

VLKKD-By Treffen in Scheyen
4/5.7.19

Haftungsfallen

in Zeiten der Digitalisierung

Christian Wieg
Aschaffenburg

1.Fall

- Postoperative Behandlung nach DORV-Korrektur 1 Jahr – 2 Stunden postop. Intensivstation
- Langsames Absinken der HF von 110 auf 90´
- Pflege nicht im Zimmer
- Alarm bei 89´ und gleichzeitig Absinken des MAD unter 40´
- Pflege kommt in das Zimmer, checkt die Drainage (Nachblutung?), setzt nicht das „Anwesend Häckchen“
- 3-4 Min nach dem Alarm Beginn CPR, im Verlauf Thoraxeröffnung und interne Herzmassage, ECMO. Keine Nachblutung, Ursache akute myokardiale Dekompensation
- Outcome: schwere CP

Vorwurf: Zu späte Reaktion auf cardiochirurgischer ITS

- 1. automatische Doku: Katecholamine hochgestellt 3 min. nach Alarm
- Eintrag in el-Akte durch Arzt und Pflege erst 60 min nach Alarm (nach Verbringung des Patienten in OP) Zeiten divergieren um 2 min.
 - Pflege gibt Anwesenheit im Zimmer 20 sec. nach Alarm an, Arzt Anwesenheit 3 Minuten nach Alarm.
- Übernahme der Werte aus dem Speicher zeigen Abfall von MAD und HF (aber oberhalb der Alarmgrenzen) bereits 4 min vor Alarm

Gutachten (Anästhesie)

- Schwerer Behandlungsfehler, weil erst 3 Minuten nach Alarm auf eine akut lebensbedrohliche Situation reagiert wurde.
- Bei sofortiger Reaktion wäre die CPR vermeidbar gewesen.
- Kausalität somit zu neurologischem Schaden gegeben.

2.Fall

- FG 27 SSW, RDS, Surfactant 3.Lebensstunde und 20.Lebensstunde. 1.Schädelsono in Stunde 30 unauffällig. Hb Abfall von 15 g/dl auf 11 g/dl nach 72 Stunden gemessen. Kind beatmet, mäßig stabil, FiO₂ Anstieg von 0,3 auf 0,38. Beim Umkleben des Tubus durch Pflege wird bemerkt, dass der Tubus nicht mehr bei 7cm, sondern nur noch bei 6,5mm am Nasenrand fixiert ist. Beim Tiefschieben dann (angeblich), laut Eintrag von der Pflege 2 Stunden später) Bradykardie und SaO₂ Abfall

2.Fall (2)

- Arzt ventiliert über den nasal liegenden Tubus (dokumentiert „CPAP-Beatmung“), dann CPR bei (angeblich) schwerer Bradykardie und Desaturation, mehrfache Intubationsversuche.
- Gespeicherte Werte aus dem System alle 15 Minuten zeigen nie HF < 120 und min. SaO₂ minimal 75%. Die Übernahme aus dem Beatmungsgerät zeigt 100% Tubusleck um die Uhrzeit, die von der Pflege später als Beginn der Versorgungsrunde angegeben wird.

2.Fall (3)

- Dokumentation durch den Arzt nach erfolgter Reintubation beschreibt ohne Zeitangaben kursorisch das Ereignis der CPR und Reintubation.
- Am Folgetag Nachweis einer IVH 3° bds.,
Outcome: schwere CP und Blindheit nach ROP

Vorwurf: Fehlerhaftes Management der akzidentellen Extubation

- Die automatisch gespeicherten Werte weisen auf eine unbemerkte Extubation hin
- Die automatisch gespeicherten Werte passen nicht zu der (ungenauen) Dokumentation der CPR
- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die IVH Folge des Extubationszwischenfalls ist

Fallen (1)

- Automatische Datenübernahmen sind fixiert und müssen immer kommentiert werden, wenn nicht selbsterklärend
 - Z.B. Uhrzeiten einer Primärbefundung bei einem reaktionspflichtigen Röntgenbild
 - Übernommene automatisierte Daten, die reaktionspflichtig sind, erfordern auch eine dokumentierte Reaktion (z.B. Hypocapnie unter Beatmung)

Fallen (2)

- Nicht personalisierte Einträge in der el-Krankenakte (offener Bildschirm wird benutzt) können erhebliche Probleme bei geforderter Qualifikation generieren.
 - Wer konnte/durfte was entscheiden?
- Ärztliche Befunde, Einschätzungen usw. müssen mit der Pflegedokumentation sehr gut abgestimmt werden. Alle automatisierten Befunde (Häkchen „ Kreislauf unauffällig“) sind im Zweifelsfalle ungültig
 - Unbedingt Freitext benutzen!

Gemeinsamkeiten

- In beiden Kliniken war nicht bekannt in welchen Abständen automatisch übernommene Werte gespeichert werden.
- Bei der händischen Dokumentation waren die automatisch erfassten Werte nicht sichtbar
- Der Langzeit-Speichermodus der Daten ist in beiden Kliniken nicht bekannt
- Im Fall 1 war die Datenformatierung so schlecht lesbar, dass das Gericht die Dokumentation zunächst nicht anerkannt hat.

Urteile

- Fall 1
 - Gericht akzeptiert in Verhandlung die Aussage der Pflegenden. Gutachten kann Beklagte weitgehend entlasten. Keine Beweislastumkehr.
- Fall 2
 - Beweislastumkehr, weil widersprüchliche Dokumentation. Dem medizinischen Anspruch einer Dokumentation, nämlich der Einschätzungen einer Hypoxiezeit und der Weitergabe relevanter Behandlungselemente an den Nachbehandler wurde nicht entsprochen.

Take Home

- Bei Einführung einer digitalen Krankenakte gibt es erhebliche dokumentationsbedingte Haftungsgefahren.
- Dazu gehört auch die Umsetzung der DGSVO
- Ich würde auf jeden Fall eine Stellungnahme des Versicherers empfehlen, besonders hinsichtlich der Datenaufbewahrung.