

**Bericht der Kommission
« Patientensicherheit »
Charité-Universitätsmedizin, Berlin**

Klaus Bepler, Vorsitzender Richter am Bundesarbeitsgericht, Erfurt.

Ricarda Klein, Direktorin für Patienten- und Pflegemanagement des Universitäts-Klinikums, Hamburg Eppendorf, sowie Vorsitzende des Verbandes der Pflegedirektoren der Universitätsklinika Deutschlands.

Jens Reich, emeritierter Professor der Medizin, Berlin, sowie Mitglied des Nationalen Ethikrats.

Peter M. Suter, emeritierter Professor und Facharzt für Intensivmedizin, Genf, sowie Präsident der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften.

10. Juli 2007

I. Anlass und Gegenstand der Untersuchung

In den Jahren 2005 und 2006 ist es zu mehreren Tötungshandlungen in der Station 104i der Charité, einer kardiologischen Intensivstation, gekommen. Wegen dringenden Tatverdachts ist die Krankenschwester I.B. Anfang Oktober 2006 verhaftet worden. Sie gestand zunächst zwei, später vier Tötungen. Am 29. Juni 2007 wurde sie wegen fünffachen Mordes zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilt.

Schon zu Beginn des Strafprozesses im Frühjahr des Jahres 2007 warfen die Ergebnisse erster Zeugenvernehmungen Fragen auf, ob nicht die Tat selbst und im Vorfeld beobachtete und im Zusammenhang damit stehende Geschehnisse individuelles Fehlverhalten, aber auch strukturelle oder organisatorische Defizite auf der Station, vielleicht auch insgesamt an der Charité deutlich gemacht haben. Um diese gegebenenfalls zu erkennen und Vorschläge zur Abhilfe zu machen, hat der Vorstand der Charité

- die Direktorin für Patienten- und Pflegemanagement des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf sowie Vorsitzende des Verbandes der Pflegedirektoren der Universitätsklinika Deutschlands, **Ricarda Klein**,
- den emeritierten Professor und Facharzt für Intensivmedizin Dr. **Peter Suter**, Genf, Präsident der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften,
- den emeritierten Professor der Medizin Dr. **Jens Reich**, Berlin, Mitglied des Nationalen Ethikrats
- und den Vorsitzenden Richter am Bundesarbeitsgericht **Klaus Bepler**, Berlin/Erfurt,

am 25. April 2007 zu einer Kommission zusammen gebeten. Diese Kommission hat sich Ende April konstituiert.

II. Ermittlungen der Kommission

Von Seiten der Kommission wurde die Station 104i mehrfach aufgesucht, um die dort üblichen Abläufe kennen zu lernen. Statistisches Material der Station wurde ausgewertet. Die Kommission führte intensive Gespräche mit zwei Krankenschwestern und zwei Ärzten, die genaue Kenntnisse von dieser Station haben, jedoch nicht im Strafprozess vernommen worden sind. Weitere individuelle Kontakte mit der Leitung und Mitarbeitern der Station und weiteren fachkundigen Personen kamen hinzu.

Der Kommission standen vollständige Prozessberichte von Prozessbeobachtern der Charité sowie eine umfassende Zusammenstellung der Presseberichte über den Prozess zur Verfügung. Die Urteilsverkündung wurde persönlich wahrgenommen.

Auf dieser Grundlage, aufgrund der Fachkenntnisse und Erfahrungen der Kommissionsmitglieder sowie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Untersuchungen zu vergleichbaren Straftaten gibt die Kommission ihre Stellungnahme ab.

III. Problembefund

Zunächst sei eine stichwortartige Aufzählung von Defiziten vorangestellt, die im Umfeld der Straftaten von Frau B. und im Zusammenhang damit auffällig geworden sind. Sie betreffen organisatorische, kommunikative und strukturelle Aspekte in der Intensivstation 104i. Zu den Straftaten selbst nimmt die Kommission nicht Stellung.

