

Mehr darüber auf www.Krankenhaushasser.de

Die Behandlung (bzw. Nichtbehandlung) von Pneumonien im Agnes Karll Krankenhaus Laatzten.

Diese Behandlung war lt. dem Gutachten von Prof. Dr. Klinschar von der (mit dem Agnes Karll Krankenhaus verbundenen) Medizinischen Hochschule völlig korrekt.....

Vorab erstmal etwas Grundsätzliches: Es gibt gram-negative (z. B. Pseudomonas aeruginosa) und gram-positive Bakterien (z. B. Staphylococcus aureus). Es gibt einige Antibiotika die bei beiden Gruppen wirken – aber bei den multiresistenten Krankenhauskeimen ist das äußerst selten der Fall. Deshalb muss man meistens zwei verschiedene Antibiotika geben.

Die Antibiotika werden in verschiedene Gruppen eingeteilt – eine davon sind die Cephalosporine. Diese wiederum werden in verschiedene Generationen eingeteilt – daran kann man erkennen, wie lange es sie schon gibt. Ein Antibiotikum der 3. Generation der Cephalosporine ist Ceftriaxon (Rocephin®). Ceftriaxon und Cefotaxim haben ein breites Wirkungsspektrum mit ausgeprägter Aktivität gegenüber Gram-negativen Bakterien. Die Aktivität der Cephalosporine der Gruppe 3a gegenüber Staphylokokken ist dagegen wesentlich geringer als die der Cephalosporine der 1. oder 2. Generation. Für die Behandlung von Staphylokokkeninfektionen sind diese Substanzen daher nicht geeignet. MRSA sind gegen Cephalosporine resistent.

Wenn also bei einem Patienten im Krankenhaus Staph. a. gefunden werden, sollte tunlichst ein „Antibiogramm“ erstellt werden, um herauszufinden welches Antibiotikum das richtige ist.

Wenn bestimmt werden soll, ob Keime vorhanden sind, geht man in den Laboren folgendermaßen vor: zuerst wird bestimmt, um welchen Keim es sich handelt und dann wird mit den Antibiotika, von denen man weiß, dass sie gegen diesen Keim helfen könnten, die Untersuchungen gemacht und dann eine Liste erstellt, in der man sehen kann, ob dieser Keim gegen dieses Antibiotikum R = resistent oder S = sensibel ist oder I /M = nur ein bisschen oder nur manchmal kaputtgeht oder nicht.

Das ist sehr wichtig, weil sich die Keime bei der Gabe eines falschen Antibiotikums extrem vermehren können, weil sie sozusagen mehr Platz haben, wenn andere Keime, die nicht resistent sind (auch die nützlichen, die wir dringend zum Leben benötigen – z. B. Darmflora) ausgerottet werden.

Da in den Laboren das Vorgesagte bekannt ist, würde kein Labor auf den Gedanken kommen z. B. Ceftriaxon zu testen, wenn man einen Staph.a. gefunden hat, weil ja bekannt ist, dass das gegen Staph. a. nicht hilft. Wenn Cephalosporine getestet werden, dann ausschließlich die der 1. oder 2. Generation. Die MRSA meines Vaters waren allerdings zu jedem Zeitpunkt gegen sämtliche Cephalosporine resistent. (Siehe oben: PDF Keime und Cephalosporide).

Das ist sogar in dem Labor des Klinikums der Region Hannover, das sich im Nordstadtkrankenhaus befindet und die Untersuchungen für alle angeschlossenen Krankenhäuser (z.B. Agnes Karll Krankenhaus Laatzten oder Hagenhof Langenhagen.) bekannt.

Aspirationspneumonie aus. Bei vorbeschriebener ORSA-Besiedelung isolierten wir Herrn Lachmund, entnahmen eine Sputumprobe und begannen eine antibiotische Therapie mit Ceftriaxon i.v.. Desweiteren wurden Blutkulturen entnommen. Die Sputumprobe zeigte einen ORSA, in den Blutkulturen konnte ein Staphylokokkus epidermidis identifiziert werden, so dass wir nach Rücksprache mit unserem Mikrobiologen Dr. Mai die antibiotische Therapie nach 4 Tagen antibiogrammgerecht auf Linezolid i.v. und Tazobac i.v. umstellten. Hierunter entfieberte Herr Lachmund und die laborchemischen Infektparameter waren rückläufig. Als eine Stabilisierung der respiratorischen Situation eintrat, konnte der Patient nach 3 Tagen maschineller Beatmung extubiert werden. Im Verlauf mußte allerdings bei immer wieder ansteigenden pCO₂-Werten intermittierend eine NIV-Beatmung durchgeführt werden. Wir entschieden uns in Rücksprache mit der betreuenden

