

**VON: KLINIK FÜR AKUTGERIATRIE, STATIONÄRE GERIATRISCHE  
REHABILITATION UND TAGESKLINIK („Hagenhof“)**

**AN: AOK- Die Gesundheitskasse Hans-Böckler-Alle 13 30173 Hannover**

**Sehr geehrte Damen und Herren,  
Herr Hermann Lachmund befand sich vom 01.06.2010 bis 16.07.2010 in unserer  
stationären Behandlung.**

**Die Akutgeriatrie Langenhagen, wie fast alle geriatrischen Einrichtungen, führt bei  
ihren Patienten eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung durch.**

**So hat Herr Lachmund täglich Behandlungen von zwei bis vier Therapeuten  
unterschiedlicher Professionen erhalten.**

In schwarz: Antwort Lachmund an AOK:

**§ 107 SGB V Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen**

*(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind  
Einrichtungen, die*

*1.  
der stationären Behandlung der Patienten dienen, um*

*a)  
eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit  
führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines  
Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder*

*b)  
eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu  
lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg  
zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder  
Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre  
Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen  
der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.*

*2.  
fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von  
besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der  
Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von  
Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder  
Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch  
geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung  
eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,*

*und in denen*

*3.  
die Patienten untergebracht und gepflegt werden können*

Wenn ich das so lese und mir den Zustand meines Vaters zu Beginn der Kur und am Ende  
der Kur vor Augen führe, bekomme ich das Gefühl, dass es sich beim Hagenhof gar nicht um  
eine Rehabilitationseinrichtung handelt.

Von dem oben Beschriebenen trifft nur Ergo- und Physiotherapie zu. Die wenigen Male, die  
ich sie gesehen habe, waren sie gleichzeitig da – aber ich war ja nicht den ganzen Tag da –  
aber es muss ja in der Akte stehen, wie oft die tatsächlich da waren.

Die Logopädin hat meinen Vater erst behandelt, nachdem ich es nach einer guten Woche geschafft hatte die Ärztin davon zu überzeugen, dass mein Vater entgegen ihrer Annahme doch ansprechbar ist – allerdings nur mit Hörgerät.

Als klar war, dass mein Vater MRSA hatte, kam die Logopädin nicht mehr.

Wer der vierte Therapeut war, entzieht sich meiner Kenntnis – auf dem Zettel im Zimmer meines Vaters standen nur zwei – und dann später noch die Logopädin.

Außerdem wurde er auch untergebracht – gepflegt wurde er weniger.

Aber es kann ja nicht sein, dass die (hoffentlich) erfolge 20-minütige Ergo- und Physiotherapie einen Unterschied von 2.980,00 € (Differenz zwischen OPS 8-550 und J 18.9) ausmacht.

Diese Zahlen habe ich einem Vortrag von Prof. Hager vom Neu Bethesda (der soll ja eine Koryphäe auf diesem Gebiet sein) aus dem Internet entnommen (siehe Anlage).

Darin steht auch, dass die geriatrische Akutbehandlung (unter anderem) erst dann als abgeschlossen angesehen werden kann, wenn die vitalen / vegetativen Parameter (HerzKreislauf, Blutdruck, Atmung, Temperatur) stabil sind. Das war bei meinem Vater eventuell bei Antritt der Reha der Fall.

Aber ab den 11.06. bis zum vorletzten Tag der „Kur“ wurde ich fast täglich von irgendjemandem gefragt, ob mein Vater reanimiert und beatmet werden soll, wenn es notwendig werden sollte – ich glaube nicht, dass so etwas so oft gefragt wird, wenn die vitalen / vegetativen Parameter in Ordnung sind.

Außerdem – so schreibt Prof. Hager – sollten die Stabilität des Kreislaufs und die Belastbarkeit des Patienten erlauben mehrmals täglich **aktive** rehabilitative Maßnahmen von mindestens **15 Minuten** Dauer im Sitzen zulassen – wie sie aus dem Bericht des Hagenhofes entnehmen können, konnte „der Patient bei Entlassung trotz eingeschränktem Rehapotential durch rezidivierende Pneumonien kurzfristig an die Bettkante mit viel Vorbereitung und Hilfe mobilisiert werden. Die Sitzdauer beträgt **10 Minuten** mit Fallneigung nach links.“

Dazu ist auch zu sagen, dass es sich bei den Lungenentzündungen nicht wirklich um Rezidive (also Rückfälle) handelte, sondern vielmehr um durch Aspiration bzw. durch unterschiedliche Keime verursachte Lungenentzündungen.

Ihr Herr Mohrmann nennt im Expertenforum des KCG als Grund für den Anstieg von frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlungen von 2009 auf 2010 (HR) um 46% (!) (Von 2008 auf 2009 waren es nur 10%) die Einführung des neuen Vergütungssystems.

Die Gefahr ist nun sehr groß, dass zu Lasten der Versichertengemeinschaft ein akutgeriatrischer Patient als Patient in der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung erscheint, einfach nur aus dem Grund, dass das lukrativer ist.