1. Ein Pfleger der Station nahm eine nicht angeordnete Medikamentengabe durch die Schwester I.B. wahr, die ihm unter ihm bekannten Umständen so verdächtig erschien, dass er ein Beweismittel (leere Ampulle) sicherstellte. Gleichwohl ist dieser Verdacht zunächst längere Zeit nur im engen Kollegenkreis angesprochen worden, wurde aber weder der Täterin vorgehalten, noch der Pflegeleitung und der ärztlichen Seite bekannt gemacht. Insbesondere erfolgte keine Strafanzeige. Nachdem schließlich nach mehreren Wochen die Stationsleitung informiert worden war, vergingen noch mehrere Tage, ehe auf diesen Verdacht angemessen reagiert wurde und auch dies nur indirekt, durch Meldung an den Chefarzt.
2. Es ist schon lange vor Begehung der Straftaten zu physischen Grobheiten und verbalen Ausfällen durch Schwester I.B. gekommen, die auch der Stationsleitung übermittelt und z.T. protokolliert wurden. Die Information hierüber wurde auf dem Dienstweg weitergeleitet, wurde jedoch der Täterin weder bekannt gegeben, noch disziplinarisch geahndet.
3. In diesen Einzelbeobachtungen wurde ein nach dem Eindruck der Kommission die Arbeit auf der Station 104i insgesamt prägender Aspekt deutlich: Die beruflichen Verhaltensweisen zeigen besonders in Konfliktsituationen ein sehr starkes Obrigkeitsdenken der Akteure.
4. Dies hat sich darin niedergeschlagen, dass Verantwortung nicht selbst wahrgenommen, sondern nach oben delegiert wurde.

5. Die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den organisatorisch getrennten Bereichen ärztliche Betreuung und Pflege scheint am Krankenbett gut zu funktionieren, jedoch wurden Defizite auf der Leitungsebene deutlich sichtbar.
6. Die ärztliche Betreuung rund um die Uhr und damit die Kontinuität der Behandlungsstrategien zeigen markante Defizite in der Station 104i. Die Größe der Station ist suboptimal. Dies gilt unabhängig davon, dass es auch viele andere Intensivstationen dieser Dimension bundesweit gibt. Nach Meinung der Kommission kann deshalb keine stabile und kompetente ärztliche und pflegerische Betreuung für die besonders schwierigen Aufgabenstellungen bei ganz unterschiedlichen intensivmedizinischen Problemen sichergestellt werden. Das wirkt sich auch auf die regelmäßig notwendigen Diskussionen im Team zu ethischen Fragen, besonders betreffend Therapieabbruch und Lebensende, sowie auf die Erfahrung mit einer sachgerechten Kommunikation mit Patienten und Angehörigen aus.
7. Die Weiterbildung und der Erfahrungsaustausch in intensivmedizinischen Entwicklungen und ihren Grenzen sowie in medizinischer Ethik sind auf der Station 104i nicht optimal.
8. Die universitären Aufgaben – exzellente Krankenversorgung verbunden mit hervorragender Forschung und Lehre - müssen auch in der Intensivmedizin in der Charité umgesetzt werden. Dies soll sich stärker in den Ausbildungscurricula für Studenten und Weiterbildungsteilnehmer der Intensivmedizin aller Gesundheitsberufe widerspiegeln. Auch aktive Forschungsprojekte und wissenschaftliche Publikationen sind nicht genügend sichtbar.

IV. Bewertung und vorgeschlagene Maßnahmen

1. Bewertung

In Intensivstationen sind die Patienten typischerweise besonders vom Vertrauen auf die Betreuung durch das Personal abhängig. Hier muss ebenso wie grundsätzlich auch im gesamten Krankenhausbereich der Grundsatz absoluter Gewaltlosigkeit gelten. Jeder muss sein Tun danach ausrichten und die Verantwortung dafür übernehmen, dass das Prinzip im gesamten Arbeitsbereich durchgehalten wird. Auch geringfügige Verstöße dürfen nicht bagatellisiert oder gar verschwiegen werden. Dies ist im Interesse der Sicherheit der Patienten notwendig und sollte keinesfalls wegen vermeintlicher Gefährdung des Arbeitsklimas vernachlässigt werden. Konfliktvermeidung ist ein wichtiger Aspekt menschlichen Verhaltens; im Krankenhaus hat jedoch das Prinzip der Gewaltlosigkeit absoluten Vorrang.

Schwere Verbrechen wie die vorgefallenen sind zwar nicht alltäglich, sind aber doch in den letzten Jahren an anderen Orten mehrfach aufgetreten. Deshalb muss auf Verdachtsmomente unmittelbar und angemessen reagiert werden. Es ist zumindest unabdingbar, dass die betreffende Person sofort angesprochen und um Erklärung gebeten wird. Verdachtsmomente dürfen nicht aus falsch verstandener Kollegialität verdrängt werden. Die Kommission geht allerdings davon aus, dass sich die begangenen Verbrechen nicht als logische Folge aus dem nicht gerügten groben Fehlverhalten gegenüber Patienten und Angehörigen begreifen lassen.

