



PRÜFBERICHT

Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der KAGes

VORBEMERKUNGEN

Der Landesrechnungshof übermittelt gemäß Art. 52 Abs. 2 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) idgF. dem Landtag und der Landesregierung den nachstehenden Prüfbericht unter Einarbeitung der eingelangten Stellungnahmen einschließlich einer allfälligen Gegenäußerung.

Dieser Prüfbericht ist nach der Übermittlung auf der Website <http://www.lrh.steiermark.at> verfügbar.

Der Landesrechnungshof ist dabei zur Wahrung berechtigter Geheimhaltungsinteressen, insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz und auf Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, verpflichtet.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

In Tabellen und Anlagen des Prüfberichtes können bei den Summen von Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

Zitierte Textstellen und die eingelangten Stellungnahmen werden im Prüfbericht in kursiver Schriftart dargestellt.



LANDTAG STEIERMARK - LANDESRECHNUNGSHOF
Trauttmansdorffgasse 2 | A-8010 Graz

lrh@lrh-stmk.gv.at

T +43 (0) 316 877 2250

F +43 (0) 316 877 2164

<http://www.lrh.steiermark.at>



Berichtszahl: LRH-163470/2016-20

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG	6
1. ÜBERSICHT	8
1.1 Prüfungsrahmen	8
1.2 Stellungnahme zuständiges Regierungsmitglied	10
2. BESCHREIBUNG DER KAGES	11
2.1 Standorte und Auswahl der geprüften Einrichtungen	11
2.2 Aufbauorganisation der KAGes	14
3. GRUNDLAGEN ZUM RISIKOMANAGEMENT	16
3.1 Risikomanagement allgemein	16
3.2 Risikomanagement im Krankenhausbereich	18
3.3 Management von klinischen Risiken, Fehlern und Qualität	19
3.4 Umsetzung der Grundlagen eines RM in der KAGes	22
4. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DAS RM DER KAGES	26
5. STATUS RISIKOMANAGEMENT IN DER KAGES	29
5.1 Projekt zur Einführung des RM	29
5.2 Umsetzung des RM in der KAGes	32
5.2.1 Organisation.....	33
5.2.1.1 Aufbauorganisation.....	33
5.2.1.2 Ablauforganisation	35
5.2.2 Kommunikation - Information - Berichtswesen	36
5.2.3 Fehlermeldesystem (CIRS).....	41
5.2.4 Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)	46
5.2.5 IT-Systeme und Dokumentation im RM	48
5.2.6 Personalausstattung	49
5.2.7 Schulungen und Erfahrungsaustausch.....	52
5.2.8 Gesamtkosten des RM für die Jahre 2013 bis 2015	61
5.2.9 Organisatorische Zuordnung der OE-RR und der OE-QM.....	61
5.2.10 Conclusio zur Umsetzung des RM in der KAGes	67
5.3 Ziele des RM in der KAGes.....	68
5.3.1 Risikopolitik und Risikostrategie	68
5.3.2 Betriebs-, Berichterstattungs-, Compliance-Ziele	70
5.3.2.1 Ziele zur Strukturqualität.....	71
5.3.2.2 Ziele zur Prozessqualität	71
5.3.2.3 Ziele zur Ergebnisqualität	72
5.3.3 Ziele zu den Schadensfällen.....	74
5.3.3.1 Rückstellungen für Schadensfälle	74
5.3.3.2 Schadensdatenbank	76
5.3.3.3 Aufwendungen für Schadensfälle.....	77
5.3.4 Ziele zur Vermeidung strafrechtlicher Verurteilungen	77
5.3.5 Inzidenz-Ziele.....	78
5.3.6 Conclusio des LRH zu den operativen RM-Zielen der KAGes	80
5.4 Umsetzung in den Anstalten	81
5.4.1 Konzeptioneller Rahmen zur Umsetzung	81
5.4.2 Audits zum RM.....	83
5.4.3 Auswertung des Jahresberichtes Risikomanagement 2015.....	89
5.4.4 Umsetzung in den fünf Anstalten.....	91
5.4.4.1 Allgemeine Feststellungen zum RM	92
5.4.4.2 Feststellungen zu den Schwerpunkten.....	97
5.4.4.3 Musterbeispiele zum RM in den überprüften LKH und LPZ	109
5.4.5 Conclusio zur Umsetzung in den Anstalten	112

6. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....115

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A11	Abteilung 11 Soziales, Arbeit und Integration
A8	Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
CIRS	Critical Incident Reporting System
COSO	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
DP	Dienstposten
EBM	Evidence-Based Medicine; evidenzbasierte Medizin
EuNetPas	Europäische Plattform für Patientensicherheit
FM	Fehlermanagement
FMEA	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalysen
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GEKO	Geriatrischer Konsiliardienst
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	GmbH-Gesetz
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
IPS	Initiative PatientInnensicherheit Steiermark
ISO	International Organization for Standardization
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KMS	KAGes Management & Services
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen
LKH	Landeskrankenhaus, Landeskrankenhäuser
LKA	Landeskrankenanstalten
LPZ	Landespflegezentrum, Landespflegezentren
L&R	Learning & Reporting (Systeme)
LRH	Landesrechnungshof Steiermark
L-VG	Landes-Verfassungsgesetz 2010
M&M-Konferenzen	Mortalitäts&Morbidity-Konferenzen

MPM	Medizin- und Pflege-Management
MTD	medizinisch-technischer Dienst
OE	Organisationseinheit(en) (in der KAGes)
OE-QM	Organisationseinheit-Qualitätsmanagement
OE-RR	Organisationseinheit-Recht und Risikomanagement
ÖNORM	Norm des Austrian Standards Institute
ONR	Regeln des Österreichischen Normungsinstitutes (Austrian Standards Institute)
PaSEQ	Patientensicherheits- & Ergebnisqualitäts- Bericht
PPO	PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
QM	Qualitätsmanagement
R2C	risk to chance
RM	Risikomanagement
StGB	Strafgesetzbuch
StKAG	Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012
UGB	Unternehmensgesetzbuch
VZÄ	Vollzeitäquivalente
URÄG	Unternehmensrechts-Änderungsgesetz 2008
VbVG	Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit von Verbänden für Straftaten (Verbandsverantwortlichkeitsgesetz)
VstArbU	Vorstand-Arbeits-Unterlage der KAGes

KURZFASSUNG

Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte das Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes). Die Prüfung umfasste den Zeitraum ab Beschluss zur Einführung (2007) des Risikomanagements, primär wurden die Jahre von 2013 bis 2015 betrachtet. Prüfungsinhalte waren das Projekt zur Einführung, die Ziele und die Umsetzung des Risikomanagements. Die Funktionsfähigkeit wurde stichprobenartig in vier ausgewählten Landeskrankenhäusern sowie in einem Landespflegezentrum geprüft. Schwerpunkte der Prüfung waren das Entlassungsmanagement sowie Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich.

Mit der flächendeckenden Einführung eines Risikomanagements bis Ende 2014 entspricht die KAGes der gesetzlichen Verpflichtung zur Implementierung eines derartigen Systems. Das Risikomanagement-System der KAGes orientiert sich an der herrschenden Lehre (klinisches und Unternehmens-Risikomanagement). Unternehmensrisiken sollten im Rahmen eines KAGes-weiten Standards verstärkt in das Risikomanagement der Anstalten einbezogen werden. Aufbau und Ablauf der Organisation des Risikomanagements sind umfassend festgelegt und dokumentiert. Der Ablauf der Risikomanagement-Prozesse in den geprüften Anstalten erfolgt ordnungsgemäß. In den Risikomanagement-Berichten der Landeskrankenhäuser sollte auf die Veränderung der Risikolage verstärkt eingegangen werden. Die Berichte sollten durchgehend gleichlautend bezeichnet werden. Bis einschließlich 2016 wurden KAGes-weit 616 Risikomanager ausgebildet, davon sind noch ca. 84 % im Risikomanagement eingesetzt.

Das Konzept für die Umsetzung des Risikomanagements in den Anstalten ist nachvollziehbar und zweckmäßig. Es bestehen Regelungen zur Dokumentation. Für die Effektivität des Risikomanagements wurden Kontrollmechanismen sowie Erfolgskriterien festgelegt. Die Risikomanagement-Audits zeigen Potentiale zur Erhöhung der Wirksamkeit des Risikomanagement-Systems auf. Vorgegebene Durchführungsintervalle für die Audits sollten eingehalten werden.

Der im Rahmen der „Initiative Patientensicherheit“ angestrebte Indikatoren-Vergleich zwischen Gesundheitsdiensteanbietern findet noch nicht statt. Dieses Projekt sollte im Sinne einer Steigerung der Patientensicherheit mit Nachdruck betrieben werden.

In allen relevanten Qualitätsmanagement- und Risikomanagement-Prozessen zwischen der Organisationseinheit-Recht und Risikomanagement und der Organisationseinheit-Qualitätsmanagement sollten Abstimmungen erfolgen bzw. wechselseitige Einbeziehungen bestehen. Dies ist in Prozessbeschreibungen festzuhalten.

Trotz Einführung des Risikomanagements verzeichnen die Rückstellungen für Schadensfälle von 2010 (€ 21,5 Mio.) bis 2016 (€ 30,7 Mio.) einen starken Anstieg. Die Aufwendungen für Schadensfälle stiegen von 2011 (€ 5,8 Mio.) bis 2015 (€ 15,3 Mio.) stetig an. Aus der Sicht der KAGes trägt das Risikomanagement dazu bei, einen noch stärkeren Anstieg zu verhindern. Die KAGes-Vorgaben in Bezug auf den maximalen Anstieg der Rückstellungen für Schadensfälle wurden im Zeitraum 2010 bis 2016, außer im Jahr 2015, eingehalten.

Das vom Eigentümer vorgegebene Nicht-Versicherungsprinzip sollte evaluiert werden.

Mit der Einführung eines Fehlermeldesystems in allen Landeskrankenhäusern wurde die Basis für eine Fehlermeldekultur geschaffen. Das System ist funktionsfähig und entspricht den Anforderungen. Die noch ausstehende Implementierung in den Landespflegezentren sollte ehestmöglich umgesetzt werden.

Das Fehlermeldesystem, das Schadensmanagement sowie die Prüfberichte der Innenrevision stellen geeignete Instrumente zur Beurteilung der Risikolage in den Landeskrankenhäusern und Landespflegezentren dar.

Im Jahr 2016 erfolgte durch eine Konsolidierung die Reduktion der Risiken in den vom LRH überprüften Anstalten. Für Risikomanagement-Maßnahmen fehlen zum Teil Verantwortlichkeiten und Termine. Eine Anpassung ist hier vorzunehmen. Ebenso sind die Maßnahmen nachvollziehbar hinsichtlich der konkret vorzunehmenden Tätigkeiten zu beschreiben. Den Risiken sollten feste und periodenübergreifende Identifikationsnummern zugeordnet werden. Ein Projekt für eine gesicherte Befundvidierung ist derzeit in Bearbeitung, wurde aber noch nicht umgesetzt.

Eine Prozessbeschreibung zum stationären Entlassungsmanagement liegt vor. Anhand von Stichproben durch den LRH war eine ordnungsgemäße Dokumentation der Planung und Durchführung von Entlassungen im IT-System ersichtlich. Bezüglich ambulanter Entlassungen konnten keine Regelungen festgestellt werden. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko sollte eine an den Ambulanzbesuch anschließende Versorgung – unter Einbeziehung der Rettungsdienste – sichergestellt sein.

Die stichprobenartige Überprüfung der Risiken im Bereich „Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich“ durch den LRH ergab eine großteils ordnungsgemäße Umsetzung der Maßnahmen.

1. ÜBERSICHT

1.1 Prüfungsrahmen

Prüfungsgegenstand/ Prüfzeitraum	<p>Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte das Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.). Die Prüfung umfasste primär den Zeitraum vom 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2015.</p> <p>Weiters hat der LRH zur Nachvollziehung der Entwicklung des Risikomanagements (RM) in der KAGes zum Teil den Zeitraum ab 23. April 2007 einbezogen. Mit diesem Datum erfolgte per Beschluss des Vorstandes der Auftrag zur Implementierung eines RM.</p> <p>Ebenso wurden aus Gründen der Aktualität Sachverhalte der Jahre 2016 bzw. 2017 in die Prüfung aufgenommen.</p> <p>Im Rahmen der Beurteilung der Funktionsfähigkeit des RM hat der LRH stichprobenartig in vier ausgewählten Landeskrankenhäusern (LKH) sowie in einem Landespflegezentrum (LPZ) eine Überprüfung vorgenommen.</p> <p>Mit Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung vom 25. Oktober 2012 sowie mit Generalversammlungsbeschluss der KAGes vom 20. November 2012 wurde die Zuständigkeit für die vier LPZ des Landes vom Land Steiermark – Abteilung 11 Soziales, Arbeit und Integration (A11) – an die KAGes übertragen. Die organisatorische Umsetzung der Integration der LPZ Bad Radkersburg, Kindberg, Knittelfeld und Mautern folgte mit 1. Jänner 2013.</p>
Politische Zuständigkeit	<p>Gemäß der zum Zeitpunkt der Berichtsveröffentlichung geltenden Geschäftsverteilung der Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung liegt die politische Zuständigkeit seit dem 11. März 2014 bei Landesrat Mag. Christopher Drexler.</p>
Rechtliche Grundlage	<p>Die Prüfungszuständigkeit des LRH ist gemäß Art. 50 Abs.1 Z. 2 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) gegeben.</p> <p>Als Prüfungsmaßstäbe hat der LRH die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (Art. 49 Abs. 1 L-VG).</p> <p>Der LRH hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (Art. 49 Abs. 3 L-VG).</p> <p>Grundlage der Prüfung waren Auskünfte und / oder Unterlagen der KAGes, der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft (PPO), des</p>

	Gesundheitsfonds Steiermark sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des LRH.
Vorgangsweise	<p>Zunächst wurde vom LRH das bestehende RM in der KAGes erfasst sowie dessen Konzeption beurteilt.</p> <p>In einem weiteren Schritt wurde das RM in ausgewählten Schwerpunkten hinsichtlich Umsetzung und Funktionalität einer Prüfung unterzogen.</p> <p>Folgende zwei Schwerpunktthemen wurden hierbei vom LRH ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Entlassungsmanagement• Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich <p>Für die Prüfung der Umsetzung und Funktionalität wurden folgende fünf Anstalten (LKH und LPZ) bzw. Standorte einbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none">• LKH-Univ. Klinikum Graz• LKH Feldbach-Fürstenfeld, Standort Feldbach• LKH Mürzzuschlag-Mariazell, Standort Mürzzuschlag• LKH Bad Radkersburg (seit 1. Jänner 2017 im Verbund LKH Südsteiermark)• LPZ Bad Radkersburg <p>Im gegenständlichen Bericht werden jene geprüften Standorte, welche in Krankenhausverbänden integriert sind, aufgrund der einfacheren Lesbarkeit als „LKH“ bezeichnet. Somit werden diese geprüften Krankenanstalten im Bericht als LKH Bad Radkersburg, LKH Feldbach und LKH Mürzzuschlag bezeichnet.</p>
Stellungnahmen zum Prüfbericht	Die Stellungnahme von Landesrat Mag. Christopher Drexler wurde in kursiver Schrift direkt im Anschluss sowie in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet. Allfällige Repliken des LRH erfolgen nach der jeweils korrespondierenden Textstelle.

1.2 Stellungnahme zuständiges Regierungsmitglied

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich die Steiermärkische Krankenanstalten GmbH über die generell positive Beurteilung des LRH hinsichtlich des Risikomanagements der KAGes und diesbezüglicher Aktivitäten freut.

Die getroffenen Feststellungen werden als Ansporn gesehen, den bisherigen Weg konsequent weiter zu beschreiten.

Die Empfehlungen des Landesrechnungshofes werden seitens der KAGes im Rahmen der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement bzw. Risikomanagement bzw. der Steuerung des Gesamtunternehmens Berücksichtigung finden.

Lediglich betreffend der Empfehlung auf Seite 62 [Anmerkung LRH: nunmehr Seite 66], dass "auch RM in den Lehrplan der Medizinischen Universität Graz aufgenommen wird" ist darauf hinzuweisen, dass der Leiter der Stabsstelle QM-RM Risikomanagement an der Medizinischen Universität Graz unterrichtet.

2. BESCHREIBUNG DER KAGES

2.1 Standorte und Auswahl der geprüften Einrichtungen

Die KAGes wurde 1985 gegründet und stellt den organisatorischen Zusammenschluss der LKH der Steiermark dar. Seit 1. Jänner 2013 führt die KAGes auch die vier LPZ.

Die Gesellschaft steht zu 100 % im Eigentum des Landes Steiermark.

Gemäß Geschäftsbericht wurden im Jahr 2015 von der KAGes 260.688 Patienten stationär sowie 955.019 Patienten ambulant behandelt. Die Anzahl der Mitarbeiter betrug 17.547.

Die Leistungen der KAGes wurden 2016 in sechs Krankenanstaltenverbänden, neun LKH sowie vier LPZ erbracht.

Die Grafik auf der nächsten Seite stellt die Einrichtungen der KAGes dar, die vom LRH in die Schwerpunktprüfung einbezogenen fünf Anstalten sind rot hervorgehoben.

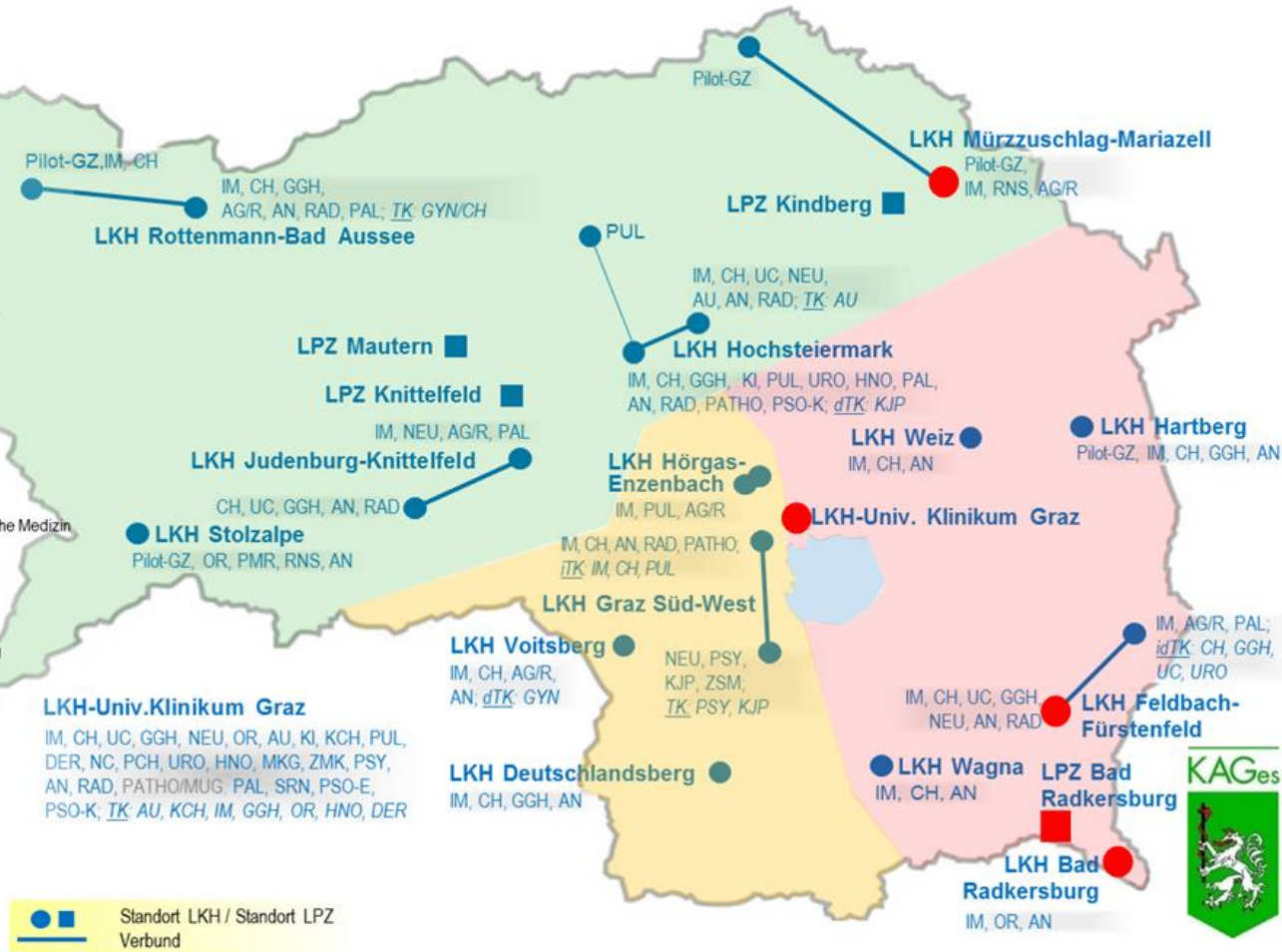
In der Tabelle auf der darauf folgenden Seite werden die von der KAGes im Jahr 2015 betriebenen LKH und Standorte mit der jeweiligen Anzahl an Fachbereichen, stationär oder ambulant betreuten Patienten sowie Beschäftigten ausgewiesen. Die in die Prüfung einbezogenen Standorte wurden vom LRH hervorgehoben.

Legende

AEE = Ambulante Erstversorgungseinheit
 AG/R = Akutgeriatrie/Remobilisation
 AN = Anästhesie
 AU = Augenheilkunde
 CH = Allgemein Chirurgie
 DER = Dermatologie
 GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe
 GYN = Gynäkologie
 GZ = Gesundheitszentrum
 HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
 IM = Innere Medizin
 KCH = Kinderchirurgie
 KI = Kinderheilkunde
 KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 LKH = Landeskrankenhaus
 LPZ = Landespflegezentrum
 MKG = Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 MUG = Medizinische Universität Graz
 NC = Neurochirurgie
 NEU = Neurologie
 OR = Orthopädie
 P = Pilot
 PAL = Palliativmedizin
 PATHO = Pathologie
 PCH = Plastische Chirurgie
 PMR = Phys. Medizin und Rehabilitation
 PSO-E = Psychosomatik - Erwachsene
 PSO-K = Psychosomatik - Kinder
 PSY = Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
 PUL = Pulmologie
 RAD = Radiologie
 RNS = Remobilisation und Nachsorge
 SNR = Strahlentherapie
 UC = Unfallchirurgie
 URO = Urologie
 ZAE = Zentrale Aufnahme- u. Erstversorgung
 ZMK = Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 ZSM = Zentrum für Suchtmedizin

dTK = dislozierte Tagesklinik
dWK = dislozierte Wochenklinik
iTK = interdisziplinäre Tagesklinik
TK = Tagesklinik

LKH = Landeskrankenhaus
 LPH = Landespflegeheim
 LPZ = Landespflegezentrum



Quelle: Internetseite der KAGes vom 6. Dezember 2016; in die Prüfung einbezogene Standorte wurden durch den LRH rot markiert. Anzumerken ist, dass seit 1. Jänner 2017 in der KAGes acht Krankenanstaltenverbünde bestehen. Das in die Prüfung einbezogene LKH Bad Radkersburg wird nun gemeinsam mit dem LKH Wagner unter dem Namen „LKH Südsteiermark“ geführt.

LKH	Fachbereiche inkl. TKL*, Schlaf- labor, Zentren ¹⁾	Stationäre Patienten ²⁾ %	Ambulante Patienten ³⁾ %	Beschäftigte (VZÄ) ⁴⁾ %
Bad Radkersburg	3	5.612 2 %	22.688 2 %	268 2 %
Deutschlandsberg	4	9.126 4 %	32.511 3 %	372 3 %
Feldbach - Fürstenfeld	7 4	19.305 7 %	71.770 8 %	914 6 %
Graz Süd - Graz West	8 6	24.879 10 %	49.629 5 %	1.764 12 %
Univ. Klinikum Graz	22	83.732 32 %	406.100 44 %	5.594 39 %
Hartberg	6	11.101 4 %	26.962 3 %	424 3 %
Hochsteiermark:				
Bruck	9	46.428 18 %	112.578 12 %	2.064 14 %
Leoben - Eisenerz	11 3			
Hörgas - Enzenbach	2 2	6.273 2 %	6.372 1 %	304 2 %
Judenburg - Knittelfeld	6 3	14.939 6 %	43.228 5 %	649 4 %
Mürzzuschlag - Mariazell	2 1	2.885 1 %	15.024 2 %	227 2 %
Rottenmann - Bad Aussee	7 5	10.817 4 %	35.143 4 %	550 4 %
Stolzalpe	5	6.831 3 %	29.066 3 %	448 3 %
Voitsberg	5	5.284 2 %	18.890 2 %	261 2 %
Wagna	4	8.102 3 %	32.547 3 %	385 3 %
Weiz	4	5.354 2 %	30.056 3 %	229 2 %
Summe (ohne LPZ)		260.668 100 %	932.564 100 %	14.453 100 %

Quelle: stationäre, ambulante Patienten und Beschäftigte aus Geschäftsbericht 2015 der KAGes, Fachbereiche aus den Internetseiten der Krankenanstalten vom 6. Dezember 2016; aufbereitet durch den LRH (*TKL = Tagesklinik)

- 1) Die Fachbereiche wurden den LKH vom LRH gemäß deren Internetseiten zugewiesen. Zu den Fachbereichen wurden auch Kompetenzzentren, das Gesundheitszentrum Mariazell und radiologische Institute hinzugezählt. Nicht berücksichtigt wurden andere interdisziplinäre Einrichtungen, Konsiliardienste sowie sonstige Gesundheitszentren.
- 2) Die Summe der stationären Patienten weicht in der Gesamtdarstellung des Geschäftsberichtes 2015 (Seite 3) von der Aufsummierung je Anstalt im Geschäftsbericht 2015 (Seite 37ff.) ab.
- 3) Die Summe der ambulanten Patienten weicht in der Gesamtdarstellung des Geschäftsberichtes 2015 (Seite 3) von der Aufsummierung je Anstalt im Geschäftsbericht 2015 (Seite 37ff.) ab.
- 4) Die Summe VZÄ (Vollzeitäquivalente) weicht von der Anzahl der Mitarbeiter gemäß Geschäftsbericht 2015 ab.

Der LRH hat bei der Auswahl der in die Prüfung einbezogenen Standorte eine risikoorientierte Vorgehensweise gewählt. Ziel war, Krankenanstalten mit Unterschieden in der Anzahl der Fachbereiche und Größe (Mitarbeiter, Patienten) sowie divergierender Schwerpunktsetzung in die Prüfung einzubeziehen.

Mit dem LKH-Univ. Klinikum Graz wurde daher die Zentralkrankenanstalt als größter Standort der KAGes ausgewählt (22 Fachbereiche laut obiger Tabelle, 32 % der stationären und 44 % der ambulanten Patienten). Die spezialisierten Einrichtungen dieses Hauses haben gemäß Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG) dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen.

Weiters wurden mit dem Standort Feldbach ein Haus mittlerer Größe (sieben Fachbereiche) sowie mit Bad Radkersburg (drei Fachbereiche) und Mürzschlag (zwei Fachbereiche) Häuser kleinerer Größe gewählt.

Zusätzlich wurde mit der Aufnahme des LPZ Bad Radkersburg das mit Anfang 2013 an die KAGes übertragene Aufgabenfeld „Pflege“ berücksichtigt.

2.2 Aufbauorganisation der KAGes

Im folgenden Organigramm sind die Organisationseinheiten (OE) – diese entsprechen Abteilungen – des KAGes-Managements sowie des KAGes-Services dargestellt. Ebenso sind die LKH sowie LPZ enthalten. Die OE Recht und Risikomanagement (OE-RR) sowie die OE Qualitätsmanagement (OE-QM) wurden ebenso wie die in die Prüfung schwerpunktmäßig einbezogenen fünf Anstalten (vier LKH, ein LPZ) vom LRH hervorgehoben.



Quelle: Geschäftsbericht 2015 der KAGes; aufbereitet durch den LRH

Gemäß Organigramm besteht die KAGes aus den beiden zentralen Bereichen „KAGes-Management“ und „KAGes-Services“ sowie dem operativen Bereich der LKH und LPZ. Die beiden Zentralbereiche werden in der KAGes auch gemeinsam als KMS (KAGes-Management und Services) bezeichnet, der LRH verwendet im gegenständlichen Bericht daher auch den Begriff „KMS“ bzw. „Bereich KMS“.

Im KAGes-Management werden die Aufgaben des RM und des Qualitätsmanagements (QM) von der OE-RR sowie der OE-QM wahrgenommen.

Es besteht somit auf zentraler Ebene eine organisatorische Trennung der Aufgabebereiche RM und QM.

3. GRUNDLAGEN ZUM RISIKOMANAGEMENT

3.1 Risikomanagement allgemein

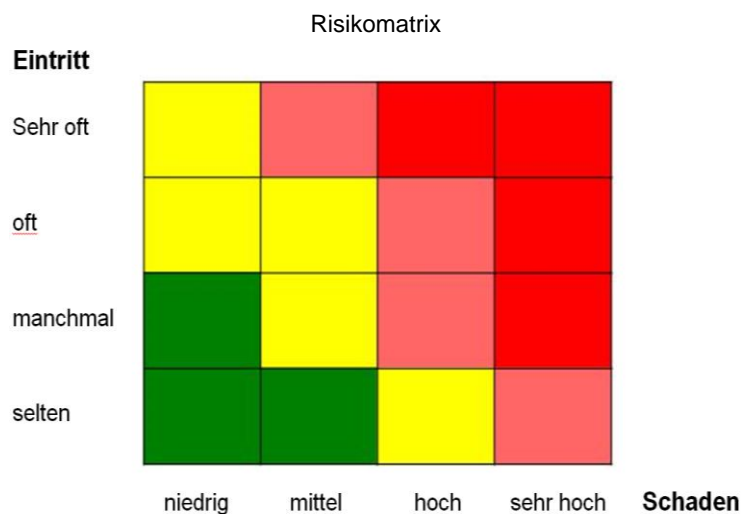
Risiken sind ein immanenter Bestandteil jeder unternehmerischen Tätigkeit. Als Risiko wird die Möglichkeit eines Schadens oder Verlustes in Folge eines bestimmten Verhaltens oder Ereignisses bezeichnet.

Als Gegenstück zu Risiken können Chancen betrachtet werden. Eine Chance stellt demnach die positive Auswirkung eines Ereignisses oder eines Verhaltens auf die Geschäftstätigkeit eines Unternehmens dar.

Gemäß ONR 49000 (Norm des Austrian Standards Institute) befasst sich das RM mit Prozessen und Verhaltensweisen, die darauf ausgerichtet sind, eine Organisation bezüglich Risiken zu steuern.

Der Aufgabenschwerpunkt des RM besteht in der Bestimmung der Risiken (Ereignisse). Die Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Risiken und die damit verbundene mögliche Schadenshöhe sollen mittels geeigneter (vorbeugender) Steuerungsmaßnahmen minimiert werden. Risiken mit untergeordneter Eintrittswahrscheinlichkeit und / oder geringer resultierender Schadenshöhe werden im Rahmen des RM nicht prioritär behandelt bzw. werden vom Management akzeptiert.

Die Ergebnisse der Risikobewertung können in Form einer Risikomatrix übersichtlich dargestellt werden. Mit Hilfe dieses Instrumentes wird aufgezeigt, welcher Handlungsbedarf sich aus der Einschätzung von Eintrittswahrscheinlichkeit und resultierender Schadenshöhe eines Risikos ergibt. Das Ergebnis zeigt die Prioritäten in der Bewältigung von Risiken auf.



Quelle: Risikomatrix nach Bauer G., Fachtagung Kontrollämter-Enquete Wien vom 7. Mai 2014

Die roten Felder der Risikomatrix mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit und / oder hoher resultierender Schadenshöhe stellen die prioritär im RM zu behandelnden Risiken dar. Grundsätzlich sind – soweit möglich – Risiken von unternehmerischen Handlungen zu vermeiden. Ziel des RM ist ein wirksamer und kontrollierter Umgang mit den verbleibenden Risiken. Bezieht ein RM neben Risiken auch Chancen mit ein, gilt es, diese rechtzeitig wahrzunehmen und umzusetzen.

Ein Risikomanagement-System (RM-System) stellt kein für sich allein stehendes Management-System dar, sondern ist Teil der jeweiligen Verfahren und Prozesse einer Organisation. RM kann daher auch als ganzheitlicher, systematischer und organisationsweiter Umgang mit Unternehmensrisiken bezeichnet werden.

Unter einem RM-System sind alle aufbauorganisatorischen, prozessualen, technischen sowie personellen Vorkehrungen zu verstehen, welche ein Unternehmen zum professionellen Umgang mit Risiken und Chancen einsetzt.

Ein RM-System besteht aus

- Risikopolitik und -strategie
- RM-Aufbauorganisation und
- RM-Ablauforganisation (operativer Prozess)

Im Rahmen der **Risikopolitik** werden in einem Unternehmen die Leitlinien für den Umgang mit Risiken innerhalb der gesetzlichen und sonstigen Rahmenbedingungen festgelegt. Daraus ergibt sich die Risikobereitschaft und somit das Niveau der akzeptierten Risiken.

Die **Risikostrategie** legt Ziele auf hoher Ebene fest, welche mit der Risikopolitik einer Organisation abgestimmt sind. Die Definition von strategischen Zielen ist die Voraussetzung für die Festlegung von operativen Zielen und somit für ein effektives RM mit Risikoidentifikation, -bewertung und -steuerung.

In der **Aufbauorganisation** sind die Stellen im RM entsprechend zu besetzen. Die Funktionen im RM werden z. B. als Risikomanager, Risikoeigner oder als Risikobeauftragter bezeichnet. Die Bezeichnung der Funktionen mit den zugeordneten Aufgaben erfolgt in der herrschenden Lehre allerdings nicht einheitlich.

Unabhängig von konkreter Bezeichnung und Inhalt einer Funktion bedarf es Personen mit folgenden Aufgaben:

- Koordinationsfunktion: Mit dieser wird sichergestellt, dass das RM im Unternehmen entsprechend den Vorgaben des Top-Managements gelebt wird.
- Operative Verantwortung für das Risiko (Eigner): Daraus ergibt sich die Zuständigkeit für die Identifikation, Beobachtung, Bewertung und Berichterstattung

über die im jeweiligen Bereich zugeordneten Risiken sowie für die Festlegung und Umsetzung von geeigneten Maßnahmen zur Risikobewältigung.

- Unterstützungsfunktion: Diese obliegt Mitarbeitern bei Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des RM.

Das Rahmenwerk „Enterprise Risk Management – Integrated Framework“ des Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) legt die Standards im **Prozess (Ablauf)** des RM fest.

Demnach enthält der RM-Prozess im Wesentlichen folgende Schritte:

- Zielfestlegung
- Risikoidentifikation
- Risikobewertung
- Risikosteuerung
- Risikoüberwachung

3.2 Risikomanagement im Krankenhausbereich

Für die Umsetzung des RM ist hier die Unterteilung in ein Unternehmens- und in ein klinisches RM von Relevanz.

Das **Unternehmens-RM** behandelt allgemein finanzwirtschaftliche und leistungswirtschaftliche Risiken und bezieht sich somit auf jede Art unternehmerischer Tätigkeit. Den finanzwirtschaftlichen Risiken werden z. B. Kredit-, Marktpreis- oder Liquiditätsrisiken zugeordnet. Zu den leistungswirtschaftlichen Risiken zählen z. B. Betriebs-, Absatz- oder Beschaffungsrisiken. Den Betriebsrisiken können externe (z. B. Rechtslage, Naturrisiken) oder interne (z. B. Personal, IT) Ursachen zugrunde liegen.

Beim **klinischen RM** handelt es sich um ein systematisches Verfahren der Einschätzung, Bewertung und Bewältigung von Risiken mit insbesondere folgenden Zielen:

- Erhöhung der Patientensicherheit – z. B. durch Systematisierung von entsprechenden Verfahren der medizinischen Behandlung wie bei Evidence-Based Medicine (EBM)
- Vermeidung von Schäden für Patienten (z. B. Sturzprophylaxe) und Mitarbeiter (z. B. Strahlenschutz), Schutz vor Gerichtsverfahren sowie eine Reduktion der Haftungsrisiken für die Gesundheitseinrichtung
- Verhinderung von Imageverlust für die Gesundheitseinrichtung
- Schutz der Mitarbeiter vor strafrechtlicher Verantwortung bzw. zivil- oder dienstrechtlicher Belangung

Das klinische RM bezieht somit Patienten, Mitarbeiter sowie die Gesundheitseinrichtung mit ein und zielt darauf ab, für diese drei Stakeholder Schaden abzuwenden.

3.3 Management von klinischen Risiken, Fehlern und Qualität

Das RM basiert auf einer prozessorientierten und in die Zukunft gerichteten Analyse von potentiellen Risiken. Diese Risiken werden analysiert und hinsichtlich Eintrittswahrscheinlichkeit und potentieller Schadenshöhe bewertet.