Am 24.03.11 hatte die NHP die Schlagzeile: Kassenbetrug auf Rekordniveau

In dem Artikel geht es darum, dass die Chefermittlerin der KKH-Allianz – Dina Michels (deren Buch: „Weiße Kittel – Dunkle Geschäfte – Im Kampf gegen die Gesundheitsmafia“ ich mit großem Interesse gelesen habe) mitgeteilt hat, dass die Ermittlungsabteilung für das Jahr 2010 Schäden durch Abrechnungsbetrug in Höhe von 2,1 Mio. Euro aufgedeckt hat.

Verursacht wurden diese Schäden durch Apotheken, niedergelassene Ärzte, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Fitnessstudios und Versicherte.

Wenn ich das im Internet richtig gefunden habe, hat die KKH 1,86 Mio. Versicherte. Bei 51,4 Mio. Gesamtversicherten ist das ein Marktanteil von 3,6 %.

Wenn man die Schadenshöhe der KKH (bundesweit 2,1 Mio. Euro) nun auf alle Versicherten hochrechnet ergibt sich ein Gesamtschaden i. H. v. 58,3 Mio. Euro – und die Dunkelziffer liegt noch viel höher.

Aber gegen die Machenschaften der Krankenhäuser sind das nur Pinuts:

In einem anderen Artikel vom Dezember 2010 steht folgendes:

Allein durch falsche Abrechnungen durch Kliniken entstehe jährlich ein Gesamtschaden von rund **1,5 Milliarden Euro**, wie der GKV- Spitzenverband im April dieses Jahres mitteilte. Nach den neuen Zahlen dürfte die Gesamtsumme deutlich höher liegen. Für das Jahr 2010 liegen noch keine genauen Summen vor. (sb, 18.12.2010)

Genau dasselbe stand bereits in einem Artikel vom April 2010. Dort steht auch, dass diese Art von Abrechnungsbetrug nicht bestraft wird, dass aber die Krankenkasse, die eine Krankenhausrechnung überprüft und nichts findet, 300 € Strafe bezahlen muss – wofür ist das ? Für Majestätsbeleidigung ?

Bei „Wer wird Millionär“ war mal ein Kandidat, der gefragt wurde, was er beruflich macht. Er antwortete, dass er in einem Krankenhaus arbeitet und den ganzen Tag nichts anderes macht, als nachzusehen, wie man die Abrechnungen durch die „richtige“ Kodierung höher machen kann – ich könnte mir vorstellen, dass er das jetzt nicht mehr macht.

Wie sie aus meiner Aufstellung über die durch die Krankenhauskeime entstandenen zusätzlichen Kosten errechnen können, liegen die zusätzlichen Kosten bei Keimen in den Atemwegen jährliche bei 10.200 Euro, wenn der Patient zuhause gepflegt wird.

Die zusätzlichen Kosten, die hierfür in Krankenhäusern und Pflegeheimen entstehen und die Kosten für Patienten mit Wundheilungsstörungen oder/und Amputationen, dürften noch weitaus höher sein.

Es wird geschätzt, dass jedes Jahr in deutschen Krankenhäusern 600.000 Patienten mit Keimen verseucht werden – das halte ich allerdings für eine sehr vorsichtige Schätzung.

Wenn diese Patienten alle zuhause gepflegt werden würden, würden also jedes Jahr in Krankenhäusern zusätzliche Kosten in Höhe von 6.120.000.000 € produziert.

Da kann man ja fast froh darüber sein, dass es sich bei den meisten Patienten um ältere Menschen handelt, die nach der Infektion nicht mehr lange leben – sie sterben aber nicht an den Krankenhauskeimen – jedenfalls nicht, wenn man die Sterbeursache in den Totenscheinen betrachtet.

Sie sterben an Alter.

Ist Ihnen schon mal aufgefallen, dass ab einem gewissen Alter (so ab 70 oder 75 Jahre) in Berichten über verstorbene Prominente nur sehr selten dabei steht, woran sie gestorben sind, sondern nur wie alt sie waren ?

Und wenn etwas dabei steht heißt es sehr oft: Er/sie hat sich nach einer OP/einem Krankenhausaufenthalt vor (ein beliebiger Zeitraum meistens im Bereich von 6 Wochen bis 6 Monaten) nie wieder richtig erholt. Wenn ich das lese, ist mir klar, woran er/sie gestorben ist.

Und nun will der Bundesrat auch noch ein Gesetz erlassen, nach dem die Behandlung von MRSA – Patienten höher bezahlte werden soll. Dann wird es also noch belohnt, wenn Patienten mit Krankenhauskeimen verseucht werden.

Ich werde mal bei meiner KFZ-Versicherung anfragen, ob ich Geld dafür bekomme, wenn ich Schäden an anderen Fahrzeugen verursache! Dann mache ich das hauptberuflich!

Und das alles wird noch viel schlimmer werden, umso mehr die Gesundheit privatisiert wird !

Die gewählte Regierung kommt ja jetzt schon nicht mehr gegen die Lobbyisten der Gesundheitsindustrie an. (Beispiel: Positivliste für Medikamente).

Entschuldigung, ich bin etwas vom Thema abgekommen.

*Die medizinische Versorgung des Patienten und die notwendigen hygienischen Maßnahmen orientierten sich an den medizinischen und hygienischen Standards.*

Die medizinische Versorgung meines Vaters habe ich nicht bemängelt – es wurde sehr viel gemacht: eine Magenspiegelung – Röntgen der Schulter und der Hüfte – vier mal Röntgen des Thorax – EKG – EEG – und viermal Sono vom Abdomen. Sie haben sich sehr bemüht.