Thorax im Liegen vom 25.07.2011:

Trachealtubus und ZVK zeigen korrekte Lage. Infiltrat linksbasal. Winkelerguss links

Wie froh sollten die behandelnden Ärzte sein, wenn sie einen neuen Patienten bekommen, sofort gesagt wird, dass er MRSA hat und eine Liste mit den vorherigen Resistenzen und einen aktuellen Laborbericht mit den aktuellen Resistenzen (die sich aber von den vorhergehenden nicht unterschieden) vorgelegt wird. (siehe unten).

Dann könnte man doch gleich mit der richtigen Behandlung beginnen.

Könnte man – aber wenn man – wie z. B. Chefarzt Dr. Nörrenbrok – sich (Originalzitat) „nicht in seine Behandlung reinreden lässt“, nimmt man eben erstmal vier Tage lang irgendein Breitbandantibiotikum (das mach Dr. House im Fernsehen ja schließlich auch immer....)

In diesem Fall war es Ceftriaxon – eins der Cephalosporin der 3. Generation – die wie ja Experten (und interessierte Laien, die etwas bei Goggle eingeben können) bekannt ist - nicht gegen Staph a. und damit auch nicht gegen MRSA helfen. Dieses Medikament habe ich bereits bei meiner Mutter kennengelernt und auch mein Vater hatte es vorher bereits bekommen. Das ist wohl ein Medikament aus der Abteilung: das machen wir immer so (oder aus der Abteilung: der Hersteller verteilt so schöne Werbegeschenke oder zahlt viel Geld für “Anwendungsbeobachtungen”).

Man entnahm am 25.07. auch eine Sputumprobe, diverse Abstriche und eine Blutprobe, die man zum Nordstadtkrankenhaus schickte und die am 25.07. dort eintraf. Folgende mikrobiologische Berichte vom AKK (angegeben jeweils nur der erste Bericht - die Berichte, die per Fax gekommen sind kamen später noch einmal per Post) sind in der Krankenakte vorhanden:

Trachealsekret 26.07. Mitteilung zwei verschiedene Staphylokokken (als Fax nicht gefunden)
- 27.07. 10:21 Fax: zwei verschiedene MRSA mit Antibiogramm

Abstrich Rachen: 27.07. 08:44 FAX Staphylococcus Aureus mit Antibiogramm

Diverse Abstriche: 27.07. ohne Antibiogramm (wie bei Abstrich Rachen)

Blut: 26.07. 11:46 FAX grampositive Haufenkokken - 27.07. 10:21 Fax: Staphylococcus -
28.07. 9:33 FAX Staphylococcus epidermidis mit Antibiogramm

Stuhlprobe: 05.08. - keine pathologischen Keime - kein Clostridium difficile

Also wusste man bereits am 26.07. um 11:46 das im Blut keine gramnegativen Keime waren - und dass im Trachealsekret Staphylococcus gefunden wurden - also auch grampositiv

Spätestens jetzt hätte man bemerken müssen, dass Ceftriaxon das falsche Antibiotikum ist, weil es vorwiegend gegen gramnegative Keime wirkt und man hätte sich Gedanken über ein anderes Antibiotikum machen müssen. Vielleicht eins von meiner Liste.

Am 27.07. um 08:44 war bereits das Antibiogramm vom Rachenabstrich da - am 27.07 um 10:21 war das Antibiogramm vom Trachealsekret da und am 28.07. um 9:33 auch das von der Blutuntersuchung. Sämtliche Keime waren gegen sämtliche Cephalosporide resistent und sämtliche Keime waren sensibel gegen die in der Leitlinie für die Behandlung beim Verdacht auf multiresistente Staphylococcus empfohlenen Antibiotika. Und das war auch in sämtlichen dem Krankenhaus vorliegenden älteren Berichten so.

Leitlinien: Bei der gezielten Therapie der HAP soll die Substanzauswahl nach den folgenden Kriterien erfolgen: MRSA-Stämme: Geprüfte Antiinfektiva in der Monotherapie sind Vancomycin, Teicoplanin und Linezolid. Bei schwerer Erkrankung stellt die Kombination von Vancomycin mit Rifampicin eine weitere Option dar.

Man hätte also bei Leitliniengerechter Behandlung bereits am 26.07. mit der richtigen Antibiotikabehandlung beginnen können - stattdessen gab man noch zwei Tage das schädliche Antibiotikum.

