

Interne Regelung

Risikomanagement-Konzept soH

Verabschiedet durch den QRM-Ausschuss am 26. Februar 2009 / durch die Geschäftsleitung am 12. März 2009

Inhalt

| | |
|--|---|
| 1. Grundlage | 2 |
| 2. Gegenstand | 2 |
| 2.1 Zuständigkeiten | 2 |
| 2.2 Einsatzbereiche und -ebenen | 2 |
| 2.3 Methoden (ONR 49002-2) | 3 |
| 2.4 Skalenwerte | 3 |
| 2.5 Termine | 3 |
| 3. Risikomanagementprozesse | 3 |
| 3.1 RM auf Ebene GL | 3 |
| 3.1.1 Risikoidentifikation | 3 |
| 3.1.2 Risikobewältigung | 5 |
| 3.1.3 Risikocontrolling | 5 |
| 3.1.4 Terminplan Risikoanalyse-Prozess | 5 |
| 3.1.5 Quartalsreporting zu Händen des VR | 6 |
| 3.1.6 Bericht der unabhängigen Überwachungsinstanz | 6 |
| 3.2 RM auf Ebene SL | 6 |
| 3.3 Integration der Risikoebenen | 6 |
| 4. Dokumentation | 7 |
| 5. Verteiler | 7 |

1. Grundlage

Das vorliegende Konzept stellt auf die am 8.12.2008 vom Verwaltungsrat verabschiedete Risikopolitik ab. Diese sieht vor, dass das Konzept vom 23.2.2006 bis zum 31.3.2009 der Risikopolitik anzupassen ist.

2. Gegenstand

Das Risikomanagement-Konzept regelt:

- Zuständigkeiten
- Einsatzbereiche und –ebenen
- Methoden
- Skalenwerte
- Termine

des Risikomanagements in der soH.

2.1 Zuständigkeiten

Die Verantwortung für die korrekte Durchführung des Risikomanagementprozesses obliegt dem Risikomanager (DGL-RM: Delegierte der Geschäftsleitung für das Risikomanagement auf der Ebene GL und Prozessverantwortliche F 05).

Die inhaltliche Verantwortung, wie die Identifikation der relevanten Risiken, deren Bewertung und Bewältigung obliegt dem Prozessverantwortlichen.

2.2 Einsatzbereiche und -ebenen

Aufgrund der Organisationsstruktur der soH ergeben sich zwei Betrachtungsebenen:

- Auf der Ebene der Geschäftleitung und der zentralisierten Bereiche, im Hinblick auf die Vereinheitlichung der Dienstleistung, ist die strategische Ausrichtung Gegenstand des Risikomanagements, d.h. RM Ebene GL.
- Auf der Ebene der Spitalleitung, des Direktionsstabes und der dezentralen Erbringung der Dienstleistung der zentralen Direktionen ist die klinisch-operative Ausrichtung Gegenstand des Risikomanagements, d.h. RM Ebene Spitalleitung/Stab/Direktion. Wobei der klinische Teil sich unmittelbar mit der Leistungserbringung am Patienten und insbesondere mit der Patientensicherheit befasst. Der operative Teil hingegen den übrigen Verantwortungsbereichen der Spitalleitung/Stab/Direktion gewidmet ist.

Jedes Risiko auf jeder Ebene kann dabei einem Prozess aus dem Prozessmanagement der soH zugeordnet werden. Auf diese Weise ist die Integration der Managementsysteme sichergestellt.

- Der Risikomanagementprozess lässt sich ebenfalls auf der Ebene von Prozessen und Projekten anwenden.

2.3 Methoden (ONR 49002-2)

Die Methodik unterscheidet sich nach der Betrachtungsebene. Während beim Risikomanagement auf Ebene SL/Stab/Direktion/GL die Top-Down-Sicht auf der Basis von Gefahrenlisten (Beilage 1: Gefahrenliste GL, Beilage 2 Gefahrenliste SL/Stab/Direktionen) im Vordergrund steht, kommen im Bereich des Prozess- und Projektrisikomanagements auch ablauforientierte Bottom-Up-Verfahren wie FMEA-Analysen (Failure Mode and Effects Analysis) zum Einsatz.

