Dr. Jens Scholz, statt. Im ersten Teil ging es vor allem um akutes klinisches Risikomanagement nach dem Systemanalyse-Instrument London-Protokoll. Die Besprechungen wurden in offener, konstruktiver Atmosphäre ohne Fehlerzuweisung geführt. Die Organisation des notwendigen Geschehens wurde inhaltlich strukturiert und die Datensammlung, inklusive medizinischer und logistischer Updates, koordiniert. Sämtliche Verbesserungsvorschläge, die in breiter Diskussion entstanden, fanden Eingang. Parallel dazu installierte die Klinikleitung eine Task-Force aus Ärzten und Infektiologen, die externe Eingaben bewerten und beantworten sollten. Die täglich aktualisierten Protokolle mit To-do-Liste und Zuordnung von Verantwortlichkeiten und Umsetzungsfristen befolgten alle Akteure genau.

Im stets direkt anschließenden zweiten Teil der Lagebesprechung fanden in derselben personellen Besetzung die Pressekonferenzen statt. Die aktuellen Erkenntnisse wurden unmittelbar an die Öffentlichkeit gegeben. Alle Experten standen für Fragen zur Verfügung.

Interne und externe Kommunikation

Die gesamte Situation war einerseits vom Argwohn der Medien und andererseits von notwendigen Entscheidungen unter Zeitdruck geprägt. Es ging darum, die maximale Übernahme der Verantwortung zu demonstrieren. Dabei galt es, die Situation zu deeskalieren – ohne Blick auf die Kosten. Ziel war es,

SYSTEMANALYSE LONDON-PROTOKOLL

Im Seminar zum London-Protokoll wird die Zwischenfallanalyse in sieben Abschnitten dargestellt. Es handelt sich um einen systematischen Reflexionsprozess von Zwischenfällen, der wissenschaftlich erarbeitet wurde. In diesem stehen nicht Schuldzuweisungen im Vordergrund, sondern die tiefergehende Analyse des Zwischenfalls selbst. Dazu gehören folgende Inhalte:

- Darstellung des chronologischen Ablaufs des Zwischenfalls
- Identifikation der fehlerhaften Vorgänge
- Identifikation der fehlerbegünstigenden Faktoren
- Erarbeitung des Maßnahmenplans

die Schuldfrage zu klären und eine möglichst rasche Wiederherstellung des Normalzustandes zu erreichen. Gleichzeitig sollten alle Maßnahmen ergriffen werden, die eine Wiederholung des Geschehens unmöglich machten.

Unter dem Eindruck, dass dieses Ereignis einen prägenden Einfluss auf die Zukunft des UKSH mit seinen 13.000 Mitarbeitern haben könnte, hatte die Absicherung der Datenlage und die offene Kommunikation auch für die Öffentlichkeitsarbeit des UKSH höchste Priorität. Neben den täglichen Pressekonferenzen hat die Pressestelle des UKSH die interne und externe Kommunikation auf allen ihr zur Verfügung stehenden Kanälen eingeleitet. Sicherge-

*Mit *Acinetobacter baumannii* infizierte (nicht kolonisierte) Patienten sind mit Antibiotika kaum therapierbar.*

ZWISCHENRUF

Was ist gute Pflege?

Gute Pflege ist, wenn der Patient das Krankenhaus lebend verlässt – ok, eher eine Minimalforderung. Wenn der Patient das Krankenhaus ohne Komplikation verlässt – wir kommen der Sache schon näher. Wenn der Patient zufrieden und ohne Komplikation das Krankenhaus verlässt – jetzt wird es schwierig. Der Patient als Qualitätskriterium? Klar, wer sonst. Aber kann der Patient beurteilen, ob er gut versorgt wurde? Subjektiv auf jeden Fall. Objektiv kommt es schon mal vor, dass es verschiedene Ansichten gibt.

In der Industrie mag es vergleichsweise einfach sein, Qualität zu produzieren und nachzuweisen. Prozesse werden vorgegeben, überwacht und am Ende steht eine Produktionskontrolle. Fertig ist das hochwertige Produkt. Nun ja, klappt nur bedingt – regelmäßige Rückrufaktionen bezeugen das Gegenteil. Ein Kriterium, an dem es immer wieder scheitert, ist der Mensch. Genau das „Medium“, mit dem wir in der Pflege arbeiten. Wir haben es mit, in jeder Hinsicht, individuell verschiedenen Menschen zu tun. Trotzdem wird versucht, Qualität greifbar und vergleichbar zu machen. Ich vermute, dass die meisten von Ihnen schon einmal innerlich aufgestöhnt haben, wenn das nächste Audit angekündigt wird. Es mag ja ketzerisch sein, aber zeugt es von einer guten Pflege, wenn ich die Telefonnummer des Brandschutzbeauf-

tragten auswendig kenne? Man möge es mir verzeihen, aber in der Zeit, die ich brauche um sie zu lernen, hätte ich auch die Hand des alten Patienten in Zimmer 106 halten können. Einfach so, weil es sonst niemand macht. Dummerweise lässt sich Menschlichkeit nur schwer objektivieren. Ist aber auch ein blödes Beispiel, da für „Händchen halten“ selten Ressourcen zur Verfügung stehen (DRG schon mal gar nicht).

Natürlich bringen uns Qualitätsziele weiter, ansonsten würden wir möglicherweise immer noch Dekubitus in Serie produzieren. Natürlich ist es sinnvoll, auch im Krankenhaus Qualität nicht nur abzuliefern, sondern auch nachzuweisen. Natürlich ist es sinnvoll, einheitlich nach Standards zu arbeiten. Natürlich ist es sinnvoll, von außen auf die Pflege zu schauen. Aber gute Pflege geht weit über diese objektiven Parameter hinaus und genau diese – manchmal nur kleinen – zwischenmenschlichen Gesten unterscheiden gute von besserer Pflege. Es ist sicher berechtigt, wenn die Wände mit Zertifikaten tapeziert sind. Vergessen wir darüber aber bitte nicht, dem Patienten in Zimmer 106 mit Menschlichkeit zu begegnen.

Stefan Drees

Fachkrankenschwester für Hygiene, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege (drees.hfk@gmx.de)