

Silke M. Lachmund – Hildesheimer Str. 139 – 30880 Laatzen

Email SML@Krankenhaushasser.de Homepage: www.Krankenhaushasser.de

S..Lachmund, Hildesheimer Str. 139, 30880 Laatzen

AOK Niedersachsen
Hans-Böckler-Allee 13

30173 Hannover

Laatzen, 07.02.11

Hermann Lachmund, 01.03.18 Vers.-Nr. 532513046

Sehr geehrte Damen und Herren,
in der Eigenschaft als Betreuerin meines Vaters bitte ich hiermit um die Überprüfung der Abrechnung der geriatrischen Akutklinik/Rehabilitation in Langenhagen (Hagenhof).
Betrifft: Aufenthalt meines Vaters in der Zeit vom 01.06.10 bis 16.07.10.

Am 24.05.10 wurde mein Vater mit einem Schlaganfall und einer vermuteten Aspirations – Lungenentzündung in das Agnes Karll Krankenhaus eingeliefert.

Bereits bei Aufnahme zeigten sich fieberhafte Temperaturen, sodass wir bei Verdacht auf eine Aspirationspneumonie nach Rücksprache mit unseren internistischen Kollegen eine antibiotische Therapie intravenös mit Clindamycin und Ceftriaxon begannen ab dem 26.05.10. Hierunter kam es zu einer zügigen Entfieberung und Rückgang der Entzündungsparameter.

Entlassungsmedikation u. a.:

Clindamycin 600 i.v. 08:00, 16:00 und 24:00 bis 05.06.10

Ceftriaxon 2 g i.v. 08:00 1x1 bis 05.06.10

Am 01.06.10 wurde mein Vater in die Akutgeriatrie in Langenhagen verlegt.

Nach telefonischer Rücksprache verlegen wir den Pat. auf Wunsch der Betreuerin in Ihre akutgeriatrische Weiterbehandlung.

Am 09.06.10 wurde eine PEG durch die Bauchdecke gelegt, weil mein Vater sich mehrmals die Nasensonde, mit der er bis dahin ernährt wurde, gezogen und deshalb Sondenkost aspiriert haben soll.

Am 11.06.10 wurde mir mitgeteilt, dass er erneut eine Aspirations – Pneumonie **ohne Keime** hat, weil die PEG nicht richtig funktioniert.

Am 17.06.10 wurde mir mitgeteilt, dass er erneut eine Lungenentzündung hat – dieses Mal **mit Keimen**: reichlich Pseudomonas aeruginosa und mäßig Stenotrophomonas Burkholderia. (Siehe mikrobiologischer Bericht vom 18.06.10)

Am 24.06.10 begann die Rehabilitation.

Am 30.06.10 wurde mir mitgeteilt, dass er erneut eine Lungenentzündung hat – auch dieses Mal **mit Keimen**: reichlich MRSA, vereinzelt Pseudomonas aeruginosa und vereinzelt Stenotrophomonas maltophilia. (Siehe mikrobiologischer Bericht Sputum vom 02.07.10)

Außerdem hatte er eine Harnwegsentzündung mit 1.000.000 Enterococcus faecium Keimen pro ml. (Bericht Urin vom 02.07.10)



So sieht verseuchter Urin aus, wenn man zusätzlich noch völlig dehydriert ist – und auf dem Bett hat der Beutel auch nichts zu suchen !

Spätestens am 30.06.10 wurde die Reha beendet und mein Vater erneut in der Akutgeriatrie aufgenommen.

Bei einem Nasen- und Rachenabstrich am 02.07.10 (Bericht vom 04.07.10) wurde reichlich MRSA festgestellt.

Mein Vater bekam bis zum letzten Tag im Hagenhof Vancomycin i. v. und eine antibiotische Nasensalbe.

Bei einem weiteren Nasen- und Rachenabstrich am 12.07.10 (Bericht vom 13.07.10) wurde kein MRSA mehr festgestellt.

Was auch nicht weiter verwunderlich war – durch die Gabe von Antibiotika.

Das Sputum wurde nach dem 02.07.10 nicht mehr untersucht.

*Endoskopischer Befund vom 15.7.2010, Klinikum Großburgwedel:
Nebenbefundlich: Reichlich eitriges Sekret In Mund- und Rachenraum als Ausdruck einer purulenten Bronchitis.*

Die MRSA-Pneumonie wurde nach Antibiogramm mit Vancomyzin i. V. erfolgreich behandelt. Bei Entlassung kein MRSA-Nachweis mehr.

