

Und am Ende kommt der Richter?! Haftung bei Dekubitus

Gerhard Schröder

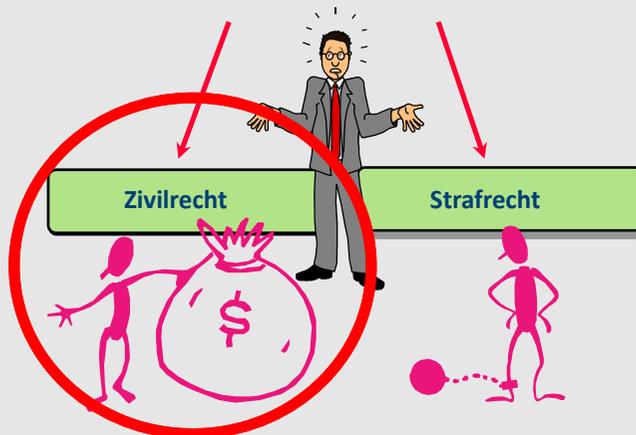
Was bedeutet „Haftung“???



Krankenschwestern?

2

Rechtliche Aspekte Dekubitus



3

Anzahl Behandlungsfehler

- 2006: 10.280 Beschwerden bei der Bundesärztekammer von Patienten
- 2013: 12.232 Beschwerden, 1.864 Fälle mit Schaden
10% = 184 Fälle wurden gerichtlich bearbeitet
- Insgesamt Fälle von Behandlungen: ca. 380 Millionen pro Jahr.
- **Wahrscheinlichkeit: 0,000000484210526 Prozent**

4

Wie beginnt ein Rechtsfall?

- Patient hat eine Behandlung bekommen
- Seine Erwartungen sind nicht erfüllt worden
- evtl. Hat er weitere Beschwerden oder neue Beschwerden
- Er denkt nach... und denkt nach ... und er spricht mit anderen Menschen ...
- Man kommt zum Ergebnis: „da ist was schief gelaufen“
- Patient spricht vielleicht mit dem Arzt ... der lehnt vielleicht ab oder wird ablehnend...
- Patient nimmt sich einen Anwalt

5

Wie beginnt ein Rechtsfall?

- Patient wird behandelt.
- Er erleidet während der Behandlung einen Schaden, z.B. einen Dekubitus
- Patient wird mit Dekubitus aus dem Krankenhaus entlassen
- Dekubitus wird ambulant weiter behandelt und somit mit der Krankenkasse abgerechnet
- Krankenkasse fragt beim Krankenhaus nach, weshalb der Patient einen Dekubitus erlitten hat.

6

Haftungsprinzipien Fallbeispiel

- Frau M., 89 Jahre, Arthrose beide Knie
- 2009: Knieprothese rechts
 - Dekubitusgefahr postop.: Schmerzen, Immobilität, Diarrhö, Feuchtigkeit an der Haut, Schmerzen an Kreuzbein und Fersen
 - 14.5.09: Gesäß leicht gerötet
 - 18.5.09: „am Gesäß in Falte 1 offene Stelle re. von 1 x 1 cm und li. 2 kleine offene Stellen.“
 - ab 18.05.09: Fersen bds. mit Watte gepolstert
 - offene Gesäßstellen mit Schaumverband abgedeckt
 - während der gesamten Zeit Einreiben Fersen und Gesäß mit PC-30-V

7

Haftungsprinzipien Fallbeispiel

- ab 18.05.09: Gesäß Weichlagern mit zusammengelegter Decke
- 21.05.09: Blase entleert sich am Gesäß
- 22.05.09: Wunddoku wird angelegt: „Dekubitus“
- ab 16.05.09 längere Zeit zur Entlastung an der Bettkante sitzen.

8

Haftungsprinzipien Fallbeispiel

- 2010: 2.OP Knieprothese links
 - Aufnahme am 22.06.2010 Braden Skala 22 Punkte (Rollator Mobil) - Hauttyp wird als normal beschrieben
 - OP 23.06.2010
 - nach OP Kreislaufinstabilität
 - Mobilisation: ab 24.06.10 „Mobilität stark verlangsamt“
 - Diarrhöen, Fieber, Kollaps
 - 30.06.10: MTS werden erneuert
 - ab 2.7.2010 Wunde am Gesäß („Dekubitus“)

9

Haftungsprinzipien Fallbeispiel

- 01.07.10: Braden-Skala: 22 Punkte
- 26.06.10: offene Stellen am Gesäß: Schaumverband wird aufgeklebt
- 01.07.10: Wunddoku: „Dekubitus“
- 02.07.10: Antidekubitusmatratze wird bestellt, Schaumstoffmatratze
- 03.07.10: Verdacht auf Schlaganfall
- 05.07.10: Verlegung in eine neurologische Klinik

1
0

2. Fall: Pflegeheim

- Patient im Krhs. mit Hemiplegie (20-4-2015)
- Schluckstörungen (PEG)
- Kooperationsbereitschaft: Zeitweise
- Motorische Unruhe, Sedierung
- 6.5.15: Reha noch nicht möglich → Kurzzeitpflege Pflegeheim

Pflegeheim II

- 8. Mai 2015, 0:20 Uhr: gelagert; 6:40 Uhr gelagert
- 08. Mai 2015, 11:21 Uhr: „Körperpflege. Patient hat breiartig eingekotet. Hoden und die Leisten sind leicht gerötet. Hoden und Leisten mit Wundcreme versorgt“.
- 11:27 Uhr „Patient hat breiartig abgeführt.“
- 8. Mai 2015 13:34 Uhr: Patient heute noch im Bett gelassen.
- 8. Mai 2015 16:18 Uhr: Wiegen auf der normalen Sitzwaage nicht möglich, Herr Erdbrügger rutscht ständig herunter.
→ Daraus ergibt sich, dass der Patient offenbar komplett immobil war.
- 09. Mai 2015 06:19 Uhr: Patient hat wenig geschlafen, dreimal gelagert.
→ aber wann? Welche Lagerungen wurden durchgeführt? Hautinspektion fehlt komplett.