Zu den hygienischen Standards komme ich weiter unten.

*Wegen anhaltender Schluckstörungen nach Hirninfarkt und Aspiration mit folgenden bronchopulmonalen Infekten erfolgte eine frühzeitige Versorgung des Patienten mit einer PEG, die zwischenzeitlich trotz Oberkörperhochlagerung und langsamer Ernährungsgeschwindigkeit über Ernährungspumpe wegen Regurgitation von Nahrung durch einen jejunalen Schenkel ergänzt wurde, um das Aspirationsrisiko weiter zu reduzieren.*



Das ist leider alles, was in diesem Brief zu der Gabe von Nahrung und Wasser gesagt wird.

Aber mit dem Satz wird ja das, was ich im ersten Brief über die nicht erfolgte Ernährung und Flüssigkeitsgabe geschrieben hatte, bestätigt.

Vermutlich wurde nun jemand gefunden, der rechnen kann und es geschafft hat klarzumachen, dass es mit einer Pumpeneinstellung von 50 ml/Std. in 24 Stunden maximal möglich ist 1200 ml Nahrung oder Wasser zu geben – und weder die angegebenen 2000 ml noch die eigentlich geplanten 2500 ml erreicht werden können. Einmal ganz davon abgesehen, dass wie gesagt die Pumpe nicht durchgehend lief, weil der Sensor nicht gereinigt wurde oder weil die Sonde verstopft war.

*Aufgrund der bronchopulmonalen Infekte und eines zusätzlich im Verlauf aufgetretenen Harnwegsinfekts waren wiederholt sensibilitätsgerechte Antibiotikatherapien notwendig. Die Selektion eines MRSA ist unter diesen notwendigen Therapiemaßnahmen und trotz eingehaltener Hygienerichtlinien nicht zu verhindern gewesen.*

Wenn ich das Folgende richtig interpretiere, versteht man unter der Selektion eines Keimes die „Umwandlung“ eines antibiotikasensiblen Keimes in einen multiresistenten Keim durch den Einsatz von Antibiotika oder die Ausbreitung von beim Patienten vorhandenen resistenten Keimen, weil die natürliche Bakterielle Flora des Patienten durch AB gestört wird:

#### **Grundlagen der Resistenzverbreitung:**

Wir kennen unterschiedliche Wege der Resistenzverbreitung:

1. **Bei vormals sensiblen Bakterien kommt es zur Resistenzentstehung** – spontan (was ohne Antibiotikadruck sehr selten geschieht) oder **unter Antibiotikaeinfluss**. Dies bleibt bei den meisten Bakterienarten jedoch **ein unwahrscheinliches Ereignis**, weil dazu oft mehrere komplizierte Mutationen oder biochemische Zwischenschritte nötig sind.
2. Eine Antibiotikatherapie führt zur **Selektion bereits bestehender resistenter Flora**. Die natürliche bakterielle Flora eines oder mehrerer Patienten wird dabei reduziert, sodass die resistente bakterielle Flora Oberhand bekommt.
3. Die Aufnahme von **Patienten, die Träger multiresistenter Keime** sind, oder die Anwesenheit von Personal, das mit multiresistenten Erregern besiedelt ist, führt zur Kreuzübertragung. Diese Möglichkeit ist vor allem bei umweltresistenten Bakterien wie MRSA (Methicillin- resistenten Staphylococcus aureus), VRE (Vancomycin-resistenten Enterokokken) und Acinetobacter spp. gegeben.
4. **Bei mangelnder Hygiene und schlecht durchgeführter Isolation** kann es zur weiteren Übertragung von multiresistenten Bakterien auf andere Patienten kommen. In einer vor kurzem publizierten deutschen Studie wurde die Rate an exogen bakteriellen Infektionen auf der Intensivstation (d.h. mit nachgewiesener Kreuzübertragung zwischen Patienten innerhalb von 10 Tagen) auf ca. 15% beziffert. Wahrscheinlich liegt die wahre Übertragungsrate höher (zwischen 20–30%).

[http://www.med-diplom.at/fortbildung/antibiotikaresistenzen\\_01.html](http://www.med-diplom.at/fortbildung/antibiotikaresistenzen_01.html)

Mein Vater hatte als Erstes (ca. 10.06.) eine Aspirationslungenentzündung, bei der im Sputum keine pathogenen Keime nachgewiesen wurden – weder Pseudomonas aeruginosa, noch Stenotrophomonas maltophilia und auch keine Staph. aureus - weder sensible noch resistente.

Es gab also weder sensible, noch resistente Keime, die durch die Gabe des (vermutlich Breitband-) Antibiotikums selektieren konnten.

Es war auch keine Rede von multiresistenten E. faecium im Urin.

Vor der Aspirations – LE waren die Entzündungsparameter i. O. und nach der Gabe des AB waren die Leukos wieder i.O. und CRP war dabei runter zu gehen. (Siehe beil. Graphik).