Der Kommission geht es indes nicht vorrangig darum, die Aufdeckung von Straftaten sicherzustellen, sondern ihre Begehung zu vermeiden. Dazu gehört zunächst die Offenlegung von Verdacht begründenden Beobachtungen gegenüber den möglichen Tätern. Damit wird Fehlverhalten bis hin zu Straftaten zwar nicht zuverlässig verhindert. Zumindest wird aber die Wiederholung vergleichbarer Taten tendenziell verhindert.

Besonders wichtig erscheint der Kommission die stetig wiederholte, an der Praxis des Arbeitsalltags orientierte Kommunikation der Grundlagen und Grenzen des

ärztlichen und pflegerischen Handelns. Dabei ist es der Kommission bewusst, dass das Personal in den Intensivstationen psychisch stark belastet ist. Komplexe, häufig akut lebensgefährliche Krankheitsbilder sind dort Alltag. Die Erwartungen an das Team von Seiten der Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch von anderen Kliniken sind groß. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen oft unter Zeitdruck getroffen werden. Ethische Entscheidungskonflikte entstehen in ganz konkreten Situationen zu Beginn, bei der Weiterführung und der Beendigung einer Therapie. Dabei treten Fragen nach dem Sinn ebenso wie nach der Kosten/Nutzen – Relation einer eingreifenden Maßnahme auf, die zu Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen führen können. Wird insbesondere das Pflegepersonal hier nur über bereits beschlossene ärztliche Anordnungen informiert, dann besteht keine ausreichende Möglichkeit, sich die eigene Aufgabe und die hier bestehenden notwendigen Grenzziehungen immer wieder bewusst zu machen. Nur wenn dies geschieht, kann die Arbeit auf sicherer Grundlage ausgeführt und die Entstehung unerwünschter abweichender Motivlagen verhindert werden. Meinungskonflikte sollten an konkreten Fällen regelmäßig erörtert, die ethischen Fragen bearbeitet und nach Lösungen gesucht werden. Die Sicht aller am Fall beteiligten Personen muss berücksichtigt werden. Die Wünsche und Werte des Patienten und seiner Angehörigen müssen in die Beurteilung einbezogen werden. Die Autonomie des Patienten muss respektiert werden.

2. Maßnahmen

Die Intensivstation 104i ist in die Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, Angiologie und Pulmologie integriert. Ihr Direktor, Professor Gert Baumann, ist ein international hoch angesehener Kardiologe, der an der Charité ein anerkanntes Referenzzentrum für die Versorgung von koronaren Herzkrankheiten und Rhythmusstörungen aufgebaut hat.

Auch wenn die Station 104i weder in ihrer Struktur, noch in der Behandlungsstatistik und in der personellen Besetzung außergewöhnlich erscheint, sieht die Kommission gleichwohl erhebliche und dringliche Verbesserungsmöglichkeiten.

a) Offenlegung von außergewöhnlichen Vorkommnissen und von Irrtümern

Das von der Charité eingeführte „Critical incident reporting system – CIRS“ sollte in allen Intensivstationen mit spezifischen Anwendungsregeln verstärkt werden. Dazu gehört die Bildung einer internen CIRS – Gruppe in jeder Intensivstation, bestehend aus zwei Pflegekräften und einem Arzt, unter Ausschluss der leitenden Personen. Diese Gruppe wäre verantwortlich für:

- eine gute Information des Teams über die Ziele, Prozeduren und Maßnahmen in Auswertung der Vorkommnisse.
- Regelmäßige Kolloquien im Team – zur Motivation, Resultatvorstellungen (anonym) mit Diskussion der gezogenen Lehren und praktischen Konsequenzen.

b) Vertiefung und Intensivierung von Visiten am Krankenbett, Fall-Besprechungen und medizinisch-ethischen Kolloquien im Team und mit externen Spezialisten, Ermittlung der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen

- Gegenüber der bisherigen Praxis vertiefte gemeinsame **Visiten** von verantwortlichen Ärzten und Pflegekräften am Krankenbett sind erforderlich, die mindestens einmal täglich stattfinden, um die Strategien für die therapeutischen Maßnahmen einvernehmlich festzulegen.
- **Fallbesprechungen**, d.h. formelle Analysen von speziellen Krankheitsverläufen, müssen in festem Rhythmus stattfinden. Dabei wird der Patient vom Arzt oder einer Pflegeperson vorgestellt, sodann werden der Verlauf und die therapeutischen Maßnahmen kritisch analysiert. Die Werte und Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen werden einbezogen. Alle Pflegenden und Ärzte nehmen an den Fallbesprechungen teil.
- Wichtige spezifische Themen werden regelmäßig in **Teambesprechungen** behandelt. Zu den Themen solcher Besprechungen gehören kurze Informationen zu administrativen Fragen wie Organisation und Schichtdienst, Programm der Weiter- und Fortbildung, neue Verfahren und Geräte, Vorstellung neuer Mitarbeiter etc. Das Schwergewicht der Besprechungen muss jedoch auf Fragen der Ethik, der Integration der Angehörigen in die Behandlungskonzepte, sowie der Grenzen der Intensivmedizin liegen. Externe Spezialisten, beispielsweise Psychologen oder Ethiker, werden regelmäßig zur Teilnahme eingeladen. Die aktive Beteiligung aller Pflegenden und Ärzte an diesen Diskussionen und zur Konsensfindung in heiklen Fragen wird durch angemessene Methoden gefördert.
Ein offener Meinungs-austausch zu ethischen Grenzsituationen, z.B. am Lebensende, ist in einem Team der Intensivstation regelmäßig notwendig und gehört unabdingbar zur beruflichen Verpflichtung.

- Fallbesprechungen und Teambesprechungen im letztgenannten Sinne sollten im Wechsel stattfinden, wobei einmal wöchentlich eine derartige Zusammenkunft geboten ist.
- Die Erwartungen und Erfahrungen von Patienten und Angehörigen sollten durch eine entsprechende **Befragung** nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation erhoben und kritisch ausgewertet werden.
Ein spezifischer Fragebogen „Patientenzufriedenheit“ sollte als „Forschungsprojekt Pflege“ erarbeitet werden, in Zusammenarbeit z.B. mit Psychologen und Sozialarbeitern.

c) Strukturierte Weiter- und Fortbildung in klinischer Ethik

Die Fachkräfte in der Intensivmedizin haben ihre Ausbildung in Pflege oder Medizin häufig vor vielen Jahren absolviert. Die heute wichtigen Konzepte ethischer Entscheidungsfindung, insbesondere betreffend Palliativmedizin und Sterbebegleitung, sind nicht immer hinreichend vermittelt worden. Eine institutionell strukturierte Weiterbildung ist deshalb dringend notwendig. Dies hilft auch bei der Information und Diskussion mit Patienten und Angehörigen und ermöglicht es, dort auch existentielle Fragen anzusprechen.

Die Teilnahme aller Mitglieder des Teams der Intensivstation an einer solchen Weiterbildung muss sichergestellt werden. Moderne Mittel der Lehre – z.B. fallbezogene Gruppenarbeit, Problem-basiertes Lernen – müssen eingesetzt werden. Die leitenden Personen der Intensivstation wirken als Lernende und Lehrende aktiv mit. Die Zyklen und Themen werden so organisiert, dass sie optimal stationsintern (ev. klinikintern) durchgeführt werden können (z.B. ein Zyklus von 4-10 St. auf 2-3 Monate verteilt, immer mit anonymer Schlussevaluation durch die Teilnehmer).

d) Organisatorische und strukturelle Veränderungen müssen eingeleitet werden, um das Vertrauen in die Intensivstationen der Charité zu festigen und die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Versorgung der Patienten sicherzustellen

Die intensivmedizinische Betreuung schliesst eine kontinuierliche Präsenz kompetenter Ärzte und Pflegekräfte in der Station voraus, damit eine lückenlose Überwachung, sowie spezifische komplexe Therapien (einschliesslich technisch anspruchsvoller Methoden) und eine sehr rasche Reaktion auf unerwartete Ereignisse gesichert werden können.

- ***Die Intensivstation 104i verfügt heute nicht über eine optimale Struktur und Kompetenz, um eine stabile und angemessene medizinische Versorgung der ihr anvertrauten schwerkranken Patienten rund um die Uhr, 365 Tage im Jahr, garantieren zu können:***

- Das ärztliche Team muss derzeit regelmäßig, z.B. nachts, durch nicht ständig in der Intensivstation tätige Ärzte ergänzt werden. Dies gefährdete in der Vergangenheit nicht selten die Kontinuität der ärztlichen Betreuung, indem der von außen kommende Arzt unabgestimmte Änderungen in Unkenntnis des langfristigen Behandlungsplans anordnete.