Bei sämtlichen vorgenannten Keimen handelte es sich um multiresistente nosokomiale Keime, die durch Hygienefehler in Krankenhäusern verteilt werden.



Die Türen der Isolierzimmer standen ganztägig weit offen, weil es so warm war. Nicht nur bei meinem Vater.

Das Zimmer meines Vaters wurde nicht ausreichend gereinigt, so dass der Fußboden klebte.



Erst nachdem ich mich drei Mal beschwert hatte stand das Absauggerät, das mein Vater seit der ersten (Aspirations-) Pneumonie benötigte, nicht mehr auf dem Fußboden, sondern auf einem Stuhl.



Einmal lag die Urinflasche, in die der Urinbeutel ausgeleert wurde auf dem Tablett mit den Mudpflegesachen ansonsten wurde sie auch gern in der Waschschüssel aufbewahrt.

Im Hagenhof hat das Pflegepersonal zwar Handschuhe getragen – sie wurden aber sehr oft nicht gewechselt, wenn es von einem zum anderen Patienten ging.

Die vor den Zimmern angebrachten Sterilliumbehälter wurden sehr selten benutzt.

Eine Schwester hat sich beschwert, dass es nach Alkohol riecht, als ich mir die Hände desinfiziert hatte, weil sie wohl den Geruch von Sterillium nicht kannte.

Ein MRSA – Patient, dem bereits scheinbarweise (wie er sich ausdrückte) das eine Bein bis kurz unter das Knie amputiert worden war, fuhr mehrmals täglich in einem Rollstuhl durch das ganze Haus nach draußen zum Rauchen.

Agrund der Tatsache, dass mein Vater weder im Agnes Karll Krankenhaus noch bei der ersten Lungenentzündung im Hagenhof Keime hatte, beweist, dass mein Vater im Hagenhof verseucht wurde – und durch die Art der seltsamen Auslegung der gängigen Hygienebestimmungen wurden mein Vater schuldhaft und vermeidbar infiziert.

*Die stationäre Aufnahme des multimorbiden Patienten erfolgte bei Z. n. Hirninfarkt im Mediastromgebiet rechts mit Neglect und Hemiparese links bei deutlich reduziertem Allgemeinzustand und stark eingeschränkter Mobilität zur **geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung***

Es ist auch nicht richtig, dass mein Vater von Anfang an zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in den Hagenhof überwiesen wurde – im Arztbericht des AKK steht eindeutig **zur akutgeriatrischen Weiterbehandlung**.

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung fand ausschließlich in der Zeit vom 24.-30.06. statt (soweit es gesundheitlich möglich war) – davor war es eine akutgeriatrischen Weiterbehandlung und danach eine vom Krankenhaus verschuldete selbstgemachte überflüssige akutgeriatrische Behandlung.

Außerdem ist es so, dass mein Vater zu wenig Nahrung und Wasser bekommen hat.

Das scheint eine Spezialität des Klinikums der Region Hannover zu sein – meiner Mutter ging es im AKK in 2007 genauso – bei ihr wurde das damit begründet, dass Verhungern nicht die übelste Art sei zu sterben.

Bei meinem Vater war die Begründung einerseits die permanenten Probleme mit der PEG/PEJ bzw. mit der Pumpe und andererseits die Aussage, dass er Durchfall von der Sondenkost bekommt.

Gegen Durchfall gibt es aber Medikamente (z.B. Perenterol) – außerdem wird der Durchfall eher von den vielfältigen Antibiotika gekommen sein, die er wegen der Verseuchung nehmen musste.

Die Pumpe lief, wenn sie lief – und sie lief sehr oft nicht, weil sie defekt war oder weil das PP nicht damit umgehen konnte oder weil die PEJ mit nicht sondengängigen Medikamenten verstopft wurde – also, wenn sie lief, lief sie auf 50 ml/Std. D.h., dass pro Tag maximal 1200 ml. gepumpt werden können. Das Ziel waren aber 2500 ml (1500 ml Sondenkost + 1000 ml Wasser) - das wäre also technisch noch nicht einmal möglich gewesen, wenn die Pumpe funktioniert hätte. Meinen Beobachtungen nach hat mein Vater die Zielmenge in der ganzen Zeit nur an einem einzigen Tag bekommen. Meistens blieb die Gabe von Wasser am ehesten auf der Strecke – und im Juni/Juli war es extrem heiß. Ein paar Mal hat er dann zwar Wasser i.v. bekommen, aber das war auch problematisch, weil er sich gern mal den Zugang zog.