Bei der nächsten Untersuchung (16.06.) hatte mein Vater dann multiresistente *Pseudomonas aeruginosa* und *Stenotrophomonas maltophilia* – beides typische Krankenhauskeime – aber immer noch keine *Staph. aureus*.

Die waren erst am 02.07. im Sputum – in Form von MRSA. Zusätzlich war *E. faecium* im Urin – sogar dieser Keim war von der multiresistenten Krankenhauskeimsorte.

Und dann kam noch das Abschiedsgeschenk mit den auch multiresistenten *Pseudomonas aeruginosa* im Urin.



Ich muss zugeben, dass die Behandlung sämtlicher Keime unmöglich war. Das sehe ich ja hier zuhause. Es gibt aufgrund der Resistenzen kein AB, das gegen alle Keime hilft und mehrere AB zu geben ist wegen der toxischen Wirkung der Reserve-AB unverantwortlich. Und gerade das ist ja das tückische an diesen Krankenhauskeimen: man kann zwar durch entsprechende Hygiene verhindern, dass die Patienten infiziert werden – aber wenn sie verseucht sind, gehen die Keime so gut wie nicht mehr weg.

Aber mein Vater war mit Sicherheit nicht der einzige Patient, bei dem dieses Problem vorlag, weil es noch mehrere andere „Isolationszimmer“ gab.

Ich erinnere mich auch noch an einen anderen Mann im Rollstuhl, der immer zum Rauchen rausfuhr. Einmal habe ich gehört, wie er seinem Sohn erklärt hat, wo seine Brille liegt, weil der Sohn die mitbringen sollte. Am nächsten Tag war er nicht da und mir wurde gesagt, dass er eine Lungenentzündung hat – und noch einen Tag später wurde mir gesagt, dass er tot ist. Da kann man sich vorstellen, was der hatte!

Also war dem Hagenhof bekannt, dass dort Keime vorhanden waren und wie die Keime beschaffen waren – umso unverantwortlicher ist der dort (und leider auch in den meisten anderen „Gesundheits“-einrichtungen) praktizierte Umgang mit den Hygienebestimmungen.

*Die Therapie der Infektionen richtet sich nicht nur nach den Untersuchungsergebnissen von Abstrichen und Körpersekreten und dem klinischen sowie radiologischen Untersuchungsbefund, sondern auch nach dem Verlauf der Entzündungsparameter.*

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

Das ist wohl wahr – aber auch wenn die Entzündungsparameter besser geworden sind (was während der AB – Gabe ja wohl auch so sein sollte), deutete der klinische Befund doch eher darauf hin, dass noch Keime vorhanden waren. Ich hätte niemals gedacht, dass ohne eine Sputum – Untersuchung behauptet wird, dass keine Keime mehr vorhanden sind ! Wenn ich die mikrobiologischen Berichte und das Blutlabor nicht angefordert hätte, hätte man später gesagt, dass es sich jetzt um Neuinfektionen handelt.

*Zudem sind natürlich unter laufender Antibiotikagabe weitere bakteriologische Untersuchungen nicht sinnvoll.*

Natürlich - auch das ist richtig – und warum hat man dann am 12.07. Abstriche genommen und auf MRSA untersuchen lassen ? Damit man im Bericht schreiben kann: MRSA – frei! Man hat billigend in Kauf genommen, dass eine zusätzliche Gesundheitsschädigung erfolgte, weil die Infektion nicht sofort behandelt werden konnte.

*Bei der Bewertung der Aussagen der Tochter des Patienten ist zu berücksichtigen, dass diese sich bereits zu Beginn der Behandlung Ihres Vaters in unserem Hause dahin gehend äußerte, dass sie in der vorbehandelten Klinik festgestellte Missstände und Unzulänglichkeiten akribisch dokumentiert habe und dieses auch in der Geriatrie vor habe*

Das ist nicht richtig! Das habe ich nie gesagt! Als ich mit meinem Vater in den Hagenhof kam, wurde ich als erstes von Dr. Nennmann angesprochen. Er teilte mir mit, dass er mir das Aufnehmen von Video- und Tonaufnahmen verbietet. Das Agnes Karll Krankenhaus hatte ihn angerufen und vor mir gewarnt. Im Übrigen habe ich mich über die „vorbehandelten (HÄ?) Klinik“ – also das AKK – sowohl auf meiner Homepage als auch auf Klinikbewertungen.de positiv geäußert.

Außerdem fange ich langsam an mich daran zu gewöhnen, dass die Ärzte, wenn sie Scheiße gebaut haben, versuchen mich (bzw. andere Zeugen) als unglaubwürdig hinzustellen. Das scheint in diesen Kreisen wirklich Gang und Gäbe zu sein.

*Sie habe bereits eine Website mit dem Namen „www.Klinikhasser.de“ eingerichtet, um die Öffentlichkeit vor bestimmten Kliniken zu warnen.*

Auch das wurde nicht von mir sondern vom AKK gesagt und auch das ist falsch – meine Seite heißt Krankenhaushasser.de – es gibt aber auch eine Seite Klinikbewertungen.de – die ist auch sehr gut - aber leider nicht von mir. Außerdem warne ich die Öffentlichkeit nicht nur vor bestimmten Kliniken – ich kann aber detailliert nur vor den Kliniken warnen, in denen ich die Missstände und Unzulänglichkeiten selbst erlebt habe – vor den anderen Kliniken wird auf Klinikbewertungen.de gewarnt.