- Überdies musste öfters ein allein anwesender Arzt zeitweise die Station verlassen, um in anderen Bereichen dringende Leistungen zu erbringen. Dies bedeutet, dass die Station ohne Arzt war. Dies ist im Interesse der Patientensicherheit nicht akzeptabel.

- Es ist auffallend, dass in der (kardiologischen) Intensivstation 104i nicht nur kardiologische Krankheiten und Patienten - entsprechend dem

Kompetenzzentrum in diesem Fach – sondern auch schwere multiple Organversagen behandelt werden. Inwieweit deren Versorgung mit den vorhandenen, eher kardiologischen Erfahrungen und Kompetenzen mit angemessener Sicherheit für die Patienten erfolgen kann, ist nicht klar.

- Inwieweit solche Defizite auch andere Intensivstationen der Charité betreffen, wurde von der Kommission nicht analysiert.

- ***Die Kommission „Patientensicherheit“ fordert die Leitung der Charité auf, die Organisation und Struktur ihrer Intensivstationen umgehend zu überdenken.***

- Neuere Konzepte in diesem Bereich schließen ein:
 - o die Zusammenlegung mehrerer Stationen
 - o die Aufgabenteilung entsprechend spezifischer Kompetenzen und/oder nach verschiedenen Stufen der Intensivmedizin (z.B. „intensive care“, „intermediate care“, im gegebenen Fall „coronary care“ etc.).
- Ein größerer intensivmedizinischer Bereich sollte durch ein autonomes ärztliches und pflegerisches Team versorgt werden. Es wäre für die Organisation und die medizinische Betreuung verantwortlich, aber auch für den konkreten Dienstplan, welcher eine konstante Verfügbarkeit der notwendigen Fachkompetenz innerhalb des Bereiches garantiert. In dem größeren Team einer solchen erweiterten Einheit wäre auch ein Wechsel zwischen mehr und weniger belastenden Arbeitssituationen organisierbar. Die in dieser Stellungnahme geforderten klinischen und Weiterbildungspflichten müssen von der Leitung des Bereiches übergreifend organisiert und wahrgenommen werden.

- Es ist zu gewährleisten, dass regelmäßige institutionalisierte Kontakte auf den Leitungsebenen der Station wie auch darüber hinaus zwischen Pflegedienst und ärztlichem Bereich stattfinden. Es geht nicht nur um die Information und Reaktion auf Fehlverhalten und Vorkommnisse, sondern auch um strukturelle und organisatorische Veränderungen zur Prozessoptimierung und die Besprechung neuer therapeutischer Methoden. Auch die Einführung und Betreuung neuer ärztlicher und pflegerischer Mitarbeiter sollte einvernehmlich beschlossen und umgesetzt werden.
- Soziale Kompetenz und die Fähigkeit zu Selbstverantworteter Konfliktlösung sind unverzichtbare Voraussetzungen für die Übernahme leitender Funktionen. Aus dem Umgang mit den Vorfällen auf Station 104i wurde deutlich, dass es hier Defizite gab. Die Leitung der Charité muss bei der Ausschreibung und Besetzung solcher Positionen auf diese Aspekte besonderen Wert legen.
- ***Die universitären, akademischen Verpflichtungen der Intensivmedizin müssen in allen seinen Bereichen verstärkt und besser nach außen sichtbar gemacht werden.***

Der Nachweis dieser Leistungen sollte für alle Stationen und Kliniken zur Selbstverständlichkeit werden, um damit das Ansehen der Charité-Universitätsmedizin zu festigen.

e) Optische Transparenz in der Station 104i zur besseren Betreuung und Überwachung der Patienten

Nach den dramatischen Vorfällen, welche sich auf der Station zugetragen haben, muss die Übersicht und die Einsicht in die einzelnen Zimmer sofort verbessert werden. Vorhänge, Jalousien und Türen müssen weitmöglichst offen gehalten werden, von begründeten Ausnahmen abgesehen. Dies würde die Patientenüberwachung durch das elektronische Monitoring ergänzen und beträchtlich verbessern.

V. Schlussfolgerungen

Die Kommission kommt zum Schluss, dass die vorgefallenen Straftaten, sowie ihre ungenügende und verspätete Aufdeckung, aber auch weitere strukturelle und kommunikative Defizite in den betroffenen Bereichen konkreter und rascher Korrekturen bedürfen. Spezifische Maßnahmen sind angezeigt, um das Ansehen der Charité-Universitätsmedizin zu stärken und das Vertrauen der Bevölkerung in die betroffene Station wiederherzustellen.