Bei der Entlassung sagte mir eine Schwester, dass die Pumpe nur mit 40 ml/Std. laufen darf – ich sagte: „das geht doch gar nicht“ – sie antwortete: „Das stimmt.“

Bei der selben Schwester hatte ich mich auch einmal über die Verseuchung meines Vaters beschwert – sie sagte: „Das ist aber nicht nur bei uns so ! „

Das hat mich auch nicht getröstet – und genau das ist der Grund aus dem ich meine Homepage ins Netz gestellt habe.

Im „Pflegerischen Entlassungsbericht“ stand bei Ernährung lapidar: Sondenkost.

Nachdem ich nachgefragt hatte, wurde mir mitgeteilt, dass ich das wohl falsch verstanden hätte und dass die Pumpe auf 60 ml. laufen kann – das sind aber auch nur 1440 ml/Tag und keine 2500 ! Und auch keine 2000, wie der Herr Dr. angibt.

Bzgl. der Sondenkostgabe dürfte es sich hier sicherlich um ein Missverständnis gehandelt haben. Sie wurden vom Personal und auch von Fr. Dr. Wolkenstein dahingehend informiert, dass die Pumpe auf 60 ml/Std. eingestellt werden sollte. Größere Sondenkostmengen ab 80 ml/Std. werden von dem Patienten nicht toleriert und können ggf. auch zu Reguritationen von Sondenkost führen.

Ihr Vater hat über die PEJ-Sonde 1000 ml Sondenkost sowie 1000 ml Wasser täglich erhalten. An warmen Tagen wurde zusätzlich 500 ml Flüssigkeit i. V. gegeben.

Nach der Entlassung meines Vaters nach hause habe ich den Urin untersuchen lassen, weil der gar nicht gut aussah. Auch hier fanden sich nun multiresistente Pseudomonas. (Bericht vom 19.07.10).

Es ist bedauerlich, dass bei Ihrem Vater bei der Urinuntersuchung ein Pseudomonas aeruginosa gefunden wurde. Eine Urinuntersuchung in den letzten Behandlungstagen in unserer Klinik ist nicht durchgeführt worden, da es unter der laufenden antibiotischen Therapie mit Vancomyzin i. V., die bis zum Entlassungstag durchgeführt wurde, medizinisch nicht sinnvoll gewesen wäre, eine solche Untersuchung durchzuführen. Die Urinkontrolle, die jetzt von Ihnen durchgeführt wurde, sollte erst nach Auslass einer Antibiotikagabe erfolgen.

Jawoll, das ist völlig richtig ! Aber warum wurde bei der Aussage, dass mein Vater MRSA – frei sei nicht eingefallen ? Darauf trifft das genau so zu !

Anfang August erhielt ich die mikrobiologischen Befunde, weil ich sie angefordert hatte. Nun bemerkte ich, dass nun bereits seit einem Monat das Sputum nicht mehr untersucht worden war – ich hatte mich auf die Aussage des Hagenhofes, dass mein Vater MRSA – frei war und dass seine Atemprobleme von einer Bronchitis kamen, verlassen.

Die Untersuchung des Sputums ergab, dass er nach wie vor reichlich MRSA und vereinzelt Pseudomonas hatte (Bericht vom 04.08.10)

Seitdem haben sich diese Keime immer abgewechselt, weil man immer nur einen Behandelnden konnte – dann wurden die Pseudomonas gegen alles resistent, was man oral geben kann. Ich habe im Internet gelesen, dass in vitro – Versuche ergeben haben, dass ACC gegen Pseudomonas hilft und habe das ausprobiert – es scheint, dass die jetzt weg sind (gut für die AOK – das muss man selbst bezahlen) – aber MRSA hat er immer noch. Aus anliegender Liste können Sie ersehen, wann mein Vater welche Keime hatte, gegen was die resistent sind und was dagegen gegeben wurde.

*Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer **in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation** im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen.*



Mein Vater

am Beginn der „Kur“
nach dem Schlaganfall

AM ENDE !
(der „Kur“)

Es kann ja wohl nicht richtig sein, dass ein Krankenhaus Geld dafür bekommt (bei der richtigen Kodierung sogar mehr als ohne Keime), seine Patienten zu schädigen und krank zu machen, als sie vorher waren.

Es wäre ja auch nicht rechtens, wenn z. B. ein Werkstattbesitzer, bei dem ein Auto zum Bremsen reparieren ist, mit einem Vorschlaghammer das Auto kaputt schlägt und die längere Standzeit und die Reparatur des von ihm angerichteten Schadens zusätzlich bezahlt bekommt.

Mit freundlichen Grüßen