



Was tun bei Verdacht auf Patiententötung im Krankenhaus?

Erste Ausführungen zur Sachverhaltsaufklärung

Von Prof. Dr. Andreas Becker und Edgar Gärtner

Im vierten Teil der Artikelserie zu Straftaten im Krankenhaus wird auf erste Aspekte der Sachverhaltsaufklärung eingegangen. Dabei geht es in diesem Beitrag um die Dokumentation der Maßnahmen, Daten im Kontext der Sachverhaltsaufklärung und die bei der Anwendung statistischer Verfahren gebotene Vorsicht. Im nächsten Beitrag werden dann weitere Schritte der Sachverhaltsaufklärung erläutert.

Keywords: Straftat, Verdacht, Sachverhaltsaufklärung

Im Rahmen der Urteilsbegründung zu den Freisprüchen im Prozess über ehemalige Vorgesetzte des Patiententöters Niels Högel verwies der vorsitzende Richter, Sebastian Bührmann, auch auf Fehler hin, die passiert seien, und zwar in der Justiz und den Kliniken. „Sie haben Misstrauen gehabt, man hätte sich gewünscht, dass viel klarer diesem Misstrauen nachgegangen worden wäre“, so der Richter in seiner direkten Ansprache an die Freigesprochenen. Der Fall

Niels Högel ist wegen seines unfassbaren Ausmaßes besonders, aber auch die fatalen Auswirkungen fehlender Entscheidungskraft verantwortlicher Personen heben diesen Fall deutlich hervor.

Tötungen und insbesondere Serientötungen durch medizinisches Personal sind selten und fallen in der Regel erst nach einer Reihe unerkannter Fälle auf. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei den Opfern überwiegend um Patienten handelt, bei denen ein plötzliches Versterben aus natürlicher Ursache nicht ungewöhnlich ist. Und auch die Abgrenzung zur billigen Inkaufnahme des Todes durch bspw. hohe Dosierungen von Schmerzmedikamenten bei einer palliativen Behandlung kann sehr schwerfallen.

Die Geschäftsführung eines Krankenhauses befindet sich in einem Spannungsfeld, denn wird in einer konkreten Situation ein Verdacht geäußert, so ist eine vorsichtige und be-

dachte Vorgehensweise angeraten, denn das Risiko eines zu Unrecht erhobenen Vorwurfs darf nicht unterschätzt werden. Auf der anderen Seite müssen Verdächtigungen abgeklärt werden. Schweigen, Aussitzen und auch unqualifizierte Maßnahmen tragen möglicherweise zur Deckung eines Täters bei. Erschwerend dürfte in den meisten Fällen hinzukommen, dass das Krankenhaus über keine Regelungen zum Vorgehen verfügt und das Personal keine Qualifikationen zur Durchführung von Maßnahmen wie der Beweissicherung bis hin zu einer Sachverhaltsaufklärung besitzt. Dies gilt auch für die Durchführung statistischer Analysen, die regelhaft durch die eingeschränkte Verfügbarkeit geeigneter Daten erschwert wird.

Exkurs: Bauch- und Störgefühl

Im ersten Beitrag unserer Artikelserie wurde bereits erwähnt, dass Verdächtige meist nicht „mit der Giftspritze in der Hand“ in flagranti angetroffen

werden. Ein Verdacht entsteht meist eher über Tage, Wochen oder Monate und die (bewusste oder unbewusste) Beobachtung des „verdächtigen“ Mitarbeiters verdichtet häufig das ursprünglich „ungute Gefühl“, ohne dass man dieses „Gefühl“ an bestimmten Handlungen oder einzelnen Entscheidungen des „Verdächtigen“ festmachen kann. Es entsteht und verfestigt sich ein – auch im Volksmund so genanntes – „Bauchgefühl“, welches eine weitere Betrachtung verdient. So definiert der deutsche Psychologe und Direktor des Harding-Zentrum für Risikokompetenz an der Universität Potsdam, Gerd Gigerenzer, „eine Intuition oder ein Bauchgefühl als ein Urteil, das unvermittelt im Bewusstsein auftaucht, dessen tiefere Gründe uns nicht ganz bewusst sind und das stark genug ist, um danach zu handeln.“