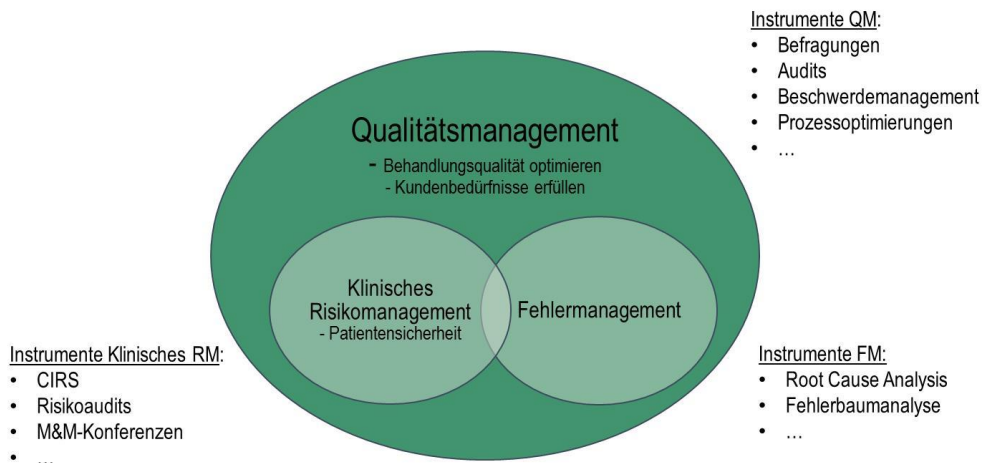
Oberstes Ziel im RM ist, Risiken zu vermeiden bzw. derart zu vermindern, dass sich Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung in einem akzeptablen Toleranzbereich bewegen. Im RM werden Verantwortliche festgelegt, diese sind für Risiken sowie für die Planung, Umsetzung und Evaluierung der entsprechenden Maßnahmen zuständig.

Das Fehlermanagement (FM) ist eine vergangenheitsorientierte Analyse von tatsächlichen oder möglichen Fehlern. Mit Hilfe dieser Analyse sollen zukünftige Fehler und dadurch Risiken vermieden werden. RM und FM spielen daher zusammen.

Oberstes Ziel des QM ist die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit. Ein klinisches QM-System umfasst Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Anstalten und basiert auf den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz. Das QM ist somit auf Prozesse und Strukturen fokussiert, definiert Standards und bestimmt Verantwortlichkeiten.

Neben der Gewährleistung der Patientensicherheit (klinisches RM) zielt das QM auch auf die Optimierung der Behandlungsqualität sowie die Erfüllung von Kundenbedürfnissen ab.

Die folgende Abbildung veranschaulicht den Zusammenhang zwischen QM, klinischem RM sowie FM und zeigt beispielhaft die in diesen Management-Systemen eingesetzten Instrumente auf.



Quellen: Nils Löber (2011) – Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus, Wiesbaden, S. 339 sowie Foliensatz Alexandra Budde, Reiner Heuzeroth (27. April 2012) – Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Berlin; aufbereitet durch den LRH

Zwischen klinischem RM und FM bestehen Überschneidungen; zusätzlich sind beide Bereiche als Teil des QM zu betrachten.

Folgende Instrumente eines klinischen RM können beispielhaft aufgezählt werden:

CIRS (Critical Incident Reporting System)

CIRS ist eines von mehreren am Markt befindlichen Fehlermeldesystemen. Diese dienen der Sammlung von Informationen zu kritischen Ereignissen. Mit Hilfe dieser Systeme können von diesen Ereignissen Analysen hinsichtlich Ursachen und Vermeidungsstrategien vorgenommen werden. Die daraus folgenden Erkenntnisse sollten unter den relevanten Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen kommuniziert werden, um in Folge über eine entsprechende Umsetzung die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Der Einsatz von Fehlermeldesystemen unterscheidet sich grundsätzlich hinsichtlich anonymer und / oder nicht anonymer Meldung sowie der Erfassung von tatsächlichen und / oder möglichen Fehlern.

Risiko-Audits

Ein Risiko-Audit ist im Regelfall eine Begutachtung einer Klinik zur Identifikation von Schwachstellen (Risiken) in der Patientenversorgung. In Abhängigkeit davon, wer die Auditierung vornimmt, wird zwischen externen und internen Audits unterschieden.

Ziel eines Audits ist die Verhinderung bzw. Verminderung potentieller Risiken. Klinische Arbeitsprozesse und -strukturen werden im Hinblick auf Eintrittswahrscheinlichkeit und potentielles Ausmaß eines Schadens klassifiziert. Durch Einbindung von

internen und / oder externen Experten werden Risikoszenarien entwickelt und Präventionsmaßnahmen abgeleitet.

Nach Umsetzung entsprechender Maßnahmen werden in bestimmten Zeitabständen neuerlich Audits zur Evaluierung und Neubewertung durchgeführt.

M&M-Konferenzen (Mortalitäts&Morbiditäts-Konferenzen)

M&M-Konferenzen dienen der substantiellen Analyse von vorgefallenen Schadensfällen oder von Best-Practice-Beispielen. Dieses Werkzeug entspricht einer intensiven und qualifizierten Diskussion über Komplikationsfälle innerhalb eines professionellen therapeutischen Teams.

Die Konferenzen können klinikintern als auch klinikübergreifend abgehalten werden.

Als Instrumente eines Fehlermanagements können beispielhaft genannt werden:

Root Cause Analysis (Fehler Ursachen Analyse)

Eine Root Cause Analysis im Gesundheitsbereich besteht aus der Erfassung von Fehlern und deren Ursachen, einer statistischen Auswertung dieser Daten und der anschließenden Bewertung und Festlegung von Maßnahmen zur künftigen Reduzierung von Fehlern, wodurch insgesamt eine Erhöhung der Patientensicherheit gewährleistet werden kann.

Fehlerbaumanalyse

Eine Fehlerbaumanalyse ist eine graphische Aufbereitung zur Darlegung der Ursachen von unerwünschten Ereignissen. Bei dieser Methodik wird von Fehlern bzw. Beinahefehlern auf mögliche Gründe rückgeschlossen.

Diese Analyse findet vor allem bei komplexen, technischen Systemen bezüglich Zuverlässigkeit und Sicherheit Einsatz.

Die rechtlichen Regelungen zum QM im Gesundheitswesen in Österreich beziehen ebenfalls das klinische RM mit ein; insofern besteht Übereinstimmung mit obiger Abbildung.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit (B-ZV) regelt die zukünftige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zwischen Bund, Ländern sowie den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Vertrag bezieht das klinische RM als eine Mindestanforderung in das QM des stationären als auch des ambulanten / niedergelassenen Bereiches ein.

Weiters legt auch das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) seit 2005 die Sicherheit für Patienten als ein Grundprinzip für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen fest.

Rahmengesetzliche Vorgaben für die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenanstalten gibt es seit dem Jahr 1993. In Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben wurde in der KAGes 1993 mittels eines dreiphasigen QM-Konzeptes

begonnen, eine systematische QM-Entwicklung umzusetzen. Mit dem GQG wurde die Verpflichtung zu QM für Einrichtungen des Gesundheitswesens vertieft. Das QM der KAGes baut nach deren Auskunft auf den folgenden Grundsätzen auf:

- Unterstützung weitgehender Autonomie der einzelnen Krankenanstalten und der einzelnen Abteilungen,
- Optimierung der Behandlungsqualität,
- Erhöhung der Patienten-, Zuweiser- und Mitarbeiterzufriedenheit,
- Effizienter Einsatz von Arbeitsmitteln und Personal,
- Periodische Selbstbewertungen und kontinuierliche Verbesserung,
- Transparenz nach innen (Mitarbeiter) und außen (Qualitätsberichte) sowie Sicherstellung der KAGes-weiten Vergleichbarkeit (Benchmarking).

3.4 Umsetzung der Grundlagen eines RM in der KAGes

Das in der KAGes implementierte RM-System orientiert sich in seinen Grundzügen weitgehend an den oben dargestellten Grundlagen.

Demnach kann die Basis des RM-Systems der KAGes wie folgt beschrieben werden:

- Das RM wird in der KAGes nicht isoliert behandelt, sondern ist neben anderen Managementelementen (z. B. QM, Prozessmanagement, Informationsmanagement) Teil eines integrierten Management-Systems.

Als Beispiel für die Integration des RM in bestehende Organisationsprozesse kann die Implementierung des Fehlermeldesystems CIRS genannt werden. Die Ausrolung von CIRS und die Betreuung der Anwender ist in der KAGes Aufgabe der OE-RR und somit Teil des RM. Die Evaluierung der aus CIRS umgesetzten Maßnahmen und die Integration der gewonnenen Erkenntnisse in das Unternehmen obliegen hingegen der OE-QM. Ziel der KAGes ist es letztendlich, mit CIRS eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu erreichen.

- Die aus den Grundsätzen der Geschäftspolitik abgeleiteten Strategien der KAGes nehmen zu einem wesentlichen Teil Bezug auf das RM und das QM. So bildet z. B. die Patientensicherheit einen wesentlichen Schwerpunkt des QM und RM. QM und RM sind flächendeckend einzuführen. Die Umsetzung des RM erfolgt im Rahmen des QM.
- Das RM der KAGes umfasst sowohl ein Unternehmens- als auch ein klinisches RM.

Auf Ebene der Krankenanstalten liegt der Schwerpunkt eindeutig bei den klinischen Risiken (medizinisch, pflegerisch). Per 31. Dezember 2015 waren in den fünf vom LRH in die Prüfung einbezogenen Anstalten insgesamt 569 Risiken definiert, davon betrafen 518 Risiken (91 %) das klinische RM und 51 Risiken das

Unternehmens-RM. Für das Unternehmen KAGes wurden vom KAGes-Management zum 1. März 2016 zentral 33 Risiken festgelegt, die sich ausschließlich auf das Unternehmens-RM beziehen.

Der LRH weist darauf hin, dass gemäß Definition der KAGes das klinische RM in den LKH und LPZ sämtliche Risiken umfasst. Dies betrifft nicht nur medizinische und pflegerische, sondern auch finanzielle, hausbezogene betriebswirtschaftliche, technische sowie auch standortbezogene strategische Risiken. Somit bezieht das klinische RM der Anstalten auch die unternehmerischen Risiken mit ein.

Diese von der KAGes gewählte Definition des klinischen RM entspricht nicht der herrschenden Lehre, wonach sich das klinische RM durch den Fokus auf die medizinischen-pflegerischen-therapeutischen Risiken vom Unternehmens-RM abgrenzt.

Der LRH orientiert sich an der herrschenden Lehre und trennt im gegenständlichen Prüfbericht daher generell zwischen klinischen und Unternehmensrisiken.

Aufgrund dieser umfassenden Auslegung des klinischen RM ist man seitens der KAGes (OE-RR) nun (mit Erstellung des RM-Jahresberichtes 2016 im März 2017) auch dazu übergegangen, die Risiken in den Anstalten generell als „*Risiken der LKH und LPZ*“ zu bezeichnen. Ziel ist, auf Ebene der Anstalten nicht mehr zwischen klinischen und Unternehmensrisiken zu unterscheiden. Es besteht nach Auskunft der OE-RR daher auch die Absicht, eine einheitliche Gefahrenliste zu schaffen, welche sowohl die klinischen als auch die Unternehmensrisiken beinhaltet. Diese Liste soll künftig als verpflichtende Vorgabe für die Definition der Risiken in den Anstalten Verwendung finden.

Der LRH stellte im Zuge der Überprüfung der fünf ausgewählten Anstalten eine relativ geringe Anzahl an definierten Unternehmensrisiken fest.

Diesbezüglich verweist der LRH auf seine Anmerkungen zu den RM-Audits im Jahr 2015 in Kapitel 5.4.3 – Auswertung des Jahresberichtes Risikomanagement 2015 – auf Seite 89ff. Die RM-Audits weisen darauf hin, dass wenige bis keine Risikobeurteilungen im Bereich der Betriebsdirektionen vorliegen. Dies unterstützt obige Feststellung des LRH, wonach in den Anstalten Unternehmensrisiken in einem nur geringen Ausmaß definiert werden.

Der LRH empfiehlt der KAGes, verstärkt Unternehmensrisiken in den Anstalten zu definieren. Zu diesem Zweck sollten folgende Maßnahmen getroffen werden:

- **Den Anstalten sind vom Bereich KMS Pflichtrisiken im Unternehmensbereich vorzugeben.**
- **Die Bearbeitung der Pflichtrisiken unterliegt einer jährlichen Kontrolle durch die OE-RR.**

- **Für die Bearbeitung der Unternehmensrisiken in den Anstalten ist ein KAGes-weiter einheitlicher Standard zu schaffen.**
- **Teil dieses Standards sind klare Prozessvorgaben für die Abwicklung der Unternehmensrisiken in den Anstalten.**
- **Ebenso sind durch die OE-RR entsprechende Schulungen insbesondere der Risikoeigner und Risikobeauftragten in den Anstalten standardmäßig vorzunehmen bzw. zu veranlassen.**
- **Mittels der Prozessvorgaben und Schulungen ist ein Know-How-Transfer vom Bereich KMS zu den Anstalten sicherzustellen.**

Im Bereich KMS befinden sich die Experten für unternehmerische Risiken, da diese sämtliche Anstalten der KAGes betreuen und daher „wiederkehrend auf die gleichen Probleme stoßen“. Es gilt dieses Know-How zu sichern und in die Anstalten zu transferieren.

- In der Aufbauorganisation bestehen Dienststellen, welche u. a. Aufgaben
 - für die Gesamtverantwortung (Risikoeigner),
 - für die Lenkung und Koordination des RM-Prozesses auf KAGes-Ebene (OE-RR),
 - für die Gestaltung, Dokumentation und Koordination auf Ebene der Anstalten (Risikobeauftragte in den LKH) sowie
 - für unterstützende Tätigkeiten (Risikomanager) in den Anstalten wahrnehmen.

Diese gewählte Aufbauorganisation ermöglicht ein Sich-Auseinandersetzen mit bzw. eine Definition und Bewertung von Risiken auf jenen Organisationsebenen, auf denen die Risiken entstehen bzw. wahrgenommen werden (Bottom Up). Auf höherer Ebene werden die Regeln für den RM-Prozess vorgegeben bzw. erfolgt die Koordination des RM sowie die Aggregation und Konsolidierung von Risiken.

- Der Prozess für das RM wurde als schriftliche und verbindliche Richtlinie festgelegt und orientiert sich in seinen wesentlichen Schritten an den Standards des COSO-Rahmenwerkes.
- Auf Ebene der vom LRH in die Prüfung einbezogenen LKH wurde das RM jeweils in die bereits bestehenden Stabsstellen für QM integriert und als Stabsstellen für QM und RM fortgeführt.

Übergeordnet bzw. zentral sind QM und RM dagegen getrennt und werden von den Organisationseinheiten OE-RR und OE-QM wahrgenommen. Diesen Stellen obliegt die Koordinations- und Gestaltungsfunktion auf KAGes-Ebene.

- In der KAGes findet das Standard-Instrumentarium des klinischen RM Anwendung. Eingesetzt werden u. a. ein Fehlermeldesystem (CIRS), Risiko-

Audits, M&M-Konferenzen sowie Fehlermöglichkeits- und Einflussanalysen (FMEA).

Im Rahmen dieser FMEA werden in wesentlichen Prozessen Risiken identifiziert, analysiert und bewertet. Ziel ist es, Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Verminderung dieser Risiken darzustellen.

- Ist es aufgrund von Fehlern zu Schadensfällen gekommen, werden die Schadensdaten zentral erfasst und jährlich analysiert. Erkenntnisse aus dieser Analyse wie z. B. die Häufigkeit bestimmter Schadensursachen fließen wiederum in das RM ein.

4. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DAS RM DER KAGES

Nach den Bestimmungen des § 25 GmbHG sind Geschäftsführer der Gesellschaft gegenüber verpflichtet, bei ihrer Geschäftsführung die Sorgfalt eines ordentlichen Geschäftsmannes anzuwenden. Bei einer Verletzung ihrer Obliegenheiten haften Geschäftsführer der Gesellschaft zur ungeteilten Hand für den daraus entstandenen Schaden. Geschäftsführer haben daher *„Chancen und Risiken, Stärken und Schwächen des Unternehmens sorgfältig und frühzeitig zu ermitteln, damit sie auf Veränderungen innerhalb und außerhalb des Unternehmens reagieren können.“*¹

Weiters ergibt sich nach dem Unternehmensrechts-Änderungsgesetz 2008 – URÄG 2008 (URÄG) für Unternehmen von öffentlichem Interesse die rechtliche Verpflichtung zur Einrichtung und in weiterer Folge auch Überwachung der Wirksamkeit eines RM-Systems. Aufsichtsratspflichtige GmbH gelten als Unternehmen von öffentlichem Interesse, für die KAGes treffen daher diese Bestimmungen zur Umsetzung eines RM-Systems zu.

In aufsichtsratspflichtigen GmbH ist nach § 30g (4a) GmbHG ein Prüfungsausschuss zu bestellen. Zu dessen Aufgaben gehört u. a. *„die Überwachung der Wirksamkeit des internen Kontrollsystems, gegebenenfalls des internen Revisionssystems und des Risikomanagement-Systems der Gesellschaft“*.

Weiters hat die KAGes nach den Bestimmungen des Unternehmensgesetzbuches (UGB) im Lagebericht zum Jahresabschluss die wesentlichen Risiken zu beschreiben sowie in bestimmten Fällen die Ziele und Methoden des eingerichteten RM anzugeben.

Der LRH hat in den **Lagebericht zum Jahresabschluss 2015** der KAGes Einsicht genommen. **Dieser stellt zwar auf allgemeiner Ebene das RM-System der KAGes dar, eine Beschreibung der wesentlichen Risiken wie im UGB vorgesehen besteht jedoch nicht.**

Im Beschluss des Vorstandes der KAGes vom 23. April 2007 zur Implementierung des RM wurde weiters auf das Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit von Verbänden für Straftaten (Verbandsverantwortlichkeitsgesetz – VbVG) sowie das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) hingewiesen, wonach aufgrund dieser Gesetze *„Risiken rechtzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu bewältigen und zu überwachen“* seien, *„um das Ziel der Sicherheit systematisch zu erreichen.“*

¹ Reich-Rohrwig, Das Österreichische GmbH-Recht (1997), 2/322

Neben den gesetzlichen Vorgaben zum RM – dies betrifft vor allem das UGB sowie das GmbHG – bilden nach Auskunft der KAGes noch folgende ONR (Regelungen des Österreichischen Normungsinstitutes) zum „Risikomanagement für Organisationen und Systeme“ sowie ÖNORMEN Grundlagen für die Umsetzung eines RM.

ONR 49000 – Begriffe und Grundlagen

Diese Norm definiert Begriffe zu den Bereichen Risiko und RM, erläutert dessen systemischen Ansatz, zeigt die Ziele und die Grundsätze auf und stellt das Zusammenwirken des RM mit anderen Führungsinstrumenten dar.

ONR 49001 – Risikomanagement

In dieser Regelung wird das RM-System detaillierter erläutert, werden die Abläufe eines RM-Prozesses beschrieben sowie die erforderliche Dokumentation dargelegt.

ONR 49002-1 – Leitfaden für die Einbettung des RM ins Management-System

Diese ONR zeigt auf, wie sich das RM in einen organisatorischen Rahmen einbetten lässt, z. B. in ein bereits bestehendes Management-System oder als eigenständiges Führungsinstrument.

ONR 49002-2 – Leitfaden für die Methode der Risikobeurteilung

Als Beurteilungsmethoden für Risiken werden in dieser Norm Kreativitäts- und Konsenstechniken (z. B. Brainstorming) sowie Analysemethoden [Szenario-, Indikatoren- (z. B. auf Basis von CIRS), Funktions- / Gefährdungs- und statistische Analysen] beschrieben.

ONR 49002-3 – Leitfaden für das Notfall-, Krisen- und Kontinuitätsmanagement

Diese Norm setzt sich mit Risiken auseinander, welche eine Organisation trotz präventiver Maßnahmen plötzlich, unerwartet und schwer treffen können. Dies betrifft z. B. interne Schadensereignisse wie Brandfälle, Energieausfälle oder technische Störungen.

Weiters geht der Leitfaden auf die Wichtigkeit der unverzüglichen Wiederherstellung von verlorenen Betriebsfunktionen ein.

ONR 49003 – Anforderungen an die Qualifikation des Risikomanagers

Zur Umsetzung eines RM bedarf es Risikomanager als qualifizierte Fachleute, welche Risiken beurteilen und das RM in die jeweilige Organisation einbetten. Die Norm enthält diesbezügliche Anforderungen an die Qualifikation und Ziele der Ausbildung.

ÖNORM ISO 31000 – RM – Grundsätze und Richtlinien

Diese Norm geht ebenso wie bereits angeführte ONR-Regelungen auf Begriffe, Grundsätze und Prozesse des RM ein.

OVE² / ÖNORM EN 31010 – Risikomanagement – Verfahren zur Risikobeurteilung

Diese Norm unterstützt die ISO 31000 und leitet zur Auswahl und Anwendung systematischer Verfahren zur Risikobeurteilung an. Insbesondere wird der gegenwärtige erprobte technische Stand der Auswahl und Anwendung von Risikobeurteilungstechniken berücksichtigt.

Der LRH stellt fest, dass die KAGes mit der Einführung eines RM der gesetzlichen Verpflichtung zur Implementierung eines derartigen Systems entspricht. Die rechtlichen Grundlagen hierfür ergeben sich insbesondere aus dem URÄG, dem GmbHG sowie dem UGB.

²OVE: Österreichischer Verband für Elektrotechnik

5. STATUS RISIKOMANAGEMENT IN DER KAGES

5.1 Projekt zur Einführung des RM

Mit 21. Dezember 2006 wurde die Rechtsabteilung der Zentralklinikdirektion [Anmerkung LRH: nunmehr OE-RR] und die Medizinische Direktion [Anmerkung LRH: nunmehr MPM Medizin- und Pflege-Management] mit Beschluss des Vorstandes beauftragt, einen Maßnahmen- und Ressourcenplan für die Einführung eines KAGES-weiten systematischen klinischen RM, als Teil des umfassenden QM-Systems auszuarbeiten.

Am 10. April 2007 fasste der Vorstand der KAGES den Beschluss zur Implementierung eines systematischen Unternehmens-RM.

Mit Vorstandsbeschluss vom 23. April 2007 erging der Auftrag an die Rechtsabteilung der Zentralklinikdirektion zur Implementierung und zum Aufbau eines systematischen klinischen RM auf Basis eines bereits bestehenden Konzeptes. Weiters wurde die Rechtsabteilung beauftragt, ein Konzept zum Aufbau eines Unternehmens-RM-Systems auszuarbeiten.

Anzumerken ist, dass bereits vor 2007 – auch aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen – eine Vielzahl an Konzepten und Maßnahmen in den LKH implementiert waren, welche sich mit den Themen Patienten-, Mitarbeiter-, Verfahrens-, Geräte- und Materialsicherheit befassten. Ziel der KAGES war es gemäß Maßnahmen- und Ressourcenplan, das klinische RM in diese bereits bestehenden Konzepte und Strukturen zu integrieren.

Die vom Aufsichtsrat der KAGES am 21. Mai 2007 beschlossenen Grundsätze der Geschäftspolitik beinhalten folgenden Auftrag zur Umsetzung eines zu praktizierenden RM:

„Ein nicht nur institutionalisiertes, sondern vor allem gelebtes Risikomanagement soll das Bewusstsein auf allen Unternehmensebenen der KAGES und ihrer Betriebe hinsichtlich vorhandener Risikopotenziale und der Risikovermeidung wecken und erhalten.“

Der Rolloutplan aus dem Projektauftrag von 2007 sah für die Implementierung des klinischen RM zunächst eine Umsetzung in den LKH der KAGES bis spätestens Ende des Jahres 2010 vor, wobei das Projekt in jeder Anstalt mit einer Auditierung abzuschließen war.

Basierend auf dem Vorstandsbeschluss vom 23. April 2007 war jedes LKH verpflichtet, das systematische klinische RM einzuführen und aufrecht zu erhalten.

Die tatsächliche Umsetzung des Projektes verzögerte sich gegenüber dem Rolloutplan. Im Jahr 2010 war die Einführung des klinischen RM in elf LKH abgeschlossen, im Jahr 2011 folgten weitere sieben LKH. Bis zum Ende des Jahres 2012 war das klinische RM in jedem LKH mit Ausnahme des LKH-Univ. Klinikums Graz implementiert. Aufgrund der Größe erfolgte hier die Einführung von Herbst 2010 bis zum Dezember 2014.

In den in die Prüfung einbezogenen vier LKH erfolgte die Einführung wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

LKH / Standort	Plan ¹⁾			Umsetzung ²⁾			
	Start	Ende	Dauer in Monaten	Start	Ende	Dauer in Monaten	externes Audit ⁴⁾
Bad Radkersburg	September 2007	September 2008	12	November 2007	Februar 2009	15	Jänner 2009
Feldbach ³⁾	Februar 2010	Mai 2011	15	Februar 2010	April 2012	26	Februar 2012
Univ. Klinikum Graz	Oktober 2010	Jänner 2015	51	November 2010	Dezember 2014	49	Dezember 2014
Mürzzuschlag	November 2009	Jänner 2011	14	November 2009	Juni 2012	31	April 2012

Quelle: Projektunterlagen der geprüften Krankenanstalten; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Plandaten lt. Projektvereinbarungen

²⁾ Daten zur Umsetzung laut Auditberichten und Projektabschlussberichten

³⁾ Fortführung (2010 bis 2012) des Pilotprojektes im LKH Feldbach von 2005 bis 2006 im Rahmen der allgemeinen Einführung des RM in den LKH der KAGes

⁴⁾ Zeitpunkt der Durchführung des Audits; vor Abschluss des RM-Projektes war die Durchführung eines Audits vorgegeben

Erhebliche Überschreitungen der Projektdauer gab es somit in den LKH Feldbach und Mürzzuschlag. Im LKH-Univ. Klinikum Graz konnte die geplante Projektdauer leicht unterschritten werden.

Der Maßnahmen- und Ressourcenplan zur Einführung des systematischen klinischen RM beinhaltet u. a. folgende Projektvorgaben bzw. -ziele:

- Wesentliches Ziel ist es, die Risikosituation je LKH bei gleichzeitiger quantitativer Optimierung der Risikokosten zu verbessern.
- Der Strukturaufbau in den LKH besteht aus Anstaltsleitung, Beauftragten für das klinische RM, Risikoeigner und Lenkungsteam (siehe dazu Kapitel 5.2.1.1 – Aufbauorganisation – Seite 33ff.).

- Das RM-System wird gemäß ONR 49000 implementiert, umgesetzt und laufend weiterentwickelt (siehe dazu Kapitel 4 – Rechtliche Rahmenbedingungen – Seite 26ff.).
- Die Rechtsabteilung (nunmehr OE-RR) ist in der Zentraldirektion mit der zentralen Koordinations- und Überwachungsfunktion für das RM-System beauftragt. Der Rechtsabteilung obliegt die Prozessverantwortung „Risikomanagement“.
- Bezüglich der personellen Ressourcen pro LKH ist die Aufschulung mit einem maßgeschneiderten Fortbildungskonzept für die jeweiligen Gruppen von Beauftragten das primäre Ziel.
- Im Idealfall sollte pro Abteilung ein ausgebildeter (zertifizierter) Risikomanager je LKH vorhanden sein und es sollte einen Beauftragten für das klinische RM geben.

Im Vorstandsbeschluss vom 23. April 2007 zur Einführung des klinischen RM wurde vorgegeben, die erforderlichen Personalressourcen je LKH primär durch Umschichtungen zu bedecken. Diese Vorgabe beinhaltet auch die ca. 0,5 Dienstposten (DP) pro LKH für einen Beauftragten für klinisches RM (siehe dazu auch Kapitel 5.2.7 – Schulungen und Erfahrungsaustausch – Seite 52ff).

Der Maßnahmen- und Ressourcenplan sieht folgende Projektkosten für die Einführung des klinischen RM in den 20 Krankenanstalten der KAGes vor (exklusive dem LKH-Univ. Klinikum Graz):

Plan - Projektkosten 2007 bis 2010 ¹⁾ in [€]	
EDV ²⁾	6.800,00
zusätzliche Personalkosten ³⁾	479.000,00
Ausbildungskosten ⁴⁾	10.500,00
externe Leistungen ⁵⁾	60.000,00
Reisekosten ⁶⁾	49.274,65
Summe	606.474,65

Quelle: KAGes-Vorstandssitzung vom 23. April 2007, Maßnahmen- und Ressourcenplan zur Einführung eines KAGes-weiten klinischen RM; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ geplante Projektkosten für die Einführung des klinischen RM in allen Krankenanstalten der KAGes mit Ausnahme des LKH-Univ. Klinikums Graz; Kalkulation beruht auf Berechnungswerten des Jahres 2007

²⁾ EDV: vier Arbeitsplätze à € 1.700,-- ohne Software (RM, Fehlermeldesystem)

³⁾ zusätzliche Personalkosten in den LKH: 20.783 Std. 2007 bis 2010: das sind 2 DP 2007; 3,6 DP 2008; 4,2 DP 2009; 2,5 DP 2010

⁴⁾ Ausbildungskosten: drei Schulungen à € 3.500,--

⁵⁾ externe Leistungen: € 3.000,-- pro Standort (20 Standorte)

⁶⁾ Reisekosten: km-Geld und Diäten für Dienstreisen in 20 Standorten

In der Projektphase der Einführung wurde das RM-System der KAGes im Rahmen einer Best-practise-Erhebung im März 2009 durch die Europäische Plattform für Patientensicherheit (EuNetPas) beurteilt.

EuNetPas überprüfte hierbei die Systeme und Instrumente der Mitgliedsstaaten zur Verbesserung der Patientensicherheit anhand der Kriterien Patientensicherheitskultur, wissenschaftliche Validierung, Praktikabilität, Verfügbarkeit in Englisch, Interdisziplinarität sowie eines einfachen und kostenlosen Zugriffes für den Anwender.

Laut Darstellung der KAGes wird deren praktiziertes klinisches RM von EuNetPas als „*vorbildlich*“ befunden.

Die KAGes stellt die Beurteilung durch EuNetPas weiters wie folgt dar:

„Das in der KAGes praktizierte Risikomanagement ist demnach geeignet, die systematische und kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit sicherzustellen. Dieses System liegt im europäischen Spitzenfeld und wird den übrigen EU-Mitgliedstaaten von der Europäischen Plattform für Patientensicherheit ausdrücklich empfohlen.“

5.2 Umsetzung des RM in der KAGes³

Systematisches Unternehmens-RM

Das systematische Unternehmens-RM der KAGes ist eine integrierte Führungsaufgabe und wird wie jede andere Aufgabe auf die entsprechende Stufe delegiert. Der Vorstand ist für unternehmensweite Risiken zuständig, welche in seinem Verantwortungsbereich liegen, die Leiter der einzelnen OE für die Risiken in ihren jeweiligen Bereichen. Im Vordergrund stehen die operationellen und finanziellen Risiken des Unternehmens und gemäß den Vorgaben des Unternehmens- und Gesellschaftsrechtes die strategischen Risiken, welche sich insbesondere aus der Erfüllung der Aufgaben und Erreichung der Ziele der KAGes ergeben.

Systematisches klinisches RM in den LKH / LPZ

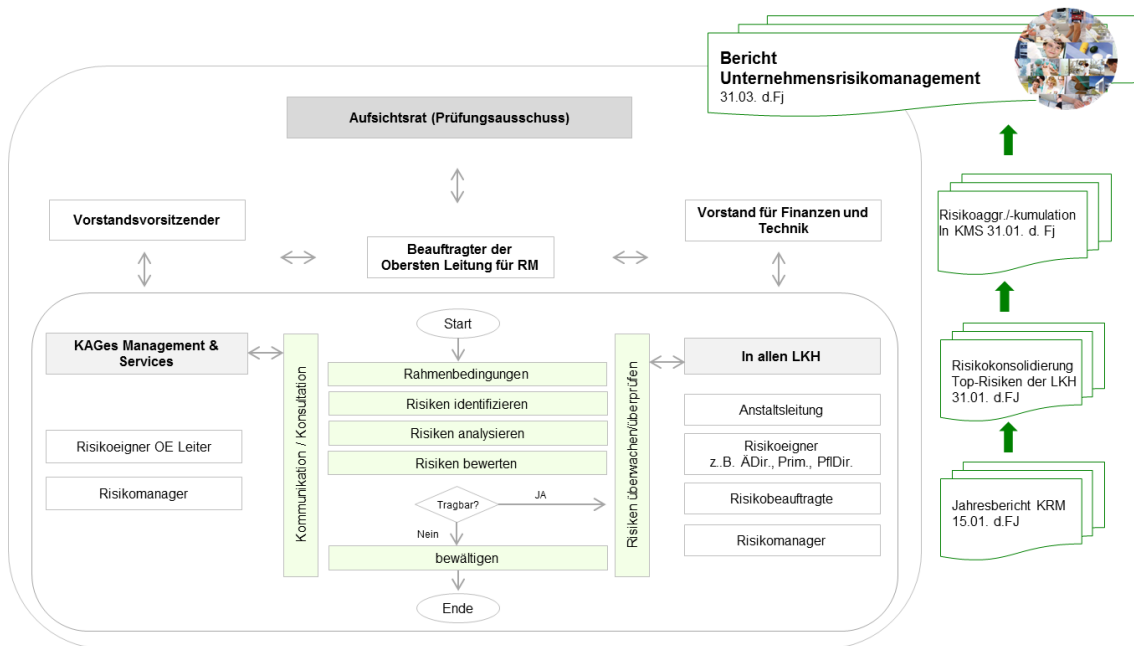
Das systematische klinische RM dient zur Identifikation patientennaher und -ferner Bereiche, als auch der standortbezogenen und strategischen Risiken in den LKH / LPZ. Darunter ist das gesamte RM in einem LKH / LPZ als Teil des umfassenden Management-Systems zu verstehen. Somit werden im Rahmen des klinischen RM nicht nur medizinische und pflegerische Risiken, sondern auch finanzielle, hausbezogene betriebswirtschaftliche, technische sowie standortbezogene strategische Risiken behandelt.

³ Mit dem im März 2017 erstellten RM-Jahresbericht 2016 wurde seitens der KAGes dazu übergegangen, in den Anstalten die Bezeichnung „*RM der LKH / LPZ*“ zu führen.

Die Anbindung des klinischen RM in das QM-System des jeweiligen LKH / LPZ ist organisatorisch und personell sicherzustellen. Diese Risiken liegen grundsätzlich in der Verantwortung der Anstaltsleitungen und der Leiter der jeweiligen Organisationsbereiche in den LKH und Betrieben.

5.2.1 Organisation

Folgende Abbildung stellt die Aufbauorganisation sowie die wesentlichsten Teilprozesse der Ablauforganisation des RM-Systems der KAGes dar:



Quelle: Handbuch zum RM der KAGes

5.2.1.1 Aufbauorganisation

Rollen und Verantwortlichkeiten im RM der KAGes sind im Handbuch zum RM sowie in den Funktionsbeschreibungen festgelegt. Diesbezügliche Regelungen werden im KAGes-internen Informationssystem (Dokumentenlenkung) kommuniziert bzw. beschrieben.

Folgende Akteure sind – wie in obiger Abbildung ersichtlich – in das RM-System der KAGes involviert:

- **Aufsichtsrat (Prüfungsausschuss)**
Die KAGes hat als aufsichtsratspflichtige GmbH einen Prüfungsausschuss bestellt. Diesem obliegt gemäß den Bestimmungen des GmbHG u. a. die Überwachung der Wirksamkeit des RM-Systems.

- Vorstand
Dieser legt u. a. die Risikopolitik der KAGes fest. Er bestimmt die Rahmenbedingungen sowie die Systemdefinitionen betreffend die unternehmensweiten Grundsätze und Methoden der Risikobeurteilung. Weiters hat der Vorstand für die Sicherstellung der Risikokommunikation und -information im gesamten Unternehmen zu sorgen, jährlich die Risikokriterien zu evaluieren sowie die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit des RM-Systems zu überwachen.
- Beauftragter der obersten Leitung für das RM
Diese Funktion obliegt der Leitung der OE-RR im KAGes-Management. Der Beauftragte hat die Umsetzung der Vorgaben des Vorstandes in Bezug auf das RM-System sowie die operative Umsetzung der Risikopolitik der KAGes sicherzustellen. Weiters hat er für eine regelmäßige Bewertung des RM zu sorgen. Er ist für eine entsprechende Berichterstattung an den Vorstand zuständig. Er berichtet an die LKH über die aggregierten Risiken und Erkenntnisse aus Schadensfällen. Die Aktivitäten des RM in allen Bereichen des Unternehmens sind von der Leitung OE-RR zu fördern, zu unterstützen und im Auftrag des Vorstandes zu überwachen.
- Risikoeigner
Risikoeigner sind Entscheidungsträger, welche die Gesamtverantwortung für einen definierten Bereich tragen. Diese sind insbesondere der Vorstand, die OE-Leiter im Management und Service-Bereich der KAGes (KMS), die Mitglieder der Anstaltsleitungen, die Leiter von Organisationseinheiten (Abteilungen, Departments) in den LKH sowie Heimleitungen und Pflegedienstleitungen in den LPZ. Risikoeigner sind für die Risikobeurteilung, die Einleitung von Maßnahmen zur Risikobewältigung sowie für die Überwachung der Risiken und Maßnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich.
- Risikobeauftragte in den LKH
Jede Anstaltsleitung hat einen Beauftragten für das klinische RM zu nominieren. Dieser ist jedenfalls Mitglied der QM-Kommission der jeweiligen Anstalt.
Der Risikobeauftragte nimmt grundlegende Tätigkeiten im Rahmen des RM wahr. Diese betreffen z. B. die operative Betreuung, Koordination und Weiterentwicklung des klinischen RM, die Meldung risikorelevanter Ereignisse an die Anstaltsleitung und an die OE-RR, die Koordination und Abwicklung des Schadensmanagements in Abstimmung mit der OE-RR, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Erstellung eines jährlichen Risikoberichtes.