*Die Tochter war in persönlichen Gesprächen nur selten davon zu überzeugen, dass bestimmte notwendige medizinische Maßnahmen oder auch der Krankheitsverlauf nicht vorsätzlich durch die Klinikmitarbeiter zum Schaden ihres Vaters geplant wurden,*

Die vorsätzliche Planung eines Krankheitsverlaufs zum Schaden des Patienten?

Da muss man erst drauf kommen – wäre auch ein schöner Buchtitel – ist der Satz rechtlich geschützt ?

Ich kann mich nur an drei notwendige medizinische Maßnahmen erinnern, über die ich mit den Ärzten diskutiert habe:

Erstens das Legen der PEG/PEJ – weil zu dem Zeitpunkt aufgrund der permanenten Verschleimung und des nicht gemachten Schluckechos nicht richtig geklärt werden konnte, ob mein Vater schlucken kann (das ist übrigens auch jetzt nicht geklärt – für so etwas müsste mein Vater vielleicht mal in eine geriatrische Rehabilitation),

zweitens die kaum erfolgte Gabe von Nahrung und Wasser (in diesem Zusammenhang bat ich auch darum, die Ein- Ausfuhrlisten ansehen zu dürfen – man sagte mir, dass man keine Zeit dazu hätte, diese Listen zu führen),

und drittens das Verlangen der Ärzte, dass ich mich damit einverstanden erklären sollte, meinen Vater ersticken zu lassen.

*verstand auch oft medizinische Sachverhalte nicht*

Das ist mir nicht klar – ich wüsste nicht, was ich nicht verstanden haben sollte – aber wie gesagt: dumme Internethalbwissende.

*und hatte eindeutige Probleme den durch den Hirninfarkt und die weitere Multimorbidität extrem eingeschränkten körperlichen Zustand Ihres Vaters zu verstehen und zu verarbeiten.*

Ich bitte zu entschuldigen, wenn ich irgendjemanden in seiner halbgöttlichen Ehre gekränkt haben sollte, weil ich seine Meinung anzweifelte.

Mir wurde im AKK gesagt, dass mein Vater zu keinem Zeitpunkt ansprechbar und erweckbar sei und dass sich das „in diesem Alter“ auch nicht mehr ändert, weil ein Drittel bis drei Viertel des Gehirns kaputt ist (was unsere Neurologin bestreitet – aber vielleicht hat auch die irgendwelche medizinischen Sachverhalte nicht verstanden).

Ich habe aber zu diesem Zeitpunkt erlebt und auch auf Video aufgenommen, wie er seine Geldbörse gesucht hat, um mir Geld zu geben, damit ich ihm Eis mitbringe (das hatte er gesagt, bevor ich das Video aufgenommen habe). Dieses Video wollte ich im AKK zeigen – aber niemand wollte es sehen.

Es wurde darauf bestanden, dass er eine PEG bekommen und sofort ins Pflegeheim abgeschoben werden sollte.

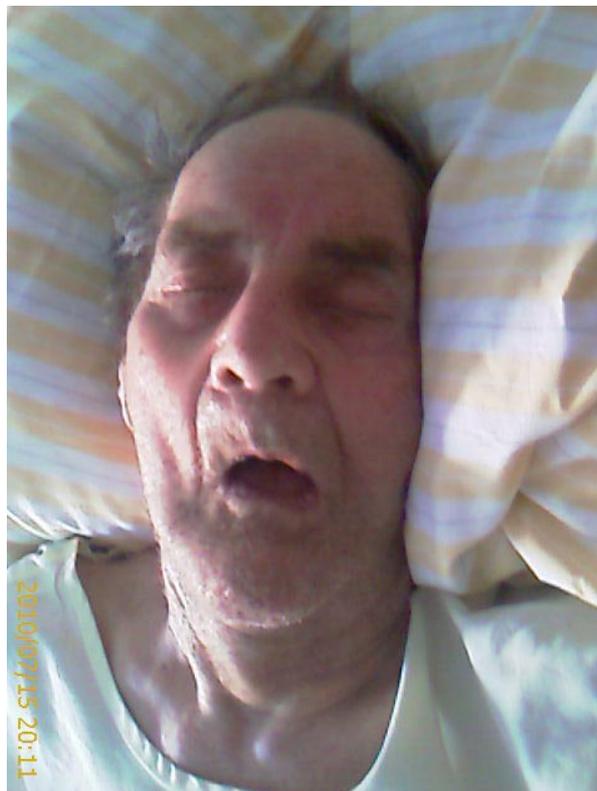
Nur mühsam konnte ich (im Nachhinein gesehen: leider) erreichen, dass mein Vater (eigentlich) in die Frühreha kam.



Dieses Bild (dessen Beschaffung mir nur unter größten Schwierigkeiten gelang) wurde mir im AKK gezeigt und gesagt, dass der hellere Bereich der Defekte wäre – also  $\frac{3}{4}$  des Gehirns – aber auch unsere Neurologin bestätigte mir, dass es sich um den dunklen Bereich links handelt – also  $\frac{1}{4}$ .

Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich in diesem Zusammenhang lieber hoffen soll, dass der Arzt (Chefarzt oder Oberarzt) vom AKK keine Ahnung hat oder lieber, dass er mich aus irgendwelchen Gründen einfach nur auf den Arm nehmen wollte.

In sofern möge man mir verzeihen, dass ich (auch nach dem, was ich mit meiner Mutter erlebt hatte) gewisse Zweifel an der absoluten Unfehlbarkeit der Ärzte hege und gerne mal deren Aussagen hinterfrage.



Leider bin ich nicht wirklich in der Lage Ihnen zu zeigen, wie es meinem Vater im Hagenhof ging, weil ich ja Videoverbot hatte. Ich habe selten Videos gemacht (z.B. am 04.06. nachdem ich einen Pfleger gefragt hatte, ob ich das darf, um einem Bekannten zu zeigen, wie es meinem Vater geht, am 21.06., weil die Pumpe wieder mal nicht lief (da sieht man auch die übliche Einstellung: 50 ml/Std.) und am 11.07., weil beim Gehen durch das Zimmer meines Vater so lustige Geräusche entstanden, wenn die Schuhe sich vom klebrigen Fußboden lösten).

Ich habe auch die Unzulänglichkeiten und Misstände im Hagenhof eigentlich nicht wirklich akribisch dokumentiert – aber ich habe zwei Bekannten in Emails über meinen Vater berichtet – und die Emails habe ich gespeichert. Deshalb weiß ich z. B. dass der Stationsarzt am 14.06. gesagt hat: „Das ist jetzt die terminale Phase“.

Mir wurde übrigens auch gesagt, dass mein Vater keinen Pflegerollstuhl braucht, weil er da nie mehr drin sitzen können wird.

Aber ich habe Ihnen auf CD einige Videos aus der Zeit nach der Reha beigelegt. Die Namen der Videos bezeichnen das Aufnahmedatum (JJMMTT). Dazu ist zu sagen, dass mein Vater sich auf dem Video vom 19.06.10 bereits erheblich erholt hatte – er bekam zum Zeitpunkt der Aufnahme schon seit drei Tagen Nahrung und vor allen Dingen Wasser. Dass er nach seiner Kur völlig dehydriert war, haben mir verschiedene Menschen bestätigt – unter anderen die Ernährungsberaterin und eine Notärztin, die ich rufen musste, weil die PEJ verstopft war, weil vom Hagenhof Medikamente verordnet worden waren, die (zumindest bei einer PEJ) nicht sondengängig sind – aber das war ja schon im Hagenhof eines der Probleme.

Es wäre gut, wenn Sie das auf den Videos Gesehene dann mit den Aussagen im Arztbrief und im pflegerischen Entlassungsbrief vergleichen würden.

Leider geht es ihm nicht immer so gut, wie auf den Videos– so geht es ihm nur, wenn er nicht gerade wieder von den Keimen aufgefrischt wird oder unter den Nebenwirkungen der AB leidet – aber so würde es ihm immer gehen, wenn er nicht verseucht worden wäre!

*Gerne nehmen wir auch Bezug auf die von Frau Lachmund gefertigten Fotos.*

*Das Foto mit Waschschale und Urinflasche stellt die nicht unübliche Situation nach erfolgter Grundpflege dar. Diese Gegenstände werden im Nachgang der Pflege eingesammelt und einer Reinigung / Desinfektion unterzogen.*



10.07.10 17:45 vor der Grundpflege



10.07.10 17:56



10.07.10 18:58 nach der Grundpflege

Naja, da wird ja nicht gesagt, wie lange nach der Grundpflege die Gegenstände eingesammelt werden – zum Zeitpunkt des Bildes von der Urinflasche (17:56) muss es sich jedenfalls um die morgendliche Grundreinigung gehandelt haben, seit dem das da so lag, weil die abendliche noch nicht erfolgt war. Dann werden die Sachen wohl immer kurz vor der nächsten Grundpflege eingesammelt. Es war immer so, dass ich im Gang warten musste, wenn mein Vater saubergemacht wurde – aber ich habe da nicht ein einziges Mal jemanden mit einer Waschschiessel rauskommen sehen.

Einmal lag die Urinflasche übrigens auf dem Tisch auf dem Tablett mit den Mundpflegesachen – aber zum Glück war ich gerade da, als die Schwester es sah und so entsorgte sie auch die Mundpflegesachen.

Zum Foto mit der offen stehenden Tür möchten wir auf die damaligen Wetterverhältnisse (Hitzewelle) verweisen.

*Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.*

*Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI:*

*Räumlich-funktionelle Anforderungen an die Unterbringung von MRSA-Patienten:*

*Mit MRSA-kolonisierte bzw. –infizierte Patienten müssen räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden, möglichst in Zimmern mit eigener Nasszelle und einem Vorraum mit Schleusenfunktion. **Die Türen sind geschlossen zu halten.***

Hier steht nicht, dass das bei Hitzewellen anders zu handhaben ist.

Eine Möglichkeit wäre der Einbau einer Klimaanlage. Wenn die nicht vorhanden ist und ein Aufenthalt im Zimmer bei geschlossener Tür unzumutbar ist (was zugegebenermaßen der Fall war) kann man eben keine mit MRSA oder anderen multiresistenten nosokomialen Keimen infizierten Patienten behandeln.

