

Behandlungsfehlervorwürfe bei verwirrten oder bewusstseinsgestörten Krankenhauspatienten

Unruhezustände eines Patienten mit und ohne Bewusstseinsstörungen können einfache Ursachen haben wie ein Flüssigkeitsdefizit oder Schmerzen. Sie können aber auch Vorbote einer ernstzunehmenden Erkrankung sein, die eine abklärende Befunderhebung und Überwachung bis hin zu freiheitsentziehenden Maßnahmen erfordern kann. Bei der Betreuung von verwirrten oder bewusstseinsgestörten Krankenhauspatientinnen und -patienten besteht ein spezielles Risiko für Behandlungsfehler.

von Beate Weber, Johannes Köbberling und Rainer Rosenberger

Für eine Fortbildungsveranstaltung mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) zum Thema „Das Durchgangssyndrom/Delir – Diagnose, Therapiemöglichkeiten und rechtliche Situation“, die am 29. August 2018 in der Ärztekammer Nordrhein stattfindet (siehe Seite 4), hat die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler in Nordrhein die Begutachtungen von Patienten mit im Gutachten erwähnten Bewusstseinsstörungen oder Verwirrtheit ausgewertet. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei um eine retrospektive Analyse der Datenbankdokumentation von Begutachtungen zu vorgeworfenen Behandlungsfehlern handelt. Die festgestellten Behandlungsfehler stellen Einzelfallentscheidungen dar, die eine Verallgemeinerung nicht zulassen.

Folgt man Literaturangaben, so erleiden je nach operativem Spektrum und Patientenkontext etwa ein Drittel bis die Hälfte aller operierten Krankenhauspatienten im Rahmen des Aufenthaltes eine akute Störung des Bewusstseins und/oder der Aufmerksamkeit [1, 2]. Nachdem früher das Auftreten eines sogenannten „Durchgangssyndroms“ im Rahmen einer schwerwiegenden Erkrankung bei einer Krankenhausbehandlung allgemein akzeptiert wurde, ist es in den vergangenen Jahren

zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit, der Ärzte und Pflegekräfte sowie der Rechtsprechung gerückt.

Heutzutage steht die Prävention eines Delirs im Vordergrund. Es gilt, Risikopatienten ausfindig zu machen und diese gezielt zu überwachen [1, 4]. Neben den hohen Kosten, die das Auftreten eines Delirs verursacht, gilt das ärztliche Augenmerk vor allem dem betroffenen Patienten. So gibt es gerade von jüngeren Patienten Berichte über das traumatische Erleben („Schlangen im Kopf“) und nachfolgende, teils dauerhaft anhaltende kognitive Leistungsstörungen bis hin zum Verlust der Selbstständigkeit [3, 4].

Das Auftreten einer Bewusstseinsstörung stellt damit nicht nur für den betroffenen Patienten und seine Angehörigen, sondern auch für die Pflegekräfte und Ärzte eine schwierige, unter Umständen auch bedrohliche Ausnahmesituation dar. Nicht jede Bewusstseinsstörung eines Patienten ist dabei für die Pflegekräfte und Ärzte sofort erkennbar. Daher sind Angaben der Angehörigen, dass der Patient „verändert zu sein scheint“, immer sehr ernst zu nehmen.

Auch wenn die Ärztin oder der Arzt letztendlich die Verantwortung für das Wohl des Patienten trägt und deshalb - etwa im Rahmen einer Visite - von sich aus seinen Blick auch auf etwaige Bewusstseinsstörungen des Patienten lenkt, kann er im Übrigen erst tätig werden, wenn er informiert wurde. Damit kommt den Pflegekräften eine hohe Verantwortung für den Patienten zu, die durch den Krankenträger gewährleistet sein muss. Dieser haftet nach § 278 BGB auch für Fehler des Pflegepersonals (Haftung für Erfüllungsgehilfen). Dabei handelt es sich regelmäßig auch um eigenmächtige Handlungen, beispielsweise bei der Abgabe von nicht ärztlich autorisierten Medikamenten [5]. Selbst Straftaten des Gehilfen führen nicht per se zur Verneinung der Zurechnung [6].