Der Risikobeauftragte ist als qualifizierter klinischer Risikomanager auszubilden.

Die Funktion eines Risikobeauftragten in den LKH sollte gemäß Projektunterlage des Vorstandes aus 2008 grundsätzlich durch eine fachlich geeignete Person unter Zuerkennung von entsprechend gewidmeter Arbeitszeit ausgeübt werden. Eine Personalunion mit dem Qualitätsbeauftragten ist in den LKH zu prüfen. Das

Beschäftigungsausmaß des Risikobeauftragten variiert mit der Größe des LKH und sollte nach dem Rollout des RM evaluiert werden.

- Risikomanager im Bereich KMS sowie in den LKH

Diesen obliegt die Unterstützung der Risikobeauftragten bei der Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des RM-Systems. Weitere Aufgaben sind die Einführung und Aufrechterhaltung des RM-Prozesses in den OE des Bereiches KMS und Abteilungen der LKH / LPZ in Abstimmung mit dem Risikobeauftragten sowie die Mitwirkung beim Notfall-, Krisen- und Kontinuitätsmanagement als Fachkraft.

Jedes LKH ist verpflichtet, pro Abteilung / Institut zumindest einen internen klinischen Risikomanager auszubilden.

5.2.1.2 Ablauforganisation

Im Jahr 2010 wurde der **Risikomanagement-Prozess** der KAGes festgelegt. Dieser bildet die Grundlage für den Ablauf des RM im gesamten Unternehmen.

Der Prozess besteht im Wesentlichen aus folgenden Schritten und Inhalten bzw. Fragestellungen:

- Erfassung der Risikoinformationen / Festlegung der Rahmenbedingungen

Zu klärende Risikoinformationen betreffen beispielhaft gesundheitspolitische Vorgaben, Budgetvorgaben, Zielvereinbarungen, Aufarbeitung von Schadensfällen, Audit- und Prüfberichte oder Erkenntnisse aus dem Fehlermeldesystem.

Es gilt sowohl interne, externe als auch Rahmenbedingungen des RM zu klären.

In diesem Prozessschritt erfolgt auch die Festlegung der Risikokriterien. Mit deren Hilfe werden Eintrittswahrscheinlichkeiten und Auswirkung der Risiken im klinischen als auch im Unternehmens-RM bestimmt.

Risikokriterien sind jährlich bis spätestens 31. Jänner durch den Beauftragten der obersten Leitung für RM unter Zuziehung des Wirtschaftsprüfers zu evaluieren und unter Zugrundelegung des aktuellen Wirtschaftsplanes anzupassen. Die Freigabe der angepassten Risikokriterien erfolgt durch den KAGes-Vorstand.

- Beurteilung der Risiken

Die Beurteilung beinhaltet Identifikation, Analyse und Bewertung der Risiken. In der Analyse werden die Ursachen und Quellen der Risiken für die Risikobewertung und Bewältigung identifiziert. Im Rahmen der Bewertung (Eintrittswahrscheinlichkeit, Auswirkung) gilt es auch die Risikostrategie und die Tragbarkeit festzulegen (Vermeidung, Verminderung oder Akzeptanz von Risiken).

- Bewältigung der Risiken

Den erkannten Risiken ist mittels festzulegender Maßnahmen entgegenzuwirken. Diese sind hinsichtlich ihrer Eignung zu überprüfen.

- Konsolidierung und Aggregation der Risiken
Risiken sind auf Ebene der LKH / LPZ bzw. OE zu konsolidieren / aggregieren. Zur Konsolidierung werden gleichartige Risiken zusammengeführt, um der obersten Leitung ein umfassendes und transparentes Gesamtbild der Risiken zu vermitteln.
- Überwachung und Überprüfung
Die Überwachung dient dem Erkennen der Veränderung bestehender Risiken sowie dem frühzeitigen Wahrnehmen neuer Risiken. Gemäß RM-Prozess der KAGes ist die Überwachung mindestens einmal pro Quartal vorzunehmen.
- Weitere Schritte auf Ebene der LKH / LPZ
Über Risiken und deren Bewältigung ist auf Ebene der LKH / LPZ laufend zu kommunizieren. Mit der Übermittlung der Risikoinformationen an die OE-RR endet der RM-Prozess auf Ebene der LKH / LPZ / OE.
- Weitere Schritte auf Ebene der OE-RR und auf Vorstandsebene
Nach Übermittlung an die OE-RR sind die Risiken zu plausibilisieren, es ist die Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Risikoinformationen zu prüfen sowie der Risikobericht zu erstellen. Dieser geht an den Vorstand und an die OE-Leiter.

Der LRH hält fest, dass sowohl der Aufbau als auch der Ablauf der Organisation des RM in der KAGes umfassend festgelegt und dokumentiert sind.

Die Vollziehung des Prozesses wurde vom LRH im Rahmen der Einschau in den fünf ausgewählten Anstalten stichprobenartig überprüft. Die Überprüfung bezog sich insbesondere auf das Berichtswesen, die Beurteilung und Bewältigung der Risiken sowie die Überwachung und Überprüfung von Risiken und Maßnahmen.

Die Überprüfung zeigte einen ordnungsgemäßen Ablauf der Prozesse in den fünf überprüften Anstalten.

5.2.2 Kommunikation - Information - Berichtswesen

Die Kommunikation und Information im RM der KAGes fußt im Wesentlichen auf folgenden Säulen:

- Richtlinien, Leitfäden, Handbücher
- Prozess zum RM
- Berichtswesen
- Intranet, E-Mails, safety-pins
- Periodische Besprechungen und Informationsveranstaltungen

Richtlinien, Leitfäden, Handbücher zum RM

Informationen zum RM werden in der KAGes insbesondere in Form von Richtlinien und Serviceunterlagen (z. B. Leitfäden) zur Verfügung gestellt. So wurde der Prozess zum

RM z. B. als Richtlinie vorgegeben, das Handbuch zum Risikomanagement der KAGes ist ein Leitfaden.

Der LRH hält fest, dass verbindliche Regelungen zum RM auch in Form von Service-Unterlagen erfolgen. **Der LRH ist der Meinung, dass verbindliche Vorgaben im Rahmen des RM in Form von Richtlinien erlassen werden sollten.**

Das „Handbuch zum Risikomanagement der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.“ stellt als Umsetzungsleitfaden eine wesentliche interne Grundlage bzw. Vorgabe zum RM der KAGes dar. Die Regelungen des Handbuches betreffen insbesondere Rollen und Verantwortlichkeiten, das Berichtswesen sowie Inhalte und Struktur des klinischen RM in den Anstalten und des Unternehmens-RM im Bereich KMS. Weiters werden die IT und Dokumentation, die Durchführung von Audits sowie das Notfall- und Krisenmanagement behandelt. Auch wird im Handbuch auf nähere Ausführungen in Normen und in Richtlinien der KAGes verwiesen.

Im Krisenhandbuch erhalten Führungskräfte und Mitarbeiter im medizinischen und pflegerischen Bereich Handlungsanleitungen bzw. Unterstützung für Krisensituationen.

Für die im RM der KAGes verwendeten IT-Systeme (R2C_„risk to chance“, CIRS) bestehen Anwender- und Administratorenhandbücher.

Weiters finden in der KAGes z. B. das „Handbuch zur Initiative Patientensicherheit (IPS)“ des Gesundheitsfonds oder das „Handbuch Risikomanagement im Klinikum“ Anwendung.

Der LRH hat in die angeführten Richtlinien, Leitfäden und Handbücher stichprobenartig Einsicht genommen und deren Praktikabilität festgestellt.

Prozess zum RM

Der von der KAGes festgelegte „Prozess Risikomanagement“ bezieht sowohl die Kommunikation und Information über Risiken als auch die Berichtserstellung in den Prozess mit ein (siehe auch Kapitel 5.2.1.2 – Ablauforganisation – Seite 35ff.).

Berichtswesen

Gemäß dem Handbuch zum Risikomanagement der KAGes sind folgende Berichte und deren Inhalte Teil des Berichtswesens zum RM der KAGes.

Berichte des Unternehmens-RM im Bereich KMS

- RM-Jahresbericht
Der Bericht beinhaltet insbesondere eine Beschreibung der Top-Risiken des Unternehmens sowie deren Veränderungen zum Vorjahr.

Zusätzlich wird in einem Management-Summary kurz auf die übrigen Risiken Bezug genommen.

Der LRH hat in den Jahresbericht 2015 Einsicht genommen. **Der Aufbau des Berichtes stimmt mit den Vorgaben des RM-Handbuches der KAGes überein.** Der Bericht orientiert sich an den Top-Risiken, diese werden in einer zusammengefassten Form dargestellt.

- **RM-Quartalsbericht**
Für die Erstellung der Quartalsberichte bestehen sinngemäß die Vorgaben betreffend den RM-Jahresbericht. Der Jahresbericht stellt gleichzeitig den 4. Quartalsbericht dar.
- **Risikobericht für den Konzernlagebericht**
Der LRH hält nach einer Einsichtnahme fest, dass dieser Bericht auf ca. eineinhalb Seiten zusammenfassend die Entwicklung sowohl im Unternehmens- als auch im klinischen RM der KAGes für das vergangene Geschäftsjahr sehr allgemein beschreibt. Ein konkreter Bezug zur Entwicklung des RM im abgelaufenen Geschäftsjahr – z. B. auf den Umfang an gesetzten Maßnahmen oder Schulungen – besteht nicht.
Eine detailliertere Beschreibung der Entwicklung des RM erfolgt hingegen in den RM-Quartalsberichten an den Aufsichtsrat.

Berichte zum klinischen RM in den Anstalten

- **Jahresberichte zum klinischen RM der Anstalten („Strategieblätter“)**
Alle LKH und LPZ der KAGes haben einmal jährlich zum Stichtag 31. Dezember auf Basis der in der Risikosoftware R2C erfassten Risiken den Jahresbericht „systematisches klinisches Risikomanagement“ zu erstellen. Diese Berichte sind von den Anstalten bis zum 15. Jänner des Folgejahres an die OE-RR zu übermitteln.

Der LRH hat in die „Strategieblätter“ Einsicht genommen. In diesen werden zwar ausgeschiedene Risiken beschrieben, eine Zuordnung zu den in der Risikosoftware erfassten Risiken ist allerdings aufgrund der nicht vorhandenen Nummerierung der Risiken in den Strategieblättern nur schwer möglich.

Der LRH empfiehlt, den in den Strategieblättern der Anstalten ausgewiesenen erledigten sowie neuen Risiken eine Identifikationsnummer gemäß Risikosoftware beizufügen. Dies erleichtert die Zuordenbarkeit der beschriebenen Risiken.

Weiters empfiehlt der LRH, in den Strategieblättern die Gesamtanzahl der Risiken je Anstalt sowie deren Veränderung zum Vorjahr aufzunehmen. Durch das Aufzeigen der Anzahl an neuen bzw. ausgeschiedenen Risiken im Verhältnis zur Gesamtanzahl an Risiken wird die Effektivität des RM ersichtlicher gemacht.

- **Konsolidierter / Aggregierter Jahresbericht (alle Anstalten)**
Von der OE-RR sind die Berichte der Anstalten zu einem gesamten „Jahresbericht Risikomanagement LKH / LPZ“ zusammenzufassen. Für die Top-Risiken der Anstalten wird eine Konsolidierung / Aggregation vorgenommen.

Der LRH merkt an, dass im Handbuch nur auf die von den Anstalten zu erstellenden Jahresberichte („Strategieblätter“) dezidiert verwiesen wird, nicht aber auf den von der OE-RR zusammenzufassenden Gesamtbericht.

Der LRH empfiehlt, die Beschreibung zur Erstellung des Jahresberichtes zum klinischen RM im Handbuch derart anzupassen, dass für Dritte eine Nachvollziehbarkeit der Abläufe gegeben ist.

Der LRH hat in den „Jahresbericht Risikomanagement LKH / LPZ 2015“ Einsicht genommen. Je LKH wird die Risikolage 2015 mit jener von 2014 verglichen. Weiters wird pro Anstalt in sehr kurzer Form auf die Reduktion / Erhöhung von Risiken und auf gesetzte Maßnahmen Bezug genommen.

Hierbei ist festzustellen, dass von manchen LKH die konkrete Anzahl an reduzierten Risiken angeführt wird, einige Anstalten beschreiben die Veränderung der Risiken bzw. die umgesetzten Maßnahmen aber nur sehr allgemein.

Der LRH empfiehlt der OE-RR, auf die Erstellung der „Strategieblätter“ in den Anstalten derart einzuwirken, dass von allen Anstalten die Anzahl der Erhöhung / Reduktion der Risiken sowie die verbleibende Gesamtanzahl an Risiken angeführt werden. Es soll der OE-RR möglich sein, im zusammengefassten Jahresbericht zum klinischen RM alle Anstalten nach dem gleichen Schema darzustellen.

Der LRH stellt fest, dass in obigen Berichten zum klinischen RM kein Bezug zu den Zielen des RM genommen wird.

Diesbezüglich wird auf die Ausführungen in Kapitel 5.3 – Ziele des RM in der KAGes – Seite 68ff. verwiesen.

Letztendlich ist der Erfolg bei der Einführung eines Veränderungsprozesses – das RM stellt einen derartigen Prozess dar – nur mittels messbarer Ziele nachvollziehbar. Die Erreichung der Ziele im RM sollte daher aus Sicht des LRH einen wesentlichen Bestandteil des Berichtswesens darstellen.

Insgesamt weist der LRH darauf hin, dass die Bezeichnung der Berichte nicht durchgehend gleichlautend ist.

So werden die Jahresberichte z. B. als „Jahresbericht klinisches Risikomanagement“ (Handbuch), als „Systematisches klinisches Risikomanagement Jahresbericht 2013“ oder als „Jahresbericht Risikomanagement LKH / LPZ 2015“ bezeichnet.

Der LRH empfiehlt, Berichte zum Zwecke der besseren Nachvollziehbarkeit durchgehend gleichlautend zu bezeichnen.

Neben den RM-Berichten bestehen in der KAGes auch Berichte aus dem QM, welche zum RM Bezug nehmen. Von der OE-QM wird jährlich für jede Anstalt ein „Patientensicherheits- & Ergebnisqualitäts-Bericht (PaSEQ)“ erstellt. Diese Berichte beziehen sich zu einem wesentlichen Teil auch auf Erkenntnisse aus dem RM. Gemäß den PaSEQ-Berichten besteht die Hauptzielsetzung für die Patientensicherheit darin, unerwünschte Ereignisse und Zwischenfälle frühzeitig zu erkennen, um Schadensfälle zu vermeiden.

PaSEQ-Berichte beinhalten u. a. Indikatoren und Datenquellen der Risiken, Ergebnisse der Fehlermeldungen im CIRS der Anstalten, Detailergebnisse zu den Risiken im Bereich Patientensicherheit sowie Resultate von Patientenbefragungen und Selbstbewertungen.

Intranet, E-Mails, safety-pins

Die in der KAGes Anwendung findende Intranet-Lösung der Dokumentenlenkung ermöglicht eine gezielte Steuerung der Kommunikation und Information. Die Verteilung von Dokumenten kann hinsichtlich Informationsgehalt, Zeitpunkt und Auswahl der Adressaten gelenkt werden.

Über die Dokumentenlenkung erfolgt auch die Zustellung des anlassbezogen erscheinenden Newsletters „Risk-Info“ an die Mitarbeiter.

Weiters werden RM-Informationen gezielt per E-Mail sowie über das Intranet verteilt.

Als zusätzliche Informationsquelle im RM der KAGes dienen die als „safety-pins“ bezeichneten sicherheitstechnischen Warnhinweise, welche anlassbezogen via E-Newsletter und Intranet von der Stabsstelle QM-RM des LKH-Univ. Klinikums Graz allen LKH zur Verfügung gestellt werden.

Ebenso von hoher Relevanz für die Effektivität des RM ist die Bereitstellung aktueller Rechtsdokumente im Intranet für die Führungskräfte der KAGes.

Zusätzlich wird per E-Mail ein Newsletter mit rechtlichen Informationen an alle OE-Leiter, Anstaltsleiter sowie interessierte Mitarbeiter versendet.

Der LRH stellt fest, dass das Berichtswesen zum RM in der KAGes umfangreich und vielfältig gestaltet ist. Im Übrigen wird auf die obigen Empfehlungen verwiesen.

Periodische Besprechungen und Informationsveranstaltungen

Ein effektives RM bedarf einer konsequenten Kommunikation. Informationsflüsse sind sowohl vertikal (Top-Down, Bottom-Up) als auch horizontal (auf Leitungsebene) sicherzustellen.

Eine entsprechende Kommunikation von oben nach unten ist notwendig, um die Akzeptanz der Mitarbeiter sowie deren Bewusstsein für das RM zu gewinnen.

Weiters benötigen die für die Umsetzung des RM verantwortlichen Personen (Führungskräfte, Risikoeigner, Risikobeauftragte und -manager) Informationen von den mit den Risiken unmittelbar betroffenen Gruppen (Stakeholder), um das RM zu entwickeln und Risiken beurteilen zu können. Betroffene können Mitarbeiter, Patienten, Angehörige, Krankenkassen, Rettungs- und Krankentransportdienste, Zuweiser oder Kooperationspartner sein.

Der LRH hat in die Informations- und Kommunikationspläne der in die Prüfung einbezogenen Anstalten sowie in jene der OE-RR Einsicht genommen.

Die Anstalten haben individuelle Kommunikationspläne. Durch die Einbeziehung des RM in das QM gelten diese Pläne für beide Bereiche bzw. können diese Bereiche zum Teil nicht getrennt werden.

Die eingesehenen Pläne beinhalten durchgehend sowohl vertikale als auch horizontale Kommunikationsflüsse. Auf Ebene der Anstalten sehen die Pläne grundsätzlich regelmäßige Besprechungen mit Anstaltsleitungen, Abteilungsleitungen, Patienten sowie Mitarbeitern (zum Teil über den Betriebsrat) vor. Teilweise sind auch anlassbezogene Besprechungen mit der OR-RR vorgesehen.

Der Plan der OE-RR bezieht neben dem KAGes-Vorstand, der OE-Leitungsebene, der Mitarbeiterebene auch Kooperationspartner sowie die Patientenvertretung mit ein.

Bei den Einsichtnahmen des LRH in den fünf geprüften Anstalten wurde die Einhaltung der Kommunikationspläne von den Verantwortlichen bestätigt.

Der LRH stellt fest, dass in der KAGes ein strukturierter Ablaufplan für die Besprechungen zum RM besteht. Diese erfolgen gemäß Auskunft der Risikoeigner in den Anstalten sowohl auf vertikaler als auch auf horizontaler Ebene in regelmäßiger Form.

5.2.3 Fehlermeldesystem (CIRS)

CIRS stellt einen wesentlichen Bestandteil des RM- bzw. des QM-Systems der KAGes dar. Die Aufgaben eines derartigen Systems sowie dessen Einbindung in das klinische RM und in das QM wird in Kapitel 3.3 – Management von klinischen Risiken, Fehlern und Qualität – Seite 19ff. beschrieben sowie grafisch dargestellt.

In der KAGes wurde das Fehlermeldesystem CIRS im Rahmen der Implementierung des RM-Systems als fakultatives Arbeitspaket eingeführt. Bis zum Beschluss der

Gesundheitsplattform Steiermark betreffend das Projekt „Initiative PatientInnen-sicherheit Steiermark (IPS)“ war CIRS in drei LKH eingeführt (zu IPS siehe Kapitel 5.2.4 – Initiative PatientInnen-sicherheit Steiermark – Seite 46ff.).

Für das Ausrollen von CIRS im Rahmen des Projektes IPS wurde im LKH Feldbach ein Pilotprojekt durchgeführt. Auf Basis dieser Erfahrungen wurde vom Vorstand am 12. Juli 2012 eine „Vereinbarung über die Mitgliedschaft bei der Initiative PatientInnen-sicherheit Steiermark“ mit dem Gesundheitsfonds Steiermark abgeschlossen. Darin wurde die Verpflichtung verankert, ein Learning & Reporting-System (L&R-System) KAGes-weit einzuführen und zu betreiben.

In der Folge wurde CIRS flächendeckend in allen LKH der KAGes implementiert. In den LPZ ist CIRS noch nicht eingeführt.

Mit der Einführung eines Fehlermeldesystems in allen LKH der KAGes wurde die Basis für eine Fehlermeldekultur geschaffen.

Die Implementierung von CIRS in den LPZ sollte aus Sicht des LRH ehestmöglich umgesetzt werden.

Gemäß herrschender Lehre bestehen für die Funktionsfähigkeit von Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern u. a. folgende Mindeststandards:

- ein abteilungs- und berufsübergreifender niederschwelliger Zugang;
- Meldungen erfolgen freiwillig, anonym und sanktionsfrei;
- für die Analyse und Bearbeitung der Fehlermeldungen sollte eine Steuerungsgruppe eingerichtet werden; diese sollte aus Vertretern der relevanten Berufsgruppen bestehen;
- auf Basis der eingelangten Meldungen erfolgt eine Prozessanalyse, nach zeitnaher Bearbeitung werden entsprechende Präventionsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt;
- die eingegangenen Meldungen sollten inklusive Handlungsempfehlungen im Intranet veröffentlicht werden;
- im System werden Beinahe-Schäden erfasst, Mitarbeiter sind im Umgang mit diesen zu schulen und es ist ihnen der Nutzen eines Fehlermeldesystems zu vermitteln;
- den Mitarbeitern ist Sanktionsfreiheit für die Erfassung von Beinahe-Schäden zuzusichern; hierfür ist der Begriff „Beinahe-Schaden“ klar zu definieren und vom Begriff „Schaden“ zu trennen.

Die Vorgaben des Gesundheitsfonds an ein Fehlermeldesystem im Rahmen des IPS-Projektes entsprechen im Wesentlichen den obigen Mindeststandards.

Entsprechend den obigen Vorgaben hat die KAGes Ziel und Zweck von CIRS wie folgt definiert:

- *„In allen Landeskrankenhäusern der KAGes ist ein einheitliches elektronisches Meldesystem für kritische Ereignisse implementiert.*
- *In allen Landeskrankenhäusern der KAGes sind Reviewteams (oder auch Vertrauensteams) institutionalisiert (je nach Größe des Hauses ein oder mehrere Reviewteams).*
- *Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, unerwünschte und kritische Ereignisse freiwillig und anonym zu melden.*
- *Die systematische Aufarbeitung der Meldungen erfolgt im Rahmen des klinischen Risikomanagements.*
- *Auf Meldungen wird reagiert und Maßnahmen werden geplant, um mögliche Risiken zu bewältigen.*
- *Die Ergebnisse und umgesetzte Maßnahmen aus den CIRS-Meldungen werden den Mitarbeitern der LKH kommuniziert.*
- *Unternehmensrelevante Meldungen werden von einem übergeordnetem Reviewteam analysiert, bearbeitet und in aufbereiteter Form allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.*
- *CIRS-Meldungen („Reporting“) sind Frühwarnindikatoren für mögliche Risiken.*
- *CIRS ist eine Informationsquelle für das Erstellen von Risikobeurteilungen.*
- *Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird „gelernt“, wie zukünftig Ereignisse derselben oder ähnlichen Art vermieden werden können.*
- *CIRS wird für einen „Learning & Reportingregelkreis“ als Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements für kontinuierliche Verbesserungen genutzt.“*

Der LRH hat in den Vollzug des Fehlermeldesystems in den vier in die Prüfung einbezogenen LKH Einsicht genommen und **festgestellt, dass die Umsetzung von CIRS in den geprüften LKH den Vorgaben an ein Fehlermeldesystem sowie den von der KAGes definierten Zielen entspricht.**

Abzugrenzen ist das **Fehlermeldesystem** vom **Schadensmanagement**. Sind durch Fehler bereits Schäden entstanden, so sind diese gemäß CIRS-Leitlinie der KAGes nicht im Fehlermeldesystem, sondern im Rahmen des Schadensmanagements zu erfassen und zu bearbeiten.

Ebenso wie Implementierung, Organisation und Betreuung des Fehlermeldesystems obliegt der OE-RR die Abwicklung des Schadensmanagements.

Zur Fehlerkultur lassen sich aus Sicht des LRH folgende Feststellungen treffen:

- **Die Anonymität wird in CIRS zweifach abgesichert.** Zunächst garantieren die Software sowie die IT-technischen Voraussetzungen die Anonymität der Benutzer. Auch bei persönlicher Anmeldung der Person am PC-Arbeitsplatz ist die Anonymität des Meldenden gewährleistet. Durch die Verschlüsselung der PC-Daten des Meldenden durch die Software kann nicht nachverfolgt werden, wer welche Meldungen abgegeben hat. Das Netzwerk-Internetprotokoll (IP) der Geräte wird nicht geprüft. Es erfolgt keine Protokollierung der Daten.

Als zweiter Schritt wurde im Prozess der Meldungsbearbeitung ein Anonymisierer installiert. Diese Person bearbeitet die Meldungen im Bedarfsfall und korrigiert Daten, welche Rückschlüsse auf den Meldenden zulassen.

Die formalen Voraussetzungen zur Gewährleistung der Anonymität sind somit geschaffen worden.

Dennoch muss in Einzelfällen davon ausgegangen werden, dass Rückschlüsse auf den Meldenden möglich sind. Dies ist dann der Fall, wenn aus kleinen Abteilungen Meldungen abgegeben werden und die Sachlage Rückschlüsse zulässt.

- **CIRS wird von den Mitarbeitern durchwegs positiv aufgenommen.** Zum Teil wird bei den Meldungen freiwillig der Name des Meldenden angeführt; dies lässt auf eine „offene“ Fehlerkultur schließen.
- Teilweise waren Nachschulungen der Mitarbeiter erforderlich, da für diese nicht immer nachvollziehbar war, was als CIRS-relevante Meldung zu gelten hat.
- Das Meldeaufkommen ist in der KAGes insgesamt ansteigend. Im Vergleich zu anderen Ländern bzw. vergleichbaren Krankenanstalten – z. B. dem „Universitäts-Spital Zürich“ – zeigt sich aber für das LKH-Univ. Klinikum Graz ein noch geringes Ausmaß an CIRS-relevanten Meldungen.

Dies zeigt, dass hinsichtlich der Anzahl an Meldungen für die KAGes ein Verbesserungspotential besteht.

Der LRH weist allerdings darauf hin, dass die Effektivität eines Fehlermeldesystems nicht nur vom Meldeaufkommen, sondern insbesondere auch vom Prozess der Meldungsbearbeitung abhängt (Setzung von Maßnahmen, Rückmeldung, Evaluierung).

- Die Bekanntgabe von Ergebnissen an die Mitarbeiter erfolgt über das Intranet.
- Vom LRH überprüfte CIRS-Maßnahmen betreffen z. B. die Funktionalität von Sturzhilfen. Durch CIRS konnten hier Verbesserungen erwirkt werden.
- **Der Prozess des Meldewesens ist gut dokumentiert.** Der Zugang für die Mitarbeiter ist niederschwellig und einfach zu vollziehen.
- Evaluierungen der Meldungen werden vom Reviewteam einzelfallbezogen vorgenommen. Die OE-QM erstellt gesamthafte Auswertungen zum Fehlermelde-

system im Rahmen der jährlichen PaSEQ-Berichte. Diese Aufgabe der OE-QM ist im CIRS-Leitfaden der KAGes nicht dokumentiert.

- *Weitere Aufgaben der OE-QM gemäß CIRS-Leitlinie sind: „Evaluierung der umgesetzten Maßnahmen, Aufarbeitung der Ergebnisse, Integration der gewonnenen Erkenntnisse in den Learning & Reportingregelkreis [...]“*

RM stellt einen Teil des QM dar (siehe dazu Kapitel 3.3 – Management von klinischen Risiken, Fehlern und Qualität – Seite 19ff.). **Aus der Sicht des LRH besteht daher aufgrund der organisatorischen Trennung zwischen QM und RM im Bereich KMS ein grundsätzlich erhöhter Abstimmungsbedarf.** Die Einbindung der OE-QM in den CIRS-Aufgabenbereich sowie der Abstimmungsbedarf mit der OE-RR sollte aus Sicht des LRH hinsichtlich Termine, Inhalt sowie der Kompetenzen für das IT-System (z. B. Leserechte) schriftlich festgelegt sein. Ebenso ist auch die Einbindung der OE-RR in die Gesamt-Evaluierung der Maßnahmen (PaSEQ-Berichte) sicherzustellen.

Der LRH stellt insgesamt ein funktionsfähiges und den Anforderungen entsprechendes Fehlermeldesystem in der KAGes fest. Hinsichtlich des Meldeaufkommens zeigt ein Vergleich mit dem Universitätsspital Zürich eine weitaus geringere Anzahl an Meldungen im LKH-Univ. Klinikum Graz.

Die Aufgaben der OE-QM im Rahmen der gesamthaften Evaluierung von CIRS-Daten sowie der dafür erforderliche Abstimmungsbedarf sollten im CIRS-Leitfaden schriftlich dokumentiert werden.

Die Anzahl der Meldungen hat sich in den vier vom LRH überprüften Krankenanstalten von 2013 bis 2015 wie folgt entwickelt. Die Daten für 2013 umfassen kein ganzes Kalenderjahr und sind daher hier zu Informations- und nicht zu Vergleichszwecken angeführt.

Meldungen pro Jahr					
Jahr	Feldbach ¹⁾	Graz ²⁾	Mürzzuschlag ³⁾	Bad Radkersburg ⁴⁾	Gesamt
2013	20	41	5	8	74
2014	50	55	27	14	146
2015	63	86	11	14	174
2013-2015	133	182	43	36	394

Quelle: Unterlagen KAGes, CIRS Meldungen 2013 bis 2015, übermittelt am 20. Jänner 2017; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Daten LKH Feldbach, erfasst ab 10. Jänner 2013, ²⁾ Daten LKH-Univ. Klinikum Graz, erfasst ab 22. August 2013,

³⁾ Daten LKH Mürzzuschlag, erfasst ab 23. Oktober 2013,

⁴⁾ Daten LKH Bad Radkersburg, erfasst ab 30. September 2013

Der Vergleich von 2014 mit 2015 zeigt eine Zunahme an Meldungen.

Im Jahr 2016 wurde das Meldesystem CIRS erweitert. Die Mitarbeiter der KAGes haben nun auch die Möglichkeit, in CIRS zusätzlich zu bereits bestehenden Meldeschienen (Patientensicherheit) auch kritische Ereignisse und Beinaheschäden im Mitarbeiterbereich zu erfassen. Bei diesen sogenannten „Near-Miss-Meldungen“ handelt es sich primär um Beinahe-Unfälle / entdeckte Gefahrenquellen / sicherheitswidriges Verhalten im Sinne des § 15 (5) des ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG).

5.2.4 Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)

Der Rat der Europäischen Union hat im Jahr 2009 für die EU-Mitgliedsstaaten folgende Empfehlungen zur allgemeinen Patientensicherheit erstellt:

„Einbeziehung der Patientensicherheit als vorrangiges Thema in ihre gesundheitspolitischen Strategien und Programme auf nationaler und auf regionaler und lokaler Ebene“ sowie

„Unterstützung für die Einführung bzw. den Ausbau von sanktionsfreien Systemen der Berichterstattung über Zwischenfälle und entsprechender Lernsysteme [...]“

Die Implementierung eines Fehlermeldesystems wurde somit 2009 vom Rat der Europäischen Union zur Förderung der Patientensicherheit empfohlen.

Auf Ebene des Bundes sowie des Landes Steiermark bestehen ebenso gesetzliche Verpflichtungen zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen.

Dies betrifft z. B. die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ aus dem Jahr 2008. Nach dieser ist bei der Leistungserbringung im Gesundheitsbereich neben der Sicherstellung der Finanzierung insbesondere auch auf eine gesicherte Qualität in den Gesundheitsprozessen zu achten.

Die im Jahr 2013 beschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG „Zielsteuerung-Gesundheit“ gibt in Artikel 7 vor, dass die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen sowohl die Struktur-, Prozess-, als auch die Ergebnisqualität zu umfassen hat. So ist z. B. die Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle Gesundheitsleistungen erbringenden Einrichtungen verpflichtend.

Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG) regelt in § 30 die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für steirische Krankenanstalten. Dies inkludiert u. a. die verpflichtende Einführung einer Qualitätssicherungskommission sowie die Vorgabe, dass regelmäßige vergleichende Prüfungen des QM-Systems mit anderen Krankenanstalten zu ermöglichen sind.

Der LRH hält fest, dass die Sicherung der Qualität des Gesundheitswesens sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene in einer Vielzahl von Normen festgeschrieben ist.

RM stellt einen Teil des QM dar, die Vorgaben wirken sich daher unmittelbar auf das RM der Erbringer von Gesundheitsleistungen aus.

Der Gesundheitsfonds Steiermark wurde auf Basis verschiedener Vereinbarungen gemäß Art. 15 a B-VG bzw. des Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetzes 2006 als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet. Dem Gesundheitsfonds und der Gesundheitsplattform als dessen oberstes Organ obliegen neben anderen Aufgaben die Umsetzung von Reformvereinbarungen im Gesundheitsbereich.

Die IPS ist ein Projekt der Gesundheitsplattform Steiermark. Primäres Ziel der Initiative ist die Unterstützung der Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) der Steiermark bei der Steigerung der Patientensicherheit sowie bei der Etablierung eines L&R-Systems.

Mittels Vernetzung über IPS soll es den GDA in der Steiermark ermöglicht werden, bei Aufbau, Pflege, Evaluierung und Weiterentwicklung ihrer L&R-Systeme voneinander zu lernen. Grundlagen für diesen Lernprozess sind ein anonymisierter Indikatorenvergleich sowie gemeinsame Evaluierungsworkshops der GDA.

Im Beschluss der Gesundheitsplattform vom 7. Dezember 2011 wurde festgelegt, dass von jedem GDA der Steiermark im Rahmen von IPS ein L&R-System aufzubauen ist. Teil dieses L&R-Systems ist die Implementierung eines elektronischen Fehlermeldesystems.

Der LRH hat in die von den LKH Graz, Feldbach, Mürzzuschlag und Bad Radkersburg in den Jahren 2013 bis 2015 im Rahmen des Fehlermeldesystems erfassten IPS-Indikatoren Einsicht genommen. Die vorgegebenen Indikatoren wurden von obigen Anstalten im geprüften Zeitraum zur Gänze erfasst. Laut Auskunft der OE-RR sind aber Auswertungen der erfassten IPS-Indikatoren zum Zwecke des Vergleiches mit anderen GDA noch nicht zweckmäßig, da sich der L&R-Prozess im Entwicklungsstadium befindet und Vergleiche derzeit noch nicht aussagekräftig bzw. verlässlich seien.

Der im Rahmen von IPS angestrebte Indikatoren-Vergleich zwischen Gesundheitsdiensteanbietern findet derzeit noch nicht statt.

Der LRH empfiehlt, dieses Projekt mit Nachdruck zu betreiben, um den Erfahrungsaustausch im Sinne einer Steigerung der Patientensicherheit optimieren zu können.

Der LRH weist darauf hin, dass ein Fehlermeldesystem bereits vor dem Projekt IPS in drei LKH der KAGes implementiert war. In seinem Bericht zur Prüfung „Qualitätssicherung der KAGes“ aus dem Jahr 2010 hat der LRH die Einführung eines Fehler-

meldesystems für alle Krankenanstalten der KAGes empfohlen. **Mit der flächendeckenden Einführung von CIRS im Zuge des IPS-Projektes Ende 2013 wurde dieser Empfehlung seitens der KAGes entsprochen.**

Die IPS sieht als eine Maßnahme die Verleihung einer Auszeichnung für die Wirksamkeit eines L&R-Systems vor. Voraussetzung für eine IPS-Auszeichnung ist die Erfüllung bestimmter Kriterien in den Bereichen Organisation & Führung, Einbindung der Mitarbeiter, Meldeweg, Nutzung anderer Informationsquellen sowie Evaluierung. Für die Erlangung der IPS-Auszeichnung sind zusätzlich alle drei Jahre eine Selbst- und eine Fremdbewertung erforderlich.