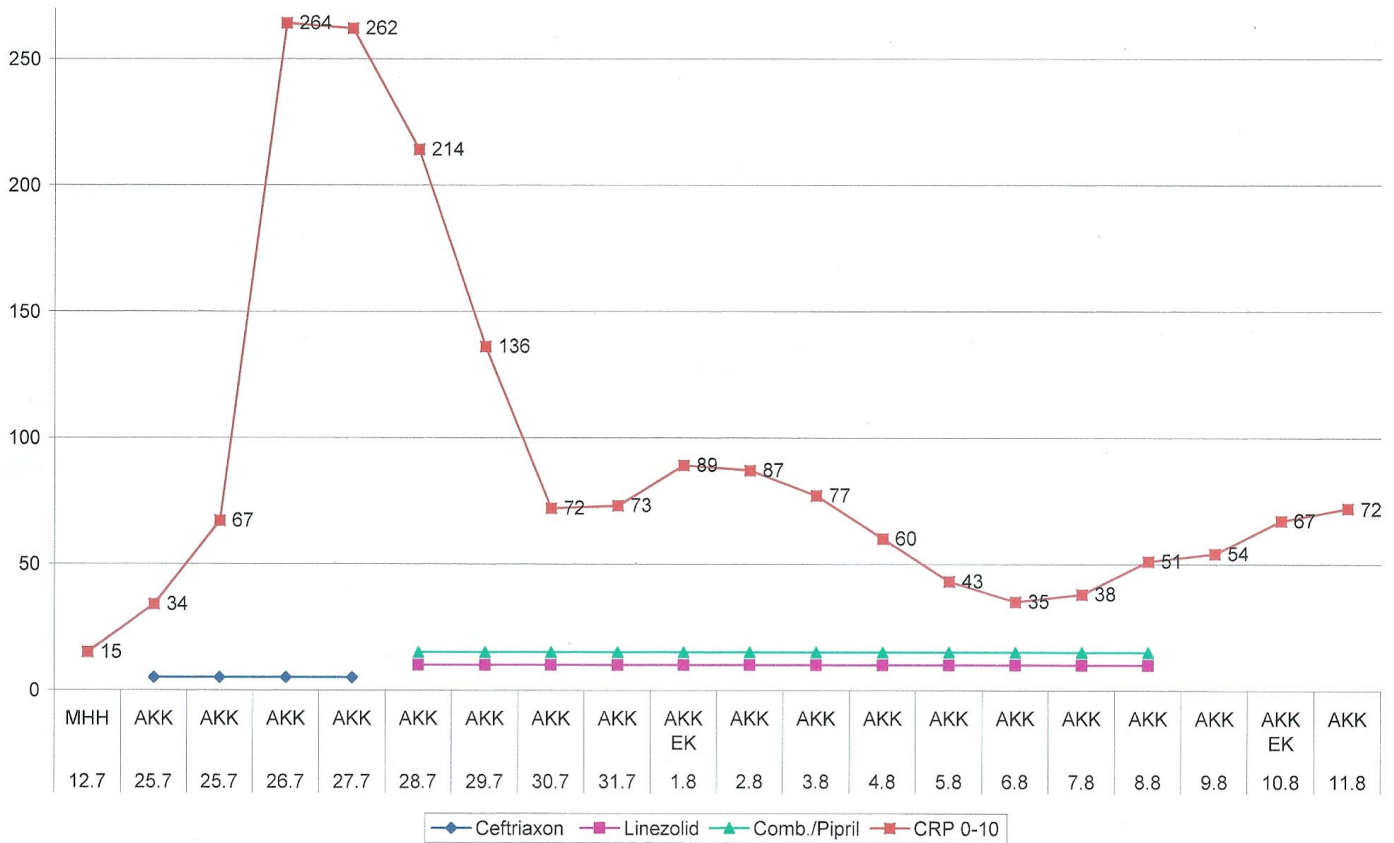
Erst am 28.07. setzte man das schädliche Antibiotikum ab und begann die Behandlung mit dem richtigen und gab vorsichtshalber noch ein weiteres dazu. Das ist auch so üblich – allerdings richtet man sich bei der Auswahl dieses zweiten Antibiotikums normalerweise nach der stationsinternen Keimlage. Man weiß ja genau, welche Keime auf der Station vorkommen und kennt deren Resistenzen – das muss man auch dokumentieren – aber diese Aufzeichnungen sind streng geheim – vermutlich so geheim, dass da auch die Ärzte nicht reingucken dürfen.

