliche Schriften. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Weiss, Hanspeter/ Zieres, Gundo (2008): Fehlervermeidung und -management in
Medizin und Pflege. Fehler vermeiden – erkennen – beheben.1.
Aufl. Dienheim: Verlag Iatros.

Internet

Bachinger, Gerald (2006): Patienten helfen. Die PatientInnenrechte als Integrations-element im Medizinrecht. Online im WWW unter URL:

[http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/letter_noe_p
pa/0602_Bachinger_Patientenrechte_als_Integrationselement.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/letter_noe_pa/0602_Bachinger_Patientenrechte_als_Integrationselement.pdf)

am: 03.06.2010

Homepage Aktionsbündnis Patientensicherheit. Agenda Patientensicherheit 2006.

Online im WWW unter URL: [http://www.german-coalition-for-patient-
safety.org/apsside/Agenda_Patientensicherheit_2006.pdf](http://www.german-coalition-for-patient-safety.org/apsside/Agenda_Patientensicherheit_2006.pdf)

am: 10.02.2011

Homepage Arbeit-Beruf-Karriere. Kaizen-Philosophie im Total Quality Management.

Online im WWW unter URL:

<http://www.arbeka.de/a99-kaizen-philosophie-im-total-quality-management.php>

am: 11.10.2010

Homepage ARGE Selbsthilfe Österreich. Broschüre Patientenrechte und Arzneimittel. Informationen und Wissenswertes. Online im WWW unter URL:

http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/files/Patientenrechte-Brosch_FINAL.pdf

am: 10.02.2011

Homepage Bundesministerium für Gesundheit. Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2010. Online im WWW unter URL:

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/
Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010)

am: 04.02.2011

Homepage CIRSmedical. Online im WWW unter URL:

<http://www.cirsmedical.at/index.php?id=71>

am: 20.01.2011

Homepage CIRSmedical. Statistik von CIRSmedical Austria. Online im WWW unter URL: https://www.cirsmedical.ch/austria/m_files/cirs.php?seitennr=cpNews
am: 01.03.2011

Homepage Fremdwort.de. Begriff „Risiko“. Online im WWW unter URL: <http://www.fremdwort.de/suche.php>
am: 07.10.2010

Homepage Gesund und Leben in Niederösterreich. Simulationstraining. Online im WWW unter URL: <http://www.gesundundleben.at/index.php?id=2169>
am: 28.02.2011

Homepage Gesundheit Österreich GmbH. BIQG-Aufgaben.
Online im WWW unter URL: <http://www.goeg.at/de/BIQG.html>
am: 15.10.2010

Homepage Gesundheit Österreich GmbH. FGÖ-Aufgaben.
Online im WWW unter URL: <http://www.goeg.at/de/FGOE.html>
am: 02.09.2010

Homepage Gesundheit Österreich GmbH. ÖBIG-Aufgaben.
Online im WWW unter URL: <http://www.goeg.at/de/OEBIG-Aufgaben.html>
am: 15.10.2010

Homepage Gesundheit Österreich GmbH. Österreichischer Strukturplan Gesundheit.
Online im WWW unter URL: <http://www.goeg.at/de/ThemaDetail/Krankenhaus.html>
am: 27.08.2010

Homepage Gesundheit Österreich GmbH. Patientensicherheit und Qualitätsinformationen. Online im WWW unter URL: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientensicherheit-und-Qualitaetsinformation.html>
am: 20.01.2011

Homepage Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Einführung eines CIRPS im Unfallkrankenhaus Graz. Online im WWW unter URL:
http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=68513&p_tabid=2&p_pubid=634013
am: 20.01.2011

Homepage Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn. Projekt „Krankenhausbefragung und Sicherheitskultur“. Online im WWW unter URL:
<http://www.ifpsbonn.de/projekte-1/projekte/projekt-krankenhausbefragung-und-sicherheitskultur>
am: 20.01.2011