Sämtliche LKH der KAGes haben die IPS-Auszeichnung nach Einführung und Umsetzung von CIRS erhalten.

5.2.5 IT-Systeme und Dokumentation im RM

Für die Umsetzung des RM wurden von der KAGes im Jahr 2009 zwei Softwarelösungen von einem ausländischen IT-Unternehmen zugekauft. Die beiden Lösungen stammen aus der Produktfamilie R2C. Die Software wird von den Risikoeignern, Risikobeauftragten und Risikomanagern eingesetzt. Für beide Produkte bietet die OE-RR sowohl den fachlichen First-Level Support (Erstanlaufstelle) als auch Schulungen für die Anwender an.

Die Risikomanagementsoftware R2C_„risk to chance“ stellt eine Standardlösung zur Abbildung und Steuerung des gesamten RM-Prozesses dar. Die Software ist KAGesweit eingerichtet und befindet sich im laufenden Betrieb. Die Software ermöglicht eine Umsetzung des RM nach regulatorischen Vorgaben wie z. B. COSO, ISO 31000 oder ONR 49000ff. (siehe dazu Kapitel 4 – Rechtliche Rahmenbedingungen – Seite 26ff.). „R2C_risk to chance“ ermöglicht die Identifikation, Dokumentation, Bewertung, Analyse, Bewältigung sowie das Berichtswesen von Risiken.

„R2C_CIRS & Complaints“ ist die in der KAGes verwendete Software für das Melde- und Beschwerdemanagement-System. Das Produkt ist in allen LKH implementiert, die Einführung in den LPZ war zum Zeitpunkt der Prüfung im Gange. Die Software bietet die Möglichkeit einer anonymisierten Fehlermeldung (siehe Kapitel 5.2.3 – Fehlermeldesystem – Seite 41ff.). Beinahe-Schäden (Fehler) und Beschwerden können erfasst, analysiert und bewertet werden. Dies dient der frühzeitigen Identifikation von Risiken. (Beinahe-) Ereignisse und Beschwerden können von Mitarbeitern oder Patienten strukturiert und bei Wunsch anonym gemeldet werden. In weiterer Folge werden die Meldungen analysiert, priorisiert und bewertet (Review-Team).

5.2.6 Personalausstattung

Die Vorgaben des KAGes-Vorstandes zu den personellen Kapazitäten im RM wurden vom LRH im Kapitel 5.1 – Projekt zur Einführung des RM – Seite 29ff. näher beschrieben. Im Wesentlichen gelten folgende Rahmenbedingungen für die Personalausstattung im RM bzw. im QM der Anstalten:

- Erforderliche Personalressourcen sind primär durch Umschichtungen zu bedecken.
- Pro LKH sind ca. 0,5 DP für einen Beauftragten für das klinische RM vorgegeben (mit Ausnahmen für größere Anstalten).
- Eine Personalunion Risiko- und Qualitätsbeauftragter ist je Anstalt zu prüfen. In diesem Fall ist das gesamte Beschäftigungsausmaß zu berücksichtigen.
- Ist eine Personalunion nicht möglich, ist eine eigene Person im Umfang des geplanten Beschäftigungsausmaßes mit der Aufgabe zu betrauen.

Die Tabellen auf den beiden folgenden Seiten zeigen die personelle Ausstattung für das RM und das QM 2013.

Die erste Tabelle stellt die Entwicklung der Anzahl der DP in sämtlichen LKH der KAGes dar. Die schwerpunktmäßig in die Prüfung einbezogenen LKH in Bad Radkersburg, Feldbach, Graz sowie Mürzzuschlag wurden vom LRH hervorgehoben.

Die zweite Tabelle bezieht sich ausschließlich auf die vier in die Prüfung einbezogenen LKH, wobei der Anzahl der DP pro Jahr Leistungskennzahlen (Anzahl stationärer und ambulanter Patienten, Fachbereiche) der jeweiligen Anstalt gegenübergestellt worden sind.

Landesrechnungshof – Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der KAGes

DP und Istbesetzung	DP für	Ist 2013			Ist 2014			Ist 2015			Ist 2016		
RM und QM	QM / RM ¹⁾	QM	RM	Summe	QM	RM	Summe	QM	RM	Summe	QM	RM	Summe
LKH-Univ. Klinikum Graz	9,00	6,50	1,50	8,00	6,50	1,50	8,00	6,50	1,50	8,00	6,50	2,00	8,50
LKH Bad Radkersburg	0,50	0,25	0,25	0,50	0,25	0,25	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00
LKH Feldbach-Fürstenfeld ²⁾	0,50	1,50		1,50	1,50		1,50	1,50		1,50	1,50		1,50
LKH Mürzzuschlag-Mariazell ³⁾	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00
LKH Hochsteiermark ⁴⁾	1,50	2,00	0,50	2,50	2,00	0,50	2,50	2,90		2,90	2,90		2,90
LKH Deutschlandsberg	0,50	0,40	0,40	0,80	0,40	0,40	0,80	0,40	0,40	0,80	0,40	0,40	0,80
LKH Judenburg-Knittelfeld	0,50	0,66	0,22	0,88	0,66	0,22	0,88	0,66	0,22	0,88	0,66	0,22	0,88
LKH Hartberg	0,50	0,50		0,50	0,50	0,12	0,62	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00
LKH Rottenmann-Bad Aussee	0,50	0,70	0,30	1,00	0,70	0,30	1,00	0,70	0,30	1,00	0,70	0,30	1,00
LKH Voitsberg	0,50	0,50	0,25	0,75	0,50	0,25	0,75	0,50	0,25	0,75	0,50	0,25	0,75
LKH Wagner	0,50	0,25	0,35	0,60	0,25	0,35	0,60	0,25	0,35	0,60	0,25	0,35	0,60
LKH Hörgas-Enzenbach	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00
LKH Stolzalpe	0,50	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00
LKH Graz Süd-West	1,50	3,05	1,00	4,05	3,26	1,25	4,51	3,47	1,00	4,47	3,40	1,00	4,40
LKH Weiz ²⁾	0,50	0,50		0,50	0,50		0,50	0,50		0,50	0,50		0,50
Inst.f. Krankenhaushygiene u. Mikrobiologie ²⁾					0,50			0,50			0,50		
Summe	18,00			25,58			26,16			27,40			27,83

Quelle: Unterlagen KAGes, aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Dienstposten für Qualitäts- und Risikobeauftragte; in größeren Anstalten auch Bedienstete der Stabsstelle QM / RM

²⁾ Personalunion QM und RM – keine Aufteilung möglich

³⁾ Eingesetzter Mitarbeiter für DP im QM / RM arbeitet auch in OE PE (Personalentwicklung) sowie bei Projekten mit

⁴⁾ LKH Hochsteiermark: ab 2015 gemeinsame Stabstelle im Verbund

Landesrechnungshof – Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der KAGes

	DP für	Ist 2013			Ist 2014			Ist 2015			Ist 2016			2015				
		QM/RM	QM	RM	Summe	QM	RM	Summe	QM	RM	Summe	QM	RM	Summe	Fach- bereiche	Anzahl stationär. Patienten	Anzahl ambulant. Patienten	Summe Patienten
DP und Istbesetzung RM und QM																		
LKH-Univ. Klinikum Graz	9,00	6,50	1,50	8,00	6,50	1,50	8,00	6,50	1,50	8,00	6,50	2,00	8,50	22	83.732	406.100	489.832	
LKH Bad Radkersburg	0,50	0,25	0,25	0,50	0,25	0,25	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	3	5.612	22.688	28.300	
LKH Feldbach-Fürstenfeld ¹⁾	0,50	1,50		1,50	1,50		1,50	1,50		1,50	1,50		1,50	7	19.305	71.770	91.075	
LKH Mürzzuschlag-Mariazell ²⁾	0,50	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	0,50	0,50	1,00	2	2.885	15.024	17.909	

Quelle: Unterlagen KAGes, aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Personalunion QM und RM – keine Aufteilung möglich

²⁾ Eingesetzter Mitarbeiter für DP im QM / RM arbeitet auch in OE PE (Personalentwicklung) sowie bei Projekten mit

Folgende Feststellungen zur personellen Ausstattung für das QM und RM in den Anstalten werden getroffen:

- Für die Funktionen des Qualitäts- sowie des Risikobeauftragten in den LKH sowie den weiteren QM / RM-Bediensteten in den größeren Anstalten wurden insgesamt 18 DP genehmigt.
- Die schwerpunktmäßige Einschau des LRH in die vier LKH zeigte, dass in diesen Anstalten die Aufgabe des Qualitäts- und des Risikobeauftragten in Personalunion ausgeführt wird. Dies entspricht der Vorgabe des Vorstandes aus 2008, wonach eine derartige Personalunion anzustreben ist.
- Der tatsächliche Personalstand im Jahr 2016 beträgt hingegen 27,83 DP. Es ergibt sich somit gegenüber der Planung von 18 DP ein Überhang von 9,83 DP.
- Laut Auskunft der OE-RR wurden 18 Dienstposten bereits mit 1. Jänner 2003 für das QM in den LKH genehmigt.
- Der Überhang für DP in den Anstalten im Zuge des ab 2007 installierten RM wurde nach Auskunft der geprüften Stellen – dies betrifft die vier schwerpunktmäßig geprüften LKH sowie die OE-RR – ausschließlich durch interne Umschichtungen abgedeckt.

Es erfolgte den Auskünften der geprüften Stellen zufolge keine zusätzliche Personalaufnahme im Zuge der Einführung des RM in den Anstalten.

Seitens der überprüften LKH wurde festgehalten, dass die vorgegebene Personalausstattung sowohl für die Phase der Implementierung des RM als auch für den laufenden Betrieb knapp bemessen sei.

5.2.7 Schulungen und Erfahrungsaustausch

Im Vorstandsbeschluss vom 23. April 2007 zur Einführung des klinischen RM wurde die grundsätzliche Ausrichtung der Schulungen im RM der KAGes wie folgt vorgegeben:

„Die primäre Stoßrichtung des Risikomanagement-Systems zur Patientensicherheit kann nur die Aufschulung mit einem maßgeschneiderten Fortbildungskonzept für die jeweiligen Gruppen von Beauftragten sein. Zusätzlich ist zu prüfen und festzulegen, welche weiteren Funktionsträger (z. B. Blutdepotbeauftragte), welche Fertigkeiten und davon abgeleitet welche Ausbildungsinhalte benötigen.“

Eine dem Bedarf der jeweiligen Funktionsträger im RM angepasste Schulung stellt somit ein primäres Ziel im RM-Konzept der KAGes dar.

Eine Verpflichtung zur Vornahme einer RM-Ausbildung betrifft in den LKH die Risikobeauftragten sowie die Risikomanager. Darüber hinaus gibt es weitere Personenkreise (insbesondere Risikoeigner, Mitglieder des Lenkungsteams, Fach- und Führungskräfte)

welche fakultativ an RM-Ausbildungen teilnehmen (zum Strukturaufbau im klinischen RM je LKH siehe diesbezüglich Kapitel 5.2.1.1 – Aufbauorganisation – Seite 33ff.).

Die Arbeitsunterlage des Vorstandes zur Einführung des klinischen RM aus 2008 beinhaltet die Verpflichtung für jedes LKH pro Abteilung / Institut zumindest *einen klinischen Risikomanager auszubilden*.

Dem Risikobeauftragten obliegen zentrale Aufgaben im RM eines LKH. Dazu zählen grundsätzlich Betreuung, Koordination und Weiterentwicklung des klinischen RM je Anstalt. Damit der Beauftragte seine Aufgaben wahrnehmen kann, ist er gemäß Vorstandsbeschluss als „qualifizierter klinischer Risikomanager“ auszubilden. Die Ausbildungskosten sind von den jeweiligen LKH zu tragen. Als Ausbildungskosten wurde hierfür pro Beauftragten mit € 3.500,-- (6-tägiges Seminar in Wien) bzw. € 1.500,-- (6-tägiges hausinternes Seminar) geplant.

Im Jahr 2008 wurden vom Vorstand die Vorgaben zur Umsetzung des klinischen RM in den Anstalten – dies beinhaltet auch Umfang und Art von Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung – wie folgt konkretisiert:

- Jedes LKH ist verpflichtet, pro Abteilung / Institut zumindest einen internen klinischen Risikomanager bis spätestens vor Beginn der Risikobeurteilungen des jeweiligen LKH auszubilden.
- Weiters ist von jedem LKH bis spätestens zu Beginn der Implementierung des klinischen RM ein Beauftragter für das klinische RM zu nominieren. Der Risikobeauftragte ist ebenfalls gemäß ONR 49003 als zertifizierter klinischer Risikomanager auszubilden und zu zertifizieren (zu den ONR-Regelungen des Österreichischen Normungsinstitutes siehe Kapitel 4 – Rechtliche Rahmenbedingungen – Seite 26ff.).
- Als Qualifizierung im klinischen RM werden folgende zwei Ausbildungen anerkannt:
 - eine 6-tägige Ausbildung zum zertifizierten klinischen Risikomanager mit Kosten von € 1.500,-- zzgl. € 500,-- Prüfungskosten (hausintern) oder € 3.500,-- zzgl. € 500,-- Prüfungskosten (in Wien)
 - eine 3-tägige RM-Grundausbildung mit Kosten von € 450,--
- Die Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für die Teilnahme an risikorelevanten Veranstaltungen sind inklusive anfallender Reisegebühren vom jeweiligen LKH zu budgetieren und zu tragen.

ONR 49003 legt die Anforderungen an die Qualifikation des Risikomanagers fest. Gemäß dieser Norm liegt das Ziel der Ausbildung darin, dass der zertifizierte Risikomanager befähigt ist, *„die Risiken der Gesamtorganisation sowie die Risiken aus Teil-*

bereichen und Systemen zu erkennen, zu analysieren, zu bewerten, darzustellen und zu dokumentieren.“

Der Inhalt der Ausbildung umfasst nach ONR 49003 grundlegende und vertiefende Kenntnisse zum RM, die Einbettung des RM in das Management-System der Organisation, Methoden der Risikobeurteilung sowie das Notfall-, Krisen- und Kontinuitätsmanagement.

Die Norm legt weiters fest, dass Risikomanager zur ständigen Weiterbildung verpflichtet sind. Dies soll sicherstellen, dass deren Qualifikation dem jeweiligen aktuellen Stand der Technik entspricht.

Ein Zertifizierungsschema legt die Vorgangsweise zur Zertifizierung der Qualifikation eines Risikomanagers gemäß ONR 49003 wie folgt fest:

- Die Ausbildung umfasst mindestens 40 Stunden.
- Die Prüfung besteht aus zwei Teilen:
 - einer im Rahmen einer Projektarbeit vorzunehmenden Risikobeurteilung und
 - einer schriftlichen Prüfung.
- Zertifikate nach Erstzertifizierung haben eine Gültigkeit von sechs Jahren. Zertifikate nach Rezertifizierung gelten drei Jahre.
- Als Voraussetzung zur Verlängerung der Gültigkeit des Zertifikates sind einschlägige Tätigkeiten im Bereich des RM nachzuweisen sowie ein Prüfungsgespräch / Rezertifizierungsworkshop zu absolvieren.

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der im RM ausgebildeten und die davon noch im RM eingesetzten Mitarbeiter der KAGes dar:

	Risiko- manager (6-tägig)	Grundauf- bildung (3-tägig)	Gesamt	davon noch im RM eingesetzt
KAGes gesamt	459	157	616	518 ¹⁾
davon in den vier geprüften LKH				
Univ. Klinikum Graz	180	0	180	150
Bad Radkersburg	10	2	12	10
Feldbach-Fürstenfeld	28	2	30	28
Mürzzuschlag-Mariazell	14	4	18	14
Summe der vier LKH	232	8	240	202

Quelle: Unterlagen und Auskünfte der KAGes bzw. der LKH; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Gemäß Schreiben der OE-RR vom 20. Jänner 2017 sind derzeit noch 404 zertifizierte Risikomanager (mit 6-tägiger Ausbildung) in der KAGes beschäftigt. Die Anzahl der noch beschäftigten Mitarbeiter mit Grundausbildung wurde nicht bekanntgegeben. Der LRH schätzt die insgesamt noch im RM eingesetzten Mitarbeiter daher mittels Hochrechnung mit 518 ein.

In den vier in die Prüfung einbezogenen LKH wurden seit Einführung des RM insgesamt 240 Mitarbeiter im RM ausgebildet. Davon sind derzeit (Stand Jänner 2017) noch 202 Mitarbeiter (ca. 84 %) im RM eingesetzt.

Risikomanager üben ihre RM-Tätigkeit neben ihrem bestehenden Aufgabenbereich aus. Aus Sicht des LRH sollten Risikomanager auch ihren Qualifikationen entsprechend eingesetzt werden.

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der seit 2005 in der KAGes als zertifizierte Risikomanager ausgebildeten Mitarbeiter sowie die Ausbildungskosten pro Jahr dar:

Jahr	Anzahl ¹⁾ zertifizierte Risikomanager	Ausbildungskosten in [€]
2005	15	25.622
2006	29	27.301
2007	15	65.341
2008	30	63.256
2009	60	92.232
2010	58	107.562
2011	49	98.309
2012	45	81.092
2013	67	96.516
2014	47	80.217
2015	22	62.590
2016	22	87.404
Summe	459	887.443

Quelle: Schreiben der OE-RR vom 20. Jänner 2017 bzw. vom 27. Juni 2017; aufbereitet durch den LRH

¹⁾exklusive Mitarbeiter mit Grundausbildung

Für die Ermittlung der gesamten RM-Ausbildungskosten sind den Kosten für die Ausbildung zum zertifizierten Risikomanager auch jene für die Grundausbildung im RM hinzuzurechnen. Somit ergeben sich folgende Gesamtkosten:

Ausbildungsart	Kosten in [€]
Zertifizierter Risikomanager	887.443
Grundausbildung ¹⁾	70.650
Gesamte Ausbildungskosten ^{2) 3)}	958.093

Quelle: Schreiben der OE-RR vom 20. Jänner 2017 sowie vom 27. Juni 2017; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Kosten der Grundausbildung mittels Eigenberechnung durch den LRH umfassen die Jahre 2005 bis 2015: 157 Mitarbeiter à € 450,--

²⁾ Die gesamten Ausbildungskosten beziehen sich auf die Jahre 2005 bis 2016 (Erstzertifizierung und Grundausbildung); Kosten der Rezertifizierung sind nicht enthalten

³⁾ Gesamtkosten für das RM der Jahre 2013 bis 2015 siehe Kapitel 5.2.8 – Seite 61ff.

Die Ausbildungskosten sind nur bedingt den jeweiligen Jahren zuzurechnen, da für diese laut Auskunft der KAGes keine jährliche Abgrenzung vorgenommen worden ist. Eine vertiefende Analyse der Ausbildungskosten ist für den LRH daher nicht möglich.

Stellt man die Anzahl der im RM Ausgebildeten der Anzahl der Beschäftigten gegenüber, so ergibt sich – unter Berücksichtigung der geschulten, jedoch im RM nicht mehr aktiven Mitarbeiter – eine KAGes-weite Ausbildungsquote im RM von ca. 3,6 %.

Der LRH subsumiert unter der Bezeichnung Risikomanager sämtliche im RM ausgebildeten Mitarbeiter, dies umfasst zertifizierte Risikomanager als auch Mitarbeiter mit absolvierter Grundausbildung. Es wird in den folgenden Betrachtungen zwischen diesen beiden Gruppen daher nicht differenziert.

Zur Anzahl der im RM auszubildenden Mitarbeiter gibt es in der einschlägigen Literatur u. a. folgende Empfehlungen:

- Risikomanager sollten in der gesamten Organisation implementiert werden und ihr erlerntes Wissen in der täglichen Arbeit einbringen.
- Sowohl klinische, administrative als auch akademische Bereiche sollten berücksichtigt werden.
- Im klinischen Bereich sollten alle risikorelevanten Berufsgruppen in die Ausbildung einbezogen werden. Dies umfasst Ärzte, Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst (MTD) sowie Verwaltung mit klinischem Bezug.
- Die Auswahl der in die Ausbildung einbezogenen Mitarbeiter sollte risikoorientiert erfolgen. Dies bedeutet, dass der prozentuelle Anteil der Auszubildenden in riskan-

teren Bereichen (z. B. Ärzte) höher sein sollte als in weniger riskanten (z. B. in der Verwaltung).

- Ein effektiver RM-Prozess bedarf der Einbindung der Führungskräfte. (Diese sind aus Sicht des LRH im RM entsprechend zu schulen).
- Zur Durchdringung der Organisation mit einem funktionierenden RM bedarf es einer „kritischen“ Mindestanzahl (Untergrenze) an ausgebildeten Risikomanagern. In der Literatur wird hier u. a. – in Abhängigkeit von der Größe der Organisation – ein Minimum von ca. 1 % der gesamten Mitarbeiter angeführt. Diese Kennzahl umfasst den klinischen sowie den nicht klinischen Bereich.

Auf die gesamte KAGes bezogen wurden ca. 3,6 % der Mitarbeiter (auf Basis der VZÄ, siehe oben) im RM ausgebildet. **Das Ausmaß der Ausbildung liegt somit wesentlich über der Mindestgrenze von ca. 1 %.**

Betrachtet man das Ausbildungsausmaß der in die Prüfung einbezogenen LKH, so zeigt dies folgende Quoten:

LKH	Ausbildungs-Quote ¹⁾
Bad Radkersburg	3,7 %
Feldbach - Fürstenfeld	3,1 %
Univ. Klinikum Graz	2,7 %
Mürzzuschlag - Mariazell	6,2 %
KAGes gesamt	3,6 %

Quelle: Unterlagen der KAGes; berechnet und aufbereitet durch den LRH

¹⁾Berechnung auf Basis VZÄ

Zur Überprüfung des Ausmaßes der Ausbildung bezieht sich der LRH auf die grundsätzlichen Empfehlungen in der einschlägigen Literatur. Demnach sind Risikomanager in allen Abteilungen zu etablieren und es sind Berufsgruppen mit Risikobezug einzubeziehen.

Zur Plausibilisierung hat der LRH daher folgende Annahmen getroffen:

- Pro klinischem Fachbereich sind zumindest vier Risikomanager auszubilden (Arzt, Pflegedienst, MTD, Verwaltung)
- Daraus ergeben sich vier Risikomanager pro Fachbereich. Bei 129 Fachbereichen (siehe Tabelle zu den LKH auf Seite 13) ergibt sich somit ein geschätzter Bedarf von 516 Risikomanagern.

- Im Bereich KMS bestehen 19 Bereiche bzw. OE. Bei der Annahme eines Risikomanagers sowie eines Stellvertreters pro Bereich ergeben sich somit 38 ausgebildete Risikomanager.
- In Summe zeigt die Plausibilisierung somit einen Bedarf von 554 Risikomanagern.
- Gemäß Tabelle auf Seite 54 wurden KAGes-weit 616 Risikomanager ausgebildet. Die Schätzung des LRH ergibt, dass davon noch ca. 518 Mitarbeiter aktiv im RM tätig sind. Diese Größenordnung entspricht dem vom LRH mittels Plausibilisierung ermittelten Bedarf.

Das Ausmaß der Anzahl an ausgebildeten Risikomanagern ist für den LRH somit nachvollziehbar.

Der LRH hat im LKH-Univ. Klinikum Graz die Anzahl der ausgebildeten Risikomanager hinsichtlich der grundsätzlichen qualitativen Anforderungen überprüft. Demnach sind alle Berufsgruppen mit Risikobezug auszubilden. Darüber hinaus ist eine risikoorientierte Auswahl insofern zu treffen, als Berufsgruppen mit einem höheren klinischen Risiko verstärkt zu schulen sind. Bei Berufsgruppen mit einem geringeren Risiko besteht ein entsprechend geringerer Bedarf.

Die Überprüfung zeigte, dass die medizinischen Fachbereiche der Anstalt in die Ausbildung einbezogen worden sind. Den Dokumenten der KAGes zufolge sind pro Fachbereich zwischen einem und 21 Risikomanager eingesetzt.

Die Ausbildung erfolgte insofern risikoorientiert, als sich der höchste Anteil der Ausgebildeten bei den Ärzten ergab.

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der in den Jahren 2009 bis 2014 ausgebildeten Berufsgruppen in der Anstalt.

	Ärzte	Pflegedienst	MTD	Verwaltung
%-Anteil der ausgebildeten Risikomanager	4,5 %	2,6 %	2,7 %	0,9 %

Quelle: Wiener klinische Wochenschrift; 19-20/2014; Systematic implementation of clinical risk management in a large university hospital: the impact of risk managers; aufbereitet durch den LRH

Die Überprüfung zeigt, dass die strukturelle Auswahl der auszubildenden Risikomanager im LKH-Univ. Klinikum Graz den grundsätzlichen qualitativen Anforderungen entspricht.

Die Ausbildung zum zertifizierten Risikomanager wird in der KAGes seit 2005 von einem externen Kooperationspartner vorgenommen. Die KAGes war an der Ausarbei-

tung des der Ausbildung zugrundeliegenden RM-Regelwerkes aktiv beteiligt. Dadurch konnte die Anwendbarkeit der Regeln im Gesundheitswesen sichergestellt werden.

Der Leiter der OE-RR führt im Rahmen einer Nebenbeschäftigung als Vortragender des Kooperationspartners RM-Schulungen für die KAGes durch. Der LRH hat diese Lehrtätigkeit des KAGes-Mitarbeiters stichprobenartig für die Jahre 2013 bis 2015 überprüft.

Die Meldung der Nebenbeschäftigung durch den OE-Leiter an den KAGes-Vorstand liegt dem LRH vor. Ebenso wurde dem LRH die Genehmigung seitens des Vorstandes übermittelt. Diese beinhaltet die Auflage, dass die Nebenbeschäftigung nicht in der Dienstzeit durchgeführt werden darf.

Die gemeldeten Vortragstätigkeiten des OE-Leiters im Zeitraum 2013 bis 2015 wurden vom LRH mit den Daten des Zeiterfassungssystems abgeglichen. Die Nebenbeschäftigung wurde in besagtem Zeitraum zur Gänze außerhalb der Dienstzeit durchgeführt.

Der LRH stellt im Rahmen seiner stichprobenartigen Überprüfung die ordnungsgemäße Durchführung der Nebenbeschäftigung des Leiters der OE-RR als RM-Ausbildner fest.

Neben der Ausbildung im klinischen RM gibt es für die Mitarbeiter der KAGes zusätzlich die Möglichkeit, hausinterne Fortbildungsveranstaltungen zum Themenbereich QM und RM zu besuchen. Derartige Veranstaltungen finden einerseits KAGes-weit in der unternehmenseigenen Akademie, andererseits auch in einzelnen LKH statt.

Der LRH hat diesbezüglich in die Veranstaltungsliste des LKH-Univ. Klinikum Graz für die Jahre 2012 bis 2015 Einsicht genommen. Folgende Anzahl an Veranstaltungen mit Bezug zum klinischen RM sowie zum QM wurden in diesem Zeitraum für Mitarbeiter angeboten:

Jahr	Anzahl Schulungen LKH Graz	Anzahl Teilnehmer	Teilnehmer pro Schulung
2012	44	539	12,3
2013	89	1403	15,8
2014	51	877	17,2
2015	52	723	13,9

Quelle: Unterlagen der KAGes; aufbereitet durch den LRH

Neben den Aus- und Fortbildungsveranstaltungen zum RM bzw. QM finden KAGes-intern oder mit Dritten Treffen zum Zwecke des Erfahrungsaustausches statt.

Als Beispiele können aufgezählt werden:

- regelmäßige Jour-Fixe Termine der Risikomanager und Risikoeigner
- 2-mal jährliches Treffen der QM- und RM-Beauftragten der Anstalten der KAGes
- regelmäßige Treffen der OE-RR mit der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft (PPO)
- Treffen der CIRS-Review-Teams
- jährlicher Grazer Risikotag (KAGes und Dritte)
- jährliche IPS-Tagung des Gesundheitsfonds

Der LRH stellt fest, dass es neben der Ausbildung im klinischen RM für die Mitarbeiter der KAGes auch umfassende Fortbildungsmöglichkeiten sowohl im RM als auch im QM gibt. Darüber hinaus nehmen Mitarbeiter der KAGes hausintern oder mit Dritten an Treffen zum Zwecke des Erfahrungsaustausches teil.

Der LRH hat im Zuge der Überprüfung der vier LKH festgestellt, dass die Kosten der Ausbildung zum Risikomanagement budgetär vom Bereich KMS und nicht von den Anstalten getragen worden sind. Die Vorgaben des Vorstandes aus 2008 sahen demgegenüber vor, dass sämtliche Aus- und Fortbildungskosten im RM von den Häusern zu übernehmen sind.

Hinsichtlich der Kosten für die Rezertifizierung im RM sowie für sonstige Fortbildungsmaßnahmen stellt der LRH fest, dass diese im Prüfungszeitraum konform zu den Vorgaben des Vorstandes die Anstalten budgetär belastet haben.

5.2.8 Gesamtkosten des RM für die Jahre 2013 bis 2015

Die Gesamtkosten für das RM der vier in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten sowie der Zentrale (KMS) stellen sich für die Jahre 2013 bis 2015 wie folgt dar:

Kosten 2013 - 2015	KMS	Graz	Bad Radkersburg	Feldbach - Fürstenfeld	Mürzzuschlag - Mariazell	Gesamt
Aus- u. Fortbildung ¹⁾	279.473	4.137	4.450	15.541	3.800	307.401
Beratungsleistungen	45.300	0	0	0	0	45.300
sonstige Fremdleistungen nicht medizinisch	17.110	19.673	0	0	0	36.783
EDV-Dienstleistungen Dritter	28.901	0	0	0	0	28.901
IH / Wartung / EDV Software	24.713	0	0	0	0	24.713
Gesamt	395.497	23.810	4.450	15.541	3.800	443.098

Quelle: Schreiben der OE-RR vom 20. Jänner 2017 sowie vom 14. Juni 2017

¹⁾ Kosten der Aus- und Fortbildung inkl. Zertifizierung Risikomanager und Grundausbildung (KMS) sowie Rezertifizierung und sonstige Fortbildungen im RM (LKH)

Ohne Berücksichtigung von Personalkosten (Gehälter) ergeben sich für die Jahre 2013 bis 2015 anhand der Unterlagen der OE-RR Gesamtkosten im RM in Höhe von € 443.098,-. Der Großteil der Kosten (69 %) betrifft die Aus- und Fortbildung.

5.2.9 Organisatorische Zuordnung der OE-RR und der OE-QM

Das klinische RM ist ein System zur Vermeidung oder Verminderung von Risiken in Krankenanstalten. Mittels QM gilt es, die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit zu sichern und weiterzuentwickeln.

Im Vorstandsbeschluss der KAGes zur Einführung des systematischen klinischen RM aus dem Jahr 2007 wurde festgehalten, dass *„bereits eine Vielzahl von Konzepten und Maßnahmen in den LKH implementiert sind, welche sich mit dem Thema Patienten-, Mitarbeiter-, Verfahrens-, Geräte- und Materialsicherheit befassen und diesbezügliche Strukturen etabliert sind.“*

Als bereits implementierte Systeme werden u. a. QM, der sicherheitstechnische Dienst, das Schadensmanagement, Projekte im Pflegebereich (z. B. Sturzprophylaxe) oder RM im Bereich KMS beispielhaft aufgezählt.

Gemäß dem Vorstandsbeschluss sollte das klinische RM daher in bestehende Konzepte und Strukturen integriert werden, um Synergien zu schaffen. Der Beschluss hält diesbezüglich fest, dass in diesem Sinne *„das systematische klinische RM die bestehenden Konzepte, Maßnahmen und Strukturen zu ergänzen, nicht aber zu konkurrieren oder gar zu ersetzen hat.“*

Der LRH stellt fest, dass bei Einführung des RM bereits eine Vielzahl an Systemen mit Bezug zur Sicherheitsthematik bestand. QM stellte dabei eines dieser bestehenden Systeme dar.

Obige Vorgaben des Vorstandes beziehen sich auf das systematische klinische RM. Die grundsätzliche Intention, Synergien zu schaffen und Konkurrenz zu vermeiden, ist aus Sicht des LRH aus dem Beschluss aber ableitbar.

Im Handbuch zum integrierten Management-System der KAGes werden die Aufgaben der OE-RR im RM wie folgt beschrieben:

„[...] eine rasche und effiziente rechtliche Beratung und Unterstützung der Geschäftsführung bei der Planung, Durchführung, Evaluierung und Weiterentwicklung von Strategien, Projekten und Maßnahmen. Sie nimmt aktiv und präventiv die Koordination und die methodisch-inhaltliche Ausgestaltung des RM wahr. Dazu gehört auch die Rechtsposition der KAGes im Sinne der Zielplanungen und der Grundsätze der Geschäftspolitik wahrzunehmen und zu vertreten und in enger Zusammenarbeit mit den einzelnen Unternehmensbereichen und Organisationseinheiten Führungskräfte und Mitarbeiter bei Erfüllung ihrer Aufgaben bestmöglich zu unterstützen.“

Im Handbuch zum RM der KAGes wird die Verantwortlichkeit der OE-RR u. a. derart beschrieben, dass diese

- die Umsetzung von Beschlüssen und Vorgaben des Vorstandes der KAGes sicherstellt,
- für die operative Umsetzung der Risikopolitik der KAGes sorgt und
- das RM-System mit all seinen Elementen regelmäßig bewertet.

Letztendlich unterstützt die OE-RR Risikoeigner, Risikobeauftragte und Risikomanager in den LKH in fachlicher Hinsicht und koordiniert die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des RM-Systems.

Die OE-RR ist somit jene Dienststelle, die für eine einheitliche grundlegende Systematik im RM der Anstalten Sorge trägt und insbesondere auf die Methodik Einfluss nimmt.

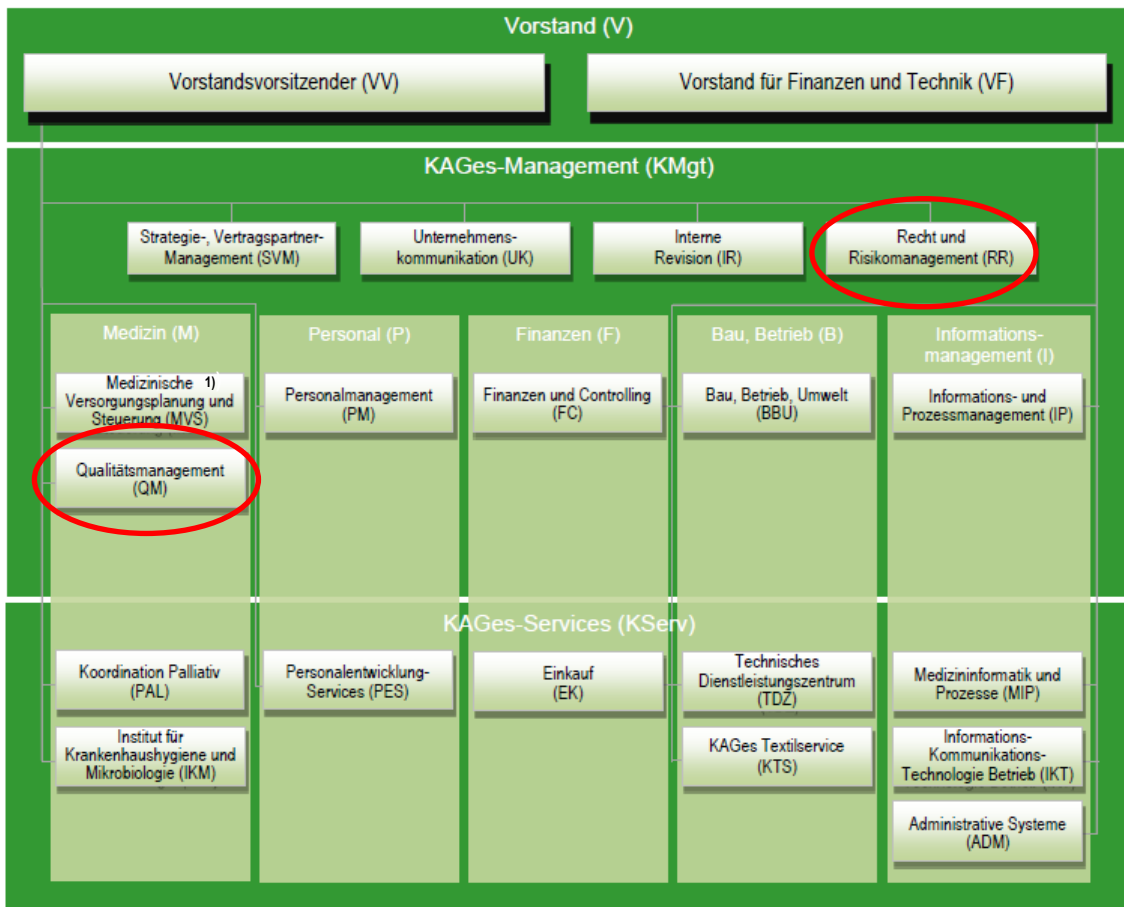
Die Aufgaben der OE-QM werden im integrierten Management-System der KAGes wie folgt beschrieben:

- *„das Ausarbeiten von Konzepten / Maßnahmen zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen zu Qualitätssicherung (QS) / QM-relevanten Vorgaben,*
- *das Ausarbeiten von Konzepten / Maßnahmen zur Einhaltung der strategischen Vorgaben der Geschäftsführung in Bezug auf QS / QM,*
- *die Entwicklung, Umsetzungsbegleitung und Steuerung Medizinischer Qualitätssicherung zur Steigerung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit sowie der Qualität der patientenbezogenen Prozesse sowie*
- *die Entwicklung, Umsetzungsbegleitung und Steuerung eines umfassenden QM-Systems mit Berücksichtigung des klinischen RM.“*

Die OE-QM sorgt inhaltlich für ein den gesetzlichen und strategischen Vorgaben entsprechendes QM in den LKH.