Und das trifft ganz besonders auf eine geriatrische Einrichtung zu!

Das hört sich auch nicht an, als wenn es richtig wäre, wenn die MRSA-Patienten mit der Schutzkleidung, die sie im Isolationszimmer angezogen haben, durch das Krankenhaus rollern.

Hier ein Beispiel von dem, was ich meiner Bekannten gemailt habe:

Von: Lachmund Gesendet: Donnerstag, 3. Juni 2010 23:07 Betreff: AW: FRÜHREHABILITATION

Vaters weiteren Glanzleistungen von heute: zwei Mal hat er gesagt: " Aufstehen - Klo - muss groß" Beim ersten Mal Schwester gesucht lange keine gefunden. Als Schwester mit Schüssel kam sagt sie: war leider schon zu spät.

Vater kuckte traurig und sagte Kacke - haben mich gewaschen - da habe ich gesagt, er soll das genießen - das wären doch junge hübsche Mädchen. Später wollte er der einen Schwester die Wange streicheln - wollte die aber nicht (da hat sie ja keinen Gummihandschuh an).

Beim zweiten Mal Schwester gesucht nicht gefunden. Beim Arzt geklopft - Arzt Schwestern gesucht - nach längerer Zeit kam Arzt wieder: die ist noch da hinten beschäftigt. Dann kam sie endlich (inzwischen leuchten bei mehreren Zimmern die Lampen). Sie ging mit Ihren Gummihandschuhen, die sie vorher anhatte ins Zimmer - war natürlich wieder zu spät. Hat ihn trotzdem auf die Schüssel gesetzt.

Ich sagte zu einer Omma, die im Rolli vorbeifuhr: Die Gummihandschuhe nützen auch nichts, wenn die die nicht wechseln! Omma sagte: nee nee - die wechseln sie im Zimmer. Ich war beruhigt - bis ich im Zimmer nachgesehen habe - da waren zwar ne Kiste frische Gummihandschuhe - aber keine ausgezogenen.

Dann bin ich 5 Minuten eine rauchen gegangen damit er in ruhe kacken kann. Hat er aber nicht - war ja schon in der Windel gewesen. Ich habe mal gehört, dass Stuhltraining zu den Rehamaßnahmen gehört - ich hatte mir das aber ganz anders vorgestellt.

Nach insgesamt 20 Minuten kam die Schwester wieder (vermutlich immer noch mit denselben Handschuhen an) und wollte die Schüssel wegnehmen. Ich habe gesagt - sie wollen doch bestimmt erst die Handschuhe wechseln? Sie meinte ja natürlich - ich wollte nur fragen ob er fertig ist. (HA HA) Dann ging sie wieder raus zu ihrer Kollegin kam nach kurzer Zeit wieder, zog beim Reingehen die Handschuhe aus. Die Kollegin kam aus einem anderen Zimmer zog die Handschuhe aus und desinfizierte sich demonstrativ die Hände (hier hängt vor jeder Tür ein Spender - aber desinfizierende Schwestern habe ich da das erste Mal gesehen.) Dann zog sie sich im Gang frische Handschuhe an und fasste damit an die Klinke ! und ging zu meinem Vater. Ist das denn alles so schwer ?

*Der abgebildete Urinbeutel stellt einen Urinbeinbeutel dar, der im Rahmen dieser Funktion am Bein der Patienten fixiert wird und deshalb eben nicht am Bett befestigt wird.*



Aha !                      Nur: Wo ist das Bein ?  
Und was ist mit der Farbe des Urins ? (01.07.10)



Lagerung nach Bobath geht auch anders (01.07.10)



Das was man da sieht ist der teilamputierte Fuß meines Vaters und nicht das, wonach es im ersten Moment aussieht. (08.07.10)



10.07.10



12.07.10

Ein Beinbeutel wird in der Regel als Beinbeutel benutzt, also am Bein befestigt, wenn der Patient sitzt, damit der Beutel nicht auf die Erde fällt.

Ich habe aber eine gute Nachricht für den Hagenhof:

Es ist durchaus möglich, auch einen Beinbeutel am Bett zu befestigen!

Zu diesem Zweck sind am oberen Bereich des Beutels ein Bindfaden und ein kleines Metallteil angebracht, in das man den Bindfaden einhängen kann, nachdem man den Bindfaden um das Bettgitter gelegt hat.

Abgesehen davon, dass es äußerst unhygienisch ist einen Urinbeutel ins Bett zu legen – vor allen Dingen bei Schlaganfallpatienten in Reichweite der nicht betroffene Hand – ist es auch so, dass der Urin wesentlich besser ablaufen kann, wenn der Beutel tiefer hängt, als der Austrittspunkt des Urins.

Das hat etwas mit Schwerkraft zu tun – das ist das, was sie von der Gabe der Sondenkost kennen: damit läuft die Nahrung, wenn die Pumpe nicht geht und die Sonde mal nicht verstopft ist. Das geht aber auch nur richtig, wenn der Beutel mit der Nahrung höher angebracht ist, als der Magen.

Und ein besseres Abfließen des Urins und die regelmäßige Entleerung des Urinbeutels wirken sich äußerst positiv auf die Vermeidung von Harnwegsentzündungen aus.