Pflegeheim III

- 10. Mai 2015, morgens: Patient hatte Durchfall und hat sich komplett mit Stuhl im Gesicht und am Körper verschmiert. Patient wurde geduscht
→ Frage wie, wenn er nicht sitzen kann?
- 12. Mai 2015 15:52 Uhr: Patient ist in den Sessel transferiert worden.
→ kann er denn nun sitzen?
- 12. Mai 2015 17:15 Uhr: Patient sitzt im Elektrosessel fühlt sich nach eigener Aussage wohl.
- 14. Mai 2015 16:46 Uhr: Patient macht einen sehr müden und schlappen Eindruck.
- 16. Mai 2015 13:07 Uhr: Patient auf Wunsch im Bett gelassen.
- 17. Mai 2015 11:15 Uhr: Patient hatte bisher keinen Durchfall mehr. Ist kooperativ, kommuniziert und macht einen müden Eindruck.
- 18. Mai 2015: müden und schlappen Eindruck, kein Durchfall. Haut an den Fersen, in den Leisten und am Hoden ist reizlos und intakt.

Pflegeheim IV

- 22. Mai 2015 13:27 Uhr: die Haut am Gesäß, an den Fersen und in den Leisten reizlos und intakt. Patient hat mit seiner Frau im Garten gesessen.
- 23. Mai 2015 20:26 Uhr: „Patient ist durch den Durchfall am Hoden und im Gesäßbereich wund bitte beobachten.“
- 25. Mai 2015 15:33 Uhr: Temperatur 38,1° C rektal
- Patient sehr schläfrig, hustet sehr viel.
- 26. Mai 2015 08:15 Uhr: Hausarzt informiert über Aspiration.
- 26. Mai 2015 20:16 Uhr: „Gesäß bzw. Analfalte ist gerötet. Hautpflege mit Bepanthen durchgeführt. Zweistündlich rechts und links gelagert.“
- 26. Mai 2015: Patient soll in die Reha. Ehefrau zweifelt, ob der Zustand ihres Mannes dafür überhaupt geeignet ist. Spricht mit dem Arzt und stimmt der Reha verlegen zu.
- 27. Mai 2015 15:54 Uhr: Gesäß ist weiterhin gerötet. In der Analfalte im Bereich des Steißes ist eine gerötete Druckstelle sichtbar. Diese ist noch oberflächlich geschlossenen Hautstelle mit Bepanthen versorgt und 30° auf der rechten Körperseite gelagert.

Fazit: Woran mangelt es?

- Risiko wird dokumentiert, erfolgen aber keine Maßnahmen
- Feuchtwunden entstehen, werden aber unzureichend versorgt
- Im Gebiet der Feuchtwunden entsteht Dekubitus
- Dekubitus wird nicht wahrgenommen, nicht dokumentiert, keine Maßnahmen
- Unzureichende Wundversorgung
- Hilfsmittel werden unpräzise dokumentiert (Name der Matratze!)

Beispiele aus dem Alltag

- „Fehlerhafte Behandlung eines Dekubitus mit Comfeel...“, weil der Arzt sich die Wunde nicht regelmäßig angeschaut hat und die Pflegenden das Ablösen des Verbandes nicht dokumentiert haben.
- Patient lehnt Prophylaxe ab, erleidet Druckgeschwür: Schwerer Pflegefehler 9.000 € Schmerzensgeld

Beweislast

Wer grundlos von Standardmethoden zur Bekämpfung möglicher bekannter Risiken abweicht, muss Schadenersatzansprüche und die Folgen einer Beweislastumkehr im Schadensfall fürchten.

(BGH NJW 1983, S. 2080, 2081)

1
7

Bei Ablehnung folgendes Vorgehen:

1. Ablehnung der Massnahme dokumentieren, nach Ursache suchen (Schmerzen?)
2. Patient erneut informieren über Wichtigkeit,
3. Risiko einstufen, wenn möglich: Hautinspektion
4. Alternativen anbieten: Mikrolagerung?
5. Hilfsmittel organisieren
6. Arzt informieren über Dekubitusgefahr

Checkliste Dekubitus

- Bei Auftreten eines Dekubitus sollte die Einrichtung checken:
 - Wann ist der Dekubitus entstanden?
 - Risiko frühzeitig und vollständig erkannt?
 - Ursachen der Dekubitusentstehung?
 - Ist Bewegungsförderung durchgeführt worden?
 - Ist der Bewohner/ Angehörige informiert worden?
 - Sind Lagerungen durchgeführt worden? Mikrolagerungen?
 - Hat der Bewohner Lagerungen abgelehnt, nicht toleriert? Warum?
 - Sind Hilfsmittel frühzeitig eingebracht worden?
 - Ist der Arzt informiert worden?



Wichtig zum Dekubitus

- **Risikodokumentation**
 - Durchblutungsstörungen
 - Immobilität
 - bestehende Hautschädigungen
 - Medikamente
- **Hautinspektion:** Beobachtung, Palpation, Fingertest
- **Dekubitus Grad 1** feststellen und reagieren!
- **Passende Lagerungshilfsmittel** rechtzeitig
- Meldung an den Arzt bei Dekubitus
- Vorsicht Sitzen: Höherer Druck!!

Verständlich reden mit Patienten