Bei der Entwicklung, Umsetzung und Steuerung des QM-Systems ist insbesondere auf die Wechselwirkung zum klinischen RM Rücksicht zu nehmen.

Im Organigramm im Bereich KMS ist die Zuordnung der OE-QM sowie der OE-RR wie folgt ersichtlich:



Quelle: Integriertes Management-System - Handbuch der KAGes; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Die medizinische Versorgungsplanung und Steuerung (MVS) wurde mit 1. Februar 2017 in Folge einer Reorganisation (1. Juli 2016) in Medizin- und Pflege-Management (MPM) umbenannt

Die Dienststelle OE-RR ist als Stabsstelle direkt dem Vorstand zugeordnet, während die OE-QM der Sparte „Medizin“ zugeteilt ist. Dem gegenüber zeigte die Einschau des LRH in den vier LKH, dass QM und RM in den Anstalten in einer gemeinsamen Stabsstelle umgesetzt werden. Diese Einbettung des klinischen RM in das bestehende QM-System in den LKH entspricht der Intention des Vorstandes bei der Einführung des systematischen klinischen RM.

In der Praxis sind grundsätzlich zwei Organisationsmodelle möglich. RM und QM können in unterschiedlichen OE organisiert sein oder es erfolgt eine Zusammenlegung dieser Aufgabenbereiche in einer OE.

RM stellt einen Teil des QM dar, zwischen diesen beiden Aufgaben bestehen starke Abhängigkeiten bzw. Wechselwirkungen. Die Trennung dieser Bereiche in zwei OE schafft daher im Bereich KMS eine Schnittstelle, welche entsprechend genaue und

regelmäßige Abstimmungen zwischen den Dienststellen OE-QM und OE-RR erfordert (siehe diesbezüglich auch die Ausführungen im Kapitel 5.2.3 – Fehlermeldesystem – Seite 45).

Der Abstimmungsbedarf betrifft nicht nur Phasen der Implementierung, sondern insbesondere auch den laufenden Betrieb von QM und RM.

Bei den vom LRH in der KAGes eingesehenen L&R-Systemen (z. B. CIRS, Schadensmanagement, ärztlich-pflegerisches Beschwerdemanagement) ist derzeit nicht gewährleistet, dass die OE-RR und die OE-QM durchgängig über die entsprechend benötigten Informationen aus den, von der jeweils anderen OE betreuten Systemen verfügen. Es bestehen zwar Prozessbeschreibungen sowie sonstige Dokumente (z. B. Leitlinien, Handbücher), die erforderliche Abstimmung zwischen der OE-RR und OE-QM ist aber nur zum Teil schriftlich vorgegeben bzw. eine wechselseitige Einbeziehung beschrieben. Entsprechende Leserechte für die von der jeweils anderen OE betreuten Datenbanksysteme bestehen nicht.

Es sollten daher aus Sicht des LRH folgende organisatorische Regelungen - bestehen:

- Gewährleistung der gegenseitigen Einsichtnahme (Leserechte) für die von der OE-RR und der OE-QM verwendeten Datenbanken
- Bereitstellung standardisierter, periodischer Auswertungen aus diesen Systemen an alle betroffenen OE, dies betrifft im klinischen Bereich neben der OE-RR und der OE-QM z. B. die für die Versorgungsplanung zuständige OE-MPM
- Gegenseitige Einbindung der OE-RR und der OE-QM in RM-relevante Belange des jeweiligen Aufgabengebietes aufgrund der Wechselwirkung zwischen QM und RM, entsprechende Abstimmungen sind vorzunehmen.

Beispiele für eine gegenseitige Einbeziehung sind:

- Aufgezeigte Risiken durch das Beschwerdemanagement (Zuständigkeitsbereich OE-QM)
- Das Fehlermeldesystem CIRS befindet sich im Zuständigkeitsbereich der OE-RR. Es sollte sichergestellt sein, dass die OE-QM über entsprechende Informationen zu gemeldeten Fehlern mit Potential zur Beeinträchtigung der Qualität von Gesundheitsleistungen verfügt. Dies unterstützt den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) im QM.

Klinische Risiken sind in den QM-Regelkreis einzubeziehen. Umgekehrt ist die Integration von risikorelevanten Erkenntnissen aus dem QM im RM-Prozess zu gewährleisten.

Aus der Sicht des LRH ist darauf zu achten, dass in sämtlichen relevanten QM- und RM-Prozessen Abstimmungen zwischen der OE-RR und der OE-QM erfolgen. Dies ist in Prozessbeschreibungen festzuhalten.

Eine derartige Vorgehensweise entspricht aus der Sicht des LRH auch der Intention des Vorstandsbeschlusses aus 2007 zur Einführung des klinischen RM, wonach Synergien zu schaffen seien.

Bestehende Dokumente wie z. B. Kommunikationspläne, Prozessbeschreibungen und Leitlinien sind gegebenenfalls an einen erhöhten Abstimmungsbedarf anzupassen.

Weiters weist der LRH darauf hin, dass eine durchgängige Koordination zwischen der OE-RR und der OE-QM auch sicherstellen soll, dass Vorgaben aus diesen OE an die Anstalten in abgestimmter Weise erfolgen.

Ebenso wird dadurch ein eventuell zu umfangreicher bzw. redundanter Informationsfluss an die Anstalten vermieden.

Im Zuge der Einschau im LKH-Univ. Klinikum Graz stellte der LRH fest, dass die Stabsstelle QM-RM der Anstalt in die Ausbildung an der Medizinischen Universität Graz (MUG) eingebunden ist und QM an der MUG gelehrt wird.

Der LRH regt an, dass auch RM in den Lehrplan der Medizinischen Universität Graz aufgenommen wird.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...] Lediglich betreffend der Empfehlung auf Seite 62 [Anmerkung LRH: nunmehr Seite 66], dass "auch RM in den Lehrplan der Medizinischen Universität Graz aufgenommen wird" ist darauf hinzuweisen, dass der Leiter der Stabsstelle QM-RM Risikomanagement an der Medizinischen Universität Graz unterrichtet.

Als einen weiteren Aspekt für eine entsprechende Koordination zwischen der OE-RR und der OE-QM betrachtet der LRH die Möglichkeit der LKH, innerhalb von Wertgrenzen hausinterne Projekte autonom im Rahmen ihrer Budgets vorzunehmen. Diese Projekte können Auswirkungen auf das QM sowie auf das RM haben.

Eine Abstimmung der LKH mit den beiden betroffenen OE vor der Entscheidung zu einer Projektumsetzung sollte aus Sicht des LRH daher standardmäßig erfolgen.

Aufgrund der Wechselwirkung zwischen QM und RM ist bei relevanten Projekten in den Anstalten daher auch auf ein entsprechend koordiniertes Vorgehen zwischen den OE-RR und OE-QM zu achten.

5.2.10 Conclusio zur Umsetzung des RM in der KAGes

Mit 23. April 2007 erfolgte der Beschluss des KAGes-Vorstandes zur Einführung eines unternehmensweiten RM. Der Abschluss des Projektes war für das Ende des Jahres 2010 vorgesehen. Die tatsächliche Umsetzung verzögerte sich, bis zum Ende des Jahres 2012 war das RM in jedem LKH mit Ausnahme des LKH-Univ. Klinikum Graz implementiert. Hier erfolgte die Einführung aufgrund der Größe der Krankenanstalt bis zum Dezember 2014.

Sowohl Aufbau als auch Ablauf der Organisation des RM sind umfassend festgelegt und dokumentiert. In den fünf überprüften Anstalten erfolgt ein ordnungsgemäßer Ablauf der RM-Prozesse. Verbindliche Regelungen zum RM bestehen zum Teil in Form von Serviceunterlagen, für verbindliche Vorgaben sollten aus Sicht des LRH Richtlinien zur Anwendung kommen.

Das Berichtswesen zum RM in der KAGes ist umfangreich und vielfältig gestaltet. In den RM-Berichten („Strategieblätter“) der LKH sollte auf die Veränderung der Risikolage verstärkt eingegangen werden. Die Darstellung sollte nach einem einheitlichen Schema erfolgen.

Für die Besprechungen zum RM besteht ein strukturierter Ablaufplan, diese erfolgen sowohl auf vertikaler als auch auf horizontaler Ebene in regelmäßiger Form.

Mit der Einführung eines Fehlermeldesystems (CIRS) in allen LKH wurde die Basis für eine Fehlermeldekultur geschaffen. Das Fehlermeldesystem ist funktionsfähig und entspricht den Anforderungen. Die noch ausstehende Implementierung in den LPZ sollte ehestmöglich umgesetzt werden.

Der im Rahmen der „Initiative Patientensicherheit“ angestrebte Indikatoren-Vergleich zwischen Gesundheitsdiensteanbietern findet derzeit noch nicht statt. Dieses Projekt sollte mit Nachdruck betrieben werden, um den Erfahrungsaustausch im Sinne einer Steigerung der Patientensicherheit optimieren zu können.

Der tatsächliche Personalstand 2016 (27,83 DP) der Bereiche QM und RM zeigt einen Überhang gegenüber den genehmigten Dienstposten (18,00 DP). Nach Auskunft der geprüften Stellen erfolgte die Abdeckung ausschließlich durch interne Umschichtungen.

KAGes-weit wurden 616 Risikomanager ausgebildet. Die Anzahl an Ausgebildeten ist für den LRH nachvollziehbar.

Die Gesamtkosten des RM der vier in die Prüfung einbezogenen LKH sowie der Zentrale (KMS) für die Jahre 2013 bis 2015 betragen gemäß Unterlagen der KAGes € 443.098,--.

In sämtlichen relevanten QM- und RM-Prozessen zwischen der OE-RR und der OE-QM sollten Abstimmungen erfolgen bzw. wechselseitige Einbeziehungen bestehen. Dies ist in Prozessbeschreibungen festzuhalten.

Aufgrund der Wechselwirkung zwischen QM und RM ist bei relevanten Projekten in den Anstalten auf ein entsprechend koordiniertes Vorgehen zwischen den OE-RR und OE-QM zu achten.

5.3 Ziele des RM in der KAGes

Die Definition von messbaren Zielen stellt nach herrschender Lehre eine Voraussetzung für eine effektive Identifikation, Beurteilung und Steuerung von Risiken dar.

Es bedarf zunächst der Bestimmung von Zielen. Ziele sind abgestimmt auf die Risikobereitschaft eines Unternehmens, diese ist wiederum maßgeblich für die jeweilige Ausprägung der Risikotoleranz. Wirken sich Risiken auf deren Erreichen aus, so sind vom Management im Rahmen des RM Maßnahmen zur Steuerung zu ergreifen.

Im Rahmen der Risikopolitik (auch z. B. Leitbild, Geschäftspolitik, „Mission“ oder „Vision“) legt eine Organisation allgemeine Grundsätze zum Umgang mit Risiken fest. Ausgehend davon werden auf Leitungsebene strategische Ziele bestimmt. Diese sind mit den Grundsätzen abgestimmt und sollen diese unterstützen.

Aus den strategischen Zielen werden betriebliche, Berichterstattungs- und Compliance-Ziele abgeleitet.

Die Grundsätze der Geschäftspolitik sowie die strategischen Ziele sind im Regelfall stabil und haben langfristigen Charakter, die abgeleiteten Ziele sind dagegen dynamischer und werden an sich ändernde interne oder externe Bedingungen angepasst. Auf eine Übereinstimmung mit strategischen Zielen ist allerdings bei jeder Änderung zu achten.

Der LRH hat im Rahmen der Prüfung hinterfragt, ob auch Ziele zum grundsätzlichen Nutzen des RM für die KAGes bestehen.

Mit Hilfe von Indikatoren sollte die Erreichung dieser Ziele messbar gemacht werden. Der konkrete Nutzen kann z. B. mittels eines Zeitvergleiches seit Einführung des RM oder durch einen Vergleich zwischen Betrieben (Anstalten, Krankenhausträger) transparent dargestellt werden.

5.3.1 Risikopolitik und Risikostrategie

In der Sitzung des Aufsichtsrates vom 16. April 2007 wurden die „Grundsätze der Geschäftspolitik der KAGes“ sowie die „Grundsätze / Rahmenbedingungen / Ziele der Weiterentwicklung der Organisation der KAGes“ genehmigt.

Die „Grundsätze der Geschäftspolitik der KAGes“ beinhalten u. a. folgende auszugsweise wiedergegebene, für die Risikopolitik wesentliche Bestimmungen:

„1. Patienten	
1.2	<i>Die KAGes entwickelt ihr qualitatives und quantitatives Leistungsangebot für die künftigen Bedarfslagen [...] Kernziel der Leistungsangebotsentwicklung ist es, das der KAGes obliegende Gesundheitssystem finanziell, qualitativ und ergebnisorientiert zukunftssicher zu machen.</i>

1.4	<i>Die patientenbezogenen Prozesse werden auf der Grundlage von Standards systematisch und regelmäßig evaluiert. Auf die Analyse- bzw. Prüfungsergebnisse wird adäquat reagiert.</i>
1.5	<i>Die Patientensicherheit bildet einen wesentlichen Schwerpunkt des Qualitäts- und Risikomanagements. [...].</i>
4. Führung	
4.8	<i>Ein nicht nur institutionalisiertes, sondern vor allem gelebtes Risikomanagement soll das Bewusstsein auf allen Unternehmensebenen der KAGes und ihrer Betriebe hinsichtlich vorhandener Risikopotenziale und der Risikovermeidung wecken und erhalten.</i>
Maßnahmenkatalog [Anmerkung LRH: abgeleitet aus den Grundsätzen der Geschäftspolitik der KAGes]	
a)	<i>Patienten</i>
	<i>[...] Flächendeckende Einführung des Versorgungskordinators und des Entlassungsmanagements [...]</i>
	<i>Flächendeckende Installierung des Qualitäts- und Risikomanagements [...]</i>
d)	<i>Qualität</i>
	<i>[...] Einführung des Risikomanagements im Rahmen des Qualitätsmanagements“</i>

Quelle: Vorlage an den Aufsichtsrat der KAGes anlässlich dessen Sitzung am 21. Mai 2007; aufbereitet durch den LRH

Gemäß den Grundsätzen der Geschäftspolitik der KAGes bildet die Patientensicherheit und somit das klinische RM einen wesentlichen Schwerpunkt. Der aus den Grundsätzen abgeleitete Maßnahmenkatalog sieht eine flächendeckende Einführung des RM im Rahmen des QM vor.

Die „Grundsätze / Rahmenbedingungen / Ziele der Weiterentwicklung der Organisation der KAGes“ halten u. a. Folgendes fest:

„Die organisatorischen Maßnahmen, die im Rahmen der Organisationsentwicklung erarbeitet werden, sind an den Kriterien der Effizienz, Effektivität und Qualität zu messen. Rasche Entscheidungsfindung und -umsetzung (Komplexitätsreduktion) sind sicher zu stellen.“

Der LRH hält fest, dass die Organisation des RM und des QM in der KAGes nach obigen Grundsätzen an den Kriterien der Effizienz, Effektivität und Qualität zu messen ist und dass insbesondere eine Reduktion von Komplexität sicherzustellen ist.

Von der für die KAGes-weite Umsetzung des RM prozessverantwortlichen Stelle OE-RR wurden dem LRH folgende wesentliche Maßnahmen zur Erreichung von strategischen Zielen gemeldet:

Bereich	Maßnahme	Zielerreichungsgrad
Einführung eines RM-Systems	„Ein Risikomanagement-System gemäß ONR 49000 ist KAGes-weit eingerichtet und wird weiterentwickelt“	„100 %“
RM-Software	„Die Risikomanagementsoftware R2C (zur Risikodokumentation) ist KAGes-weit eingerichtet und wird laufend betrieben“	„100 %“
Fehlermeldesystem	„Ein Learning und Reporting System (CIRS) ist in sämtlichen LKH eingerichtet“	„100 %“
IPS	„Sämtliche LKH haben die IPS-Auszeichnung erhalten“	„100 %“
Bereich	Maßnahme	Zielerreichungsgrad
Schadensdatenbank	„Eine zentrale Schadensdatenbank ist etabliert“	„70 %“
Entwicklung RM	„Weiterentwicklung des Risikomanagements im Bereich Technik“	„60 %“

Quelle: Schreiben der KAGes / OE-RR an den LRH vom 20. Jänner 2017; aufbereitet durch den LRH

Hinsichtlich der flächendeckenden Einrichtung eines RM-, eines Fehlermeldesystems sowie einer RM-Software wurden die strategischen Zielsetzungen laut Stellungnahme der KAGes zu 100 % umgesetzt.

Entwicklungspotential sieht die KAGes mit einem Zielerreichungsgrad von 70 % noch bei der Etablierung einer zentralen Schadensdatenbank sowie mit 60 % bei der Weiterentwicklung des RM im Bereich Technik.

5.3.2 Betriebs-, Berichterstattungs-, Compliance-Ziele

Gemäß der KAGes-Richtlinie „Prozess Risikomanagement“ verfolgt das RM u. a. folgende Ziele:

- „Systematische Verbesserung der Risikolage
- Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit
- Schutz und Bewahrung der Sachwerte (insbesondere kritischer Infrastruktur) [...]
- Sicherstellung und Bewahrung ökonomischer Mittel
- Schutz vor finanziellen Verlusten
- Schutz und Erhalt von immateriellen Werten wie Image und Reputation des Unternehmens
- Nachhaltige Entwicklung der KAGes (wirtschaftliche und soziale Entwicklung)
- Erhöhung der Planungssicherheit unter Einbezug der Risikobewertungen

- *Förderung des Vertrauens zwischen der Führung der KAGes und den Mitarbeitern, Patienten und anderen interessierten Parteien durch Verbesserung der Risikotransparenz und der Risikokommunikation*
- *Optimierung der Risikokosten“*

5.3.2.1 Ziele zur Strukturqualität

Als Rahmenbedingungen (Indikatoren) für einen „reibungslosen“ Prozessablauf (Strukturqualität) werden in der Richtlinie genannt:

- der Ausbildungsstand der Mitarbeiter bezüglich RM
- die Verfügbarkeit eines IT-Systems zur Unterstützung der Steuerung der Risiken
- bedarfsgerechte Ressourcen für die operative Umsetzung des RM-Systems

Die Rahmenbedingungen hinsichtlich Ausbildungsstand der Mitarbeiter sowie Verfügbarkeit eines IT-Systems wurden vom LRH überprüft. Laut Auskunft der OE-RR der KAGes wurden im Zeitraum von 2005 bis 2016 insgesamt 459 Mitarbeiter zu zertifizierten klinischen Risikomanagern sowie 157 Mitarbeiter zu Risikoassistenten (ohne Zertifikat) ausgebildet.

Sowohl für die Steuerung der Risiken als auch für die Meldung von (Beinahe-) Fehlern wurde KAGes-weit eine Software implementiert.

Der LRH sieht betreffend Ausbildung der Mitarbeiter sowie Verfügbarkeit eines IT-Systems die Rahmenbedingungen für einen effektiven Prozessablauf im RM als gegeben.

5.3.2.2 Ziele zur Prozessqualität

Als Erfolgskriterien für einen optimalen Verlauf des RM-Prozesses in der Praxis (Prozessqualität) werden in der Richtlinie genannt:

- die Freigabe zeitgerecht vorliegender Risikoberichte
- die Anzahl der Feststellungen von Abweichungen im Rahmen interner oder externer Audits

Der LRH hat die zeitgerechte Freigabe der Berichte der Anstalten zum klinischen RM für 2015 stichprobenartig überprüft. Dieses Erfolgskriterium wurde erfüllt.

Zu den RM-Zielen im Berichtswesen wurde dem LRH seitens der KAGes im Zuge der Prüfung folgende Stellungnahme übermittelt:

„4. Berichtswesen an den Aufsichtsrat gem. GmbHG und UGB

Erläuterung:

Der Vorstand der KAGes ist verpflichtet, dem Prüfungsausschuss des Aufsichtsrates quartalsmäßig einen Unternehmensrisikobericht zu übermitteln. Einmal jährlich ist ein Lagebericht zum Geschäftsbericht zu erstellen, in dem die wesentlichen Risiken und Ungewissheiten, denen die KAGes ausgesetzt ist, zu beschreiben sind. Dementsprechend verfolgt der Risikomanagement-Prozess der KAGes mit seinen Vorgaben das Ziel, die Einhaltung dieser gesetzlichen Bestimmungen sicherzustellen.

Dementsprechend wurde als Kennzahl „Rechtzeitigkeit und Anzahl der Berichte an den Aufsichtsrat“ festgelegt. Der Ziel-Wert wurde im Zeitraum 2010 bis 2016 erreicht.“

Der LRH stellt anhand seiner stichprobenmäßigen Überprüfung die Einhaltung der KAGes-internen Terminvorgaben im Berichtswesen des RM fest.

5.3.2.3 Ziele zur Ergebnisqualität

Für ein optimales Erreichen des Zieles des RM-Prozesses (Ergebnisqualität) legt die Richtlinie folgende Erfolgskriterien fest:

- Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahmen zur Risikobewältigung
- Veränderung der Risikolage

Der Umsetzungsgrad der Maßnahmen wird in der Risikosoftware insofern dokumentiert, als für jede Maßnahme der Status mit einem der Parameter „bestehend“, „durchgeführt“, „eingeleitet“, „geplant“, „nicht umgesetzt“ sowie „abgelehnt“ hinterlegt wird.

Der LRH hat in Form einer Stichprobe in den Status der Maßnahmen in eines der vier in die Prüfung einbezogenen LKH für das Jahr 2015 Einsicht genommen.

Für insgesamt 253 Maßnahmen waren folgende Parameter hinterlegt:

ausgewähltes LKH - 2015	
Status der Maßnahme	Anzahl
bestehend	140
durchgeführt	59
eingeleitet	10
geplant	36
nicht umgesetzt	8
Gesamt	253

Quelle: Risk-Map des ausgewählten LKH zum 31. Dezember 2015

Für die 36 geplanten Maßnahmen wurde in acht Fällen kein Termin für die Umsetzung in der Risikosoftware erfasst (siehe dazu Kapitel 5.4.4.1 – Allgemeine Feststellungen zum RM – Seite 94).

Der LRH empfiehlt, grundsätzlich für jede geplante Maßnahme einen Termin festzulegen.

Anzumerken ist, dass aus der Beschreibung der Maßnahmen in der Risikosoftware zum Teil nicht nachvollziehbar ist, welche konkreten Umsetzungsschritte vorzunehmen sind. Als Beispiel können Maßnahmen wie „Checkliste“, „Schulungskonzept - Turnusärzte“ oder „Prozessmodellierung“ genannt werden. Es ist z. B. nicht ersichtlich, ob sich diese Maßnahmen auf neue Sachverhalte beziehen oder bereits bestehende Sachverhalte abgeändert werden sollen.

Der LRH empfiehlt, Maßnahmen nachvollziehbar hinsichtlich der konkret vorzunehmenden Tätigkeiten zu beschreiben.

Gemäß der Richtlinie „Prozess Risikomanagement“ haben die Anstalten der KAGes zumindest einmal jährlich die erkannten Risiken zu aktualisieren und in der Risikosoftware zu dokumentieren. Die Aktualisierung beinhaltet auch eine Neubewertung der Risiken hinsichtlich Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung. Im Vergleich zu Vorperioden lässt sich auf Basis der Bewertungsänderung die Veränderung der Risikolage ermitteln.

Der LRH hat im Zuge der Prüfung in die Risikobewertung der Krankenanstalten in Graz, Feldbach, Mürzzuschlag und Bad Radkersburg für das Jahr 2015 Einsicht genommen. In den Anstalten in Feldbach, Mürzzuschlag und Bad Radkersburg wurde ein Vergleich der Bewertung mit dem Jahr 2013 vorgenommen, für das LKH-Univ. Klinikum Graz liegt ein Vergleich mit dem Jahr 2014 vor.

Die Veränderung der Risikolage wurde im Jahr 2015 somit in allen vier überprüften Krankenanstalten ermittelt.

Beispielhaft kann das Ergebnis für das zuvor ausgewählte LKH wie folgt dargestellt werden:

- zum Stichtag 31. Dezember 2015 wurden in der Risikosoftware 56 Risiken geführt
- bei zwei Risiken wurde ein steigendes Gefahrenpotential dokumentiert
- bei insgesamt 23 Risiken wurde eine Minimierung oder zumindest eine Reduktion des Risikopotentials festgestellt

Für dieses LKH ergibt sich für das Jahr 2015 eine positive Veränderung der Risikolage.

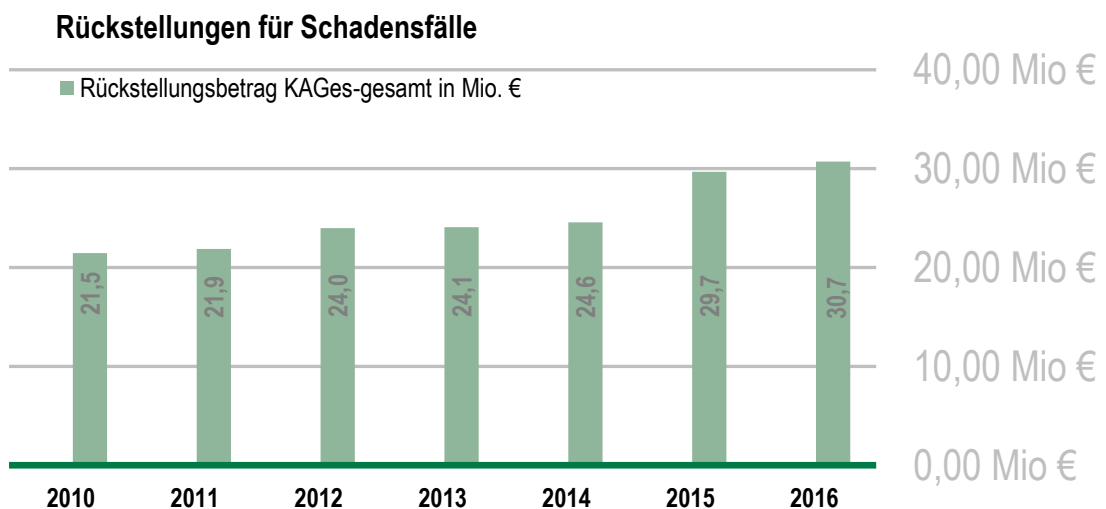
Für die obigen Erfolgskriterien im RM-Prozess liegen dem LRH zum Teil keine messbaren Zielvorgaben der KAGes vor.

Für jene Kriterien, welche für den Erfolg des RM in der KAGes als maßgeblich betrachtet werden, sollten aus Sicht des LRH jedenfalls messbare und nachvollziehbare Ziele definiert werden. Die Zielerreichung ist in den RM-Berichten im Sinne eines Risiko-Controllings transparent darzustellen. Abweichungen von den Zielvorgaben sind von den Risiko-Verantwortlichen zu begründen.

5.3.3 Ziele zu den Schadensfällen

5.3.3.1 Rückstellungen für Schadensfälle

Wie in folgendem Diagramm ersichtlich, sind die Rückstellungen für Schadensfälle in der KAGes seit dem Jahr 2010 konstant gestiegen.



Quelle: Schreiben der KAGes vom 6. April 2017; aufbereitet durch den LRH

Im Zeitraum seit der Umsetzung des RM ergibt sich für die KAGes somit eine stets steigende finanzwirtschaftliche Belastung aus Schadensfällen. Wurden in der Bilanz des Jahres 2010 insgesamt € 21,5 Mio. an Rückstellungen für Schadensfälle ausgewiesen, so hat sich der Rückstellungsbetrag bis zur Bilanz des Jahres 2016 auf € 30,7 Mio. erhöht.

Der starke Anstieg der Rückstellung im Jahr 2015 resultiert nach Auskunft der OE-RR im Wesentlichen aus drei neu zu bewertenden Großschadensfällen. Monatlich auszahlende Renten wurden auf eine prognostizierte Lebenserwartung hochgerechnet und in die Rückstellung einberechnet.

Seitens der KAGes wurde zu den Rückstellungen für Schadensfälle im Zuge der Prüfung wie folgt Stellung bezogen:

„1. Rückstellungen für Schadensfälle

Erläuterung:

Für die KAGes gilt das Nicht-Versicherungsprinzip als Vorgabe des Eigentümers. Alle Schadens- und Haftungskosten müssen daher zur Gänze durch die KAGes getragen werden.

Durch die strenger gewordenen Anforderungen in der Rechtsprechung (wie z. B. Aufklärungs-, Dokumentationspflichten, „Verbandsverantwortlichkeitshaftung“, Verkehrssicherungspflichten etc.), Zunahme der Rechtsschutzversicherungen, Weiterentwicklung des Standes der Medizin, Weiterentwicklung der Technik und gleichzeitig durch die veränderte Haltung der Patienten im Sinne einer zunehmend kritischen und mündigen Haltung gegenüber den Gesundheitsdienstleistern (Spitäler, Ärzte, Pflegekräfte etc.) wird die KAGes häufiger mit Haftungsfragen konfrontiert. Patienten sind zunehmend besser informiert (Internet etc.) und hinterfragen häufiger getroffene Entscheidungen bzw. klagen vermutete Unterlassungen etc. in verstärktem Maße ein. Im Zuge dessen steigen die Aufwendungen der KAGes für Schadensfälle.

Insbesondere in den sogenannten „Hochrisikobereichen“ (z. B. Geburtshilfe / Gynäkologie) kann es zu hohen und lang dauernden Zahlungsverpflichtungen der KAGes kommen. Diese beeinträchtigen die finanzielle Manövrierfähigkeit des Unternehmens (binden Kapital). Auf Grundlage dieser Rahmenbedingungen hat die KAGes Rückstellungen zu bilden.“

Die KAGes definiert die Bezug habende Kennzahl für die Entwicklung der Rückstellungen durch die Gegenüberstellung (Quotient) der Rückstellungsbeträge zu den LDF-Punkten (leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen).

Der Zielwert für die maximale jährliche Steigerung dieses Indikators wurde im Zeitraum ab 2010 mit 20 % festgelegt (Ausnahme 2015 mit 15 %). Im Zeitraum von 2010 bis 2016 wurde dieses **Ziel** für den Anstieg der Rückstellungen für Schadensfälle von der KAGes **bis auf das Jahr 2015 stets erreicht**.

Der LRH merkt an, dass die KAGes bei Annahme konstanter LDF-Punkte einen maximalen jährlichen Anstieg der Rückstellungen für Schadensfälle im Ausmaß von 20 % als Zielwert vorgibt bzw. toleriert.

5.3.3.2 Schadensdatenbank

Eine Auswertung der in der Schadensdatenbank im Prüfzeitraum von 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2015 neu erfassten Schadensfälle zeigt folgendes Bild:

Anlage Schadensfälle 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2015			
Jahr	Neue Fälle	Zahlung erfolgt ¹⁾	Zahlung [€] Mittelwert
2013	328	70	5.846,03
2014	276	63	5.645,85
2015	202	30	5.499,01

Quelle: Schadensdatenbank Unterlagen KAGes übermittelt am 20. Jänner 2017; aufbereitet durch den LRH

¹⁾erfolgte Zahlungen bis zum 20. Jänner 2017; Zahlungen danach wurden nicht berücksichtigt

Die Anlage neuer Schadensfälle in der Schadensdatenbank hat im Zeitraum von 2013 (328 neue Fälle) bis 2015 (202 neue Fälle) abgenommen.

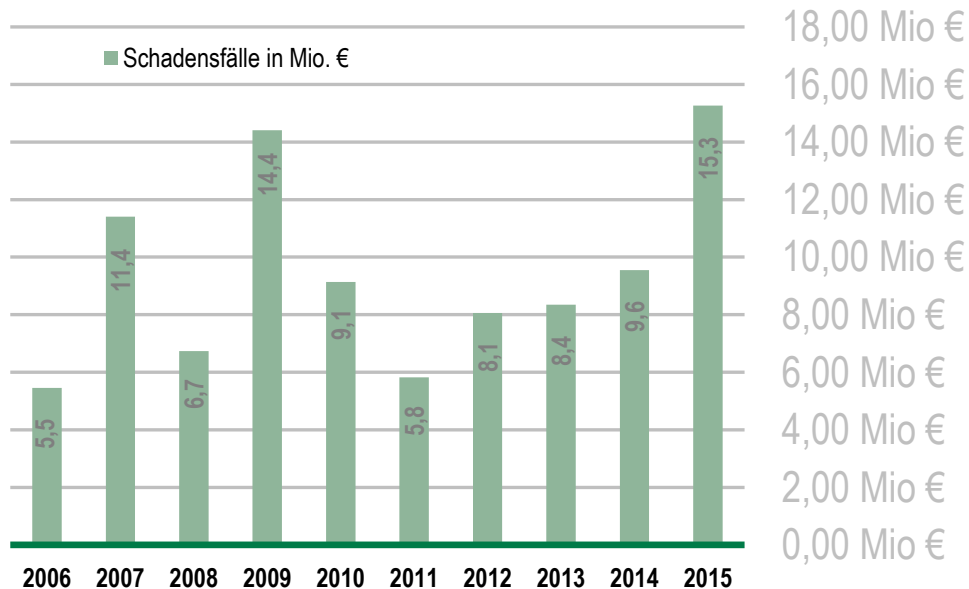
Laut Auswertung der Schadensdatenbank durch den LRH kann die Abwicklung von Schadensfällen bis zu 8 Jahre dauern. Die Darstellung der erfolgten Zahlungen in - obiger Tabelle entspricht daher nur einer Momentaufnahme. Es könnte daher in den von 2013 bis 2015 eingetretenen Fällen noch zu Auszahlungen kommen. Eine nähere Analyse der Daten ist daher nicht zielführend bzw. aussagekräftig.

Der Mittelwert der bis dato erfassten Zahlungen im Zeitraum 2013 bis 2015 liegt zwischen ca. € 5.500,-- und ca. € 5.846,--.

5.3.3.3 Aufwendungen für Schadensfälle

Die Entwicklung des Aufwandes für Schadensfälle in der KAGes seit dem Jahr 2006 ist aus folgendem Diagramm ersichtlich:

Aufwand Schadensfälle Konzern KAGes



Quelle: Geschäftsberichte der KAGes von 2006 bis 2017; aufbereitet durch den LRH

Der Aufwand für Schadensfälle unterlag von 2006 bis 2010 starken Schwankungen, die Entwicklung von 2011 bis 2015 zeigt dagegen einen stetigen Anstieg.

5.3.4 Ziele zur Vermeidung strafrechtlicher Verurteilungen

1. Ziel

Vermeidung einer strafrechtlichen Verurteilung der KAGes nach dem Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG):

Hierzu hat die KAGes im Zuge der Prüfung wie folgt Stellung genommen.

„Das Inkrafttreten des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes (VbVG) mit 1.1.2016 [Anmerkung LRH: das Gesetz stammt aus 2005, im Jahr 2016 erfolgte die letzte Novelle] hat dazu geführt, dass auch Krankenanstaltenträger strafrechtlich belangt werden können. Bemerkenswert ist, dass es erklärtes Ziel des Gesetzgebers war, Unternehmen einen starken Anreiz zu bieten, durch Risikomanagement betrieblichen Gefährdungspotentialen vermehrte Aufmerksamkeit zu widmen und damit die Verwirklichung strafgesetzlicher Erfolge zu vermeiden.“

Das Risikomanagement-System der KAGes verfolgt das Ziel, die Risikolage systematisch zu verbessern, dementsprechend soll eine strafrechtliche Verurteilung der KAGes nach dem VbVG vermieden werden. [Zuletzt wurde in der Strafsache 16 BI 2/16g des

Landesgerichts für Strafsachen Graz entschieden, dass der KAGes aufgrund des eingeführten systematischen Risikomanagements kein Vorwurf des Unterlassens geeigneter organisatorischer, personeller oder technischer Maßnahmen zur Verhinderung des Todes eines Patienten gemacht werden kann. Das Ermittlungsverfahren gegen die KAGes wurde daher rechtskräftig eingestellt.]