Am 29.07.11 machte man noch eine Röntgenaufnahme, da sah es schon wesentlich dramatischer aus, als am 25.07.11 – bevor das falsche Antibiotikum gegeben wurde:

Thorax auf Station vom 29.07.2011:

Nachbefundung der Aufnahme vom 29.7.: Gegenüber der Voruntersuchung vom 25. Juli jetzt komplette Maskierung der Zwerchfellgrenze links sowie Dokumentation einer diffusen fleckigen Infiltration der gesamten linken Lunge und des rechten Unterlappens. Bildmorphologisch handelt es sich hier am ehesten um diffuse pneumonische Infiltrate (Pilzpneumonie?) mit bilateralen Pleuraergüssen und eine Atelektase im linken Unterlappen. ZVK an identischer Position. Entfernung des Trachealtubus.

Hier eine Graphik der Entwicklung des CRP meines Vaters – CRP ist eins der Entzündungsparameter und m. E. das aussagekräftigste, weil die anderen (Leukozyten, Thrombozyten und Temperatur) durch Medikamente beeinflusst werden können. Z. B. durch Novalgin – dass mein Vater im AKK oft und gerne bekommen hat – das senkt das Fieber und kann eine Agranulozytose auslösen, die die Leukozytenzahl senkt.

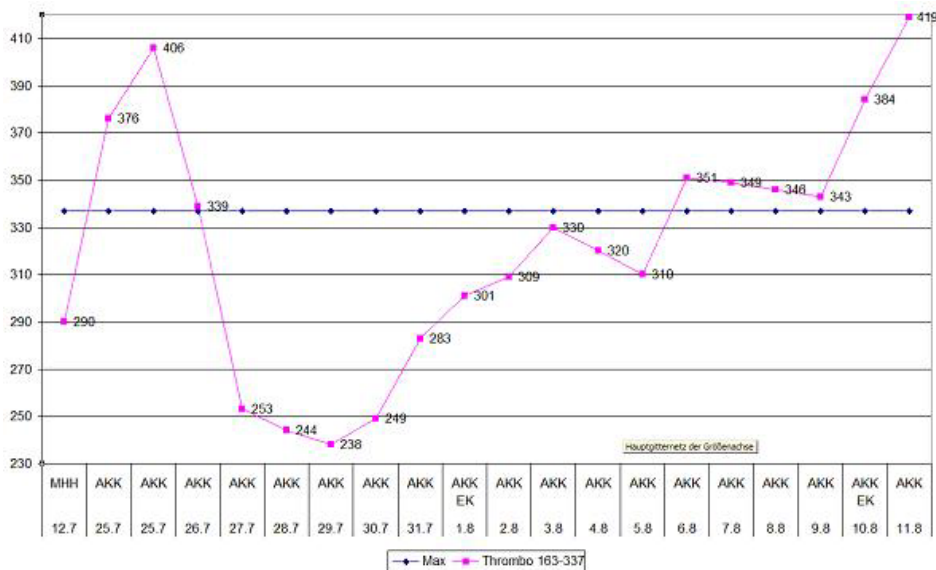


Bei der Einlieferung war das CRP bei 34 und ein paar Stunden später 67 – ein Wert, bei dem das AKK der Ansicht war, dass sofort und ohne Sinn und Verstand notfallmäßig Ceftriaxon gegeben werden musste.

Anstatt das Antibiotikum richtig zu stellen schaute man in aller Seelenruhe zu, wie das CRP trotz des gegebenen Antibiotikums am 26.+27.07. schwindelnde Höhen von über 260 erreichte.

Im Verlauf der richtigen Behandlung ging das CRP wieder runter – am 06.08. war es bei 35 – also in dem Bereich (34), mit dem er eingeliefert worden war.

