

## „Pflegerfehler“ im Gespräch

### Angemessene Umgangsstrategien

Methode: Arbeitsblatt

Zeit: 30 Minuten

### Einleitende Gedanken

Auch auf der Ebene der Kommunikation soll das Thema Dekubitus **in der letzten Lebensphase** behandelt werden. Auch hier versuchen wir exemplarisch die Problemfelder aufzudecken, in denen Dekubitusprophylaxe und/oder -behandlung kritisch gesehen werden müssen. Wir wollen erneut unterstreichen, dass durch geeignete Maßnahmen häufig ein Dekubitalulkus vermieden werden kann.

### Einleitung

Entwickelt ein Patient einen Dekubitalulkus, so schämen sich professionell Pflegende und pflegende Angehörige nicht selten für dessen Entstehen und haben das Gefühl, versagt zu haben. Auch ist ein Dekubitalulkus ein jeden Tag sichtbares Zeichen für den Patienten und die Angehörigen, dass die Erkrankung in einem progredienten Stadium ist. Wird man als „Fremder“ in die Behandlung, Pflege und Betreuung eines Patienten mit bestehendem Dekubitalulkus involviert, ist es von enormer Wichtigkeit, die Problematik sensibel zu erörtern.

Stellen Sie sich folgende Praxissituation vor  
Sie werden zu einem 45-jährigen Patienten mit einem Bronchialkarzinom gerufen. Eine spinale Metastasierung hatte eine Querschnittlähmung zur Folge. Sie werden vom Hausarzt benachrichtigt, der diesen Befund des Dekubitalulkus zum ersten Mal gesehen hat. Die Ehefrau hatte niemandem davon erzählt. Bei Ihrem ersten Besuch sehen Sie den oben abgebildeten nekrotisierenden, fistelnden Dekubitus, der sich über beide Gesäßhälften gebildet hat.



### Impulse

- Welche Gefühle und Gedanken haben Sie bei diesem Anblick?
- Wie beurteilen Sie die Situation?
- Wie würden Sie die Ehefrau des Patienten begleiten, die den Patienten bislang allein gepflegt hat?

Ich möchte Ihnen die Situation aus unserer Perspektive schildern.

Aus dem Tagebuch einer Kollegin:

Am Morgen fuhr ich mit M. zum Patienten. Sie hatte die Familie schon seit einer Woche begleitet. Auf dem Weg versuchte sie, mich auf den „dramatischen“ Befund vorzubereiten, doch was ich nun bei dem Hausbesuch sah und erlebte, übertraf weit meine Vorstellungskraft. Eine Wunde in dieser Größe hatte ich zuvor noch nie gesehen. Sie war aufgrund einer Infektion übelriechend, bildete viel Sekret und hatte blutende Wundränder. Obwohl ich eigentlich wusste, was mich erwartete, schossen mir viele Gedanken und Fragen durch den Kopf:

Wie hatte sich dieser Dekubitus bilden können?

Die Ehefrau hat es doch bemerken müssen?

Warum hat sie niemanden informiert?

Warum ist niemand vorher eingeschaltet worden?

Wieso hat der Hausarzt nichts bemerkt?

Das ist doch verantwortungslos, wie konnte sie es nur so weit kommen lassen?

Ich war entsetzt, wütend und hätte die Ehefrau am liebsten mit Vorwürfen überschüttet. M. blieb ruhig und fragte den Patienten und die Angehörige zunächst, ob sie unter der Situation leiden würden. Keine Vorwürfe, keine Schuldzuweisungen?

M. versuchte einfach nur zu verstehen. Die Angehörige berichtete unter Tränen, dass sich der Befund in den letzten Wochen zunehmend verschlechtert hatte, ihr Mann hatte ihr aber aus Angst davor, ins Krankenhaus aufgenommen zu werden und dann nie wieder nach Hause zurückkommen zu können, untersagt, Hilfe und Unterstützung zu holen. Sie hätte solche Angst vor der Begegnung mit uns und litte unter starken Schuldgefühlen und plagte sich mit Selbstvorwürfen.

Sie erzählte, dass sie morgens um 7.00 Uhr ihren Mann versorgt und in den Rollstuhl setzt, dann um 8.00 Uhr zur Arbeit geht und ihren Mann dann abends nach der Tagesschau ins Bett brächte.

Der Patient berichtete von seinem letzten Krankenhausaufenthalt, der Aussage, die man ihn um die Ohren geschmettert hätte, dass er austherapiert sei und man leider nichts mehr für ihn tun könne. Daran habe er sich immer erinnert, als der Befund am Gesäß aufgetreten sei. Schmerzen habe er ja keine und für ihn sei die Mobilität im Rollstuhl das Wichtigste. Wir entschieden gemeinsam mit dem Hausarzt, dass der Patient nicht stationär behandelt wird und führten eine palliative Wundbehandlung durch.

Im weiteren Verlauf der Begleitung konnte ich beobachten, dass der Patient seinen Befund nie hinterfragte, obwohl auch dem Patienten bewusst gewesen sein musste, dass seine Wunde nicht abheilte, sondern sich sogar vergrößerte. Für ihn waren die Reduzierung des Geruchs und der nur 1x tägliche Verbandwechsel wahrnehmbare Zeichen für eine erfolgreiche Behandlung.

Nach Beendigung der Wundversorgung wurde die Bettdecke über die Beine bis hin zum Oberkörper gelegt, und außer dem zahlreichen Verbandmaterial, das sich im Zimmer befand, deutete nichts mehr auf diese tiefe, zerstörende, verjauchende Wunde hin.

Für den Patienten war damit der notwendige Pflichtteil des Tages erledigt. Nun widmete er sich seiner Familie, seinen Nachbarn und Arbeitskollegen, die regelmäßig zu Besuch kamen.

Der Patient verstarb ohne weitere Komplikationen mit dem Dekubitus an den Folgen seines Bronchialkarzinoms zu Hause.

Was wäre nur passiert, wenn ich meinen Gefühlen freien Lauf gelassen hätte? Noch mehr Schuldgefühle für die Ehefrau, als sie schon hatte, noch mehr Einsamkeit, weil sich niemand die Mühe gemacht hätte, sie zu verstehen, und Scham, dass es so weit kommen konnte ...

An diese Situation denke ich bei jedem Dekubitus, der mir heute begegnet.

Ich habe viel gelernt. Ich habe verstanden, dass es wichtig ist, die eigenen Gefühle erst einmal zurückzustellen, nicht vorschnell zu (ver-)urteilen und erst einmal die Fakten zu sammeln. Vorwürfe über Versäumnisse werden nur Rückzug und Verschlussenheit nach sich ziehen.