

01.12.2019 **Safety Clip**

Safety Clip: Tatort Krankenhaus – wenn Patientenwohl nicht mehr im Vordergrund steht

S. Kraft, T. Engelhardt



© iStock/Rawf8

Der Fall des ehemaligen Krankenpflegers Niels Högel hat Deutschland erschüttert: Der 42-Jährige ist Anfang Juni 2019 wegen 85-fachen Mordes zu lebenslanger Haft verurteilt worden. In Kliniken in Delmenhorst und Oldenburg hat er nach Erkenntnissen des Gerichtes immer wieder Patienten Medikamente gespritzt, um die Menschen in einen lebensgefährlichen Zustand zu versetzen. Bei der anschließenden Reanimation wollte er dann als Retter dastehen. Viele Patienten haben das nicht überlebt, 85 Morde sieht das Gericht als erwiesen an.

Ein weiterer Fall: 2016 hat das Landgericht München I die Hebamme Regina K. wegen siebenfachen Mordversuchs zu 15 Jahren Haft verurteilt. Sie sollte Babys auf die Welt bringen, aber sie versuchte stattdessen, die Mütter umzubringen, indem sie den Frauen kurz vor einem Kaiserschnitt ein Blutverdünnungsmittel verabreichte. Das Motiv war „Frust im Job“.

Einige Taten hätten verhindert werden können. Denn es hatte immer wieder Hinweise gegeben, dass mit der Hebamme etwas nicht stimmte. Sie wurde sogar unter Beobachtung genommen – trotzdem stand sie immer wieder im Kreißsaal.

Wenn in einer Klinik, in der Menschen im besten Fall gesund werden sollen, Morde geschehen, ist das Medieninteresse natürlich groß. Management und Kommunikationsabteilung befinden sich dann mitten in einem der herausforderndsten Szenarien in der Krisenkommunikation. Personen- und Imageschäden lassen sich nur vermeiden, wenn Führungskräfte wissen, welche Rechte und Pflichten sie bei der Verhütung und Aufklärung von Straftaten haben.

Vor dem Hintergrund, dass kriminelle, vorsätzliche Handlungen nur bedingt vorhersehbar und zu verhindern sind, müssen Maßnahmen zur Identifizierung und Schärfung des klinischen Risikomanagements umgesetzt werden.

Dazu Empfehlungen aus Sicht des Risikomanagements

- Die leitenden Mitarbeitenden erstellen einen Verhaltenskodex zur Patientensicherheit und Sicherheitskultur, der als verbindlich verabschiedet und allen Mitarbeitenden erläutert wird. Bei Nichteinhaltung müssen Sanktionen folgen. Künftig wird die Einhaltung des Kodex zur Patientensicherheit und Sicherheitskultur bei allen neuen Mitarbeitenden Thema des Einarbeitungskonzeptes sein.
- Den Mitarbeitenden muss die Möglichkeit eingeräumt werden, sich bei Verdachtsfällen auf Patientengefährdung oder bei einem „unguten Bauchgefühl“ an eine Vertrauensperson zu wenden und dieses unter der Prämisse der absoluten Vertraulichkeit zur Kenntnis zu bringen. Dazu müssen die Mitarbeitenden von ihren Vorgesetzten ermuntert werden.
- Dem Standard der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) entsprechend sollten alle Reanimationsereignisse unter Einbezug sämtlicher Beteiligter evaluiert werden, um Kenntnisse zum Einsatz von Personal und Material sowie zu den Kompetenzen zu sammeln und daraus für kommende Ereignisse zu lernen.
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen müssen interprofessionell und in regelmäßigen Abständen abgehalten werden, um den Erkenntnisgewinn zu erhöhen und Strukturen auszubauen. Die Ergebnisse sind nachzuhalten und zu evaluieren.
- Der Einsatz von klinischen Pharmakologen in den Teams der Intensivmedizin kann dazu führen, dass ein nicht plausibler Anstieg von (nicht ärztlich verordneten) Medikamenten rechtzeitig erkannt werden kann.

Sind interne Kontrollmechanismen nicht vorhanden oder versagen sie, braucht es Stichproben und gegebenenfalls zusätzliche externe Kontrollen. Schon lange beklagen Pathologen, dass es an Kliniken zu wenig Obduktionen gibt. Dies soll sich ändern, allerdings müssen die Ärztinnen und Ärzte dann auch die Todesbescheinigung richtig ausfüllen. Zu häufig kreuzen sie als Todesart „natürlich“ an, selbst wenn es „unklar“ heißen müsste. Denn dann muss die Staatsanwaltschaft ermitteln.

