

Praxisorientiertes Risikomanagement

Wenig Aufwand – viel Sicherheit

Im Gegensatz zu vielen anderen Ansätzen richtet sich das praxisorientierte Risikomanagement nach dem tatsächlichen Risikopotenzial der Kunden – und erweist sich damit als flexibles und effektives Instrument zur Gefahrenminimierung.

Von Karla Kämmer und Michael Wipp

Geschäftsführer und Einrichtungsleiter werden in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Risikosituationen in ihrem Arbeitsgebiet konfrontiert. Ursache hierfür ist, dass aufgrund struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen immer mehr medizinisch-pflegerische Leistungen in der stationären Altenhilfe erbracht werden müssen. Die Anforderungen an die Fachlichkeit werden somit immer komplexer. Auch der zu erwartende Anstieg schwer gerontopsychiatrischer Pflegesituationen, der zunehmende Kostendruck, die Weiterentwicklung der Sicherheits- und Qualitätsanforderungen sowie die wachsende Kritik- und Klagebereitschaft der Bewohner tragen dazu bei, dass risikobehaftete Situationen immer häufiger werden. Die Möglichkeit, eine Pflegeunternehmen ohne ein klares, praktisches und wenig aufwendiges Risikomanagement unbeschadet durch die nächsten Jahre zu führen, wird dadurch deutlich geringer.

Im Mittelpunkt des praxisorientierten Risikomanagements stehen Risiken in den Kernbereichen „Pflege“ und „Soziale Begleitung“. Diese Methode zielt darauf ab, im Sinne eines internen Qualitätsmanagements potenzielle Schwachstellen zu erkennen sowie adäquat und systematisch auf Defizite zu reagieren. Anders als bei manch vergleichbaren Ansätzen setzt das praxisorientierte Risikomanagement jedoch nicht bei einigen speziellen (alterstypisch ausgewählten) Risiken, sondern am tatsächlichen Bedarf der vorhandenen Kundenstruktur an. Denn Risiken sind nicht statisch. Sie unterliegen in Verbindung mit der sich verändernden Klientenstruktur einem Wandel.

Risiko bedeutet die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens in Relation zum potenziellen Schadensumfang. Unter bestimmten Voraussetzungen verstärken sich Risiken gegenseitig. Ein Beispiel: Ein Bewohner leidet seit vielen Jahren an einer chronischen Bronchitis, die ihn allerdings wenig Probleme bereitet. Kommt durch eine akute Erkrankung jedoch Immobilität, mangelnder Appetit und die Notwendigkeit der Einnahme schlaffördernder Medikamente hinzu, steigt sein Lebensrisiko innerhalb kürzester Zeit

an und es entsteht eine komplexe Pflegesituation. Solche Situationen sind in der Praxis keine Seltenheit. Allzu oft entstehen daraus kostenintensive Pflegefehler, weil die Brisanz zu spät erkannt wird und die Reaktion durch fehlende Prioritätenumsetzung nicht systematisch genug erfolgt. Um dies zu verhindern, eignet sich das praxisorientierte Risikomanagement. Es besteht aus vier unterschiedlichen Phasen:

- die quantitative und qualitative Analysephase,

Ansprüche an die Pflege steigen – und damit auch die Risiken

- die Ermittlung der Risikograde,
- die abgestufte Planungs- und Umsetzungsphase gemäß des Risikogrades sowie
- die Evaluationsphase mit festgelegten Controllinginstrumenten und -prozessen.