Das ist zwar nur gefährliches Halbwissen – aber es leuchtet mir eigentlich ein!



Auch das ist ein Beinbeutel

Meine Videos können gern auch dem Hagenhof gezeigt werden – und dann wäre es nett, wenn sie (wenn sie es möchte) auch der Schwester gezeigt werden, zu der ich gesagt hatte, dass sie von mir hören wird. Es war die Schwester, die mir am Entlassungstag meines Vaters den pflegerischen Verlegungsbericht gegeben hat.

Der Satz: „Sie werden von mir hören“ war damals durchaus positiv gemeint. Meine Bekannte, die Krankenschwester ist, hat einmal gesagt, dass sie (genau wie ihr Mann, der Arzt ist) etwas traurig sind, weil sie nie wissen, wie es mit ihren Patienten weitergeht, wenn sie entlassen worden sind.

Und damals war ich noch davon ausgegangen, dass mein Vater keine Keime mehr hat und dass sein desolater Zustand in erster Linie durch den Schlaganfall verursacht wurde.

Erst als ich festgestellt hatte, wie viel besser es ihm geht, wenn die Keime auf ein erträgliches Maß reduziert sind und wenn er Nahrung und Wasser bekommt, wurde mir wirklich klar, was im Hagenhof mit ihm gemacht wurde.

Ach ja, noch was für den Hagenhof:

Ich weiß nicht ob sie das wissen oder nicht (traurig ist beides):

Aus dem Waschzettel von Novodigal 0,2 (Sie hatten die Dosis von 0,1 mg auf 0,2 mg hochgesetzt):

Die Erhaltungsdosis bei Patienten über 80 sollte 0,1 mg nicht überschreiten.

Nebenwirkungen:

Psychische Veränderungen (z.B. Unruhe, Verwirrtheit) Depressionen, Sinnestäuschungen (Halluzinationen) Psychosen.

Wirkungsverstärkung:

Durch Betablocker (z.B. BelocZok – von Ihnen verschrieben) und durch verschiedene Antibiotika.

Da braucht man sich nicht zu wundern, wenn ein durch einen Schlaganfall ohnehin am Gehirn geschädigter Mann den ganzen Tag laut schreit – so wie es mein Vater bei Ihnen getan hat. Und wie der eine Patient, der eine zeitlang im Nebenzimmer lag.

Wenn man dann noch davon ausgeht, dass der Patient vor Schmerzen schreit und Morphin und Novalgin gibt und abends, weil er immer noch schreit, Beruhigungsmittel, also Mittel, die die psychischen Störungen noch verstärken, ist der Patient wirklich reif fürs Heim.

Die Novodigal – Dosis wurde vom Hausarzt wegen der toxischen Wirkung von 7 x 0,2 mg – also 1,4 mg pro Woche auf 5 x 0,1 mg – also 0,5 mg pro Woche herabgesetzt – das ist ungefähr ein Drittel.

Seitdem hat er keine psychotischen Schreianfälle mehr gehabt, sein Blutdruck (der wegen der Psychosen zeitweise sehr hoch war) ist in Ordnung und die Pulsfrequenz, die vorher teilweise bei 40 lag und so unregelmäßig war, dass das Pulsoximeter nicht funktioniert hat, weil es dachte, dass kein Finger drin ist, ist jetzt auch normal.

Wenn ich darüber nachdenke, dass ich meinen Vater auf Anweisung des Hagenhofes fast vergiftet hätte, läuft es mir eiskalt den Rücken herunter.

Nach alldem, was im Hagenhof mit meinem Vater veranstaltet wurde, klingen die letzten drei Absätze des Arztbriefes wie der pure Hohn:

*Trotz mehrfach von uns geäußelter Bedenken, dass eine häusliche Versorgung des schwerst morbiden Patienten die Tochter überfordern könnte, möchte Frau Silke Lachmund, die auch die Betreuerin des Patienten ist, dieses unbedingt übernehmen. Unser Angebot auf Unterstützung vom Pflegedienst hat sie zuerst abgelehnt und wollte sich selbst um die Auswahl eines Pflegedienstes kümmern.*

*Wesentliche Hilfsmittel sind von uns verordnet worden, ggf. sind zur weiteren Unterstützung noch hausärztlich weitere Verordnungen nötig.*

*Wir bitten im weiteren Verlauf um engmaschige hausärztliche Kontrollen bzgl. des Zustandes von Herrn L. sowie Quickkontrollen und Marcumaranordnungen. Bei bestehendem Zweifel bzgl. der ausreichenden Versorgung von Herrn L. sollte unbedingt schnellstmöglich eine Übernahme in eine stationäre Pflege erfolgen.*

Da steht übrigens drin, dass man versucht hat mir einen bestimmten Pflegedienst aufzudrängen. Und die Pflegemittel wurden erstmal nicht verordnet, sondern ohne mein Wissen und Wollen bei einem bestimmten Sanitätshaus bestellt – was aber dann letztendlich nicht geklappt hat.

Die große Frage ist doch:

Wer ist mit der Versorgung eines schwerst morbiden Patienten überfordert und bei wem ist eine engmaschige Kontrolle dringend nötig ?

S.M. Lachmund