Nach einem unerwünschten Ereignis in der medizinischen Behandlung, wie beispielsweise einem (noch) nicht zu erwartenden Todesfall, sind in erster Linie die Angehörigen die Leidtragenden. Aber auch für die Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden, die an der „Natürlichkeit“ der Todesursache zweifeln, kann dies eine schwierige Situation darstellen, unter der sie psychisch leiden. Das gilt insbesondere wenn, wie im Fall von Niels Högel, die Anhäufung der Ereignisse zu großen Selbstzweifeln führt, die sich in Fragen ausdrücken wie: Hätte ich mehr tun müssen, um das Geschehen zu verhindern? Bin ich verantwortungsvoll und aufmerksam genug gewesen? Ärztliches und pflegendes Personal werden dann zu „Second Victims“ (siehe auch [Safety Clip in Passion Chirurgie, Ausgabe 9/2019](#)).

In anderen Hochrisikobereichen wie zum Beispiel der Luftfahrt wurde die Problematik von psychischen Belastungen der Mitarbeitenden nach einem kritischen Ereignis längst erkannt; entsprechende Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden sind implementiert worden. Auch bei Feuerwehr, Polizei und in vielen anderen Organisationen sind Systeme, die „Critical Incident Stress Management“ anbieten, als Antwort auf psychologische Krisen etabliert.

Es sollte auch im Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit sein, Mitarbeitenden, die täglich anderen Menschen helfen und ein hohes Maß an Verantwortung tragen, ein Auffangnetz anzubieten, das den Betroffenen hilft, die belastende Situation nach einem unerwünschten Ereignis erfolgreich zu bewältigen:

- Mitarbeitende sollten im Falle einer solchen Krise oder eines Zweifels wissen, wen sie anrufen sollen und sich darauf verlassen können, sofort Expertenunterstützung zu erhalten.
- Das Peer-Support-System in der Medizin sollte zur Unterstützung der Mitarbeitenden etabliert werden. Vorrangiges Ziel solcher Peer-Support-Systeme ist die Anregung einer Unternehmenskultur, welche Vertrauen, gegenseitige Wertschätzung und Teamwork stärkt. Dementsprechend ist eine wesentliche Komponente, ärztliches und pflegendes Personal als kollegiale Ansprechpartner (Peers) auf „Augenhöhe“ auszubilden.¹
- Die Stabsstelle „Krisenkommunikator“ sollte etabliert werden, die Krisenkommunikatoren sollten ein intensiveres Training erhalten.

Kommunikation im Kriminalfall

Wenn ein Krankenhaus zum Schauplatz eines Verbrechens wird, geht damit in der Regel eine große mediale Aufmerksamkeit einher. Denn Menschen begeben sich in einer Situation in die Obhut der Kliniken, in der sie auf Hilfe der dort tätigen Spezialisten angewiesen sind. Sie müssen darauf vertrauen, dass sie gut und sicher behandelt werden. Wird dieses vorausgesetzte Vertrauensverhältnis in das System Krankenhaus durch eine mutmaßliche oder schon nachgewiesene Tat gestört, ist die Betroffenheit groß. Das Thema ist zudem sehr emotional besetzt, und es trifft auf einen großen Kreis Betroffener, schließlich hat jeder irgendwann einmal als Patient oder Angehöriger Kontakt mit dem Krankenhauswesen. Hohe Betroffenheit, große Zahl von Betroffenen und Emotion sind drei Relevanzfaktoren, die zu einem hohen Medieninteresse führen.

Die Kommunikation eines Krankenhauses sollte in diesen Fällen den Regeln der Krisenkommunikation folgen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die verschiedenen Anspruchsgruppen mit Information bedient werden.

Erste Anspruchsgruppe sind die Mitarbeitenden des Unternehmens, denn Mitarbeitende sind letztlich auch Öffentlichkeitsarbeiter für ihr Krankenhaus in ihren persönlichen Umfeldern. Die Mitarbeitenden sollten als erste über das Ereignis aufgeklärt und gleichzeitig dazu angehalten werden, sich selbst gegenüber den Medien nicht zu äußern, sondern auf die zuständige Stelle zu verweisen. Das soll gewährleisten, dass an dieser Stelle ein Überblick über die herausgegebenen Informationen besteht und die Öffentlichkeit von einer Stelle informiert wird, die außerdem einen Überblick über die Gesamtinformationslage hat.

Zu bedenken ist auch, dass weitere Anspruchsgruppen, zum Beispiel Aufsichtsgremien, Gesellschafter, Inhaber politischer Ämter, Vertreter übergeordneter Verbände oder kirchliche Würdenträger, die mit dem Klinikum in Verbindung stehen, in einem Zuge informiert werden. Denn es muss davon ausgegangen werden, dass auch sie von Medien um Stellungnahmen gebeten werden. Außerdem ist es nicht förderlich, wenn diese Stakeholder selbst erst über die Medien von solchen Ereignissen erfahren. Die Kommunikation sollte – soweit das möglich ist – mit den Behörden abgestimmt werden, um zu vermeiden, dass Diskrepanzen auftreten, die zu Nachfragen und Irritationen führen.

