



Hedwig François-Kettner: Die Pflegedirektorin gehört zur Klinikumsleitung der Charité und ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit sowie im Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Unikliniken (VPU). Auch im Lenkungsausschuss des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege ist die 60-Jährige als Mitglied aktiv.

MORDFALL IRENE B.

Die Katharsis der Charité

Die Krankenschwester Irene B. tötete 2005 und 2006 fünf Patienten auf der kardiologischen Intensivstation der Charité in Berlin-Mitte. Der Fall hat weltweit Schlagzeilen gemacht – und die Struktur des gesamten Berliner Universitätsklinikums verändert.

Interview mit Hedwig François-Kettner

Warum sind die Türen der kardiologischen Intensivstation noch immer verschlossen?

Wir hatten einige sehr schlechte Erfahrungen mit Medienvertretern gemacht, die unsere Mitarbeiter wie Schwerverbrecher behandelt haben. Daher entschlossen wir uns, das Team zu schützen. Es ist auf der Intensivstation ohnehin nichts mehr, wie es einmal war, einige Mitarbeiter sind neu und haben die damalige Situation nicht miterlebt.

Welche Lehre haben Sie aus diesem schrecklichen Ereignis gezogen?

Im Zuge der Untersuchungen wurde klar, dass Größe und Struktur der Stationen die Taten begünstigt haben. In der ehemals kleinen Intensiveinheit hatte Irene B. immer freiwillig die schwersten Fälle übernommen und ist bei Personalausfällen bereitwillig jederzeit eingesprungen. Sie war sehr erfahren und hatte deshalb die meisten Kolleginnen und Kollegen dieser Station eingearbeitet. Sowohl für die Leitung als auch für die Kollegen war das praktisch und bot eine erhebliche Planungssicherheit. Niemand dachte über eine Überforderung nach. Irene B. hat ihre Kräfte selbst auch überschätzt. So konnte das Unheil überhaupt erst seinen Lauf nehmen. Daraus haben wir eine weitreichende Lehre gezogen und sind weggegangen vom kleinteiligen Stationssystem, beziehungsweise sind bei erforderlichen

Bau- und Strukturmaßnahmen auf diesem Weg. Große Einheiten ermöglichen eine homogene Be- und Entlastung der Mitarbeiter, dort lässt sich die Fürsorgepflicht besser einhalten. Wir können so besser gewährleisten, dass Mitarbeiter weder psychisch noch physisch ihre Grenzen überschreiten.

Ist es nicht normal, dass die routinier testen Pflegekräfte die schwierigsten Fälle übernehmen?

Genau das ist das Problem. Hier ist ein Umdenken zwingend notwendig. Denn kompetente Pflegekräfte sind auch nur Menschen. Das Bild der unendlich aufopferungsvollen Krankenschwester ist veraltet, Kapazitätsgrenzen müssen akzeptiert und respektiert werden, sie sind ganz normal und wichtig für eine ethisch stabile Grundhaltung, andernfalls lässt sich eine gesunde Distanz nicht aufrechterhalten – sie ist für den Selbstschutz und für den Patientenschutz unerlässlich.

Was hat sich für die Ärzte verändert?

Eine Dienstanweisung schreibt jetzt vor, dass immer ein Arzt in Risikoabteilungen wie Rettungsstellen und Intensivstationen anwesend sein muss. Früher mussten sie oft auch auf anderen

Stationen oder in den Funktionseinheiten punktuell aushelfen. Das geht heute nicht mehr. Die Regelung entlastet alle und ermöglicht eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit mit klaren Verantwortlichkeiten.

Nicht nur bei der Kontrolle gab es offensichtlich Defizite, sondern auch in der Kommunikation über Abläufe und Vorkommnisse auf Station?

Da gab es viel zu verbessern. Ein Prozess, der bis heute in Gang ist. Wir legen großen Wert auf regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen – die Termine dürfen übrigens nicht abgesagt werden – und umfängliche Supervisionsangebote für alle Mitarbeiter. Hinzu kommt ein Pflichtveranstaltungspaket für alle Führungskräfte, bei dem sie unter verschiedenen Themen auswählen können wie: Umgang mit schwierigen Mitarbeitern; Handhabung von Konflikten; wie erkenne ich Konflikte und spreche sie an; wie führe ich ein Kritikgespräch. Dazu noch jeweils etwa zehn angebotene Coachingtermine, mindestens sechs davon müssen wahrgenommen werden.

Trotz allem: Fehler werden immer passieren. Wie gehen Sie damit um?

„Wir sind weg vom kleinteiligen Stationssystem. Große Einheiten ermöglichen eine homogene Be- und Entlastung der Mitarbeiter.“

Hedwig François-Kettner

Mythen, die besagen, dass bei medizinischen und pflegerischen Handlungen keine Fehler vorkommen dürfen, sind gefährlich. In diesem Kontext sind Fehler tabu und werden sanktioniert, obwohl sie menschlich sind und überall passieren. Wir haben deshalb unser partiell bestehendes Fehler- und Risikomanagement mit Hochdruck flächendeckend eingeführt. Wir bieten zum Beispiel einen geschützten Rahmen, in dem freiwillig und sanktionsfrei Beinahe-Fehler oder kritische Ereignisse anonym im Critical Incident Reporting System erfasst, analysiert, diskutiert und für alle Mitarbeiter transparent gemacht werden. Die Anzahl der Klicks im hauseigenen Intranet zum Fehler des Monats, der im Weblog erscheint, bestätigt das hohe Interesse der Mitarbeiter am Risikomanagement und auch deren Lernbereitschaft. Wir haben außerdem regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen eingeführt. Sie sind in ihrem speziellen Standardformat, der konstruktiven Kommunikation, eine weitere Lehre, die wir für uns gezogen haben und die flächendeckend auf allen Intensivstationen praktiziert wird und inzwischen auch auf den Normalstationen. Sicherheitskultur setzt Kommunikationskultur voraus.