2.4 Skalenwerte

Die Verantwortung für die Festlegung der Skalenwerte insbesondere zur Erstellung einer Risikolandschaft liegt beim vorgesetzten Leitungsorgan. Hierbei geht es insbesondere um die Bestimmung von Ausmass und Eintretenswahrscheinlichkeit der Risiken, die auch die Grundlage der Ermittlung der Gesamtrisikolast zur Risikotragfähigkeit (Vorgabe VR) ermöglicht.

Darüber hinaus ist auf gleicher Ebene noch die Risikotoleranzgrenze festzulegen, d.h. ab welcher Bewertung nach Eintretenswahrscheinlichkeit und Ausmass eine Bewältigungsstrategie evaluiert werden muss oder ob das Risiko unbearbeitet akzeptiert werden kann.

2.5 Termine

Die zuständigen Leitungsorgane legen die Periodizität und die Terminierung des jeweiligen Risikomanagementprozesses fest. In der Regel werden die Top-Down-Analysen im Jahresrhythmus durchlaufen. Projekt- und Prozessanalysen bei Implementierung und Anpassung.

3. Risikomanagementprozesse

3.1 RM auf Ebene GL

3.1.1 Risikoidentifikation

Das RM auf Ebene GL ist definiert als Top Down –Analyse der soH-Strategie im Sinne eines Business-Risikomanagements.

Auf der Basis der Gefahrenliste (Beilage 1) ermittelt die Geschäftsleitung unter Beizug der ärztlichen Direktion, einiger Stabsmitglieder und Spezialisten der nachfolgenden Führungsebene zu Jahresbeginn die potentiellen Risiken. Die jeweils 10 wichtigsten werden nach Prioritäten bewertet, kommentiert in einer Gesamtliste zusammengefasst.

Der Qualitäts-/Risikomanagement-Ausschuss befindet über folgende Fragen:

- Welche Risiken werden aus der vorangegangenen Periode als Pendeuz übernommen?
- Welche potentiellen Gefahren werden als Risiken in die Bewertung aufgenommen?
- Welche Szenarien liegen den Gefahren zugrunde?
- Welche Eintretenswahrscheinlichkeiten werden ihnen zugeordnet?
- Welches Schadenausmass wird dem Risiko zugeordnet?
- Welchem Prozess werden die Risiken zugeordnet? Mit der Festlegung des Prozesses und des zugehörigen Prozessverantwortlichen ist automatisch schon der Risikoeigner bestimmt!

Aufgabe des Controllings ist es, die Bewertung des Schadenausmasses in Franken vorzunehmen, wobei wie auch bei der Bestimmung der Eintretenswahrscheinlichkeit, der schlimmstmögliche aber dennoch glaubwürdige Fall (credible worst case) dargestellt werden soll.

Auf dieser Basis erfolgt die Erstellung der Risikolandschaft vor Massnahmen nach folgenden Massstäben:

| Schadenausmass p.a. | | |
|------------------------------|--|--------------------------------------|
| | deskriptiv | Betragsmässig |
| E | unbedeutend (angesichts der Grösse der Organisation zu vernachlässigen, Budget wird kaum beeinträchtigt) | bis Fr. 500.000 (Fr. 250.000)* |
| D | gering (Schadensfolgen sind begrenzt, das Budget wird leicht beeinträchtigt) | bis Fr. 2.000.000 (Fr. 1.000.000)* |
| C | tragbar (das Jahresergebnis wird nachhaltig beeinträchtigt, der Gewinn wird durch das Risiko verzehrt) | bis Fr. 6.000.000 (Fr. 4.000.000)* |
| B | hoch (das finanzielle Ergebnis wird nachhaltig beeinflusst, das EK- muss zur Verlustdeckung herangezogen werden) | bis Fr. 10.000.000 (Fr. 8.000.000)* |
| A | existenzbedrohend (die Existenz der soH ist bedroht, das Eigenkapital wird massiv reduziert) | über Fr. 10.000.000 (Fr.12.000.000)* |
| Eintretenswahrscheinlichkeit | | |
| 1 | sehr niedrig | 10%** (1x in 100 Jahren)*** |
| 2 | niedrig | 30%** (1x in 10 Jahren)*** |
| 3 | mittel | 50%** (1x pro Jahr)*** |
| 4 | hoch | 70%** (mehrmals jährlich)*** |
| 5 | sehr hoch | 90%** (monatlich)*** |

* Diese Mittelwerte (Quantifizierung der Risikokriterien) werden nur behelfsweise zur Bestimmung des Risikowertes und damit zur Bestimmung der Risikotragfähigkeit genutzt.