Die Analysephase: Den Bedarf der Bewohner ermitteln

Wichtig ist, dass in jedem Monat die bereichsbezogene Entwicklung der Pflegestufen in den Blick genommen werden, um die Zeitbudgets der Einsatzplanung anzupassen. Dies schafft Planungssicherheit, weil so auf ein verändertes Arbeitsaufkommen fachlich und betriebswirtschaftlich angemessen reagiert werden →

DAS KONZEPT IM ÜBERBLICK →

Die vier Phasen des praxisorientierten Risikomanagements:

- Die Analysephase: Durch die monatliche Beobachtung der Pflegestufenentwicklung und der Erhebung der Krankheitsbilder wird der einrichtungsspezifische Bedarf zur Risikosteuerung ermittelt.
- Die Erkenntnisphase: Mit Hilfe der Risikopotenzialanalyse werden die potenziellen Risiken nach Schweregraden von 1 bis 3 gewichtet.
- Die Umsetzungsphase: Auf Basis der ermittelten und gewichteten Daten werden standardisierte Handlungsabläufe vorgegeben.
- Die Controllingphase: Unter Verwendung verschiedener Instrumente wie Pflegevisite, Fallbesprechung oder Praxisbegleitung wird der Erfolg der Maßnahme überprüft.

→ kann. Über die Auswertung der Dienstpläne muss zudem einrichtungsintern nachvollzogen werden können, wohin die Arbeitszeit geflossen ist und ob die Bewohner die ihnen nach § 5 HeimG Abs. 11 zustehenden Leistungen (Pflegezeit) erhalten haben. In diesem Controllingbereich benötigen die Pflegedienstleitungen Unterstützung durch klare Steuerungsvorgaben seitens der Träger und Einrichtungsleitungen.

Ergänzend findet die qualitative Analyse zur Risikosteuerung statt. Einrichtungsspezifisch wird dort zunächst das (gehäufte) Auftreten von bestimmten Krankheitsbildern erfasst. Eine Orientierung an Pflegediagnosen ist dabei ebenfalls möglich. Der aktuelle Analysebogen umfasst 15 Gruppen von Krankheitsbildern, die weitestgehend den Bedarf abbilden und dennoch eine Übersichtlichkeit gewährleisten. Diese Erhebung wird einmalig bei Einzug des Bewohners durchgeführt und in der Regel nicht mehr verändert, kann aber ergänzt und muss bei Neueinzügen fortgeschrieben werden.

Die Erkenntnisphase: Das Risikopotenzial der Bewohner gewichten

Unabhängig vom praxisorientierten Risikomanagement muss die zuständige Pflegefachkraft die Pflegeprozesse der ihr verantwortlichen Bewohner überprüfen und fortschreiben. Ein Bereich, in dem der Sicherheitsaspekt ein nicht zu vernachlässigendes Problem

darstellt, da Regelmäßigkeit und Prozessorientierung nicht immer gegeben sind. Die Risikopotenzialanalyse (RiP) unterstützt die Pflegefachkraft, die Risiken in den Pflegesituationen rasch zu erfassen, sie nach Schweregraden (Stufe 1 – 3) zu sortieren und die entsprechenden Maßnahmen abzuleiten (siehe Tabelle).

Auf der Basis der ermittelten und gewichteten Risiken gibt das praxisorientierte Risikomanagement verbindliche Entscheidungs- und Handlungsleitlinien vor dem Hintergrund der einrichtungsspezifischen Standards und Leitlinien vor. Die Pflegefachkraft wird hier im Planungshandeln unterstützt, Fehlplanungen werden vermieden. Die Vorteile dieses Vorgehens:

- Erhebliche Zeitersparnis durch standardisiertes Vorgehen.
- Die abgestuften, bereits formulierten, trägerintern und qualitativ abgestimmte Maßnahmen nach Risikograd können nahezu vollständig in die Tages- und Nachtstruktur bzw. Pflegeplanung übernommen werden.
- Absicherung für die verantwortlichen Pflegefachkräfte (PDLs), weil eine abgestimmte und bedarfsgerechte Reaktion erfolgt.