Gerade der zuletzt geschilderte Fall zeigt deutlich, dass das Risikomanagementsystem der KAGes eine wirksame Antwort auf die Anforderungen des VbVG ist. [...]“

Die KAGes hat als Ziel die „Vermeidung einer strafrechtlichen Verurteilung der KAGes nach dem Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG)“ festgelegt. Laut Schreiben der KAGes kam es im Zeitraum von 2010 bis 2016 zu keiner Verurteilung der KAGes nach dem VbVG. **Der Zielwert wurde demnach erreicht.**

2. Ziel

Verminderung der Anzahl an strafrechtlichen Verurteilungen von medizinischen / pflegerischen Mitarbeitern aufgrund von Delikten gegen Leib und Leben gemäß §§ 81ff Strafgesetzbuch (StGB):

Hierzu hat die KAGes im Zuge der Prüfung wie folgt Stellung genommen.

„Die strafrechtliche Verurteilung von Mitarbeitern medizinischer und pflegerischer Berufsgruppen stellt zwar eine Ausnahme dar, jedoch steigt das Risiko strafrechtlicher Verfolgungshandlungen (Ermittlungsverfahren). Dieser Umstand lässt sich einerseits durch gesetzlich verankerte Anzeigepflichten, andererseits aber auch durch den Wunsch der Patienten (bzw. deren Rechtsvertreter), eine Klärung im Strafverfahren herbeizuführen, um das Risiko einer zivilrechtlichen Auseinandersetzung (einschließlich Kostenfolgen) zu vermeiden, erklären. [...]“

Als Ziel hat die KAGes die „Vermeidung einer strafrechtlichen Verurteilung von Mitarbeitern gem. den §§ 81ff StGB“ festgelegt. Laut Schreiben der KAGes hat es im Zeitraum von 2010 bis 2016 pro Jahr zwischen 11 und 29 diesbezügliche strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen Mitarbeiter der KAGes gegeben. Es sei allerdings in keinem Fall zu einer Verurteilung von Mitarbeitern gekommen.

Der Zielwert wurde demnach erreicht.

5.3.5 Inzidenz-Ziele

1. Ziel

Sturzinzidenz:

Zur Zielsetzung in der Sturzinzidenz wurde seitens der KAGes im Zuge der Prüfung wie folgt Stellung bezogen:

„Es gibt Referenzwerte aus der nationalen und internationalen Literatur sowie Benchmarks der GESPAG [Anmerkung LRH: Oö. Gesundheits- und Spitals-AG] bzw. der

Tirol Kliniken, die der KAGes sehr gute Werte bescheinigen. Die Ergebnisse sind je LKH, Abteilung, Alter, Geschlecht bzw. bis auf den Einzelfall segmentiert. Mission der Konzernsteuerung ist es, eine zeitgemäße medizinisch / pflegerische Versorgung in der Steiermark effizient und effektiv in unseren LKH / LPZ sicherzustellen. Wir messen daher die Entwicklung der Sturzinzidenz um auf LKH / LPZ-Ebene Fallbesprechungen und Vereinbarungen auf Basis der Pflegedokumentationsanalysen sicherzustellen bzw. von der Konzernsteuerung her erforderlichenfalls steuernd eingreifen und unterstützen zu können. Die Ergebnisse sind seit 2008 jährlich verfügbar und zeigen seit 2012 eine konstante positive Entwicklung. Der Ziel-Wert wurde im Zeitraum 2013-2016 erreicht.“

Die von der KAGes festgelegte Kennzahl „Patientensicherheit Sturzinzidenz“ misst die Anzahl der Stürze pro 1.000 Pflgetage. Als Jahresziel hat die KAGes einen Wert von maximal 3,0 festgelegt.

Die Kennzahl hat sich seit 2012 laut Mitteilung der KAGes wie folgt entwickelt:

Patientensicherheit Sturzinzidenz ¹⁾					
Jahr	2012	2013	2014	2015	2016
Plan	max. 3,0	max. 3,0	max. 3,0	max. 3,0	max. 3,0
Ist	3,21	2,73	2,57	2,63	2,91

Quelle: Schreiben der KAGes vom 6. April 2017; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Anzahl der Stürze pro 1.000 Pflgetage

Gemäß Stellungnahme wird der von der KAGes festgelegte Zielwert zur Sturzinzidenz seit dem Jahr 2013 erreicht.

2. Ziel

Dekubitusinzidenz:

Zur Zielsetzung in der Dekubitusinzidenz wurde seitens der KAGes im Zuge der Prüfung wie folgt Stellung bezogen:

„Es gibt Referenzwerte aus der nationalen und internationalen Literatur sowie Benchmarks der GESPAG [Anmerkung LRH: Oö. Gesundheits- und Spitals-AG] und der Tirol Kliniken, die der KAGes sehr gute Werte bescheinigen. Die Ergebnisse sind je LKH, Abteilung, Alter, Geschlecht bzw. bis auf den Einzelfall segmentiert. Mission der Konzernsteuerung ist es, eine zeitgemäße medizinisch / pflegerische Versorgung in der Steiermark effizient und effektiv in unseren LKH / LPZ sicherzustellen. Wir messen daher die Entwicklung der Dekubitusinzidenz, um auf LKH / LPZ-Ebene Fallbesprechungen und Vereinbarungen auf Basis der Pflegedokumentationsanalysen sicherzustellen bzw. von der Konzernsteuerung her erforderlichenfalls steuernd eingreifen und unterstützen zu können. 1999 gab es eine erste Erhebung. 2012 wurde mit der periodi-

schen Datenerhebung begonnen. Die Ergebnisse zeigen eine überaus positive Entwicklung. Der Ziel-Wert wurde im Zeitraum 2012-2016 erreicht.“

Die von der KAGes festgelegte Kennzahl „Patientensicherheit Dekubitusinzidenz“ misst die Anzahl der Patienten mit Dekubitus während des stationären Aufenthaltes pro 100 Aufnahmen. Als Jahresziel hat die KAGes einen Wert von maximal 1,0 ab dem Jahr 2014 festgelegt.

Für die Kennzahl wurden 1999 sowie seit 2012 laut Mitteilung der KAGes folgende Werte erreicht:

Patientensicherheit Dekubitusinzidenz ¹⁾					
Jahr	1999	2012	2014	2015	2016
Plan	-	-	max. 1,0	max. 1,0	max. 1,0
Ist	6,0	1,0	0,37	0,23	0,16

Quelle: Schreiben der KAGes vom 6. April 2017; aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Anzahl der Patienten mit Dekubitus während des stationären Aufenthaltes pro 100 Aufnahmen

Der von der KAGes 2014 festgelegte Zielwert zur Dekubitusinzidenz wurde laut Stellungnahme der KAGes bis 2016 stets erreicht.

5.3.6 Conclusio des LRH zu den operativen RM-Zielen der KAGes

Die Festlegung von messbaren Zielen sowie eine regelmäßige Ermittlung des Ausmaßes der Zielerreichung stellen aus der Sicht des LRH wichtige Grundlagen für ein effektives RM dar.

Letztendlich ist die durch Maßnahmen zur Risikoreduzierung erzielte Wirkung (Outcome) maßgeblich für den Erfolg des RM. Für diese Wirkung gilt es, messbare Ziele festzulegen.

Zu Inzidenzen (Sturz, Dekubitus), dem Berichtswesen zum RM, der Entwicklung der Rückstellungen für Schadensfälle sowie zu strafrechtlichen Verurteilungen (VbVG, StGB) hat die KAGes messbare Ziele vorgegeben. Gemäß Stellungnahme der KAGes werden diese (gesetzten) operativen Ziele bis auf wenige Ausnahmen seit Einführung des RM erreicht.

Es zeigt sich allerdings, dass die Rückstellungen für Schadensfälle seit 2010 einen starken Anstieg verzeichnen. Die KAGes hat einen Zielwert für den Anstieg der Rückstellungen bei konstanten LDF-Punkten von maximal jährlich 20 % festgelegt.

Die Aufwendungen für Schadensfälle steigen seit 2011 ebenfalls stetig an.

Die KAGes ist daher trotz Einführung des RM seit 2010 (bzw. 2011) mit einem erhöhten Schadensaufkommen konfrontiert. Dies spiegelt sich im steten Anstieg der Rückstellungen wider.

Die KAGes begründet den Anstieg u. a. mit

- strenger gewordenen Anforderungen in der Rechtsprechung,
- einer Zunahme an Rechtsschutzversicherungen,
- Weiterentwicklungen im Stand der Medizin und in der Technik sowie
- einer zunehmend kritischen und mündigen Haltung der Patienten gegenüber den Gesundheitsdienstleistern.

Aus Sicht der KAGes (OE-RR) hat das RM dazu beigetragen, einen noch stärkeren Anstieg des Schadensaufkommens zu verhindern.

Der LRH empfiehlt, das vom Eigentümer vorgegebene Nicht-Versicherungsprinzip zu evaluieren.

Es ist zu klären, ob der Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung wirtschaftlich, zweckmäßig und sparsam ist.

In der Evaluierung sollte die bestehende Situation der Nicht-Versicherung mit dem Abschluss für einzelne Risikobereiche sowie mit einem Abschluss für den ganzen Betrieb der KAGes verglichen werden. Seitens der KAGes sollten für diese Evaluierung die Daten aufbereitet und der zuständigen Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft (A8) übermittelt werden.

Bei der Evaluierung gilt es zu berücksichtigen, dass das Bestehen eines RM in der KAGes aus Sicht des LRH potentiell zu einer Reduktion von Haftpflichtversicherungsprämien führen kann.

5.4 Umsetzung in den Anstalten

5.4.1 Konzeptioneller Rahmen zur Umsetzung

Gemäß den Vorgaben des Vorstandes ist die Anbindung des klinischen RM in das QM-System des jeweiligen LKH / LPZ sicherzustellen.

In den vom LRH überprüften Anstalten ist jeweils die Stabsstelle QM / RM für die Umsetzung des RM zuständig. Die Vorgabe des Vorstandes zur Anbindung des RM an das bereits bestehende QM wurde somit umgesetzt.

Die Risiken der Anstalten liegen grundsätzlich in der Verantwortung der Risikoeigner. Dies sind in den LKH insbesondere die Mitglieder der Anstaltsleitung und die Leiter der OE (Abteilungen, Departments). In den LPZ betrifft es die Heimleitungen und die Pflegedienstleitungen.

Risikobeauftragte und Risikomanager sind den Risikoeignern fachlich beigelegt und haben nach den ONR bei der Steuerung der Risiken unterstützend mitzuwirken bzw. diese durchzuführen. Dies betrifft insbesondere die Identifikation und Bewertung der Risiken, das Vorschlagen von Risikobewältigungsmaßnahmen, das Planen der Überwachung von Maßnahmen für den Risikoeigner sowie die Vorbereitung von Audits und der Überprüfungen des Systems durch die OE-RR.

Diese Tätigkeiten der Risikomanager / Risikobeauftragten stellen die Schritte des RM-Prozesses dar (siehe in Kapitel 5.2.1.2 – Ablauforganisation – Seite 35ff.).

Bei der Risikoidentifikation im patientennahen Bereich ist die „Gefahrenliste Klinisches Risikomanagement Version 3.0“ von den Anstalten verpflichtend heranzuziehen. Diese Liste ist ein von der OE-RR zur Verfügung gestelltes Hilfsmittel und dient neben der Identifikation auch der Abgrenzung des inhaltlichen Umfangs der Risikobeurteilung.

Unter der Auflage, die Gefahrenliste zu verwenden, liegt die Auswahl der Risiken im (autonomen) Verantwortungsbereich der Anstalten bzw. deren Risikoeigner. Somit haben diese auch die Möglichkeit, Schwerpunkte zu setzen. (Zur Intention der KAGes, eine einheitliche Gefahrenliste für klinische und Unternehmensrisiken als Vorgabe für die Anstalten zu erstellen siehe in Kapitel 3.4 – Umsetzung der Grundlagen eines RM in der KAGes – auf Seite 23).

Die Bewertung der Risiken erfolgt nach deren Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung entsprechend den Vorgaben des RM-Prozesses. Bei der Risikobewertung sind die von der OE-RR vorgegebenen Risikokriterien anzuwenden. Anhand dieser sind die Eintrittswahrscheinlichkeiten (häufig, möglich, selten, sehr selten, unwahrscheinlich) sowie die Auswirkung (unbedeutend, gering, spürbar, kritisch, katastrophal) zu bestimmen.

Die Risikokriterien sind bis spätestens 31. Jänner eines jeden Jahres durch den Beauftragten der OE-RR unter Zuziehung des Wirtschaftsprüfers zu evaluieren und unter Zugrundelegung des aktuellen Wirtschaftsplanes anzupassen. Die Freigabe der angepassten Risikokriterien erfolgt durch den KAGes-Vorstand.

Steuerungsmaßnahmen zur Risikobewältigung sind in Verantwortung der Risikoeigner festzulegen. Die Eignung der Maßnahmen ist zu prüfen. Konnte ein Risiko trotz eingeleiteter Maßnahmen nicht in einen akzeptablen Risikotoleranzbereich bewegt werden oder wurde als Risikostrategie „akzeptieren“ festgelegt, ist dieses weiter zu überwachen. **Für sämtliche Maßnahmen sind Verantwortliche sowie Termine für die Umsetzung festzulegen.**

Die Sicherstellung der Einhaltung der Risikosteuerungsmaßnahmen obliegt dem Risikoeigner und ist von diesem zu kontrollieren. Die Wirksamkeit dieser Kontrollen ist

nach der Konzeption der KAGes im Rahmen von RM-Audits sowie im Rahmen von Prüfungen durch die Interne Revision zu beurteilen.

Aufgabe der OE-RR im Zuge der Umsetzung des RM in den Anstalten ist es, im Auftrag des Vorstandes Risikoeigner, Risikobeauftragte und Risikomanager in fachlicher Hinsicht zu unterstützen. Ebenso koordiniert die OE-RR die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des RM-Systems. Für das im RM eingesetzte IT-System bietet die OE-RR den First-Level Support (Erstanlaufstelle).

Erfassung und Bewertung der Risiken sowie Festlegung der Maßnahmen erfolgen im IT-System R2C. Anhand der in R2C erfassten Daten erstellt die OE-RR den RM-Jahresbericht.

Als Erfolgskriterien für die Praxis-Tauglichkeit des RM-Prozesses wurden die zeitgerechte Freigabe des vorliegenden RM-Jahresberichtes sowie die Anzahl der Feststellungen von Abweichungen im Rahmen interner und externer Audits festgelegt. Der Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahmen zur Risikobewältigung und die Veränderung der Risikolage stellen die Ergebnisqualitätskriterien für das RM der KAGes dar.

Der LRH merkt diesbezüglich an, dass letztendlich die Wirkung (Outcome) des RM ausschlaggebend für dessen Erfolg ist. Zeigt ein RM-System Wirkung, so führt dies zu einer Reduktion von Risiken bzw. deren Eintrittswahrscheinlichkeit und / oder deren potentieller Schadenshöhe. Die Veränderung der Risikolage stellt somit ein geeignetes Ergebnisqualitätskriterium für das RM der KAGes dar.

Der LRH stellt fest, dass das Konzept für die Umsetzung des RM in den Anstalten nachvollziehbar und zweckmäßig ist. Aufgabengebiete der LKH / LPZ sowie der OE-RR im Bereich KMS sind klar definiert. Es bestehen Regelungen zur Dokumentation. Für die Effektivität des RM wurden Kontrollmechanismen sowie Erfolgskriterien festgelegt.

5.4.2 Audits zum RM

Audits zum RM finden in der KAGes auf Ebene KMS und auf Ebene der Anstalten statt.

Im Bereich KMS wird die Umsetzung der RM-Richtlinien durch externe ISO-9001-Audits, interne Audits sowie durch die Interne Revision überprüft. Laut Auskunft der OE-RR wurden externe ISO-Audits 2015 und 2016 durchgeführt. Im Rahmen interner Audits wurden 2015 der Prozess „Risikomanagement“ sowie 2016 der Prozess „Schadensmanagement“ auditiert.

Schwerpunkte der Prüfung durch den LRH lagen auf Ebene der Anstalten, daher wird in diesem Kapitel insbesondere auf die Audits zum RM der Anstalten Bezug genommen.

Die relevanten Bestimmungen zur Durchführung von RM-Audits in den Anstalten befinden sich im Handbuch zum RM der KAGes sowie in der ONR 49001.

Gemäß dem Handbuch zum RM ist die OE-RR „für die Festlegung der Rahmenbedingungen des Auditprogramms verantwortlich und hat sicherzustellen, dass sowohl interne als auch externe Audits regelmäßig, nach erfolgreicher Implementierung des RM-Systems in den LKH / LPZ durchgeführt werden.“

Das Durchführungsintervall für interne und externe Audits beträgt nach den Vorgaben des Handbuches **zwei Jahre**.

Nach den Bestimmungen der ONR 49001 „führt eine Organisation in geplanten Abständen interne Audits durch, u. a. um zu ermitteln, ob das RM-System wirksam verwirklicht und aufrechterhalten wird“. Im Auditprogramm sind Kriterien, Umfang, Häufigkeit und Methoden der Audits festzulegen. Die Entscheidung über Verantwortungen und über die Durchführung von Audits obliegt der obersten Führung.

Zur Häufigkeit der Durchführung der Audits hält die ONR 49001 fest, dass „die Wirksamkeit des Risikomanagements **jährlich** mit einer Managementbewertung und durch interne und externe Audits überprüft wird.“

Gemäß den Angaben der OE-RR wurden in drei der vom LRH überprüften Anstalten bisher folgende RM-Audits durchgeführt:

RM - Audits			
LKH	1. Audit	2. Audit	3. Audit
Bad Radkersburg	27.1.2009	21.9.2015	
Feldbach	4.10.2006	6. - 8.2.2012	2. Quartal 2017
Mürzzuschlag	26.4.2012	Herbst 2017	

Quelle: Schreiben der KAGes vom 20. Jänner 2017; aufbereitet durch den LRH

In den nicht vom LRH in die Prüfung einbezogenen Anstalten entspricht die Häufigkeit der durchgeführten Audits – anhand der vom LRH gesichteten Unterlagen – dem in der obigen Tabelle dargestellten Sachverhalt. Es wurden jeweils bisher zwei RM-Audits durchgeführt. Das erste Audit im Zeitraum zwischen 2006 und 2012, das zweite zwischen 2012 und 2017. Ein drittes Audit ist gemäß den Unterlagen der KAGes bis auf das LKH Feldbach derzeit (Zeitpunkt Juni 2017) nicht geplant.

Im LKH-Univ. Klinikum Graz erfolgen RM-Audits überwiegend auf Ebene der Kliniken, weiters auf Abteilungs- bzw. Bereichsebene (z. B. Technik), in der Stabsstelle QM-RM sowie in der Anstaltsleitung. Erste Audits wurden durchgehend zwischen 2012 und 2014 vorgenommen, zweite Audits wurden bis einschließlich 2016 nur in zwei Kliniken, im Bereich Technik sowie in der Stabsstelle QM-RM durchgeführt. Der Zeitabstand zum ersten Audit beträgt in diesen Fällen im Durchschnitt vier Jahre, nur bei den Audits in der Stabsstelle QM-RM wurden die beiden Audits innerhalb von zwei Jahren durchgeführt.

Das Intervall zwischen den RM-Audits in den LKH der KAGes beträgt im Regelfall zwischen vier und sechs Jahren.

Die gemäß dem Handbuch zum RM (alle zwei Jahre) sowie der ONR 49001 (jährlich) vorgegebenen Zeitabstände für RM-Audits werden somit nicht eingehalten.

Der LRH empfiehlt, die vorgeschriebenen Durchführungsintervalle der RM-Audits einzuhalten oder das für die KAGes zugrundeliegende und maßgebliche Regelwerk (Handbuch zum RM) entsprechend anzupassen.

Weiters weist der LRH darauf hin, dass das Handbuch zum RM und die ONR 49001 keine gleichlautenden Regelungen aufweisen und unterschiedliche Zeitabstände für die Durchführung von RM-Audits vorgeben. Der LRH hinterfragt diesbezüglich die Praktikabilität der Regelung in der ONR 49001, wonach RM-Audits jährlich vorzunehmen wären.

Der LRH hat stichprobenmäßig in acht RM-Audits der Jahre 2009 bis 2016 Einsicht genommen.

Gemäß der ONR 49001 ist bei Durchführung der Audits insbesondere auf die Wirksamkeit des RM zu achten. Ebenso ist im Rahmen eines Audits zu überprüfen, ob ein RM-System, die an eine Organisation gestellten Anforderungen berücksichtigt. Daher sind aus Sicht des LRH die Effektivität und die Effizienz einer Organisation in deren Aufgabenerfüllung in ein Audit einzubeziehen.

Im Sinne der ONR 49001 waren die Ziele in den vom LRH eingesehenen Audits u. a.:

- Erhebung des Durchdringungsgrades des klinischen RM
- Erfüllung der dem RM-System zugrundeliegenden Normen
- Aufzeigung von Verbesserungspotentialen für die Weiterentwicklung im RM
- Erhebung praktischer Nachweise zur Umsetzung der Risikobewältigungsmaßnahmen
- Feststellung, wie aus Schadensfällen und kritischen Ereignissen gelernt wird

Der LRH stellt fest, dass die Ziele der RM-Audits sich u. a. auf die Wirksamkeit des RM beziehen. Ebenso steht der Entwicklungsstand des RM im Fokus der Überprüfung.

Im Sinne der Zielsetzung wurden in den Audits beispielhaft folgende **Abweichungen festgestellt** bzw. **Empfehlungen** formuliert:

- Integration der Risikokommunikation in den Kommunikationsplan
- direkte Erfassung / Aktualisierung der Risiken in R2C durch die Risikomanager
- Einbeziehung des RM-Systems in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Einbeziehung des RM-Prozesses in die Prozesslandkarte
- Hinweis auf in der Risk-Map fehlende Risiken (z. B. Know-How-Verlust aufgrund bevorstehender Pensionierungen)
- jährliche Evaluierung der Risikobeurteilungen als Standard
- nachvollziehbare Beschreibung von Maßnahmen
- klare Verbindlichkeit von Maßnahmen festlegen
- nachvollziehbare Darstellung der Evaluierungsergebnisse von Maßnahmen
- möglichst zeitnahe Umsetzung von Maßnahmen
- Angabe konkreter Umsetzungs- oder Zieltermine bei Maßnahmenplänen
- verstärkter Einsatz von Sicherheitsaudits; also kurze und interne Begehungen zur Überprüfung von Maßnahmen

Der LRH stellt fest, dass die Audits in ihrem Ergebnis Potentiale zur Erhöhung der Wirksamkeit des RM-Systems aufzeigen.

Der LRH stellt in den Audits zwischen 2009 und 2016 auch eine Entwicklung in der qualitativen Durchführung fest. Ziele des Audits wurden im Zeitablauf umfangreicher und konkreter formuliert. Jüngere Audits beziehen sich hierbei verstärkt auch auf die Wirkung des RM. Hier gilt zu bedenken, dass ältere Audits zum Zeitpunkt der Implementierung des RM-Systems oder kurze Zeit nach der Einführung stattfanden. Eine Überprüfung der Wirksamkeit ist in diesem Sinne erst nach einer gewissen Zeit im Echtbetrieb sinnvoll.

Diese qualitative Entwicklung der Audits ist für den LRH daher nachvollziehbar.

Die folgenden beiden Tabellen zeigen anhand des LKH-Univ. Klinikums Graz beispielhaft den Umfang an zertifizierten / validierten Bereichen. Die RM-Audits stellen einen wesentlichen Anteil an den Überprüfungen dar.

Der Sicherung der Standards von QM und RM im LKH dienen neben internen und externen Audits auch Inspektionen durch öffentliche Institutionen (z. B. Rechnungshof), das Beschwerdemanagement, Mitarbeiter-, Patienten- und Lieferantenbefragungen, ein systematisches klinisches RM oder Teilnahmen an externen Qualitätssicherungsverfahren.

Landesrechnungshof – Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der KAGes

ORGANISATIONSEINHEIT (erstzertifiziert/validiert)	Brustzentrum Graz	EFQM 1. Selbstbe- wertung	C2E	R4E-Aufbau	R4E-3 Stern	Entnahme- einrichtung (CSG)	Gewebebank (GSG)	ISO 9001:2008	Qualifizierte Schmerz- therapie	Sytemaudit Klinisches Risiko- management	Weitere
Anstaltsleitung								2013		2014	
Anstaltsleitung		2009	2012							2014	
Ernährungsmedizinischer Dienst								2011		2013	
Interdisziplinäre Einrichtungen											
Stabsstelle QM-RM								2012		2011 / 2014	
Verwaltung, Wirtschaft, Technik											
Personalmanagement								2008			
Technik										2012	
Technische und organisatorische Sicherheit											AUVA-SGM (2012)
Technische und organisatorische Sicherheit; Prüfstelle Strahlenschutz											IEC 17025 (1998)
Technische und organisatorische Sicherheit; Technisches Prüfzentrum								2011			
Wirtschaft und Logistik											
Hauptküche											HACCP (1999)
Nichtklinische Wissenschaftliche OEs											
Zentrum für Angewandte Biomedizin											
Institut für Pathologie	2014										
Klinische Institute											
Klin. Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik								2008		2013	
Universitätskliniken											
Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin									2013	2012	
Klin. Abteilung für allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin									2013	2012	
Klin. Abteilung für Anästhesie, für Herz- und Gefäßchirurgie und Intensivmedizin									2013	2012	
Klin. Abteilung für Neuro- und Gesichtschirurgische Anästhesiologie und Intensivmedizin									2013	2012	
Aufwachraum an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe									2013	2012	
ICU2 / Anästhesie intensiv									2011	2012	
Universitäts-Augenklinik		2006	2008	2011		2012	2012			2013	
Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin						2012	2012	2001			EF1 (2000) GMP (2012)
Universitätsklinik für Chirurgie										2013	
Klin. Abteilung für Allgemeinchirurgie	2014								2013	2013	
Klin. Abteilung für Gefäßchirurgie									2013	2013	
Klin. Abteilung für Herzchirurgie		2011							2013	2013	
Klin. Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	2014					2015			2013	2013	
Klin. Abteilung für Thorax- und hyperbare Chirurgie									2013	2013	
Klin. Abteilung für Transplantationschirurgie		2011							2010	2013	
Intensivstationen, ICU1 / Herz und Transplant, ICU3, ICU4, Intensivüberwachung IMC									2011	2013	
Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie								2006	2012	2013	
Klin. Abteilung für allgemeine Dermatologie										2013	
Klin. Abteilung für Umweltdermatologie und Venerologie										2013	
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		2006	2008	2011					2013	2012	
Klin. Abteilung für Geburtshilfe									2013	2012	
Klin. Abteilung für Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin						2013	2013		2013	2012	
Klin. Abteilung für Gynäkologie	2014					2012			2013	2012	
Hormonlabor und Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin								2009		2012	
Hals-, Nasen-, Ohren-Universitätsklinik									2013	2014	
Klin. Abteilung für allgemeine HNO									2013	2014	
Klin. Abteilung für Phoniatrie									2013	2014	

Quelle: Stabsstelle QM-RM des LKH-Univ. Klinikum Graz; hochgeladen von http://www.klinikum-graz.at/cms/dokumente/10024687_2234474/cfe897bd/zertifizierte-validierte%20Bereiche_V4_201508-28.pdf am 19. Juli 2017; aufbereitet durch den LRH

Landesrechnungshof – Risikomanagement ausgewählter Bereiche in den Anstalten der KAGes

ORGANISATIONSEINHEIT (erstzertifiziert/validiert)	Brustzentrum Graz	EFQM 1. Selbstbe- wertung	C2E	R4E-Aufbau	R4E-3 Stern	Entnahme- einrichtung (CSG)	Gewebebank (GSC)	ISO 9001:2008	Qualifizierte Schmerz- therapie	Sytemaudit Klinisches Risiko- management	Weitere
Anstaltsleitung								2013		2014	
Anstaltsleitung		2009	2012							2014	
Ernährungsmedizinischer Dienst								2011		2013	
Interdisziplinäre Einrichtungen											
Stabsstelle QM-RM								2012		2011 / 2014	
Verwaltung, Wirtschaft, Technik											
Personalmanagement								2008			
Technik										2012	
Technische und organisatorische Sicherheit											AUVA-SGM (2012)
Technische und organisatorische Sicherheit; Prüfstelle Strahlenschutz											IEC 17025 (1998)
Technische und organisatorische Sicherheit; Technisches Prüfzentrum								2011			
Wirtschaft und Logistik											
Hauptküche											HACCP (1999)
Nichtklinische Wissenschaftliche OEs											
Zentrum für Angewandte Biomedizin											
Institut für Pathologie	2014										
Klinische Institute											
Klin. Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik								2008		2013	
Universitätskliniken											
Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin									2013	2012	
Klin. Abteilung für allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin									2013	2012	
Klin. Abteilung für Anästhesie, für Herz- und Gefäßchirurgie und Intensivmedizin									2013	2012	
Klin. Abteilung für Neuro- und Gesichtschirurgische Anästhesiologie und Intensivmedizin									2013	2012	
Aufwachraum an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe									2013	2012	
ICU2 / Anästhesie Intensiv									2011	2012	
Universitäts-Augenklinik		2006	2008	2011		2012	2012			2013	
Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin						2012	2012	2001			EFI (2000) GMP (2012)
Universitätsklinik für Chirurgie										2013	
Klin. Abteilung für Allgemeinchirurgie	2014								2013	2013	
Klin. Abteilung für Gefäßchirurgie									2013	2013	
Klin. Abteilung für Herzchirurgie		2011							2013	2013	
Klin. Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	2014					2015			2013	2013	
Klin. Abteilung für Thorax- und hyperbare Chirurgie									2013	2013	
Klin. Abteilung für Transplantationschirurgie		2011							2010	2013	
Intensivstationen, ICU1 / Herz und Transplant, ICU3, ICU4, Intensivüberwachung IMC									2011	2013	
Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie								2006	2012	2013	
Klin. Abteilung für allgemeine Dermatologie										2013	
Klin. Abteilung für Umweltdermatologie und Venerologie										2013	
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		2006	2008	2011					2013	2012	
Klin. Abteilung für Geburtshilfe									2013	2012	
Klin. Abteilung für Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin						2013	2013		2013	2012	
Klin. Abteilung für Gynäkologie	2014					2012			2013	2012	
Hormonlabor und Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin								2009		2012	
Hals-, Nasen-, Ohren-Universitätsklinik									2013	2014	
Klin. Abteilung für allgemeine HNO									2013	2014	
Klin. Abteilung für Phoniatrie									2013	2014	

Quelle: Stabsstelle QM-RM des LKH-Univ. Klinikum Graz; hochgeladen von http://www.klinikum-graz.at/cms/dokumente/10024687_2234474/cfe897bd/zertifizierte-validierte%20Bereiche_V4_201508-28.pdf am 19. Juli 2017; aufbereitet durch den LRH

5.4.3 Auswertung des Jahresberichtes Risikomanagement 2015

Der LRH hat in den Jahresbericht Risikomanagement LKH / LPZ 2015 Einsicht genommen. Der Bericht wird von der OE-RR auf Basis der RM-Berichte der Anstalten erstellt (zum RM-Berichtswesen der KAGes siehe auch Kapitel 5.2.2 – Kommunikation - Information - Berichtswesen – Seite 36ff.)

Der Bericht komprimiert auf 6 Seiten folgende Themen:

- eine Kurzdarstellung der Entwicklung im RM für 2015, eine Auflistung der Schwerpunktthemen sowie eine zusammengefasste Beschreibung der durchgeführten Audits und der Risikolage der LKH / LPZ
- Risikoinformationen auf Grundlage des Fehlermeldesystems CIRS
- Risikoinformationen auf Grundlage von Schadensfallanalysen
- das Auditprogramm 2016
- die Veränderung der Risikolage 2015 je LKH

In der Kurzdarstellung wird ausgeführt, dass das Hauptaugenmerk im RM der KAGes 2015 in der Bewältigung der Risiken zu den Schwerpunktthemen gelegen ist. Weiters lag der Fokus auf neu identifizierten Risiken, die sich z. B. aus dem Schadensmanagement ergaben.

Die neun Schwerpunktthemen im RM des Jahres 2015 waren:

Patientenaufklärung	Patientenidentifikation	Operative Behandlung
Ressourcen und Arbeitszeiten	Hygiene	Arzneimittel
Medizinisches Notfallmanagement	Diagnostik	Medizinprodukte

Quelle: Jahresbericht Risikomanagement LKH / LPZ 2015; aufbereitet durch den LRH

2014 / 2015 wurden laut Jahresbericht in sieben LKH RM-**Sicherheitsaudits** durchgeführt. Weiters wurde das RM-System sowie der RM-Prozess überprüft. Das Auditprogramm 2016 ist dem Bericht beigefügt. Für 2016 waren in fünf LKH bzw. LKH-Verbänden RM-Audits geplant.

Der LRH merkt an, dass im RM Jahresbericht sowohl die Bezeichnung „Audit“ als auch „RM-Sicherheitsaudit“ für dasselbe Untersuchungsverfahren verwendet wird.

Der LRH empfiehlt grundsätzlich, im RM einheitliche, klar nachvollziehbare Bezeichnungen zu verwenden.

Die vorgegebenen Intervalle für die Durchführung von RM-Audits werden in der KAGes nicht eingehalten (siehe dazu Kapitel 5.4.2 – Audits zum RM – Seite 83ff.).

Das Auditprogramm ist detailliert strukturiert und bestimmt, welche konkreten Prüfungen in den nach ONR 49001 definierten Bereichen „RM-System“, „RM-Prozess“, „Aufzeichnungen des RM“ sowie „Auditierung von Fachbereichen“ für 2016 geplant sind. Für jede Prüfung wurde ein Termin festgelegt.

Im Jahresbericht wird darauf hingewiesen, dass anhand der RM-Audits 2015 ersichtlich war, dass wenige bis keine Risikobeurteilungen im Bereich der Betriebsdirektionen bzw. zu einer „kritischen Infrastruktur“ vorliegen.

Im Bericht wird bezüglich der Veränderung der **Risikolage** auf die allgemeine Situation in allen Anstalten eingegangen sowie ein kurzer Bericht für jedes LKH wiedergegeben. Für die 15 LKH wird die Entwicklung der Risikolage 2015 auf Basis der Angaben der LKH wie folgt dargestellt:

Risikolage 2015 – Vergleich zu 2014	Anzahl LKH
verbessert	7
leicht verbessert	1
gleichbleibend bis leicht verbessert	3
gleichbleibend	3
verschlechtert	1
Summe	15

Quelle: Jahresbericht Risikomanagement LKH / LPZ 2015; aufbereitet durch den LRH

Den Auskünften der Anstalten zufolge hat sich die Risikolage im Jahr 2015 in 14 von 15 LKH positiv verändert oder ist zumindest keine Verschlechterung erfolgt. Von einem LKH wird für 2015 eine Verschlechterung angeführt, begründet wird dies seitens der betroffenen Anstalt mit einem Ärztemangel und dem neuen Arbeitszeitgesetz. Der LRH merkt an, dass sich in der betroffenen Anstalt die Ärztekapazität 2016 aufgrund einer Umstrukturierung verbessert hat.

Seitens der OE-RR wird im Bericht darauf hingewiesen, dass die (positiven) Angaben zur Risikolage nicht immer mit den Informationen aus z. B. dem Schadensmanagement, CIRS und den Prüfberichten der Internen Revision korrelieren. Die OE-RR merkt daher im Jahresbericht an, dass es „mit den LKH Workshops geben soll, um die Einschätzung der Risikolage und -bewertung zu diskutieren bzw. zu schärfen. Eine plausible Datenlage ist die Grundvoraussetzung für eine Risikokonsolidierung.“

Mit dem LKH Bad Radkersburg als „Pilothaus“ hat dem Jahresbericht zufolge aus diesem Grund im Mai 2016 ein Termin stattgefunden. Auf Basis der Erfahrungen mit dem

LKH Bad Radkersburg soll in weiterer Folge eine effiziente und effektive Vorgehensweise für alle anderen LKH geplant werden.

Ziel muss es aus Sicht des LRH sein, eine realitätskonforme und mit dem RM-Instrumentarium (z. B. CIRS) korrelierende Risikobeurteilung durch die Anstalten zu erreichen.

Der LRH hält fest, dass CIRS, das Schadensmanagement sowie die Prüfberichte der Innenrevision geeignete Instrumente sind, um die Risikolage in den Anstalten von außen zu beurteilen.

Die diesbezügliche kritische Haltung der OE-RR zur Beurteilung der Risikolage durch die Anstalten wird vom LRH ebenso wie das von der OE-RR mit Mai 2016 gestartete Projekt zur Steigerung der Effektivität in der Beurteilung der Risikolage positiv betrachtet.

Im Jahresbericht wird die Anzahl der Risiken zu Jahresbeginn und zu Jahresende nur für wenige Anstalten wiedergegeben. Die Anzahl der eliminierten, reduzierten, unveränderten, erhöhten bzw. akzeptierten Risiken je Anstalt ist im Jahresbericht nicht ersichtlich.