Führt das Bauch- oder Störgefühl zur Information der Unternehmensleitung, so ist dies zunächst positiv zu bewerten. Ab diesem Zeitpunkt darf es jedoch nicht mehr um Gefühle gehen, vielmehr ist eine systematische und objektive Vorgehensweise gefragt. Lassen sich Führungskräfte von dem ihnen vorgetragenen Bauch- bzw. Störgefühl emotional beeinflussen, so besteht die Möglichkeit, dass ihr weiteres Handeln (zu) stark von Gefühlen geleitet wird. Daraus resultiert dann die Gefahr, dass nach einer Entscheidung im Sinne von „der Verdacht ist so überzeugend, da muss etwas dran sein“ bevorzugt Informationen ausgewählt werden, die die getroffene Entscheidung als richtig erscheinen lassen, und dass gegenteilige Informationen „abgewehrt“ oder nicht beachtet werden. In Folge droht dann die Entstehung einer Eigendynamik, die in Verbindung mit laien- oder fehlerhaften Analysen, garniert mit nicht vorhandenen oder lückenhaften Daten, dem Aufdecken vermeintlicher Muster, der Verwechslung von (vermeintlicher) Korrelation und Kausalität in einer Katastrophe münden kann.

Keine Aufklärung ohne Dokumentation

Es versteht sich von selbst, dass der gesamte Prozess der Sachverhaltsaufklärung konsequent und strukturiert dokumentiert werden muss; dies beginnt unmittelbar mit der Mitteilung des ersten Verdachts und gilt für alle Besprechungen, Ergebnisse und Entscheidungen zum (weiteren) Vorgehen. Die den Verdacht vorbringenden

Mitarbeiter sind – sofern sie nicht anonym bleiben – unverzüglich aufzufordern, den Verdacht und alle ihn möglicherweise begründenden Auslöser schriftlich zu dokumentieren. Diese schriftliche Dokumentation geht direkt an die Unternehmensleitung; Prüfung, Korrektur oder gar Ergänzung durch Dritte müssen ausgeschlossen werden. Die Ausführungen müssen dann sofort qualifiziert geprüft werden, dabei geht es insbesondere um die Plausibilisierung des Vorwurfs und Ansätze für die Sachverhaltsaufklärung.

Daten im Kontext klinischer Prozesse

Allein statistische Auffälligkeiten sollten nicht überbewertet werden. Klinische Prozesse sind nicht nur kompliziert, sondern mitunter auch komplex oder sogar „komplexer“, als manche Personen ohne klinische und klinisch-

Im zweiten Schritt sind die Patienteneigenschaften zu hinterfragen, die wiederum in den Daten korrekt abgebildet werden müssen, so beispielsweise:

- Gibt es bei den Patienten irgendwelche Faktoren, die sich auf die Prozess- oder Ergebnisqualität auswirken konnten?
- Gab es Änderungen im Zusammenhang mit Aufnahmen bzw. Entlassungen (Indikationsstellung, Vorgehen ...)?
- Veränderung im Prozesse der Festlegung von Therapielimitierungen?

Im dritten Schritt geht es um Strukturen und Ressourcen, die sich auf die Prozess- oder Ergebnisqualität auswirken können; hierzu zählen unter anderem die Infrastruktur und die Arbeitsumgebung:

- Gab es irgendwelche Veränderungen bei den zur Verfügung stehenden Strukturen und Ressourcen, die sich auf die Prozess- oder Ergebnisqualität auswirken konnten?