Auch Jens Reich analysierte die Strukturen

Irene B. wurde 2007 zu lebenslanger Haft verurteilt. Fünffacher Mord aus niederen Beweggründen und Machtbesessenheit, urteilte das Landgericht. Im Verfahren tauchte auch die Frage auf, ob strukturelle und organisatorische Defizite die Tötungsdelikte begünstigt haben könnten. Eine externe Expertenkommission wurde eingesetzt, die die Frage am Ende ihrer Untersuchung recht eindeutig mit Ja beantwortete. Zur Kommission gehörten unter anderem Klaus Bepler, Vorsitzender Richter am Bundesarbeitsgericht in Erfurt, Ricarda Klein, Geschäftsführerin des Verbandes der Pflegedirektorinnen der Universitätskliniken Deutschlands (VPU) und damals Pflegedirektorin des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf, sowie Jens Reich, emeritierter Medizin-Professor sowie Mitglied im Nationalen Ethikrat.

Der Bericht der Kommission „Patientensicherheit“ findet sich im Internet unter www.anstageslicht.de/dateien/UBE_Charite.pdf.

Fallkonferenzen sind nichts Neues ...

Wir haben aber die Art und Weise, Fallkonferenzen durchzuführen, weiterentwickelt. Sie sind auf eine zielführende Moderation hin ausgelegt, und wir kultivieren dabei die interkollegiale Beratung. Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte werden in Moderatoren-Schulungen für diese Aufgabe geschult. Grundsätzlich leitet jeweils ein facherfahrener Moderator beider Berufsgruppen die Veranstaltung. Das Hauptgewicht liegt konstant auf den Erkenntnissen für die Zukunft: Wie können wir Maßnahmen und Abläufe kontinuierlich verbessern, damit wir weiterhin gute Pflege- und Behandlungsergebnisse erreichen?

Gibt es jetzt gemeinsame Visiten von Ärzten und Pflegekräften, wie sie die Expertenkommission empfohlen hat?

Im Projekt „Pro Patient“ geht es in erster Linie um sichere Patientenversorgung. Dabei ist die gemeinsame Visite eines unserer wichtigsten Ziele. Dort, wo es noch nicht optimal läuft, arbeiten wir an gemeinsamen Zeitkorridoren der beiden Berufsgruppen.

Welche Rolle spielen die Patienten bei der neuen Kommunikationskultur?

Wir haben den Umgang mit Patientenzufriedenheitsmessungen und dem inzwischen gut etablierten Beschwerdemanagement verfeinert: „Patientenlob“ leitet das Qualitätsmanagement künftig direkt an die betroffenen Mitarbeiter weiter. Das dient der Motivation und zeigt den Kollegen, dass wir uns für sie und ihre Arbeit interessieren. Nehmen andererseits Beschwerden überhand, können direkte Vorgesetzte nach Anfrage den Namen der Mitarbeiter erfahren, denn nur das birgt die Chance, Probleme auf Augenhöhe zu lösen. Außerdem bekommen die Stationen mit den besten und die mit den schlechtesten Kritiken Besuch von der Ärztlichen Direktion und mir. Wir beide gratulieren den Besten und fragen sie, wie sie es geschafft haben, so gut zu sein. Auch die Schlusslichter müssen sich den Fragen stellen, woran es wohl liegt, dass sie so schlecht bewertet wurden. Oft liegen Probleme vor, für die die Teams gar nichts können, wie eine schlechte Infrastruktur. Da können wir Tipps geben und sagen, was machen die Mitarbeiter anderer Abteilungen anders an dieser Stelle, oder gehen Sie auf die Station X, die haben mit am besten abgeschnitten und deren bauliche Struktur ist noch schlechter als ihre. Hier lernen die Kollegen viel voneinander.

Was können andere Kliniken aus den Erfahrungen der Charité lernen?

Strukturen, die Patientenmord begünstigen, gibt es an vielen Kliniken. Das zeigt sich schon an den vielen Anrufen, die ich bekomme – jedes Mal mit demselben Tenor: „Mir ist ganz mulmig. Ich weiß nicht, ob bei uns alles einwandfrei ist. Aber bei uns redet niemand darüber.“ Dann erzähle ich von unseren Erfahrungen und davon, wie wichtig und unverzichtbar Aufklärung und Offenheit sind. Kritische Auseinandersetzung, Hinschauen, Ansprechen, Konfliktfähigkeit – all das erschwert Krankentötungen. Aber eine Garantie, oder gar ein „Komplett-Versicherungspaket“ kann es natürlich nie geben. ■

Interview: Monika Hiltensperger

Foto: Schönmann