Homepage KTQ. Zertifizierte Einrichtungen. Online im WWW unter URL:
<http://www.ktq.de/Zertifizierte-Einrichtungen.46.0.html>
am: 02.09.2010

Homepage Medizinische Hochschule Hannover (2007): Reader Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Public Health. Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Online im WWW unter URL:
http://studium.echsi.de/klinik/quer/Reader_Gesundheits_konomie_ss07.pdf
am: 14.10.2010

Homepage NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. Online im WWW unter URL:
<http://www.patientenanwalt.com/home.html>
am: 04.02.2011

Homepage NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. NÖ Patienten-Entschädigungsfonds. Online im WWW unter URL:
<http://www.patientenanwalt.com/ihre-rechte/noe-patienten-entschaedigungsfonds.html>
am: 06.09.2010

Homepage NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. NÖ Patienten-Entschädigungsfonds. Geschäftsordnung der Entschädigungskommission.

Online im WWW unter URL:

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/02_ihre_rechte/Geschaeftsordnung_08_NOE_Patienten-Entschaedigungsfonds.pdf

am: 20.08.2010

Homepage NÖ Patienten-Entschädigungsfonds. Tätigkeitsberichte 2008 und 2009.

Online im WWW unter URL:

<http://www.patientenanwalt.com/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte-zum-thema-noe-patienten-entschaedigungsfonds.html>

am: 04.02.2011

Homepage OECD. Gesundheitsdaten 2010 – Österreich im Vergleich.

Online im WWW unter URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/14/25/39001223.pdf>

am: 09.09.2010

Homepage OECD. OECD Länder kämpfen mit steigenden Gesundheitsausgaben.

Online im WWW unter URL:

http://www.oecd.org/document/6/0,3343,en_2649_34631_16662342_1_1_1_1,00.html

am: 14.10.2010

Homepage ÖQMed. Online im WWW unter URL:

<http://www.oeqmed.at/index.php?id=2>

am: 20.01.2011

Homepage Paracelsus Medizinische Privatuniversität. Simulationszentrum. Online im

WWW unter URL: <http://www.pmu.ac.at/de/1320.htm>

am: 30.01.2011

Homepage Plattform Patientensicherheit. Online im WWW unter URL:

<http://www.plattformpatientensicherheit.at/>

am: 05.04.2010

Homepage RIS. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem. Online im WWW unter URL: <http://www.ris.bka.gv.at/default.aspx>

am: 01.03.2011

Homepage Schiedsstelle der Niederösterreichischen Ärztekammer. Tätigkeitsbericht 2009. Online im WWW unter URL:

http://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1006924_185310/858ebde9/schiedsstelle-0510-low.pdf

am: 20.08.2010

Homepage Stadt Wien. Erfolgreiche Zertifizierungen nach ISO 9001:2000. Online im WWW unter URL: <http://www.wien.gv.at/rk/msg/2006/0922/011.html>

am: 07.06.2010

Homepage Stadt Wien. Wehsely präsentiert den Juristischen Notfallkoffer im AKH Wien. Online im WWW unter URL: <http://www.wien.gv.at/rk/msg/2008/0818/005.html>

am: 07.06.2010

Homepage Statistik Austria. Gesundheitsausgaben in Österreich laut dem „System of Health Accounts“ – Ergebnisse. Online im WWW unter URL:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index2

am: 01.06.2010

Homepage Universität Basel – Institut Pflegewissenschaft. Implizite Rationierungen in der Pflege. Online im WWW unter URL:

http://www.unibas.ch/index.cfm?uuid=A21CD11DC09F28B634A7E1E149DA8BC0&type=search&show_long=1

am: 28.01.2010

Homepage Universität Wien. Postgraduate Center – Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen. Online im WWW unter URL:

<http://www.postgraduatecenter.at/lehrgaenge/gesundheit-soziales/patientensicherheit-und-qualitaet-im-gesundheitssystem/>

am: 04.02.2011

Klie, Thomas/ Pfundstein, Thomas (2005): Risiko – Management in der Stationären Pflege. Ein Leitfaden zur Methodik und Praxis im Umgang mit Pflegerisiken. Online im WWW unter URL:

<http://www.theelements.de/PDF/Riskmanagement-Endbericht-Versand.pdf>

am: 02.03.2010

Österreichische Ärztezeitung. Nr. 11/10.06.2009. Fachtagung Spital 2009. Erst neue Strukturen, dann Veränderungen? Online im WWW unter URL:

<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2009/oeaez-11-10062009/fachtagung-spital-2009-neue-strukturen-fuer-gesundheitswesen.html>

am: 27.08.2010

Preuß, Johanna/ Dettmeyer, Reinhard/ Madea, Burkhard (2005): Begutachtung behaupteter letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin. Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadensforschung. Bundesweite Multicenterstudie des Instituts für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Online im WWW unter URL: <http://www.verbraucherzentrale-bremen.de/download/gesundheit/Behandlungsfehlervorwuerfe.pdf>

am: 10.02.2011

Rottenhofer, Ingrid (2010): Arbeitsbereich Gesundheitsberufe (GÖG/ÖBIG). In: Jahresbericht 2009 der Gesundheit Österreich GmbH. Online im WWW unter URL:

<http://www.goeg.at/de/Ueber-Uns.html>

am: 27.08.2010

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten Kurzfassung.

Online im WWW unter URL:

<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf>

am 07.10.2010

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft. Tätigkeitsbericht 2008 und 2009. Online im WWW unter URL:

<http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/berichte.html>

am: 04.02.2011

9 Anhang

Abstract

Diese Arbeit handelt über Klinisches Risikomanagement und dessen Nutzen für die Pflege. Als zentrale Problemstellung wird hier die österreichische „Nullfehlerkultur“ in der Pflege diskutiert. Der Nutzen von Risikomanagement wird nicht nur im angloamerikanischen, sondern auch bereits im deutschsprachigen Raum erkannt. Jedoch müssen für eine erfolgreiche Umsetzung und umfassende Implementierung von RM alle Mitarbeiter einer Krankenanstalt mit einbezogen werden. Um dies erreichen zu können, muss eine grundlegende Wandlung der vorherrschenden Kultur in den Krankenanstalten Österreichs vorgenommen werden. Die sogenannte „Nullfehlerkultur“ verhindert das offene Darlegen von Fehlern und somit auch das Lernen aus Fehlern. Die Angst der pflegenden Mitarbeiter vor haftungsrechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen ist zu groß. Die jetzige Fehlerkultur muss zu einer Sicherheitskultur generieren. Hierfür sind das Engagement der Führungskräfte von Gesundheitseinrichtungen sowie der Öffentlichkeit und der Politik gefragt. Jedoch am wichtigsten ist, Reformen im österreichischen Recht zu veranlassen. Die Pflege muss sich für ein offenes Darlegen von Fehlern vor dem Recht sicher fühlen. Die Angst vor haftungsrechtlichen Konsequenzen muss abgelegt werden und zugleich müssen die Patientensicherheit sowie deren Rechte gewahrt bleiben.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Katharina Kraus
Geburtsdatum: 28.04.1985
Staatsbürgerschaft: Österreich
Anschrift: A 1030 Wien, Hainburgerstrasse 66/19
Familienstand: Ledig

Ausbildung

2006 – 2011: Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft
an der Universität Wien
Juni 2006 Matura an der Höheren Bundeslehranstalt für Produktma-
nagement & Präsentation Oberwart

Berufserfahrung und Praktika

2010 – 2011 Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien - Gum-
pendorf, Abteilung Qualitätsmanagement
2009 – 2010 Agentur Dogwalker & Catsitter Service
2006 – 2010 Ordination Dr. Kraus
August 2004 Bezirkshauptmannschaft Oberwart
Juli 2004 Burgenländische Hianzische Gesellschaft – Haus der
Volkskultur