** Die %-Werte dienen zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit bei Entwicklungen.

*** Diese Angaben dienen zur Bestimmung der Eintretenswahrscheinlichkeit von Ereignissen.

Die Festlegung der Risikotoleranzgrenze (s. 2.3) erfolgt bei > Fr. 500.000.- bei einfacher Bewertung, d.h. Ausmass x Eintretenswahrscheinlichkeit vor Massnahmen.

Es sind alle Arten von Risiken zugelassen, allerdings sind sie zu kennzeichnen. In diesem Zusammenhang gilt es einerseits nach internen (hausgemachten) und externen Risiken zu unterscheiden und andererseits nach Ereignissen und Entwicklungen. Ereignisse sind plötzlich eintretende Risiken, die in der Regel von ihrer Natur her bekannt sind (Beispiel: Brand), deren Eintretenswahrscheinlichkeit jedoch sehr schwer einzuschätzen ist. Entwicklungen sind Risiken, die mit grösster Sicherheit eintreten werden, deren Ausmass jedoch sehr schwierig einzuschätzen ist. Mit fortschreitendem Zeithorizont konkretisiert sich in der Regel das Ausmass, sodass es zu einer Verlagerung in der Risikolandschaft kommen kann (Beispiel: DRG-Einführung).

Die Risikolandschaft vor Massnahmen soll dem Qualitäts-/Risikomanagement-Ausschuss (QRM) zur Genehmigung und anschliessend der GL zur Kenntnis und allfälliger Korrektur resp. Ergänzung vorgelegt werden (Ende 1. Quartal).

3.1.2 Risikobewältigung

Die Verantwortung für die Risikobewältigung obliegt dem Prozessverantwortlichen. Dieser hat mit konzeptioneller Unterstützung der DGL-RM die geeigneten Massnahmen zur Bewältigung zu treffen. Hierbei stehen ihm folgende Bewältigungsstrategien zur Verfügung: Vermeidung, Verminderung, Versicherung, Akzeptanz. Nach der Erarbeitung eines terminierten Massnahmenkataloges (Ende April) ist dieser zusammen mit der Neubewertung des Risikos und der Risikolandschaft nach Massnahmen dem QRM zur Genehmigung und der GL zur Kenntnis zu unterbreiten. Nach der Genehmigung des Massnahmenkataloges erfolgt die zielgerichtete Umsetzung.

Diese Risikolandschaft kann Risiken beinhalten, deren Schadenwert weiterhin oberhalb der Toleranzgrenze liegen. Über den Umgang mit diesen Risiken befindet der VR auf Antrag der GL (Ende 2. Quartal).

3.1.3 Risikocontrolling

Im Oktober wird durch die DGL-RM eine Bestandesaufnahme mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt, an die Einzelinterviews anschliessen. Im gegenseitigen Einvernehmen (andernfalls Entscheid des QRM) wird die Neubewertung festgelegt, sodass zum Abschluss des Risikomanagement-Prozesses analysiert werden kann, inwieweit die Bewältigung der Risiken gelungen ist. Das Ergebnis wird wiederum in einer Risikolandschaft abgebildet und dem QRM, der GL bis Ende Jahr und dem AFC und dem VR im Januar des Folgejahres zur Kenntnis gebracht.

Der QRM bestimmt auf Empfehlung der DGL-RM, welche Risiken der o.a. Risikolandschaft auf das Folgejahr übertragen werden.

3.1.4 Terminplan Risikoanalyse-Prozess

1. Vernehmlassung der Gefahrenliste bis Ende Januar
2. Bearbeitung der Vernehmlassungsergebnisse und Bewertung der Risiken durch den QRM bis Ende Februar
3. Vorlage GL, AFC, VR bis Ende März
4. Erstellung der Massnahmenkataloge durch die Prozessverantwortlichen und Vornahme einer Neubewertung nach Massnahmen bis Ende April
5. Genehmigung durch den QRM, Info GL und Vorlage AFC und VR bis Ende 2. Quartal
6. Bestandesaufnahme per Fragebogen bis Ende Oktober durch DGL-RM
7. Interviews mit Prozessverantwortlichen bis Ende November
8. Schlussbericht an QRM und GL bis Ende 4. Quartal
9. Bericht AFC, VR Januar des Folgejahres