In Kooperation mit den Pflegekräften muss der Arzt häufig entscheiden, ob eine über das übliche Maß einer Normalstation hinausgehende Überwachungspflicht besteht, ob und gegebenenfalls welche Schutzmaßnahmen für den unter Umständen nur bedingt einsichtsfähigen Patienten

ergriffen werden müssen und welche Bedarfsmedikation gegeben werden darf. Um Behandlungsfehlervorwürfe zu vermeiden, sind eine sorgfältige Dokumentation des Untersuchungsbefundes als Entscheidungsgrundlage und aller veranlassten Behandlungsmaßnahmen unumgänglich, wozu der Behandelnde ohnehin nach § 630f BGB gesetzlich verpflichtet ist.

Bei der Betreuung von Patienten mit Bewusstseinsstörungen besteht ein besonderes Risiko für Behandlungsfehler in Form des sogenannten Befunderhebungsfehlers. Häufig ist nämlich eine schwierig abzuwägende Entscheidung zu treffen, ob lediglich ein Durchgangssyndrom vorliegt oder ob andere abzuklärende Ursachen in Frage kommen, zum Beispiel eine Hypoxie infolge eines Insultes oder einer zerebraler Blutung, eine Anämie, eine Exsikkose, zu bekämpfende Schmerzen oder ein sich anbahnendes septisches Geschehen. Wenn in solchen Fällen eine gebotene Inaugenscheinnahme des Patienten, eine Laboranalyse, eine indizierte Bildgebung oder die Beiziehung eines neurologischen Konsiliararztes unterbleiben, dann kann sich der Arzt haftungsrechtlich eines Befunderhebungsfehlers schuldig machen, der fast regelmäßig nach § 630h Abs. 5 S. 2 BGB in Bezug auf die Frage der Schadensursächlichkeit zur Beweislastumkehr führt, sodass sich der Behandelnde insoweit entlasten muss.

Eine hohe Verantwortung setzt auch die Veranlassung freiheitsentziehender Maßnahmen voraus. Seit dem Jahr 2017 ist auch in NRW das Vorgehen hierfür mittels novelliertem PsychKG neu geregelt worden, das „dem Zwang enge Grenzen setzt“ [7, 8]. Hinzuweisen ist insbesondere auf § 16 PsychKG, wo die Rechtsstellung des Betroffenen bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geregelt ist. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang einfach anzuwendende Scores zur Erfassung des kognitiven Leistungsvermögens bereits bei der Aufnahme und im Verlauf der Krankenhausbehandlung [9]. Den Pflegekräften kommt vor allem eine hohe Bedeutung zu, wenn es darum geht, freiheitsentziehende Maßnahmen beim nicht einsichtsfähigen Patienten zu reduzieren, ohne auf einen Sturzschutz zu verzichten, beispielsweise durch Niedrigflurbetten.

Datenbankanalyse der Begutachtungen

Unter den 6.027 Begutachtungen von im Krankenhaus behandelten Patienten durch die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein aus den Abschlussjahren 2012 bis 2017 wurden 237 Fälle (Anteil 2,4 Prozent) ermittelt, die auf die abgefragten Stichworte „Awareness, Bettgitter, Delir, Durchgangssyndrom, Distraneurin®, Fixierung, Haldoperidol, Sturz, Somnolenz, Unruhe, Verwirrtheit, oder Vigilanzstörung“ ansprachen (Tabelle 1). Die 20 Fälle, in denen zwar ein Sturz berichtet worden war, aber keine Hinweise auf eine Bewusstseinsstörung vorlagen, wurden für die weitere Bearbeitung nicht berücksichtigt.

Bei 62 der verbleibenden 217 Fälle handelte es sich um Patienten, die bereits bei der Aufnahme eine vorbestehende oder zur Aufnahme führende Störung ihres Bewusstseins hatten (Gruppe 1.1). Bei 155 Patienten trat die Bewusstseinsstörung im Rahmen der überprüften Behandlung zu Tage (Gruppe 1.2). Diese Fälle wurden weiter untergliedert in Fälle mit beziehungsweise ohne Zusammenhang zu einem Eingriff oder einer sonstigen Intervention. Zwei Drittel der

Patienten waren nach der einschlägigen Literatur Risikopatienten allein aufgrund ihres Lebensalters über 64 Jahre.