Der LRH empfiehlt, im Jahresbericht grundsätzlich für jede Anstalt die Anzahl der Risiken zu Jahresbeginn, zu Jahresende sowie die Anzahl an veränderten Risiken aus Gründen der Transparenz darzustellen. Das Ausmaß der Veränderung der Risikolage sollte im Jahresbericht ersichtlich und nachvollziehbar sein.

5.4.4 Umsetzung in den fünf Anstalten

Der LRH hat in diesem Kapitel Erkenntnisse aus der Einschau in den geprüften Anstalten dargelegt und Feststellungen und Empfehlungen zum Zwecke einer Weiterentwicklung des RM in der KAGes ausgesprochen.

Dies betrifft zunächst allgemeine Sachverhalte zum implementierten System und zur Umsetzung des RM in den fünf Anstalten.

Der LRH hat von Sachverhalten betroffene Anstalten nicht namentlich erwähnt, festgestellte Erkenntnisse müssen nicht auf alle fünf überprüften Anstalten zutreffen.

In einem eigenen Berichtsteil hat der LRH Erkenntnisse zu seinen Prüfschwerpunkten aufgezeigt (siehe Kapitel 5.4.4.2 – Feststellungen zu den Schwerpunkten – Seite 97ff.).

In der Einsichtnahme in den fünf überprüften Anstalten wurde dem LRH seitens der Risikoeigner eine durchwegs positive Rückmeldung zur Umsetzung und zum Nutzen des RM mitgeteilt.

Hervorgehoben wurden hierbei u. a. das Fehlermeldesystem (CIRS) und die damit im Zusammenhang stehende und sich entwickelnde offene Fehlerkultur („*man kann zu Fehlern bzw. Beinahe-Schäden stehen*“).

Weitere positive Rückmeldungen gab es z. B. für die Bewusstseinsbildung von Risiken oder für die Strukturierung in Folge der Einführung des RM. So wurde auch darauf hingewiesen, dass zwar „*ein RM in gewisser Form immer schon vorgelegen ist*“, dass aber nun nach der Implementierung eine strukturierte und genaue Erfassung sowie Behandlung der Risiken möglich ist.

Als weiteren positiven Aspekt wurde dem LRH seitens der geprüften Anstalten die Zusammenarbeit sowohl mit der OE-RR als auch mit der OE-QM genannt. Dies bezieht sich auch auf die Unterstützung durch die OE-RR im Zuge der Implementierung und im laufenden Betrieb des RM (z. B. im Rahmen von CIRS).

Als Verbesserungspotential wurde dem LRH von einzelnen Risikoeignern u. a. eine stärkere Einbeziehung der Patienten in das RM mitgeteilt. So kann durch eine intensivere Aufklärung bzw. Information der Patienten eine Risikoverminderung erwirkt werden.

Der LRH empfiehlt, in Krankenanstalten bereits bestehende Aufklärungskampagnen zu erweitern (z. B. Informationsfilme) und Patienten derart KAGes-weit verstärkt über mögliche Risiken zu informieren.

Als weiteres Potential wurde eine stärkere Unterstützung seitens einzelner Führungskräfte genannt.

Es sollten Anstrengungen unternommen werden, auf Führungskräfte einzuwirken, um diese vom Erfordernis eines nachhaltigen RM zu überzeugen.

5.4.4.1 Allgemeine Feststellungen zum RM

Die Risk-Maps der vom LRH in die Prüfung einbezogenen vier Krankenanstalten zeigen im Vergleich von 2016 zu 2015 folgende Anzahl an Risiken und Maßnahmen:

	Feldbach		Mürzzuschlag		Bad Radkersburg		Graz		Summe	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Anzahl	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Risiken	91	28	56	21	42	10	377	126	566	185
Maßnahmen	423	164	253	102	249	105	2.350	798	3.275	1.169

Quelle: Risk-Maps der vier Krankenanstalten; aufbereitet durch den LRH

Die Entwicklung der Risk-Maps der vier Krankenanstalten von 2015 zu 2016 ergibt eine starke Reduzierung sowohl der Anzahl der Risiken (von 566 auf 185) als auch der Maßnahmen (von 3.275 auf 1.169). Sowohl Risiken als auch Maßnahmen haben sich dadurch im Jahr 2016 auf ca. ein Drittel des Standes von 2015 verringert.

Diese Reduzierung entspricht den Empfehlungen im Prüfbericht „Risikomanagement – Konsolidierung von Risiken“ der Internen Revision der KAGes aus dem Jahr 2015.

Diesem Bericht zufolge bestand 2015 bei den LKH und LPZ bezüglich der Risikokonsolidierung ein Weiterentwicklungspotential: Risiken und Maßnahmen würden demnach noch nicht ausreichend überwacht und gesteuert werden, was sich in einer unzureichenden Konsolidierung gleichartiger Risiken widerspiegeln würde.

Im Prüfbericht der Internen Revision wird eine Systembereinigung empfohlen. Demnach *„sollte der Fokus auf den Top-Risiken, deren Konsolidierung sowie den abgeleiteten Maßnahmen inkl. der Terminvorgaben und -einhaltung liegen. In diesem Rahmen sind die Risikoeigner auch auf ihre Verantwortung in dieser Funktion hinzuweisen.“*

Der LRH verweist bezüglich der Empfehlungen im Prüfbericht der Internen Revision auf seine Anregung zur Vorgabe von Pflichtrisiken für die Anstalten und zu deren zentraler Kontrolle durch die OE-RR (siehe Seite 23).

Der LRH hat das Bestehen von Redundanzen in den Risk-Maps 2016 in drei Krankenanstalten überprüft.

Es wurden vom LRH keine Redundanzen bei den Risiken festgestellt. Infolge der Prüfung durch die Interne Revision erfolgte eine Systembereinigung mit einer Konsolidierung gleichartiger Risiken.

Trennung zwischen klinischen und Unternehmensrisiken

In den Risk-Maps des Jahres 2015 zeigte sich, dass zum Teil keine exakte Trennung zwischen klinischen und Unternehmensrisiken vorgenommen worden ist.

Risiken, welche aus Sicht des LRH als klinische Risiken auszuweisen wären, wurden als Unternehmensrisiken definiert bzw. umgekehrt.

Davon waren alle vier in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten betroffen, dies allerdings in einem unterschiedlichen Ausmaß.

Die Überprüfung der Risk-Maps des Jahres 2016 zeigt ein grundlegend anderes Bild. Im Zuge der Konsolidierung der Risiken erfolgte in allen vier Krankenanstalten auch eine Überarbeitung der Zuordnung der Risiken zu den Gefahrenlisten für klinisches RM sowie für Unternehmensrisiken.

Die Risiken wurden 2016 aus Sicht des LRH durchgehend nachvollziehbar den Gefahrenlisten zugeordnet. Dadurch wurde eine korrekte Trennung zwischen klinischen und Unternehmensrisiken vorgenommen.

Die Situation des Jahres 2015 mit der zum Teil nicht nachvollziehbaren Trennung zwischen klinischen und Unternehmensrisiken wurde somit bereinigt.

Setzung von Terminen für Maßnahmen

Den Maßnahmen zur Bearbeitung der Risiken in den Risk-Maps sind im unterschiedlichen Ausmaß zum Teil keine Termine für eine Umsetzung zugeordnet.

Nach erfolgter Konsolidierung beinhalten die vier Risk-Maps für das Jahr 2016 der vom LRH überprüften Krankenanstalten insgesamt 1.169 Maßnahmen. Davon bestehen für 710 Maßnahmen keine Termine. Zumindest für jene Maßnahmen, für welche eine Umsetzung geplant ist, sollten Termine vorgesehen sein. Dies betrifft 55 geplante Maßnahmen.

In drei der vier überprüften Krankenanstalten fehlen Termine nur in einem sehr geringen Ausmaß bzw. wurden diese zur Gänze ordnungsgemäß gesetzt. Im vierten LKH fehlen Termine in einem höheren Ausmaß.

Im Prozess für das RM stellt der Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahmen ein Erfolgskriterium für die Ergebnisqualität dar. Eine Evaluierung des Umsetzungsgrades bedarf zunächst der Setzung von Terminen, um in der Folge ein Urteil über eine fristgerechte Umsetzung vornehmen zu können.

Aus Sicht des LRH ist daher zumindest für geplante Maßnahmen eine Terminsetzung in der Risk-Map unabdingbar.

Festlegung der Verantwortlichen für die Maßnahmen der Risk-Maps

Von den 1.169 erfassten Maßnahmen in den vier vom LRH überprüften Krankenanstalten wurden für 296 Maßnahmen keine Verantwortlichen in den Risk-Maps des Jahres 2016 festgelegt.

Die Zuordnung von Verantwortlichen zu den Maßnahmen stellt für den LRH ebenso wie die Festsetzung von Terminen zur Umsetzung ein notwendiges Kriterium für einen effektiven und effizienten Maßnahmenvollzug dar.

Der LRH stellt zum Teil eine mangelnde Datenpflege in den Risk-Maps fest. Dies betrifft sowohl die Setzung von Terminen als auch die Festlegung von Verantwortlichen für die Maßnahmen.

In der Richtlinie der KAGes zum Prozess RM ist aus Sicht des LRH eine entsprechende Pflege der Daten (insbesondere Termine und Verantwortliche für Maßnahmen) vorzugeben.

Eindeutige und gleichbleibende Identifikationsnummern je Risiko

Den Risiken werden in den Risk-Maps der Anstalten nach periodischer Überarbeitung (i.d.R. jährlich) mit der Zahl „Eins“ beginnende fortlaufende Nummern zugeordnet.

Ist die Bearbeitung von Risiken in der derzeitigen Systematik abgeschlossen, so werden diese in einer eigenen Tabelle „*erledigte und eingetragene Risiken*“ erfasst und dokumentiert. Die ursprünglich vergebene fortlaufende Nummer ist in dieser Tabelle nicht mehr ersichtlich. Diese Nummern werden stattdessen an andere Risiken in der Risk-Map der Folgeperiode vergeben. „*Erledigte*“ Risiken verfügen über keine Nummern mehr.

Die Risiken haben somit keine festen Identifikationsnummern. Deren periodenübergreifende, eindeutige und einfache Identifizierung über eine Nummer ist daher nicht möglich.

Eindeutige Identifikationsnummern haben aus der Sicht des LRH u. a. folgende Vorteile:

- Es ergibt sich ein einfacheres Suchen von aktuellen sowie von „*erledigten*“ Risiken. Ebenso wird das Aufrufen von Daten zu den Risiken (z. B. Maßnahmen, Verantwortliche, Termine, Beschreibungen) erleichtert.
- Fehler bei der Bearbeitung (z. B. Auswertung) von Daten werden vermieden.
- Ein IT-mäßiges Zusammenführen von Risiken als Folge der Zusammenlegung von Anstalten wird erleichtert.
- Zu berücksichtigen ist auch, dass die Anzahl der erledigten Risiken im Zeitablauf zunimmt und eine Verwaltung dieser ohne eindeutige Identifikationsnummer daher zunehmend schwieriger wird.

Der LRH empfiehlt, den Risiken feste Identifikationsnummern zuzuordnen.

Beispielhaft führt der LRH das LKH Südsteiermark an. In diesem wurden an die Risiken nach der Zusammenlegung der Anstalten von Wagna und Bad Radkersburg feste Identifikationsnummern vergeben. Seitens der Anstalt in Bad Radkersburg wurde dies gegenüber dem LRH positiv bewertet und der Vorteil im Zuge der Zusammenführung der beiden Anstalten hervorgehoben.

Nachvollziehbare Beschreibung von Maßnahmen

Die Beschreibung der in den Risk-Maps angeführten Maßnahmen zur Risikobewältigung erfolgt zum Teil unkonkret und ist für Dritte daher nicht immer nachvollziehbar. In diesen Fällen werden Maßnahmen z. B. nur mit einem Hauptwort beschrieben, Umfang

und Ausmaß von Maßnahmen sind nicht ersichtlich und die tatsächlichen Inhalte nicht erkennbar.

Ebenso stellt der LRH fest, dass die Nachvollziehbarkeit der in den RM-Jahresberichten ausgewiesenen RM-relevanten strategischen Maßnahmen in den einzelnen Anstalten sehr unterschiedlich ist. Einige Anstalten beschreiben die Maßnahmen ausführlich, andere wiederum nur in Stichworten.

Der LRH empfiehlt eine nachvollziehbare Beschreibung von Maßnahmen. Ausmaß und Umfang sollten für Dritte nachvollziehbar sein.

Sichere Befundvidierung

Unter Befundvidierung sind aus Sicht des LRH die Einschau sowie die dokumentierte Kenntnisnahme von Befunden zu verstehen.

Von einer gesicherten Vidierung hängen im Sinne eines klinischen RM eine adäquate Vornahme medizinischer Maßnahmen sowie die Weiterleitung des Befundes an den niedergelassenen Bereich ab.

Im Tätigkeitsbericht 2014 und 2015 der PPO des Landes Steiermark wurden im Zeitablauf von 2005 bis 2015 zehn Schadensfälle als Folge fehlender Befundvidierung aufgelistet. Daraus folgten zum Teil Schlichtungs- bzw. Gerichtsverfahren. Gemäß Tätigkeitsbericht ist es bis dato in vier Fällen zu Entschädigungszahlungen gekommen. In einem fünften Fall ist ein im Rahmen eines Zivilgerichtsverfahrens ergangenes Urteil noch nicht rechtskräftig.

Die KAGes hat gemäß Tätigkeitsbericht ab dem Jahr 2009 die Thematik „*Sichere Befundübermittlung im Qualitätssicherungsbeirat bzw. im Qualitäts- und Risikomanagement auf Antrag der PPO (2008) behandelt*“. Allerdings entstanden gemäß der PPO dennoch in weiterer Folge vereinzelt Schadensfälle aufgrund fehlender Befundvidierung.

Ein KAGes-weiter Prozess zur sicheren Befundvidierung wurde bis dato (Juli 2017) noch nicht implementiert.

Auf Anfrage des LRH sind laut OE-RR zur Optimierung einer zuverlässigen und ordnungsgemäßen Befundvidierung sowohl „*EDV-technische Mittel*“ als auch „*entsprechende Maßnahmen in den Abteilungen*“ erforderlich.

Eine elektronische Befundvidierung stellt gemäß OE-RR eine Vorbedingung zur geplanten Einführung der elektronischen Fieberkurve dar (Start des Pilotprojektes im 4. Quartal 2017 oder 1. Quartal 2018).

Als Folge des Projektes soll es unabdingbar sein, „*dass eingehende Befunde elektronisch vidiert werden („zur Kenntnis genommen“)*. Parallel dazu, müssen alle von anderen Abteilungen angeforderten Leistungen (z. B. Labor, Röntgen, Pathologie, Konsile

etc.) auch elektronisch angefordert werden. Sobald sämtliche Leistungsanforderungen elektronisch erfolgen und die dazugehörigen Befunde elektronisch vidiert werden, ist der sogenannte „Closed Loop“ umgesetzt“.

Mit dem Projekt „Closed Loop“ folgt die KAGes der Empfehlung der PPO aus dem Tätigkeitsbericht 2012 / 2013 zur „immer noch fehlenden dringenden Umsetzung einer technischen Möglichkeit einer sicheren Befundvidierung“.

Die KAGes versucht laut Schreiben an den LRH flächendeckend die Vorbedingungen für die Einführung der elektronischen Fieberkurve (somit u. a. die elektronische Befundvidierung) zu schaffen.

Der LRH empfiehlt, das gegenständliche Projekt mit Nachdruck voranzutreiben. Eine gesicherte Befundvidierung stellt ein wesentliches Kriterium für ein effektives RM dar.

Dies gilt es auch im Rahmen des Entlassungsmanagements zu berücksichtigen.

5.4.4.2 Feststellungen zu den Schwerpunkten

Vom LRH wurden folgende zwei Schwerpunkte in den Krankenanstalten überprüft:

- 1) Entlassungsmanagement
- 2) Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich

1) Entlassungsmanagement:

Gesetzliche Regelungen zur Entlassung aus der Anstaltspflege

Gesetzliche Regelungen sind u. a. im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sowie im Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG) enthalten.

Regelungen des KAKuG geben u. a. eine verpflichtende Anfertigung eines Entlassungsscheines und eines Entlassungsbriefes vor, die Betreuungskontinuität nach Entlassungen soll sichergestellt sein.

Das StKAG orientiert sich im Wesentlichen am KAKuG.

Leitlinie des Bundes

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur wurde im Jahr 2012 die „Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement“ erstellt.

Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und das zentrale Organ zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene.

Vorrangiges Ziel der BQLL ist eine lücken- und reibungslose Behandlung von Patienten an Nahtstellen (Versorgungsübergänge). Ein fließender Übergang von einer betreuenden / behandelnden Stelle zur nächsten soll erleichtert und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure patientenorientiert optimiert werden. Die BQLL bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d.h. es werden keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen betrieben.

Das **direkte Entlassungsmanagement** vollzieht sich gemäß BQLL auf der Station und ist ein arbeitsteiliger Prozess. Es liegt im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Im Rahmen des **indirekten Entlassungsmanagements** werden Patienten mit komplexem poststationären Betreuungsbedarf multiprofessionell beraten und betreut. Ziel ist ein schnelles Finden einer passenden Leistung für die Krankenhausnachsorge.

Anzumerken ist, dass das koordinierte Entlassungsmanagement der KAGes sich auf die Sicherstellung der Pflege- und Betreuungskontinuität bei komplexen Entlassungen bezieht. Hierfür kommt in der KAGes sowohl das direkte als auch das indirekte Entlassungsmanagement zum Einsatz. Insofern unterscheidet sich das Entlassungsmanagement der KAGes von der BQLL, da in dieser bei komplexen Fällen nur das indirekte Entlassungsmanagement zum Tragen kommt.

Die Überprüfung des LRH bezieht sich auf komplexe Entlassungen mit weiterführendem Pflege- und Betreuungsbedarf.

Die BQLL hat für die Umsetzung in den Bundesländern keine verpflichtende Wirkung. Als Leitlinie gibt sie *„den Mitarbeitern an den Versorgungsschnittstellen ein Instrumentarium in die Hand, das zur Umsetzung anregen und zur Eigeninitiative ermutigen will.“*

Der LRH hat insbesondere die Vornahme eines Beratungsgespräches sowie die Sicherung einer adäquaten Versorgung / Betreuung nach der Entlassung in den Fokus seiner Prüfung gestellt.

Folgende Auszüge von Empfehlungen der BQLL zum Entlassungsmanagement wurden vom LRH daher stichprobenmäßig hinsichtlich deren Umsetzung in der KAGes herangezogen:

Zur Festlegung eines **Prozesses**:

- Für die Entlassung ist die Analyse und Beschreibung eines Prozesses erforderlich. Dies beinhaltet ein verbindliches Festlegen von Arbeitsschritten, Verantwortlichkeiten und Zuordnen von Kompetenzen innerhalb einer Organisation.

Vorzunehmende Schritte bei der **Vorbereitung** von **Entlassungen**:

- Planung und Durchführung, dazu zählen insbesondere
 - Verständigung der Vertrauenspersonen und externer Einrichtungen
 - Organisation bzw. Feststellung eines Erfordernisses zum Heimtransport
 - Anträge zu Pflegegeld, Pflegeheim, Rehabilitation
- Übergabe weiterführender Informationen an Patienten wie z. B. Informationen zur Erkrankung und weiteren Behandlung
- Bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch mit Patienten, Angehörigen, Vertrauenspersonen: Inhalt ist u. a. die Definition von Therapiezielen

Schritte bei der **Durchführung** von **Entlassungen**:

- Vornahme des Entlassungsgesprächs inklusive Überprüfung und Bestätigung der geplanten Schritte zur Weiterversorgung

Regelungen in der KAGes

Im Jahr 2003 wurde eine Vorstands-Arbeitsunterlage zur Unterstützung des Entlassungsprozesses vom Qualitätssicherungsbeirat der KAGes erstellt. Mit 25. Juni 2008 wurde diese in eine Richtlinie umgewandelt.

Im Jahr 2013 erfolgte eine Neuregelung mit einer zur Zeit gültigen Serviceunterlage „Koordiniertes Entlassungsmanagement in der KAGes“ sowie einer Prozessdokumentation. Die Serviceunterlage ersetzt die Richtlinie aus dem Jahr 2003 bzw. 2008.

Zu bemerken ist, dass die Regelung der KAGes zum Entlassungsmanagement seit 2013 auf Basis einer Serviceunterlage erfolgt, während dies zuvor mittels Richtlinie der Fall war. Im Gegensatz zu einer Serviceunterlage ist eine Richtlinie verbindlich und ist aus Sicht des LRH daher vorzuziehen.

Die Serviceunterlage zum koordinierten Entlassungsmanagement bezieht sich auf komplexe Versorgungssituationen. Diese sind gegeben bei

- *„einem hohen Pflege- und Betreuungsbedarf (therapeutisch, pflegerisch, sozial)*
- *einem hohen Schulungsbedarf (Patienten bzw. Angehörige)*
- *einem hohen Informationsbedarf“*

Der dokumentierte Prozess zum Entlassungsmanagement der KAGes ist eine Beilage der Serviceunterlage. Dieser Prozess sieht folgende Schritte vor:

Koordinierte Entlassung – Soll Ablauf		
Nr.	Schritte	Beteiligte
1	Versorgungsbedarf wird von Arzt und Pflege festgestellt	
2	Anforderungen auf Fieberkurve / Pflegedokumentation festhalten	Arzt, Pflege
3	Anforderungen für Entlassungskordinator ausfüllen	ELK ¹⁾ (DGKS / P) ²⁾
4	ELK nimmt Anforderungen entgegen	ELK (DGKS / P)
5	Rücksprache mit Pflege / Arzt halten	ELK (DGKS / P)
6	Vorläufiges Entlassungsdatum festlegen	Arzt, Pflege
7	Beratungs-, Orientierungsgespräch mit Patienten / Angehörigen	Angehörige; ELK (DGKS / P)
8	Umsetzung mit Angehörigen / Patient	Angehörige; ELK (DGKS / P)
9	Entlassungsstatus übermitteln	ELK (DGKS / P); Pflege
10	Definitives Entlassungsdatum festlegen	Arzt, Pflege
11	Entlassungsgespräch führen	ELK (DGKS / P); Pflege
12	Verlaufsdokumentation	Pflege
13	Entlassung aus LKH findet statt	

Quelle: Unterlagen KAGes, aufbereitet durch den LRH

¹⁾ Entlassungskordinator (ELK)

²⁾ Anmerkung LRH: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester / -pfleger (DGKS / P); seit der „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-Novelle 2016“ gibt es nunmehr: „Dipl. Gesundheits- und Krankenpflege / in (DGKP), Pflegefachassistenten (PFA) und Pflegeassistenten (PA)

Der LRH stellt fest, dass ein Prozess zum stationären Entlassungsmanagement in der KAGes dokumentiert vorliegt. Der diesbezüglichen Empfehlung der BQLL wurde somit entsprochen.

Der LRH hat in die Beschreibungen der Prozess-Schritte Einsicht genommen. **Die oben angeführten Empfehlungen der BQLL wurden von der KAGes berücksichtigt und in den Prozess zum koordinierten Entlassungsmanagement aufgenommen.**

Die vier vom LRH überprüften Krankenanstalten verfügen zum Teil über eigene Entlassungsprozesse, diese orientieren sich aber am Standardprozess der KAGes.

Die Empfehlungen der BQLL wurden jeweils berücksichtigt.

Der LRH hat in drei Krankenanstalten in die IT-Dokumentation des Entlassungsmanagements Einsicht genommen und stichprobenmäßig Entlassungsfälle aus dem zweiten Halbjahr 2016 bzw. dem ersten Quartal 2017 überprüft.

Den übermittelten Unterlagen ist zu entnehmen, dass in den eingesehenen Fällen eine durchgängige Dokumentation zur Pflege- und Entlassungsberatung besteht. Dies umfasst z. B. die Beratungs- und Schulungsgespräche mit Angehörigen / Vertrauenspersonen, die Übermittlung von Informationen und Unterlagen (z. B. Anträge für Pflegegeld), die Erhebung der gegebenen Situation zu Hause sowie die Beantragung von Heilbehelfen.

Der LRH stellt anhand von Stichproben eine nachvollziehbare Dokumentation der Planung und Durchführung von Entlassungen im IT-System der KAGes fest.

Der LRH weist bezüglich des Entlassungsmanagements auf das **aktuelle Projekt „Go Safe – Sichere Patientenentlassung: Ein Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen“** am LKH-Univ. Klinikum Graz hin.

Ziel des Projektes ist es, Patienten bestmöglich informiert und in Bezug auf die eigene Erkrankung „gesundheitskompetent“ zu entlassen.

Grundlage des Projektes ist eine Studie, im Rahmen dieser wurden vier Haupterhebungen mit drei unterschiedlichen Gruppen vorgenommen. Diese sind „*Patienten und Angehörige*“, „*Experten*“ von den Pilot-Univ. Kliniken für Dermatologie / Venerologie und für Neurologie sowie „*Stakeholder*“ wie z. B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Apotheker oder Rehabilitationseinrichtungen.

Die zugrundeliegende Hypothese der Studie ist, dass alle Personengruppen im Entlassungsmanagement unterschiedliche Bedürfnisse haben und den derzeitigen Entlassungsprozess unterschiedlich wahrnehmen.

Als frühester Beginn des Projektes wird das 2. Quartal 2017 genannt und es wird mit einer Dauer von eineinhalb Jahren gerechnet.

Im Sinne einer Optimierung des Entlassungsmanagements und der Förderung der Gesundheit von Patienten befürwortet der LRH das Projekt „Go Safe“ am LKH-Univ. Klinikum Graz.

Der LRH hat stichprobenmäßig in zwei LKH das Vorhandensein eines ambulanten Entlassungsmanagements überprüft. Von beiden LKH wurde mitgeteilt, dass eine ordnungsgemäße Versorgung von Patienten nach einem Ambulanzbesuch im Verantwortungsbereich des Rettungs- und Krankentransportdienstes liegen würde.

Ein strukturiertes Entlassungsmanagement für Ambulanzen liegt somit nicht vor.

Der LRH weist darauf hin, dass bei Patienten mit erhöhtem Sicherheitsrisiko (z. B. gebrechliche oder demente Patienten) eine an den Ambulanzbesuch anschließende Versorgung / Nachbetreuung sichergestellt sein soll.

Die BQLL richtet sich u. a. an folgende „Adressaten und Anwendungsbereiche [...]

- *ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen*
- *ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen*
- *Krankenanstalten / Ambulanzen / Tageskliniken und die Angehörigen der dort tätigen Gesundheits- und Sozialberufe [...]*

Die BQLL bezieht somit auch Ambulanzen in ihren Anwendungsbereich mit ein. Generelle Regelungen der BQLL zum Entlassungsmanagement sollten daher auch im ambulanten Bereich Berücksichtigung finden.

Der LRH empfiehlt, eine ordnungsgemäße Versorgung von Patienten mit erhöhtem Sicherheitsrisiko auch nach ambulanten Behandlungen / Eingriffen in das RM aufzunehmen. Eine Vermeidung diesbezüglicher Risiken sollte sichergestellt sein. Erforderlichenfalls sind die Rettungsdienste einzubeziehen.

2) Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich:

Eine sichere Identifikation von Patienten auf allen Prozessebenen im Krankenhausbetrieb stellt einen wesentlichen Bestandteil eines effektiven RM dar. Der LRH hat das Verwechseln im Patienten- und Medikamentenbereich daher als Schwerpunkt in die gegenständliche Prüfung aufgenommen.

Der LRH impliziert in diese Thematik z. B.:

- das Verwechseln von Patienten, Körperteilen oder Körperseiten
- eine falsche Zuordnung von Dokumenten zu Patienten (z. B. Befunde)
- das Verwechseln einer Medikamenten-Verordnung
- eine fehlerhafte Verabreichung oder Dosierung eines Medikamentes
- eine fehlerhafte Dispensierung von Medikamenten
- das falsche Verabreichen von Infusionen

Die Gefahrenliste „Klinisches Risikomanagement“ stellt in der KAGes ein zentrales Hilfsmittel für die Identifikation und Beurteilung von Risiken in den Krankenanstalten dar. Die Liste beinhaltet insbesondere folgende Gefahren, die für Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich aus Sicht des LRH von Relevanz sein können:

Patientenidentifikation (Verwechslungen)

„[...] Korrekte Patientenidentifikation bei kritischen Prozessen (z. B. bei Operationen und invasiven Eingriffen, bei der Verabreichung von Medikamenten, Blut oder Blut-

produkten, Blutabnahmen und Gewebeabnahmen zur klinischen Untersuchung, Patientenübergabe oder -entlassung) [...]

Als „Never Events“ gelten:

- *Chirurgischer Eingriff am falschen Patienten*
- *Übergabe eines Kindes bei der Entlassung an eine falsche Person“*

Klinische Dokumentation

Diese Gefahr bezieht sich nicht direkt auf eine gesicherte Patientenidentifikation, eine ordnungsgemäße Dokumentation stellt aber eine Grundlage für diese dar.

Diagnostik (Untersuchung) und Behandlungsplanung

„Untersuchung und Befragung des Patienten/Angehörige [...], Labordiagnostik: Probenentnahme, Beschriftung, Versand von Proben, Probentransport (intern und extern), Übermittlung von Befunden, Sichere Identifikation der Proben/Präparate, Patientenidentifikation, [...]“

Operative Behandlung (operative Fächer und Anästhesie)

„[...] OP-Management (z. B. OP-Statut, OP-Plan, OP-Checkliste) [...]

Patientensicherheitsziel: Sicherstellung der Durchführung von Operationen an der richtigen Stelle, mittels des richtigen Verfahrens und am richtigen Patienten

Als „Never Events“ gelten:

- *Chirurgischer Eingriff am falschen Patienten*
- *Falscher chirurgischer Eingriff [...]“*

Konservative Behandlung und Therapien (Medizinische Behandlung und Therapie)

„[...] Als „Never Events“ gelten:

- *Invasiver Eingriff am falschen Patienten*
- *Falscher invasiver Eingriff [...]“*

Geburtshilfliche Behandlung und Therapie

„[...] Als „Never Events“ gelten:

- *Artifizielle Insemination mit Spermien oder Eizellen des falschen Spenders [...]“*

Blut und Blutbestandteile / Management und Gebrauch

„[...] Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Standards zur Bluttransfusion (z. B. Patientenidentifikation [...])“

Die Risk-Maps stellen für jede Anstalt die zentrale Dokumentation der eigenen Risiken und Maßnahmen im RM dar.

Von den vier vom LRH überprüften Krankenanstalten wurden vielfach Risiken zur Thematik „Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich“ in die Risk-Maps aufgenommen.

Der LRH hat daher in die Risk-Maps des Jahres 2015 Einsicht genommen. Für die folgenden vier Risiken wurde in Form einer Stichprobe eine Prüfung durchgeführt und zugrundeliegende Dokumente angefordert:

Krankenanstalt 1

Risiko: Verwechslung von Patienten

Beschreibung:

„Bei der medizinischen Diagnose und Behandlung können Patienten verwechselt werden. Namensgleiche oder ähnliche Patienten auf einer Station bzw. in einem Bereich stellen eine große Gefahrenquelle dar.

Wenn z. B. bei einem falschen Patienten das Blut abgenommen wird, kann dies zu fatalen therapeutischen Konsequenzen führen, z. B. invasiver medizinischer Eingriff mit Komplikationen, die zu Schädigungen des Patienten führen. Im chirurgischen Bereich wird die Verwechslung einer zu operierenden Seite bzw. die Patientenverwechslung als Risiko erkannt. [...]“

Vom LRH überprüfte Maßnahmen:

- Einführung einer OP-Checkliste
Die Checkliste wurde in der Krankenanstalt als Richtlinie eingeführt. Ihr Einsatz gilt verpflichtend für alle Mitarbeiter, die in der Versorgung von Patienten, die operiert werden, eingebunden sind.
Die Richtlinie zum Einsatz der Checkliste sowie ein Musterexemplar wurden dem LRH übermittelt.
- Erstellung einer FMEA zur "Befundverwechslung"
Das Protokoll zur FMEA liegt dem LRH auszugsweise vor. Gemäß diesem stellt eine "Befundverwechslung" ein Top-Risiko in der betreffenden Anstalt dar. Fehlerhafte Zuordnung von Befunden zu Patienten sowie eine nicht gegebene Identität von Blutproben und Patienten im Labor kämen „immer wieder vor.“ Ebenso käme es immer wieder vor, dass auf ein- und derselben Station Patienten mit gleichen Vor- und Familiennamen behandelt werden.
Die FMEA wurde 2012 durchgeführt. Ergebnis der FMEA-Analyse sollte es sein, dass sich die Rate der Verwechslungen reduziert.

Der LRH stellt fest, dass die geplanten Maßnahmen umgesetzt worden sind.

Risiko: Verwechslung von Medikamenten

Beschreibung:

„Bei der Verabreichung von Medikamenten kann es zu Verwechslungen kommen. Die meiste Gefahr entsteht durch zusätzlichen Einsatz verschiedener Generica zu ein und demselben Medikament. [...]. Durch die hohe Anzahl an Medikamenten und Platzmangel auf der Fieberkurve kann es in Kombination mit einer unleserlichen Schrift leicht zu Verwechslungen kommen.

Auch fehlende bzw. falsche Dosierung birgt ein hohes Risiko.

Störungsfreies Arbeiten ist nicht möglich (Telefon, Angehörige wollen Auskunft, Patientenruf, Arzt kommt zur Visite, ...).

Die Gefährdung des Patienten bei Verwechslung von Medikamenten ist evident. Bei falschem Medikamenteneinsatz kann es zu Folgeschäden bis hin zum Tod kommen. Mit Klagen ist zu rechnen.“

Vom LRH überprüfte Maßnahme:

- Routinemäßige Kontrollen der Fieberkurven und der Medikamentengebarung
Gemäß dem dem LRH vorliegenden Protokoll erfolgten 2016 stichprobenweise Kontrollen durch den Ärztlichen Direktor und den Pflegedirektor. Insgesamt wurden in der Anstalt 47 Fieberkurven überprüft. Die Anzahl der dabei überprüften Kriterien betrug 141, davon wurden 127 erfüllt und 14 nicht erfüllt. Als Resümee wird im Protokoll festgehalten:

„Bei den Fieberkurven-Kontrollen wurde ein gutes Ergebnis erzielt. Die Lesbarkeit hat sich stark gebessert. Und auch die Medikamente wurden ordnungsgemäß weitergeschrieben. Die Anordnung der Generika funktioniert nicht so gut. Auch die Erst-Unterschrift auf der Fieberkurve hat oft gefehlt.“

Der LRH stellt fest, dass die geplante Maßnahme zu routinemäßigen Kontrollen umgesetzt worden ist. Hinsichtlich der nicht erfüllten Kriterien (Anordnung der Generika, fehlende Erst-Unterschrift) besteht Verbesserungsbedarf.

Krankenanstalt 2

Risiko: Medikamentenverwechslung / falsche Dosierung bei der intravenösen Gabe (Anästhesie)

Beschreibung:

„Für die Narkoseführung bei schwerstkranken Patienten mit einem großen chirurgischen Eingriff sind zahlreiche Medikamente notwendig. Die Vorbereitung erfolgt nach ärztlicher Anordnung durch die Anästhesiepflegeperson. Die intravenöse Verabreichung erfolgt entweder durch den Anästhesisten oder durch die Pflegeperson, welche damit die Durchführungsverantwortung übernimmt. Kommt es intraoperativ zu Komplikationen müssen innerhalb kürzester Zeit mehrere unterschiedliche Substanzen mit verschiedener Dosierung in Spritzen oder Spritzenpumpen aufgezogen und verabreicht werden.“

Risiko:

Das Risiko besteht darin, dass eine mögliche Verwechslung oder die falsche Dosierung von Medikamenten oft nicht rasch genug erkannt bzw. überhaupt nicht als Ursache bei auftretenden Komplikationen erkannt wird.

Auswirkung:

Die Folgen einer falschen Verabreichung oder Dosierung von Medikamenten können zu schwerer Körperverletzung mit Dauerfolgen führen oder im Extremfall eine akute Lebensbedrohung verursachen.“

Vom LRH überprüfte Maßnahmen:

- Erstellung einer Checkliste für die Medikamentenvorbereitung
Die Checklisten für die Medikamentenvorbereitung wurden dem LRH vorgelegt.
- Schulung und Nachschulung über die Wirkungsweise von Medikamenten
Dem LRH wurden für diese Schulung die Einladung sowie die unterfertigte Teilnehmerliste vom 9. Mai 2016 übermittelt. In dieser innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltung wurde u. a. über kreislaufregulierende Medikamente referiert.

Der LRH stellt fest, dass die geplanten Maßnahmen umgesetzt worden sind.