Die Controlling-Phase: Den Erfolg der Maßnahmen überprüfen

Die Evaluation erfolgt auf verschiedenen Ebenen mit im Einzelfall passenden Instrumenten. Um den Erfolg

Die Risikopotenzialanalyse am Beispiel „Kontrakturgefahr“

Risiko	Merkmale	Unterstützende Handlungskette ¹⁾ für die Bezugspflegefachkraft
Risikostufe 1 (leicht)	Betroffene Person ist selbstständig und die Eigenbewegung insgesamt erhalten (auch im Rollstuhl); der Bewohner kann sich auch bei überwiegendem Aufenthalt im Bett noch bewegen; längerfristige Ruhigstellung eines Körpergelenks (Schulter/Hüfte/Knie/Fuß) z. B. als Verletzungsfolge.	<ul style="list-style-type: none"> • Engmaschige Beobachtung • Information Arzt, betroffene Person, Angehörige zur Risikosituation; Anregung Krankengymnastik durch Bezugspflegekraft (BZPFK) • Bewegungsförderung nach Möglichkeit: <ul style="list-style-type: none"> • assistierende Pflegekraft unterstützt Bewegungsübungen und ermutigt zur Eigenbewegung, • passives endgradiges Durchbewegen der Gelenke (zweimal täglich).
Risikostufe 2 (mittel)	Betroffene Person immobil, geringe Eigenbewegung, Bewegungseinschränkung durch neurologische Störung bzw. Verletzung.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie Risikostufe 1, plus: • engmaschiger Arztkontakt, ggf. medikamentöse Reduktion der Muskelspannung bei Spasmen (z. B. infolge von neurologischen Erkrankungen/ Alzheimer Demenz), regelmäßige Vorstellung der Risikosituation beim Hausbesuch inkl. Dokumentation und Erfassung der AvO, • warme Bäder zur Lockerung anbieten.
Risikostufe 3 (hoch)	Betroffene Person weitestgehend immobil im Lebensraum Bett.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie Risikostufe 2, plus: • kontinuierliche, schriftliche Beobachtung und Beschreibung der Situation, engmaschige Absprachen mit dem Arzt zum therapeutischen Handling (Haftungsrisiko abwenden), • Beschreibung ggf. bestehender Kontrakturen und getrennte Dokumentation der Behandlung von Kontrakturen und Kontrakturenprophylaxe, • sanfte Vibrationen zur Lockerung einsetzen, • Lagerung der Gelenke in verschiedenen Freiheitsgraden soweit möglich, dabei Wohlbefinden beachten, überwiegend in Mittelstellung.

1) Die Handlungskette muss den allgemeinen anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse abbilden.



Zum praxisorientierten Risikomanagement gehört es auch, die Betroffenen rechtzeitig über potenzielle Risiken zu informieren.

Foto: everhard.de

der Maßnahme zu überprüfen, eignen sich etwa Pflegevisiten, Fallbesprechungen oder Praxisbegleitung. Dabei werden diese Assessmentinstrumente nicht zufällig eingesetzt, weil die Erhebung der Risikopotenziale auf Basis der erkannten Potenzierung von verschiedenen Risiken zeigt, bei wem (hochgradig) akute Gefahrensituationen gegeben sind. Sie ergibt eindeutig den klientenbezogenen Auswahlbedarf für das passende individuell Assessmentinstrument (= Pflegevisite). Zeigt sich beispielsweise bei einem Bewohner das Zusammentreffen von überwiegender Bettlägerigkeit in Zusammenhang mit der Einnahme von sedierenden Medikamenten, einem hohen Dekubitusrisiko verbunden mit der Problematik, dass sich der Betroffene nicht mehr selbstständig äußern kann, dann steigt das Gefahrenpotenzial wie bei einer Treppe mit jedem weiteren hinzukommenden Risiko exponential an. Die Auswahl der Pflegevisite ist hier das passende Assessmentinstrument.