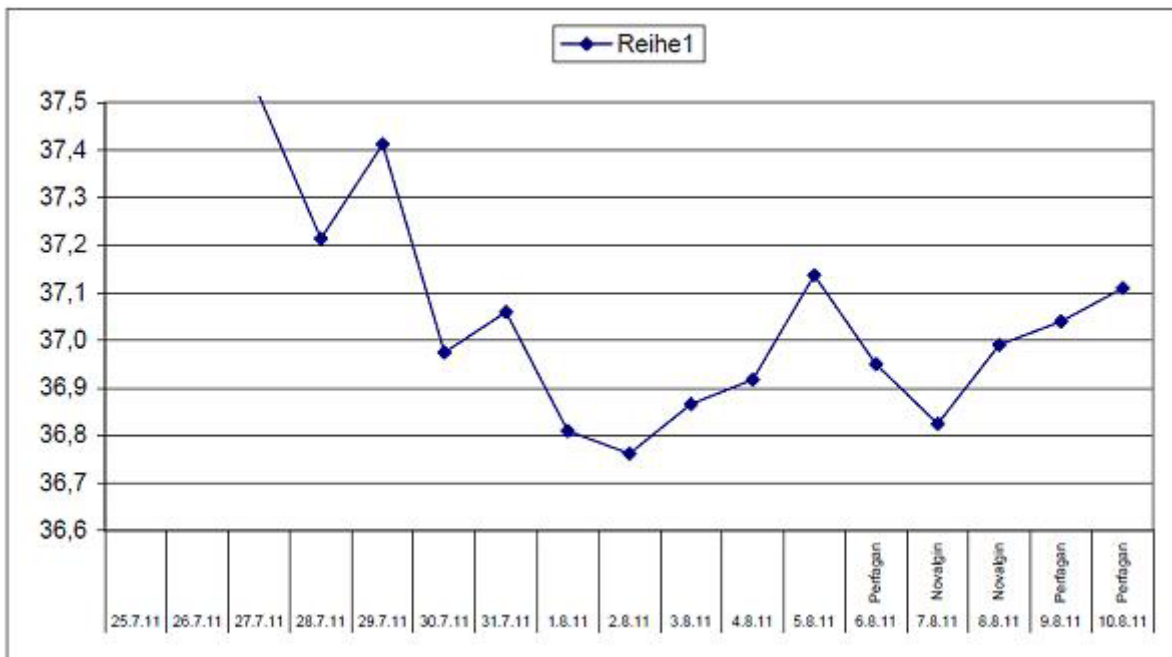
Obwohl er noch zwei weitere Tage die schweren Antibiotika bekam, begann das CRP nun wieder zu steigen – am 10.08. war es wieder auf 67 – wie beim Beginn der Behandlung mit Ceftriaxon und am Tag der Entlassung war es bereits wieder auf 72 angestiegen. Aber nun sah man keine Notwendigkeit mehr, etwas zu unternehmen und entließ meinen Vater am 11.08.11 zum Sterben nach Hause.



Auch die Thrombozyten waren ab den 06.08. wieder zu hoch – am Entlassungstag waren sie höher als vor Beginn der Antibiotikabehandlung.



Und auch die Leukozyten begannen am 05.08. wieder anzusteigen – gingen am 8.+9.8.. wieder runter und dann wieder hoch. (am 7.+8.8. gab es Novalgin)



Die tägliche Durchschnittstemperatur – begann bereits am 02.08. wieder anzusteigen – dann gab man fiebersenkende Mittel – sie sank wieder etwas und stieg dann trotzdem wieder an.

Ich meine, dass entfiebern und rückläufige laborchemische Entzündungsparameter anders aussehen - alles wies auf eine neue Infektion hin.

Seltsamer Weise enthält die von mir angeforderte Krankenakte ausschließlich die Blutlaborwerte vom 04.08.-08.08. – wie gut, dass ich mir die kompletten Werte schon vorher schicken lassen habe

Weitere Röntgenaufnahmen der Lunge wurden nicht gemacht.

Auch das Sputum und das Blut wurde ausschließlich einmal am 25.07. untersucht.

Meine Gespräche mit Dr. Nörrenbrock, in denen ich darum bat, meinem Vater ACC geben zu dürfen, weil ihm das zuhause so gut geholfen hat, wenn sein Sputum anfang wieder gelb zu werden, oder als ich ihn anflehte, das Sputum noch mal zu untersuchen, weil mein Vater wieder beatmet werden musste und man mir sagte, dass man ihn nicht absaugen kann, weil das Sputum zu zäh ist, kann ich leider nicht beweisen.

Genauso wenig wie das, was Herr Nörrenbrock zu meinen Bitten gesagt hat: „Es hat keinen Zweck das noch mal zu untersuchen – uns gehen die Antibiotika aus“ und zu ACC: „Das geben wir hier nicht.“ Er wusste also ganz genau, dass auf der Station Pseudomonas aeruginosa vorhanden waren, gegen die nur noch ein Mittel geholfen hätte. Das ergab jedenfalls die Untersuchung einer Sputumprobe, die ich am Tag der Entlassung meines Vaters zuhause entnommen hatte – das Ergebnis bekam ich leider erst, als mein Vater schon tot war

Das einzige, was noch geholfen hätte, war Tobramycin – aber das ist sehr, sehr teuer.