In einem Drittel der 217 Verfahren wurden Diagnose- und/oder Behandlungsfehler festgestellt, was dem langjährigen allgemeinen Durchschnitt der Begutachtungen entspricht. Bei 30 Patienten wurde das (Teil-) Erleben einer Bewusstseinsstörung („Delir“) als haftungsbegründender Behandlungsfehler anerkannt, andere Teilaspekte waren zum Beispiel zehn von 47 Sturzfolgen, sechs von 19 Dekubitalläsionen und zwei von 37 erduldeten Fixierungen. Unter den 45 Todesfällen im Zeitraum der vorgeworfenen Behandlung (ein Behandlungsfehler pro Fall gezählt) wurde in fünf Fällen der Tod als Folge des Behandlungsfehlers erkannt.

Die im Einzelnen festgestellten Behandlungsfehler werden in der Tabelle 2 zusammengefasst. Im Folgenden werden 20 Fälle kurz exemplarisch dargestellt.

Zu spät erkannte und behandelte Ursache der Bewusstseinsstörung

Bei einem 88-jährigen desorientierten Patienten wurde fälschlich von der nächtlichen Notaufnahme trotz einer auf ein akutes Koronarsyndrom hinweisenden

Symptomatik und entsprechenden EKG-Veränderungen eine Verlegung auf eine neurologische Station vorgenommen. Der Patient wurde dort über 18 Stunden nicht weiter differenzialdiagnostisch untersucht, sodass er nachfolgend zunächst stürzte, nach telefonischer Anordnung Tavor® erhielt, kurze Zeit später bei zuvor nicht erkanntem Herzinfarkt reanimationspflichtig wurde, einen hypoxischen Hirnschaden erlitt und verstarb. Für den Tod des Patienten hatten die Ärzte aufgrund des als grob bewerteten Behandlungsfehlers zu haften.

Bei einem 79-jährigen multimorbiden Patienten wurde eine nicht indizierte und sehr massive Ausschwemmung mit einem Schleifendiuretikum innerhalb von 72 Stunden vorgenommen, ohne dass ärztlicherseits anhand der vorhandenen Ein- und Ausführprotokolle auffiel, dass es zu einer erheblichen Minusbilanz und klinisch zu einer Verwirrtheit des Patienten kam, sodass er aus dem Bett stürzte und ein starkes Weichteilhämatom mit behandlungsbedürftiger Anämie erlitt.

Bei einem 75-jährigen Patienten nach Thalamusblutung wurde ein grober Befunderhebungsfehler festgestellt. In der Reha-Klinik hatte er über drei Wochen unter teils

Tabelle 1
Vorgeworfene Diagnose- und Behandlungsfehler bei Krankenhauspatienten mit einer Verwirrtheit oder Bewusstseinsstörung in den Begutachtungen der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2012 bis 2017

2012–2017	Verfahren		Bejahte Fehler ³ bzgl. a – f)	a) „Unruhe/ Desorientiertheit“ ²		b) Sturz ²		c) Dekubitus ²		d) Medikam. Ruhigstellung bei Delir ²		e) Fixierung ²		f) Tod ^{1 2}	
	N	BF bejaht		n	BF bejaht bzgl. n	n	BF bejaht bzgl. n	n	BF bejaht bzgl. n	n	BF bejaht bzgl. n	n	BF bejaht bzgl. n	n	BF bejaht bzgl. n
Begutachtungen von Krhs.-Patienten = 6.027															
1. Patienten mit berichteter Bewusstseinsstörung	217	68	54	217	32	47	9	19	6	44	/	37	2	45	5
1.1 Vorbestehende Bewusstseinsstörung	62	21	17	62	8	23	6	3	1	18	/	15	1	15	1
1.2 Bewusstseinsstörung während der Behandlung ¹	155	47	37	155	24	24	3	16	5	26	/	22	1	30	4
1.2.1 ohne zeitlichen Zusammenhang mit einer Intervention/op. Eingriff	45	16	15	45	10	12	2	4	1	10	/	9	/	12	2
1.2.2.1 in Zusammenhang mit einer Intervention/ operativen Eingriff	100	29	20	100	12	12	1	12	4	16	/	13	1	18	2
1.2.2.2 „Awareness“ vorgeworfen	10	2	2	10	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