„Führt das Bauch- oder Störgefühl zur Information der Unternehmensleitung, so ist dies zunächst positiv zu bewerten. Ab diesem Zeitpunkt darf es jedoch nicht mehr um Gefühle gehen, vielmehr ist eine systematische und objektive Vorgehensweise gefragt. Lassen sich Führungskräfte von dem ihnen vorgetragenen Bauch- bzw. Störgefühl emotional beeinflussen, so besteht die Möglichkeit, dass ihr weiteres Handeln (zu) stark von Gefühlen geleitet wird.“

organisatorische Expertise vermuten mögen. Daher muss bei der Sachverhaltsaufklärung – neben den patientenseitigen Faktoren – der Kontext, in dem klinische Prozesse ablaufen, mit den entsprechenden beitragenden Faktoren zwingend berücksichtigt werden. Die Analyse von Todesfällen sollte die Wechselwirkungen klinischer Prozesse mit anderen (klinischen) Prozessen und auch alle möglichen Einflussfaktoren, die auf diese Prozesse wirken können, angemessen berücksichtigen.

Bevor Daten zur Auswertung herangezogen werden, sollten sie selbst hinterfragt werden, so z.B.:

- Sind die Daten vollständig?
- Gab es eine Veränderung der Dokumentationsvorgaben und wurden diese korrekt umgesetzt?
- Gab es eine Veränderung der Dokumentationspraxis?
- Ist die klinische Dokumentation klar, komplett und konsistent?
- Wurden Definitionen korrekt angewendet?

- Engpässe in den Kapazitäten der OPs, Intensivstation, Funktionsstellen etc.?
- Veränderungen in Verfahren (Leitlinien, SOP etc.) und deren Kommunikation beziehungsweise Schulung?
- Einführung neuer Verfahren?

Der Versorgungsprozess läuft im Umfeld der Strukturen und Ressourcen ab, er wird von ihnen beeinflusst und ist daher immer in diesem Zusammenhang zu betrachten. Besondere Bedeutung erhält hierbei die Frage, ob der Versorgungsprozess wissenschaftlich abgesichert ist und sich auf das beste Wissen und die beste Praxis stützt. Wurde das beste Wissen – bspw. Leitlinien zur Intensivmedizin – in die Organisation übernommen und kommen diese wirksam am Patienten an?

- Gab es irgendwelche Veränderungen im Bereich der Versorgungsprozesse, die sich auf die Ergebnisqualität auswirken konnten?
- Gab es Änderungen im Zusammenhang mit Aufnahmen, Entlassungen bzw. internen Verlegungen (Indikationsstellung, Vorgehen ...)?

- Veränderungen beziehungsweise neue Leitlinien?
- Anwendung neuer Geräte, Medikamente etc.?

„In den klinischen Prozessen sind Menschen tätig und daher sind die folgenden Fragen für die Qualität eines Prozesses von elementarer Bedeutung und so gilt die Forderung: ‚Personal, dessen Tätigkeit die Erfüllung der Anforderungen an die Dienstleistung in der Gesundheitsversorgung beeinflusst, muss aufgrund der angemessenen Ausbildung, Schulung und Fertigkeiten und Erfahrung kompetent sein.‘“

- Unterschiede zwischen Schichten, Wochentagen, Urlaubszeiten?

In den klinischen Prozessen sind Menschen tätig und daher sind die folgenden Fragen für die Qualität eines Prozesses von elementarer Bedeutung und so gilt die Forderung: „Personal, dessen Tätigkeit die Erfüllung der Anforderungen an die Dienstleistung in der Gesundheitsversorgung beeinflusst, muss aufgrund der angemessenen Ausbildung, Schulung und Fertigkeiten und Erfahrung kompetent sein.“ Auch hier ist zu beachten, dass das Personal im Umfeld der Strukturen und Ressourcen sowie anderer organisationaler Umgebungsfaktoren in den klinischen Prozessen tätig ist.

