



Krankenhausinfektionen bedeuten immer zusätzliches Leid

Krankenhausinfektionen verlängern den Aufenthalt im Krankenhaus (Verweildauer) und können zum Tod des Patienten führen. Aus der Chirurgie weiß man, dass Krankenhausinfektionen das Sterberisiko verdoppeln.

Viele Krankenhausinfektionen heilen nicht folgenlos aus, sondern ziehen bleibende Schäden nach sich, z.B. nicht heilende Wunden, Amputationen oder Pflegebedürftigkeit.

Dazu kommen die psychischen Belastungen: Akut stellt sich der Patient die Frage, was aus ihm wird, ob er wieder gesund wird, ob er eventuell Schäden behält. Dies führt zu psychischer Belastung, auch der Familie, die ja mitleidet. Krankenhausinfektionen rufen immer zusätzliches Leid hervor.

Ein typisches Beispiel:

Eine 30jährige Frau ist nie ernsthaft krank gewesen. Am 17. August bekommt sie Leibschmerzen, Krämpfe, Durchfälle und kollabiert schließlich. Sie wird stationär im Krankenhaus aufgenommen. Sie erhält bei Aufnahme einen Venenzugang gelegt und bekommt Infusionen bis zum 20. August. Der Venenzugang wird am 21. August gezogen wegen beginnender lokaler Entzündung und sie erhält einen Rivanolverband. Bereits am Abend des 20. August bekommt sie Fieber bis 38,6°C. Sie erhält Novalgin zur Fiebersenkung. Am 23. August ist die ehemalige Einstichstelle des Venenzugangs gerötet mit einer mäßigen Verhärtung beim Tasten. Bis zum 26. August kommt es immer wieder zu Fieberschüben. Eine Diagnostik (Blutkultur) wird nicht durchgeführt, Antibiotika werden ebenfalls nicht gegeben.

Am 26. August entleert sich Eiter aus der Einstichstelle, zumindest schildert dies der Lebensgefährte später so. Eine Dokumentation findet sich dazu nicht in der Patientenakte. Der diensthabende Arzt ordnet erneut einen Rivanolverband an, ein Wundabstrich wird nicht durchgeführt.

Am 26. August abends kommt es zum Blutdruckabfall, es werden Infusionen gegeben und die Patientin wird später auf die Intensivstation verlegt. Dort erhält sie erstmals ein Antibiotikum. Drei Stunden nach Aufnahme auf der Intensivstation muss sie reanimiert werden und verstirbt schließlich.

Der Fall kam vor die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein und diese stellte mehrere Fehler fest:

- Die Venenverweilkanüle wurde länger als notwendig belassen.
- Sie wurde noch belassen, als schon lokale Entzündungszeichen und Fieber vorlagen.
- Eine mögliche Sepsis wurde nicht in die Differenzialdiagnose bei Auftreten des Fiebers einbezogen.
- Es wurde keine Untersuchung des Exsudates durchgeführt.
- Die Sepsis wurde nicht frühzeitig erkannt und behandelt - so betrug der Entzündungsparameter CRP am 23. August bereits 22 mg/dl und war deutlich erhöht.



Die Gutachterkommission sah ein grob fehlerhaftes Vorgehen, da die Sepsis verkannt wurde trotz Anstieg von CRP, dem Auftreten einer Leukopenie und von Muskelschmerzen. Dadurch wurde nicht rechtzeitig mit einer Antibiotikatherapie begonnen und der sich entwickelnde Schock nicht adäquat behandelt bzw. zu spät. Zusammenfassend sah die Gutachterkommission schwerwiegende Versäumnisse und Sorgfaltsmängel und konstatierte einen groben Behandlungsfehler. Der Tod hätte bei korrektem Verhalten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verhindert werden können.

Der Klinik-Konzern Asklepios hat 2015 in einer repräsentativen Befragung ermitteln lassen, wovor sich die Deutschen bei einem Klinikaufenthalt fürchten. Im Vordergrund stehen dabei hygienische Probleme und Fehler:

- 65 % Ansteckungsgefahr mit multiresistenten Keimen
- 49 % Behandlungsfehler
- 35 % verunreinigtes Operationsbesteck
- 33 % Komplikationen beim Eingriff
- 30 % Fehler des Arztes durch Zeitmangel
- 27 % Fehler aufgrund Verwechslung/falscher Unterlagen
- 24 % Verabreichung falscher Medikamente
- 14 % erneute OP aufgrund von unbefriedigendem Ergebnis
- 11 % fehlerhafte Bedienung der medizinischen Geräte

30.01.2018 Prof. Dr. W. Popp