Entscheidend beim Risiko-Controlling ist nicht die Häufigkeit des Einsatzes der Instrumente, sondern die Qualität. Die Maßnahmen müssen immer auf Basis der klientenbezogenen individuellen Notwendigkeit umgesetzt werden. Das praxisorientierte Risikomanagement ermöglicht ein differenziertes, wirtschaftliches, nachvollziehbares und abgestimmtes Handeln auf Basis des allgemein anerkannten Standes des Wissens. Mit Hilfe der Krankheitsbilder ist zu erkennen, in wie weit sich das Klientel der Einrichtung im Verlauf der Jahre verändert hat. Dieses ist insofern von Bedeutung, als dass ein undifferenziertes Leistungsangebot, das nicht den klientenbezogenen Bedarf abbildet, wettbewerbliche Nachteile hat und den Ansprüchen der Klienten nicht gerecht wird. Was wiederum eine Zunahme potenzieller Risiken zur Folge hat. Um dies frühzeitig zu erkennen, bedarf es eines Risikomanagements, das gleichzeitig der Unternehmensleitung eine Datenbasis zur Verfügung stellt, die die langfristige Veränderungen in der Klientenstruktur sichtbar macht und ebenso den Verantwortlichen vor Ort auf den unterschiedlichen Einrichtungs-

ebenen Handlungsbedarf signalisiert. Dies lässt sich freilich nicht alles in Eigenregie bewerkstelligen. Es ist sinnvoll, externe Experten (z. B. für Sondenkost oder Wundmanagement) hinzuzuziehen.

Von Bedeutung ist es auch, den Ausprägungsformen aus den Bereichen demenzieller und psychischer Auffälligkeiten nachzugehen. Als Definitionshilfe eignen sich – ambulant wie stationär – die Kriterien „Schädigungen und Fähigkeitsstörungen nach § 45 SGB XI“. Hier liegen bereits definierte Beschreibungen vor, sodass sehr schnell erkannt werden kann, ob der bereichsbezogene Unterstützungsbedarf dem vorliegenden Angebot entspricht oder dieses eher der Selbstdarstellung nach außen dient. Im Ergebnis heißt das, dass es für die spezialisierten Bereiche des Klientels (= demenzielle Erkrankungen, Wachkoma etc.) der passenden ausgewählten Module bedarf.

Im Rahmen der Evaluation kann es durchaus zu der Erkenntnis kommen, dass aufgrund der Bedingungen vor Ort auf vereinzelte Defizite nicht unmittelbar adäquat reagiert werden kann. Diese Erkenntnisse sollten genutzt werden, um Defizite auszuräumen – sei es mit Hilfe von internen Akteure oder durch externe Unterstützung (ehrenamtlich Mitarbeitende, Hospizdienste, fachbezogene Experten etc.)

Das praxisorientierte Risikomanagement hilft, potenzielle interne Defizite zu erkennen und die Erfolge der Arbeit zu präsentieren. Die Teile des Risikomanagements fügen sich wie ein Puzzle ineinander und bilden damit erst in ihrer Gesamtbetrachtung ein aussagekräftiges Bild ab. Es hilft aber auch, die Qualität in der Einrichtung zu erhöhen und so Pluspunkte im Wettbewerb zu sammeln. ▀

Weitere Infos:

Im Internet finden Sie die Erhebungsbögen zum praxisorientierten Risikomanagement unter der Adresse: www.vincentz.net/altenheim/

Ein Seminar zum Thema mit den Verfassern findet im November 2005 statt. Weitere Informationen geben die Veranstaltungsdienste des Vincentz Network, Ulrike Kaufmann, Tel. (05 11) 99 10-1 77



Karla Kämmer, Inhaberin von „KK-Training Beratung Weiterbildung“ in Essen
 „Das praxisorientierte Risikomanagement ermöglicht ein differenziertes, wirtschaftliches, nachvollziehbares und abgestimmtes Handeln.“



Michael Wipp, Projektleiter bei managementCare, Stuttgart.
 „Dieses System hilft, potenzielle interne Defizite zu erkennen und die Erfolge der Arbeit zu präsentieren.“