Risiko: Keine gewichtsbezogenen Listen von Notfallmedikamenten auf den Intensiv-Stationen (Kinderheilkunde)

Beschreibung:

„Ausgangslage:

Auf der Frühgeburtensstation, im Bereich, wo Reanimationen stattfinden, gibt es keine nach Körpergewicht gestaffelte Tabelle mit Angaben über Dosierungen der wichtigsten Notfallmedikamente. Im Notfall ist es von größter Bedeutung, sofort die richtige Dosierung eines Medikamentes zu wissen, um dieses ohne Verzögerung verabreichen zu können. Da Geburtsgewichte von Neugeborenen erst nach der Geburt bzw. unter laufender Reanimation bekannt werden, kann man sich nicht vorbereiten, sondern muss sich darauf verlassen sofort richtige Dosierungen zu errechnen. Im Vorhinein berechnete gestaffelte Medikamentendosierungen wären ein großer Vorteil.

Risiko:

- *Zu hohe oder zu niedrige Dosierung eines Medikamentes*
- *Zeitverzögerte Gabe eines Medikamentes*
- *Zusätzlicher (bzw. unnötiger) Stressfaktor im Rahmen der Reanimation*

Auswirkung:

Es besteht die Möglichkeit eines Schadens am Patienten, was im Extremfall bis zum Tod oder einer schwersten Invalidität führen könnte.“

Vom LRH überprüfte Maßnahmen:

- spezifische Medikamentenliste für die Neonatologie
Die Letztversion der Medikamentenliste der Klinischen Abteilung für Neonatologie wurde dem LRH vorgelegt.
- Erstellung eines handlichen Nachschlagwerkes
Nach Gewichtsklassen gestaffelte einzelne Dokumente für Medikamentendosierungen wurden dem LRH vorgelegt. Ein handliches Nachschlagwerk auf Basis dieser einzelnen Dokumente wurde laut Auskunft der geprüften Stelle bereits erstellt, eine physische Montage im Reanimationsbereich erfolgte noch nicht. Dies wurde mit Umbauarbeiten in der Frühgeburtensstation begründet. Die endgültige Umsetzung der Maßnahme wurde bis voraussichtlich Anfang 2018 verschoben. Der LRH merkt an, dass die Umsetzung der Maßnahme beginnend mit Dezember 2014 bereits zweimal verschoben worden ist.

Der LRH stellt fest, dass die endgültige Umsetzung der Erstellung eines handlichen Nachschlagwerkes bereits zweimal verschoben worden ist. Nach Abschluss der Umbauarbeiten in der Frühgeburtensstation sollte eine physische Montage ehest erfolgen.

5.4.4.3 Musterbeispiele zum RM in den überprüften LKH und LPZ

Pro überprüfem LKH und LPZ wird im Folgenden vom LRH je ein **Beispiel für eine positive Umsetzung des RM** angeführt.

LKH 1

Als Musterbeispiel werden dem LRH seitens des LKH 1 folgende gesetzte Maßnahmen zur Thematik der Verwechslung von Neugeborenen genannt:

„[...] Bei der Implementierung des RM-Systems wurden Maßnahmen zur Minimierung einer Verwechslung im Wochenbett getroffen. Dies wurde einerseits durch die Vermittlung von Risikobewusstsein geschaffen und andererseits durch Überprüfungen von Seiten des Pflegepersonals. Diese überprüfen und dokumentieren im Pflegebericht, dass das Kind zwei Bänder (am Handgelenk und Fuß) und die Mutter ein Band zur Identifikation tragen. Diese Maßnahme wird auch regelmäßig von Seiten des Primariates überprüft. [...]“

Der LRH anerkennt das RM im Bereich der Geburtshilfe im LKH 1.

LKH 2

Im Rahmen von „Feedback Patientensicherheit“ finden jährlich ca. 80 Begehungen in den Kliniken statt. Von jeweils zwei Mitarbeitern der Stabsstelle QM-RM werden anhand einer standardisierten Checkliste vorangemeldete Beobachtungen hinsichtlich der Umsetzung von Risikobewältigungsmaßnahmen durchgeführt bzw. aufgezeichnet. Die Daten werden IT-mäßig ausgewertet und stellen Indikatoren für den Umsetzungs- und Durchdringungsgrad der Maßnahmen dar. Die Ergebnisse der Beobachtungen werden KAGes-intern auf Leitungsebene besprochen.

Regelmäßige Schwerpunktthemen bei Beobachtungen sind u. a.:

- Vermeiden von Patienten- und Seitenverwechslungen (z. B. Überprüfung der Durchführungsqualität präoperativer Checklisten)
- Vermeiden von Medikamentenverwechslungen (Prüfen der Durchführungsqualität der Anordnung, Dispensierung und Verteilung von Medikamenten)
- Vermeiden von unzureichender Kommunikation (Überprüfung der Durchführungsqualität der Dienstübergaben)
- Vermeiden von unnötigen Schmerzen (Prüfen der Durchführungsqualität der standardisierten Schmerzerfassung)

Der LRH empfiehlt, die mit Hilfe der Beobachtungen im LKH 2 gesammelten Erfahrungen zur Umsetzung von Risikobewältigungsmaßnahmen KAGes-weit zu nutzen. Betreffend die Modalität der Beobachtungen empfiehlt der LRH, diese ohne Voranmeldungen vorzunehmen.

Darüber hinaus sollten auch an den anderen Standorten der KAGes derartige standardisierte Beobachtungen vorgenommen werden.

LKH 3

Seitens des LKH 3 wurden Maßnahmen zur Bewältigung des Risikos von Stürzen wie folgt hervorgehoben:

Ziel ist, „Stürze und damit Sturzfolgen zu vermeiden, indem ursächliche Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit minimiert werden.

Es wurden Ziele erarbeitet, wie etwa im Rahmen der Qualitätssicherung die Evaluierung aller Sturzprotokolle in Verbindung mit der dazugehörenden Pflegedokumentation. Die Senkung der Sturzinzidenz stand – genauso wie die Steigerung der Sensibilisierung bzw. der Gefahrenerkennung in Bezug auf „Sturz“ – bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im patientennahen Bereich im Fokus.

Das Bewusstmachen des Sturzrisikos für Patientinnen und Patienten selbst wurde ebenfalls miteinbezogen. Hier wurde auch Sturzvermeidung im häuslichen Bereich thematisiert.

Die Bearbeitung des Risikos „Sturz“ ist nach wie vor aktuell und wird weiterverfolgt.“

Der LRH stellt fest, dass die Thematik der Sturzvermeidung eine prioritäre Rolle für das LKH 3 darstellt.

Die vom LKH 3 gemeldeten Maßnahmen zur Sturzvermeidung werden vom LRH als positiv anerkannt.

LKH 4

Das Risiko „Patientenidentifikation“ wurde im LKH 4 als Top-Risiko in der Risikobeurteilung bearbeitet.

Maßnahmen betreffen z. B. den Einsatz von Identifizierungsbändern sowie die Festlegung von Kontroll-Pflichten.

Der LRH weist darauf hin, dass umfangreichen Maßnahmen zur Bewältigung des Risikos der Patientenidentifizierung im LKH 4 gesetzt wurden.

LPZ Bad Radkersburg

Nach der Übernahme durch die KAGes befindet sich das RM in den LPZ derzeit im Aufbau. Am LPZ Bad Radkersburg waren mit 31. Dezember 2015 drei Risiken identifiziert.

Der LRH weist bezüglich des LPZ auf das **Projekt „Geriatrischer Konsiliardienst - (GEKO)“** hin. Dieses stellt **mittelbar eine Maßnahme für das RM** dar und **ist aus Sicht des LRH auf Basis der vorliegenden Unterlagen positiv zu bewerten.**

Das Projekt wurde gemeinsam von der KAGes und dem Gesundheitsfonds Steiermark in Auftrag gegeben. Seit 1. Jänner 2015 nehmen drei Ärzte des LKH Bad Radkersburg die GEKO-Leistungen für das LPZ wahr. Zweimal wöchentlich führt ein Arzt Visiten im

LPZ durch, es gibt eine 24-stündige telefonische GEKO-Erreichbarkeit, weiters erfolgt eine Leistungsdokumentation durch den GEKO-Arzt.

Laut Unterlagen der KAGes besteht das Ziel des Projektes darin, dass *„durch die strategische Weiterentwicklung der LPZ und die damit einhergehende Bereitstellung eines geriatrischen Konsiliardienstes die Hausärzte (Pflegeheimärzte) der Bewohner maßgeblich unterstützt, Ambulanzbesuche der Bewohner und damit verbundene Transporte wesentlich verringert bzw. vermieden sowie die kommunikativen Abläufe in der ärztlichen Versorgung maßgeblich verbessert werden.“*

Als Ergebnisse des Projektes wurden gemäß Protokoll zur 4. Projektausschuss-Sitzung vom 17. Jänner 2017 hervorgehoben:

- Reduktion der Ambulanzkontakte
- deutliche Reduktion der Krankentransporte
- Verbesserung der ärztlichen Versorgung für die Bewohner
- eine positive Kostenentwicklung durch das Projekt ist jedoch nicht nachvollziehbar

Mit Schreiben der KAGes vom 8. Juni 2017 an den LRH wird auch auf eine Reduzierung der Medikamentenkosten in Folge des Projektes hingewiesen.

Im Protokoll der Projektausschuss-Sitzung werden als **Empfehlungen** genannt:

- *„Der GEKO sollte primär die Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte durch eine enge Zusammenarbeit sowie die Abhaltung von Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema als Zielsetzung haben.“*
- *Eine flächendeckende Versorgung in der Steiermark ist nur durch stärkere Einbindung niedergelassener Akteure möglich (mehrere Pflegeheime einer Region würden profitieren).“*

In Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds wurde eine Projektverlängerung bis 20. Juni 2017 beschlossen. Gemäß den dem LRH vorliegenden Unterlagen endete das Projekt mit 30. Juni 2017.

Der LRH bewertet das Projekt GEKO anhand der ihm vorliegenden Unterlagen positiv und empfiehlt in diesem Sinne eine Aufnahme in den Routinebetrieb.

5.4.5 Conclusio zur Umsetzung in den Anstalten

Das Konzept für die Umsetzung des RM in den Anstalten ist nachvollziehbar und zweckmäßig. Aufgabengebiete der LKH / LPZ sowie der OE-RR im Bereich KMS sind klar definiert. Es bestehen Regelungen zur Dokumentation. Für die Effektivität des RM wurden Kontrollmechanismen sowie Erfolgskriterien festgelegt.

Die **RM-Audits** zeigen Potentiale zur Erhöhung der Wirksamkeit des RM-Systems auf. Die Audits in den LKH werden im Regelfall in einem Zeitabstand von vier bis sechs Jahren durchgeführt, die Regelung der KAGes sieht dagegen ein Intervall von zwei Jahren vor.

Vorgegebene Durchführungsintervalle sollten eingehalten werden, andernfalls ist das zugrundeliegende und maßgebliche Regelwerk seitens der KAGes anzupassen.

CIRS, das Schadensmanagement sowie die Prüfberichte der Innenrevision stellen geeignete Instrumente für eine Beurteilung der Risikolage in den LKH und LPZ dar.

Im Jahr 2016 erfolgte durch eine Konsolidierung eine Reduktion der Risiken in den vom LRH überprüften Anstalten. Es wurden keine Redundanzen festgestellt. Die Trennung zwischen klinischen und Unternehmensrisiken in den Risk-Maps des Jahres 2016 ist im Gegensatz zur Darstellung im Jahr 2015 nachvollziehbar.

Für Maßnahmen in den Risk-Maps fehlen zum Teil Verantwortlichkeiten und Termine.

Den Risiken sollten feste und periodenübergreifende Identifikationsnummern zugeordnet werden.

Ein Projekt für eine gesicherte Befundvidierung ist derzeit im Gange, wurde aber noch nicht umgesetzt.

Ein Prozess zum stationären Entlassungsmanagement der KAGes liegt in Schriftform vor. Anhand von Stichproben durch den LRH war eine ordnungsgemäße Dokumentation der Planung und Durchführung von Entlassungen im IT-System ersichtlich.

Bezüglich ambulanter Entlassungen konnten vom LRH keine Regelungen festgestellt werden. Hier wird seitens der überprüften LKH auf die Zuständigkeit der Rettungsdienste verwiesen.

Bei Patienten mit erhöhtem Risiko muss aus der Sicht des LRH eine an den Ambulanzbesuch anschließende Versorgung / Nachbetreuung sichergestellt sein. Ein strukturiertes und dokumentiertes Entlassungsmanagement im Ambulanzbereich bedarf einer Einbeziehung der Rettungsdienste.

Die stichprobenartige Überprüfung der Risiken im Bereich „Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich“ durch den LRH ergab eine großteils ordnungsgemäße Umsetzung der Maßnahmen.

Vom LRH wurde je ein Musterbeispiel für eine positive Umsetzung des RM in den überprüften LKH und LPZ im Bericht dargestellt.

Der LRH legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 18. August 2017 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Teilgenommen haben:

von der Abteilung 8 Gesundheit, Pflege
und Wissenschaft FA Gesundheit und
Pflegermanagement:

Dr. Heidemarie Körbler

von der Steiermärkischen
Krankenanstaltengesellschaft m.b.H:

Dr. Peter Schweppe

Mag. Marko Kocever

vom Landesrechnungshof:

LRH-Dir. Mag. Heinz Drobesh

Mag. Elisabeth Freidorfer

Mag. Robert Herler

Hannelore Braunegger

Graz, am 18. August 2017

Der Landesrechnungshofdirektor:

Mag. Heinz Drobesh

6. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte das Risikomanagement (RM) ausgewählter Bereiche in den Anstalten der Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes). Die Prüfung umfasste den Zeitraum ab Beschluss zur Einführung (2007) des RM, primär wurden die Jahre von 2013 bis 2015 betrachtet.

Die Funktionsfähigkeit des RM wurde vom LRH stichprobenartig in fünf Anstalten überprüft. Schwerpunkte der Prüfung waren das Entlassungsmanagement sowie Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich.

Der LRH hebt die Kooperationsbereitschaft und die konstruktive Mitarbeit der geprüften Gesellschaft bzw. der als Ansprechpartner fungierenden Dienststellen hervor.

Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und Empfehlungen:

Grundlagen zum Risikomanagement (Kapitel 3)

- Ein RM-System stellt kein für sich alleinstehendes Management-System dar, sondern ist Teil der jeweiligen Verfahren und Prozesse einer Organisation.
- Für die Umsetzung des RM ist die Unterteilung in ein klinisches und in ein Unternehmens-RM von Relevanz.
- Das in der KAGes implementierte RM-System orientiert sich in seinen Grundzügen weitgehend an der herrschenden Lehre.
 - **Der LRH empfiehlt der KAGes, auch verstärkt Unternehmensrisiken in den Anstalten zu definieren.**
 - **Den Anstalten sind vom Bereich KAGes Management & Services (KMS) Pflichtrisiken im Unternehmensbereich vorzugeben.**
 - **Die Bearbeitung der Pflichtrisiken unterliegt einer jährlichen Kontrolle durch die Organisationseinheit-Recht und Risikomanagement (OE-RR).**
 - **Für die Bearbeitung der Unternehmensrisiken in den Anstalten ist ein KAGes-weiter einheitlicher Standard zu schaffen.**
 - **Teil dieses Standards sollten klare Prozessvorgaben für die Abwicklung der Unternehmensrisiken in den Anstalten sein.**
 - **Ebenso sind durch die OE-RR entsprechende Schulungen insbesondere der Risikoeigner und Risikobeauftragten in den Anstalten standardmäßig vorzunehmen bzw. zu veranlassen.**
 - **Mittels der Prozessvorgaben und Schulungen ist ein Know-How-Transfer vom Bereich KMS zu den Anstalten sicherzustellen.**

Rechtliche Rahmenbedingungen für das RM der KAGes (Kapitel 4)

- Die KAGes entspricht mit der Einführung eines RM der gesetzlichen Verpflichtung zur Implementierung eines derartigen Systems. Die rechtlichen Grundlagen hierfür ergeben sich insbesondere aus dem Unternehmensrechts-Änderungsgesetz 2008, dem GmbH-Gesetz sowie dem UGB.
- Der LRH hat in den Lagebericht zum Jahresabschluss 2015 der KAGes Einsicht genommen. Dieser stellt zwar auf allgemeiner Ebene das RM-System der KAGes dar, eine Beschreibung der wesentlichen Risiken wie im UGB vorgesehen besteht jedoch nicht.
 - **Der LRH empfiehlt im Lagebericht zum Jahresabschluss der KAGes die wesentlichen Risiken wie im UGB vorgesehen zu beschreiben.**

Projekt zur Einführung des RM (Kapitel 5.1)

- Der Projektauftrag von 2007 sah für die Implementierung des klinischen RM eine Umsetzung in den LKH der KAGes bis spätestens Ende des Jahres 2010 vor, wobei das Projekt in jeder Anstalt mit einer Auditierung abzuschließen war.
- Die tatsächliche Umsetzung des Projektes verzögerte sich. Bis zum Ende des Jahres 2012 war das klinische RM in jedem LKH mit Ausnahme des LKH-Univ. Klinikums Graz implementiert. Aufgrund der Größe erfolgte hier die Einführung von Herbst 2010 bis zum Dezember 2014.

Umsetzung des RM in der KAGes (Kapitel 5.2)

- Regelungen zum RM erfolgen auch in Form von Service-Unterlagen.
 - **Der LRH empfiehlt, verbindliche Vorgaben im Rahmen des RM in Form von Richtlinien zu erlassen.**
- Der LRH hat in die Richtlinien, Leitfäden und Handbücher zum RM der KAGes stichprobenartig Einsicht genommen und deren Praktikabilität festgestellt.
- In den Jahresberichten zum klinischen RM der Anstalten („Strategieblätter“) werden zwar ausgeschiedene Risiken beschrieben, eine Zuordnung zu den in der Risiko-Software erfassten Risiken ist allerdings aufgrund der nicht vorhandenen Nummerierung der Risiken nur schwer möglich.
 - **Eine periodenübergreifende, eindeutige und einfache Identifizierung über Nummern wäre daher einzuführen. Dies würde die Zuordenbarkeit der beschriebenen Risiken sowie die Nachverfolgung der gesetzten Maßnahmen erleichtert.**
- Von manchen LKH wurde die konkrete Anzahl an reduzierten Risiken im Strategieblatt angeführt, einige Anstalten beschrieben die Veränderung der Risiken bzw. die umgesetzten Maßnahmen aber nur sehr allgemein.
 - **Von allen Anstalten sollte die Anzahl der Erhöhung / Reduktion der Risiken sowie die verbleibende Gesamtanzahl an Risiken angeführt werden. Es soll der OE-RR möglich sein, im zusammengefassten Jahresbericht**

- zum klinischen RM alle Anstalten nach dem gleichen Schema darzustellen. Durch das Aufzeigen der Anzahl an neuen bzw. ausgeschiedenen Risiken im Verhältnis zur Gesamtanzahl an Risiken wird die Effektivität des RM ersichtlicher gemacht.**
- Im Handbuch zum RM der KAGes wird nur auf die von den Anstalten zu erstellenden Jahresberichte („Strategieblätter“) verwiesen, nicht aber auf den von der OE-RR zusammenzufassenden Gesamtbericht.
 - **Der LRH empfiehlt, die Beschreibung zur Erstellung des Jahresberichtes zum klinischen RM im Handbuch derart anzupassen, dass für Dritte eine Nachvollziehbarkeit der Abläufe gegeben ist.**
 - In den Berichten zum klinischen RM wird kein Bezug auf die Ziele des RM genommen.
 - **Der LRH empfiehlt die Ziele des RM in das Berichtswesen zum klinischen RM aufzunehmen. Letztendlich ist der Erfolg bei der Einführung eines Veränderungsprozesses – das RM stellt einen derartigen Prozess dar – nur mittels messbarer Ziele nachvollziehbar. Die Erreichung der Ziele im RM sollte daher aus Sicht des LRH einen wesentlichen Bestandteil des Berichtswesens darstellen.**
 - Der LRH weist darauf hin, dass die Bezeichnung der Berichte nicht durchgehend gleichlautend ist.
 - **Der LRH empfiehlt, Berichte zum Zwecke der besseren Nachvollziehbarkeit durchgehend gleichlautend zu bezeichnen.**
 - In der KAGes besteht ein strukturierter Ablaufplan für die Besprechungen zum RM. Diese erfolgen gemäß Auskunft der Risikoeigner in den Anstalten sowohl auf vertikaler als auch auf horizontaler Ebene in regelmäßiger Form.
 - Mit der Einführung eines Fehlermeldesystems (CIRS) in allen LKH der KAGes wurde die Basis für eine Fehlermeldekultur geschaffen.
 - **Die Implementierung von CIRS in den LPZ sollte ehestmöglich umgesetzt werden.**
 - Der LRH stellt insgesamt ein funktionsfähiges und den Anforderungen entsprechendes Fehlermeldesystem in der KAGes fest.
 - Aufgrund der organisatorischen Trennung zwischen QM und RM im Bereich KMS besteht ein grundsätzlich erhöhter Abstimmungsbedarf.
 - **Die Aufgaben der OE-QM im Rahmen der gesamthaften Evaluierung von CIRS-Daten sowie der dafür erforderliche Abstimmungsbedarf sollten im CIRS-Leitfaden schriftlich dokumentiert werden.**
 - Der im Rahmen der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark angestrebte Indikatoren-Vergleich zwischen Gesundheitsdienstleistern findet derzeit noch nicht statt.

- **Der LRH empfiehlt, dieses Projekt mit Nachdruck zu betreiben und umzusetzen, um den Erfahrungsaustausch im Sinne einer Steigerung der Patientensicherheit optimieren zu können.**
- Für die Funktionen des Qualitäts- sowie des Risikobeauftragten in den LKH sowie den weiteren QM / RM-Bediensteten in den größeren Anstalten wurden insgesamt 18 DP genehmigt.
 - Der tatsächliche Personalstand im Jahr 2016 beträgt hingegen 27,83 DP. Es ergibt sich somit gegenüber der Planung von 18 DP ein Überhang von 9,83 DP.
 - Der Überhang für DP in den Anstalten im Zuge des ab 2007 installierten RM wurde nach Auskunft der geprüften Stellen – dies betrifft die vier schwerpunktmäßig geprüften LKH sowie die OE-RR – ausschließlich durch interne Umschichtungen abgedeckt.
 - Seitens der überprüften LKH wurde festgehalten, dass die vorgegebene Personalausstattung sowohl für die Phase der Implementierung des RM als auch für den laufenden Betrieb knapp bemessen sei.
 - Bis einschließlich 2016 wurden KAGes-weit 616 Risikomanager ausgebildet, davon sind noch ca. 84 % im RM eingesetzt.
 - Zur Durchdringung einer Organisation mit einem funktionierenden RM bedarf es einer „kritischen“ Mindestanzahl (Untergrenze) an ausgebildeten Risikomanagern. In der Literatur wird hier u. a. – in Abhängigkeit von der Größe der Organisation – ein Minimum von ca. 1 % der gesamten Mitarbeiter angeführt. Diese Kennzahl umfasst den klinischen sowie den nicht klinischen Bereich.
 - Auf die gesamte KAGes bezogen wurden ca. 3,6 % der Mitarbeiter im RM ausgebildet. Das Ausmaß der Ausbildung liegt somit wesentlich über der Mindestgrenze von ca. 1 %.
 - Gemäß einer internen Vorgabe sind in die RM-Ausbildung der KAGes alle Berufsgruppen mit Risikobezug einzubeziehen. Darüber hinaus ist eine risikoorientierte Auswahl insofern zu treffen, als Berufsgruppen mit einem höheren klinischen Risiko verstärkt zu schulen sind. Bei Berufsgruppen mit einem geringeren Risiko besteht ein entsprechend geringerer Bedarf. Für den LRH ist das Ausmaß der Anzahl an ausgebildeten Risikomanagern anhand einer vorgenommenen Plausibilisierung nachvollziehbar.
 - Der LRH stellt im Rahmen seiner stichprobenartigen Überprüfung die ordnungsgemäße Durchführung der Nebenbeschäftigung des Leiters der OE-RR als RM-Ausbildner fest.
 - Neben der Ausbildung im klinischen RM für die Mitarbeiter der KAGes gibt es auch umfassende Fortbildungsmöglichkeiten sowohl im RM als auch im QM. Darüber hinaus nehmen Mitarbeiter der KAGes hausintern oder mit Dritten an Treffen zum Zwecke des Erfahrungsaustausches teil.
 - Bei Einführung des RM bestanden bereits eine Vielzahl an Systemen mit Bezug zur Sicherheitsthematik. QM stellte dabei eines dieser bestehenden Systeme dar.

- Die OE-RR ist jene Dienststelle, die für eine einheitliche grundlegende Systematik im RM der Anstalten Sorge trägt und insbesondere auf die Methodik Einfluss nimmt.
- Die OE-QM sorgt inhaltlich für ein den gesetzlichen und strategischen Vorgaben entsprechendes QM in den LKH.
 - **Bei der Entwicklung, Umsetzung und Steuerung des QM-Systems ist insbesondere auf die Wechselwirkung zum klinischen RM Rücksicht zu nehmen.**
 - **Eine gegenseitige Einsichtnahme (Leserechte) für die von der OE-RR und der OE-QM verwendeten Datenbanken ist zu gewährleisten.**
 - **Standardisierte, periodische Auswertungen aus diesen Systemen an alle betroffenen OE sind bereitzustellen. Dies betrifft im klinischen Bereich neben der OE-RR und der OE-QM z. B. die für die Versorgungsplanung zuständige OE-MPM**
 - **Aufgrund der Wechselwirkung zwischen QM und RM ist eine gegenseitige Einbindung der OE-RR und der OE-QM in RM-relevante Belange des jeweiligen Aufgabengebietes sicherzustellen. Dies ist in Prozessbeschreibungen festzuhalten.**
 - **Klinische Risiken sind in den QM-Regelkreis einzubeziehen. Umgekehrt ist die Integration von risikorelevanten Erkenntnissen aus dem QM im RM-Prozess zu gewährleisten.**
 - **Bestehende Dokumente wie z. B. Kommunikationspläne, Prozessbeschreibungen und Leitlinien sind gegebenenfalls an einen erhöhten Abstimmungsbedarf anzupassen.**
- LKH haben die Möglichkeit, innerhalb von Wertgrenzen hausinterne Projekte autonom im Rahmen ihrer Budgets vorzunehmen.
 - **Eine Abstimmung der LKH mit den beiden betroffenen OE vor der Entscheidung zu einer Projektumsetzung sollte aus Sicht des LRH daher standardmäßig erfolgen.**

Ziele des RM in der KAGes (Kapitel 5.3)

- Der aus den Grundsätzen der Geschäftspolitik der KAGes abgeleitete Maßnahmenkatalog sieht eine flächendeckende Einführung des RM im Rahmen des QM vor.
- Die Organisation des RM und des QM in der KAGes ist nach den Grundsätzen der Geschäftspolitik an den Kriterien der Effizienz, Effektivität und Qualität zu messen, insbesondere ist eine Reduktion von Komplexität sicherzustellen.

- Hinsichtlich der flächendeckenden Einrichtung eines RM-, eines Fehlermeldesystems sowie einer RM-Software wurden die strategischen Zielsetzungen laut Stellungnahme der KAGes zu 100 % umgesetzt.
- Strategisches Entwicklungspotential sieht die KAGes mit einem Zielerreichungsgrad von 70 % noch bei der Etablierung einer zentralen Schadensdatenbank sowie mit 60 % bei der Weiterentwicklung des RM im Bereich Technik.
- Der LRH sieht betreffend Ausbildung der Mitarbeiter sowie Verfügbarkeit eines IT-Systems die Rahmenbedingungen für einen effektiven Prozessablauf im RM als gegeben.
- Der LRH stellt anhand seiner stichprobenmäßigen Überprüfung die Einhaltung der KAGes-internen Terminvorgaben im Berichtswesen des RM fest.
- Für RM-Maßnahmen fehlen zum Teil Verantwortlichkeiten und Termine.
 - **Der LRH empfiehlt, grundsätzlich für jede geplante Maßnahme einen Termin festzulegen.**
 - **Für sämtliche RM-Maßnahmen sind Verantwortliche zu benennen.**
- Aus der Beschreibung der Maßnahmen in der Risikosoftware ist zum Teil nicht nachvollziehbar, welche konkreten Umsetzungsschritte vorzunehmen sind.
 - **Der LRH empfiehlt, Maßnahmen nachvollziehbar hinsichtlich der konkret vorzunehmenden Tätigkeiten zu beschreiben. Ausmaß und Umfang sollten für Dritte nachvollziehbar sein.**
- Der LRH hat im Zuge der Prüfung in die Risikobewertung der Krankenanstalten in Graz, Feldbach, Mürzzuschlag und Bad Radkersburg für das Jahr 2015 Einsicht genommen. Die Veränderung der Risikolage wurde im Jahr 2015 somit in allen vier überprüften Krankenanstalten ermittelt.
- Für die Erfolgskriterien im RM-Prozess liegen dem LRH zum Teil keine messbaren Zielvorgaben der KAGes vor.
 - **Für jene Kriterien, welche für den Erfolg des RM in der KAGes als maßgeblich betrachtet werden, sollten aus Sicht des LRH messbare und nachvollziehbare Ziele definiert werden. Die Zielerreichung ist in den RM-Berichten im Sinne eines Risiko-Controllings transparent darzustellen. Abweichungen von den Zielvorgaben sind von den Risiko-Verantwortlichen zu begründen.**
- Im Zeitraum seit der Umsetzung des RM ergibt sich für die KAGes eine stets steigende finanzwirtschaftliche Belastung aus Schadensfällen.
- In der Bilanz des Jahres 2010 wurden insgesamt € 21,5 Mio. an Rückstellungen für Schadensfälle ausgewiesen. Der Rückstellungsbetrag hat sich bis zur Bilanz des Jahres 2016 auf € 30,7 Mio. erhöht.
- Der LRH merkt an, dass die KAGes bei Annahme konstanter LDF-Punkte einen maximalen jährlichen Anstieg der Rückstellungen für Schadensfälle im Ausmaß von 20 % als Zielwert vorgibt bzw. toleriert.

- Im Zeitraum von 2010 bis 2016 wurde dieses Ziel für den Anstieg der Rückstellungen für Schadensfälle von der KAGes bis auf das Jahr 2015 erreicht.
- Die Aufwendungen für Schadensfälle stiegen von 2011 (€ 5,8 Mio.) bis 2015 (€ 15,3 Mio.) stetig an. Aus der Sicht der KAGes trägt das RM dazu bei, einen noch stärkeren Anstieg zu verhindern.
- Gemäß Stellungnahme der KAGes wird der Zielwert zur Sturzinzidenz seit dem Jahr 2013 unterschritten (max. 3,0 Stürze pro 1.000 Pflagetage).
- Ebenso wurde der 2014 festgelegte Zielwert zur Dekubitusinzidenz laut Stellungnahme der KAGes bis 2016 stets unterschritten (max. 1,0 Patienten mit Dekubitus während des stationären Aufenthaltes pro 100 Aufnahmen).

Umsetzung in den Anstalten (Kapitel 5.4)

- Das Intervall zwischen den RM-Audits in den LKH der KAGes beträgt im Regelfall zwischen vier und sechs Jahren. Die gemäß dem Handbuch zum RM (alle zwei Jahre) sowie der ONR 49001 (jährlich) vorgegebenen Zeitabstände für RM-Audits werden somit nicht eingehalten.
 - **Der LRH empfiehlt, die vorgeschriebenen Durchführungsintervalle der RM-Audits einzuhalten oder das für die KAGes zugrundeliegende und maßgebliche Regelwerk (Handbuch zum RM) entsprechend anzupassen.**
- Die Ziele der RM-Audits beziehen sich u. a. auf die Wirksamkeit des RM. Ebenso steht der Entwicklungsstand des RM im Fokus der Überprüfung.
- Die Audits zeigen in ihrem Ergebnis Potentiale zur Erhöhung der Wirksamkeit des RM-Systems auf.
- Eine stärkere Einbeziehung von Patienten in das RM kann potentiell zur Verbesserung des RM beitragen.
 - **Der LRH empfiehlt, in Krankenanstalten bereits bestehende Aufklärungskampagnen zu erweitern (z. B. Informationsfilme) und Patienten derart KAGes-weit verstärkt über mögliche Risiken zu informieren.**
- Eine stärkere Unterstützung seitens einzelner Führungskräfte stellt ein Entwicklungspotential im RM der KAGes dar.
 - **Es sollten Anstrengungen unternommen werden, auf Führungskräfte einzuwirken, um diese vom Erfordernis eines nachhaltigen RM zu überzeugen.**
- Im Prozess für das RM stellt der Umsetzungsgrad der geplanten Maßnahmen ein Erfolgskriterium für die Ergebnisqualität dar. Eine Evaluierung des Umsetzungsgrades bedarf zunächst der Setzung von Terminen, um in der Folge ein Urteil über eine fristgerechte Umsetzung vornehmen zu können.

Der LRH stellt zum Teil eine mangelnde Datenpflege in den Risk-Maps fest. Dies betrifft sowohl die Setzung von Terminen als auch die Festlegung von Verantwortlichen für die Maßnahmen.

- **In der Richtlinie der KAGes zum Prozess RM ist aus Sicht des LRH eine entsprechende Pflege der Daten (insbesondere Termine und Verantwortliche für Maßnahmen) vorzugeben.**
- **Der LRH empfiehlt, den Risiken feste Identifikationsnummern zuzuordnen.**
- Im Tätigkeitsbericht 2014 und 2015 der PPO des Landes Steiermark wurden im Zeitablauf von 2005 bis 2015 zehn Schadensfälle als Folge fehlender Befundvidierung aufgelistet.
- Ein KAGes-weiter Prozess zur sicheren Befundvidierung wurde bis dato (Juli 2017) noch nicht implementiert.
- Mit dem Projekt „Closed Loop“ folgt die KAGes der Empfehlung der PPO aus dem Tätigkeitsbericht 2012 / 2013 zur *„immer noch fehlenden dringenden Umsetzung einer technischen Möglichkeit einer sicheren Befundvidierung“*. Vorbedingungen für die Umsetzung des Projektes (Einführung der elektronischen Fieberkurve) sind noch zu erfüllen.
- **Der LRH empfiehlt, das gegenständliche Projekt „Closed Loop“ mit Nachdruck voranzutreiben. Eine gesicherte Befundvidierung stellt ein wesentliches Kriterium für ein effektives RM dar.**
- **Eine gesicherte Befundvidierung gilt es auch im Rahmen des Entlassungsmanagements zu berücksichtigen.**
- Zu bemerken ist, dass die Regelung der KAGes zum Entlassungsmanagement seit 2013 auf Basis einer Serviceunterlage erfolgt, während dies zuvor mittels Richtlinie der Fall war.
- Der LRH stellt fest, dass ein Prozess zum stationären Entlassungsmanagement in der KAGes dokumentiert vorliegt. Der diesbezüglichen Empfehlung der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL) wurde somit entsprochen.
- **Der LRH regt an, die Regelungen zum Entlassungsmanagement wieder als verbindliche Richtlinie zu erlassen.**
- In den vom LRH eingesehenen Fällen besteht eine durchgängige IT-Dokumentation zur Pflege- und Entlassungsberatung.
- Im Sinne einer Optimierung des Entlassungsmanagements und der Förderung der Gesundheit von Patienten befürwortet der LRH das Projekt „Go Safe – Sichere Patientenentlassung“ am LKH-Univ. Klinikum Graz.
- Ein strukturiertes Entlassungsmanagement für Ambulanzen liegt nicht vor.
- Der LRH weist darauf hin, dass bei Patienten mit erhöhtem Sicherheitsrisiko (z. B. gebrechliche oder demente Patienten) eine an den Ambulanzbesuch anschließende Versorgung / Nachbetreuung sichergestellt sein soll.
- Die BQLL bezieht somit auch Ambulanzen in ihren Anwendungsbereich mit ein. Generelle Regelungen der BQLL zum Entlassungsmanagement sollten daher auch im ambulanten Bereich Berücksichtigung finden.

- **Der LRH empfiehlt, eine ordnungsgemäße Versorgung von Patienten mit erhöhtem Sicherheitsrisiko auch nach ambulanten Behandlungen / Eingriffen in das RM aufzunehmen und in Form einer Richtlinie für ein strukturiertes Entlassungsmanagement festzulegen. Eine Vermeidung diesbezüglicher Risiken sollte sichergestellt sein. Erforderlichenfalls sind die Rettungsdienste einzubeziehen.**
- Bezüglich des Schwerpunktes „Verwechslungen im Patienten- und Medikamentenbereich“ wurden vom LRH Stichproben in zwei LKH vorgenommen. Die geplanten Maßnahmen wurden jeweils umgesetzt.
- Hinsichtlich durch eine LKH-Leitung festgestellte nicht erfüllte Kriterien bei der Führung von Fieberkurven (Anordnung der Generika, fehlende Erst-Unterschrift) besteht Verbesserungsbedarf.
- **Beim Risiko „Keine gewichtsbezogenen Listen von Notfallmedikamenten auf den Intensiv-Stationen (Kinderheilkunde)“ sollte die physische Montage eines Nachschlagwerkes ehest erfolgen.**

Graz, am 20. September 2017

Der Landesrechnungshofdirektor:

Mag. Heinz Drobesch