Medien werden in so einer Situation oft als potenzieller „Gegner“ wahrgenommen. Indes ist das Verhältnis in der Realität ein „Geben und Nehmen“. Journalisten sind auf Informationen angewiesen, das Krankenhaus braucht den Resonanzboden Medien, um seine Botschaften transportieren zu können. Es trägt zum Vertrauen bei, wenn man sich den Medien gegenüber freundlich und partnerschaftlich positioniert.

Die inhaltlichen Botschaften

Wird ein Krankenhaus mit der Situation konfrontiert, dass Polizei und Staatsanwaltschaft in der Tür stehen, um Mordermittlungen vorzunehmen, befindet es sich jenseits des Normalzustands. Wer darauf kalt und nüchtern reagiert, verhält sich nicht, wie es erwartet wird, und vermittelt damit die Botschaft fehlender Empathie. Eine Pressemitteilung oder ein Statement darf also ruhig zum Ausdruck bringen, dass die Vorgänge, von denen die Behörden das Krankenhaus in Kenntnis gesetzt haben, große Betroffenheit ausgelöst haben. Es sollte zudem vermitteln, dass man mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten an der Aufklärung des Falles mitarbeitet und mit den Behörden vollumfänglich kooperiert.

Aber genauso gilt der Satz des italienischen Schriftstellers Alberto Moravia: „Wo Nachrichten fehlen, wachsen Gerüchte.“ Dass Spekulationen jedweder Art ins Kraut schießen, kann nicht im Sinne einer Klinik sein. Entsprechend sollte sie sich im weiteren Verlauf ihrer Verlautbarungen streng an die gesicherten Fakten halten. Es hilft, dabei immer die W-Fragen („Was, Wer, Wann, Wo, Wie, Warum“) im Blick zu behalten. Damit lassen sich die Ereignisse gut rekonstruieren. Um zu zeigen, dass auf das Geschehen auch Reaktionen erfolgen, ist es ferner sinnvoll, dazu einen Ausblick zu geben: „Wir haben mithilfe von Experten eine Überprüfung unseres Risikomanagements eingeleitet ...“

Zu einem späteren Zeitpunkt ist es dann angezeigt, sich erneut an die Medien zu wenden und zu berichten, welche Konsequenzen aus dem Vorfall gezogen und welche Veränderungen vorgenommen wurden.

Krisensituationen gehören nicht zum Alltagsgeschäft – nicht einmal von Pressesprechern und Öffentlichkeitsarbeitern. Insofern kann es sinnvoll sein, sich entsprechender Profis zu bedienen, wie sie beispielsweise in Krisenkommunikationsagenturen tätig sind.

Zusätzliche Informationen

- Thomas W. Ullrich, Mathias Brandstädter: Krisenkommunikation – Grundlagen und Praxis, Eine Einführung mit ergänzender Fallstudie am Beispiel Krankenhaus, Stuttgart 2016;
- Peter Höbel, Thorsten Hofmann: Krisenkommunikation, Konstanz, München 2014.

¹ Quelle: Fachzeitschrift: Anästhesie & Intensivmedizin 2019; 60:95-101 Aktiv Druck & Verlag GmbH.

Seminar BDC|Akademie

Medizinische Krisenkommunikation unter juristischen und medialen Aspekten

Veranstaltungstag/-Ort:

16.05.2020, Berlin

Gebühren:

200,00 € für BDC-Mitglieder

Inhalt: Mehr als 12.000 Behandlungsfehler kommen jährlich vor die Schiedsstellen der Kammern, viele davon landen später vor deutschen Gerichten und in den Schlagzeilen. Mit Abstand am meisten davon betroffen sind Chirurgen. Die Referenten beleuchten deren juristische und mediale Fallstricke und machen Sie fit für den Fall der Fälle.

Referenten: Dr. jur. Jörg Heberer; Holger Münsinger

[Informationen & Anmeldung](#)

Kraft S, Engelhardt T: Safety Clip: Tatort Krankenhaus – wenn Patientenwohl nicht mehr im Vordergrund steht. Passion Chirurgie. 2019 Dezember, 9(12): Artikel 04_05.

Autoren des Artikels



Sabine Kraft

Risiko-Beraterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold

[> kontaktieren](#)



Thorsten Engelhardt

Pressesprecher der Ecclesia Gruppe
(auch zuständig für Krisenkommunikation)

[> kontaktieren](#)