3.1.5 Quartalsreporting zu Handen des VR

Jeweils auf das Ende eines Quartals wird die Risikobelastung der soH ermittelt. Zu diesem Zweck wird die Risikolast ermittelt (Summe aller Risiken bewertet mit Ausmass und Eintretenswahrscheinlichkeit in Franken). Diese Risikolast wird bereinigt, indem die Korrelationen^{*1} der Risiken untereinander ermittelt werden. Dieser Wert wird der in der Risikopolitik festgelegten Grösse der Risikotragfähigkeit unter Berücksichtigung von Gewinnerwartung und Rückstellungen gegenübergestellt. Das Ergebnis wird dem QRM und der GL zur Kenntnis gebracht und anschliessend in das Quartalsreporting der soH in Form einer Ampel zur Situation des RM dem AFC und dem VR kommuniziert, wobei grün für bedenkenlos, orange für Handlungsdruck durch GL und rot für Eingreifen durch VR steht.

Als weiteres Beurteilungskriterium wird die Eigenkapitaldeckung des grössten Einzelrisikos bei Eintritt geprüft. Ist dies nicht durch das EK gedeckt, sind unverzüglich Massnahmen durch den VR einzuleiten.

3.1.6 Bericht der unabhängigen Überwachungsinstanz

Die unabhängige Überwachungsinstanz erstellt im Auftrag des VR periodisch Berichte zu Stand und Umsetzung des RM in der soH.

3.2 RM auf Ebene SL

Jeder Standort führt ein Risikomanagement ein, dokumentiert es, hält es aufrecht und verbessert es laufend. Die Gestaltung des Risikomanagementprozesses erfolgt in Anlehnung an das RM auf Ebene GL unter Punkt 3.1. Als Grundlage gilt die Gefahrenliste gem. Beilage 2, die je nach Gegebenheit anzupassen ist.

Mit der Einführung des Risikomanagements auf der Ebene der Standorte soll einerseits eine breitere Abstützung des Risikodenkens erreicht werden und andererseits werden die Risiken der Kern- und Teile der Supportprozesse mit in das RM soH einbezogen.

Der Ausbau dieses RM-Bereiches erfordert zusätzliche Ressourcen, die von den Standorten bereitgestellt werden müssen. Nach Möglichkeit soll auf Ressourcen aus dem Bereich QM zurückgegriffen werden, die eine spezielle Weiterbildung erhalten sollen.

3.3 Integration der Risikoebenen

Nicht nur auf der Ebene der GL können Risiken von erheblichem Ausmass (Risikowert > Fr. 0,5 Mio.) entstehen sondern auch auf Ebene Spital/Direktionen/Stab. Aus diesem Grund muss sichergestellt werden, dass deren Kenntnis auf oberster Leitungsebene sichergestellt ist. Zu diesem Zweck müssen jährlich per Ende des ersten Quartals die Risikolandschaften vor und nach Massnahmen mit den entsprechenden Massnahmen- und Reportingbögen der Spitäler/Direktionen/Stab bei der DGL-RM eingereicht werden. Die DGL-RM bereitet diese zu Handen des QRM auf. Dabei wird insbesondere darauf geachtet, dass Risiken von erheblichem Ausmass in die soH-Risikolandschaft Eingang finden und adäquate Massnahmen zur Minderung des Risikowertes getroffen werden.

¹ Die Korrelation der Risiken wird durch ein internes Expertengremium (Direktion Finanzen und Administration, Leitung Controlling, DGL-RM, DGL-QM) im Auftrag des QRM bestimmt und ausführlich dokumentiert. Frühestens nach 5 Geschäftsjahren könnte ein mathematisches Verfahren herangezogen werden!

4. Dokumentation

Der QRM bestimmt, welche Analyse-Dokumente des RM auf der GL-Plattform abgelegt werden.

Der Prozess Risikomanagement F05 sowie die zugehörigen Konzepte und Formulare werden nach Genehmigung auf dem Prozess-Portal abgelegt.

5. Verteiler

Verwaltungsrat, erweiterte Geschäftsleitung, Finanzkontrolle, Interne Revision

Beilagen

- 1 Gefahrenliste Ebene GL
- 2 Gefahrenliste Ebene SL
- 3 Risikopolitik soH