- Gab es irgendwelche Veränderungen im Bereich des Personals, die sich auf die Ergebnisqualität auswirken konnten?
- Quantitativ (Arbeitsdichte)?
- Qualitativ (Kompetenzen, Fähigkeiten, Personalmix)?
- Verlust von Mitarbeitern mit besonderer Bedeutung für Prozesse und Ergebnisqualität?
- Veränderung von Teamstrukturen?

Statistische Verfahren – Anwendung nur mit Bedacht

Statistische Verfahren werden im Verdachtsfall als ex post Analyse angewendet und die Resultate können daher im engeren Sinne nur als eine ex post Deskription von Datenausprägungen verstanden werden. Diese Einschränkung basiert auf der folgenden statistischen Grundlage: bevor man sich mit statistischen Verfahren zur schlussfolgernden Statistik mit Daten beschäftigt, muss eine bestimmte Hypothese aufgestellt werden, die man überprüfen möchte. Wenn die Hypothese aus der Analyse der Daten

stammt, macht es keinen Sinn, dieselben Daten erneut zu analysieren, um sie zu anzunehmen oder abzulehnen. In den meisten Fällen wird die Hypo-

these nicht auf Grundlage von Daten formuliert, sondern auf Grundlage eines mehr oder weniger vagen oder unbestimmten Verdachts gegenüber einem Mitarbeiter.

Alle statistischen Auswertungen stehen unter diesem Vorbehalt und folglich können die Ergebnisse nur herangezogen werden, um die folgende Frage zu beantworten: „Passen die Ergebnisse zur der auf einem Verdacht basierenden Hypothese, dass Todesfälle während der Schichten eines Mitarbeiters nicht zufällig sind?“

Dies bedeutet weiterhin: Wird diese Frage mit „Nein“ beantwortet, so bedeutet dies nur, dass die Hypothese abgelehnt wird. Die Ablehnung der Hypothese hat nichts mit dem „Beweis von Unschuld“ zu tun. Wird diese Frage mit „Ja“ beantwortet, so bedeutet dies nur, dass die Hypothese angenommen wird. Die Ablehnung der Hypothese hat nichts mit dem „Beweis von Schuld“ zu tun.

Erst wenn alle (!) anderen möglichen Faktoren und Einflussgrößen (zu denen auch andere Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen mit Anwesenheit im entsprechenden Bereich gehören) mit der geforderten Sicherheit ausgeschlossen werden können und unter Berücksichtigung der dann noch immer bestehenden – und nicht näher bezifferbaren – restlichen Irrtumswahrscheinlichkeit kann sich der Verdacht gegen den beschuldigten Mitarbeiter erhärten. Die Feststellung von „Schuld“ oder „Unschuld“ ist auch dann dem Gericht vorbehalten.

Der aufwendigen Prüfung aller in Frage kommenden Faktoren und Einflussgrößen – einschließlich anderer Personen – kommt eine besondere Bedeutung zu, denn die Ablehnung und An-

nahme einer bestimmten Hypothese erfolgt auf Grundlage einer sogenannten Irrtumswahrscheinlichkeit, zu dem Ergebnis eines statistischen Signifikanztests in Bezug gesetzt wird. Dabei gilt: verwechsle niemals Korrelation mit Kausalität und auch wenn etwas sehr unwahrscheinlich ist, so bedeutet das nicht, dass es nicht doch nur Koinzidenz ist. ■

Literatur bei den Verfassern



Prof. Dr. med. Andreas Becker

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Qualitäts-, Informationssicherheits- und Risikomanagement in Krankenhäusern und medizinischen Laboratorien
Nonnenweg 120a
51503 Rösrath
becker@becker-sachverstaendiger.de

Edgar Gärtner

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Strafrecht, Compliance Officer (Univ.), Zertifizierter Verteidiger für Wirtschafts- und Strafrecht (DSV)
Viktoriastraße 28
68165 Mannheim
gaertner@gaertner-slania.de