¹ im Laufe der vorgeworfenen Behandlung

² Mehrfachnennung bei n der Gruppe a – f) möglich

³ nur ein Fehler pro Behandlung und Symptomatik zu a – f) gezählt

Tabelle 2
Festgestellte Diagnose- und Behandlungsfehler bei 217 Patienten mit Bewusstseinsstörungen

Abgeschlossene Verfahren 2012 – 2017	Fehler bejaht n	Berichtete Bewusstseinsstörung im Krankenhaus		
		Gruppe 1.1 „vorbestehend“	Gruppe 1.2.1 „ohne Eingriff“	Gruppe 1.2.2 „mit Eingriff“
Anzahl der Fälle, davon	54	17	15	22
Keine zeitgerechte Ursachenabklärung	16	5	6	5
Fehlerhafte Sedierung/Narkose	6	/	/	6
Fehlerhafte Medikation	6	2	2	2
Nicht erkanntes Dekubitusrisiko/keine Prophylaxe	6	1	1	4
Nicht erkannte Sturzfolgen	5	4	1	/
Keine Sturzprophylaxe	3	2	1	/
Fehlerhafte Prozedur mit unerkannter Hypoxie	2	/	/	2
Kein Ausgleich einer Elektrolytstörung	3	1	2	/
Nicht erkannte Überwachungsnotwendigkeit	3	/	1	2
Nicht indizierte Fixierung	2	1	/	1
Nicht indizierte Transfusion mit Unverträglichkeit	1	/	1	/
Keine Mitteilung über Verwirrtheit/Sturzrisiko	1	1	/	/

wässrigen Durchfällen gelitten. Unter Zustandsverschlechterung wurde er zunehmend verwirrt und desorientiert. Eine ausgeprägte Hypokaliämie von dann 2,0 mmol/l und eine Hyponatriämie von 153 mmol/l waren in Ermangelung von Laborkontrollen und auch im durchgeführten EKG nicht erkannt worden.

Eine 58-jährige depressive Patientin erlitt postoperativ nach Osteosynthese einer Tibia-Kopffraktur einen weiteren Sturz und ein psychotisches Delir für elf Tage. Als dessen Ursache stellte sich am vierten Tag eine Lithium-Intoxikation (2,17 mmol/l) heraus. Während des vierwöchigen Aufenthaltes bei postoperativer Wundinfektion war der Lithiumwert zuvor fehlerhaft nicht überprüft worden, obwohl mit Celebrex® und Ibuprofen gleichzeitig Medikamente verordnet worden waren, die mit Lithium interagieren können. Auf ein psychiatrisches Konsil am zweiten Tag des Delirs wurde fehlerhaft erst mit einer Verzögerung um 2,5 Tage reagiert.

Nicht erkanntes Dekubitusrisiko

Bei einem 80-jährigen immobilen Parkinsonpatienten, der während einer Herzinfarktbehandlung zeitweise so desorientiert und verwirrt war, dass er an mehreren Tagen fixiert werden musste, wurde das hohe Dekubitusrisiko über zwei Wochen nicht erkannt und nicht durch ärztliche Anordnung von Lagerungs- und Prophylaxemaßnahmen sowie klinischer Kontrolle der Prädilektionsstellen begleitet. Dies führte dazu, dass an der rechten Ferse ein Dekubitus zweiten Grades aufgetreten ist und dass sich an der linken Ferse ein vorbestehender Dekubitus zum Grad III verschlechtern konnte.

Bei einem aufgrund einer hochgradigen Hyponatriämie somnolenten, wesensveränderten, nicht zustimmungsfähigen 76-jährigen Patienten wurden indizierte Schutzmaßnahmen zur Risikominimierung, wie Niedrigflurbett und vorgelegte Matratze, nicht veranlasst (Obhutsverletzung), obwohl er bereits in der Aufnahmenacht zweimal innerhalb von zweieinhalb Stunden gestürzt war. Durch einen schweren dritten Sturz aus dem Bett am Folgetag kam es zu einem subduralen Hämatom.

Keine Sicherungsmaßnahmen zur Sturzprophylaxe

Bei einem 56-jährigen Tumorpatienten wurde während der stationären onkologischen Therapie eine Zahnextraktion erforderlich. Es wurde versäumt, die Zahnklinik über die beim Patienten bestehende zeitweise Verwirrtheit und Desorientiertheit mit Überwachungsnotwendigkeit zu unterrichten, sodass der unbeobachtete Patient im Wartebereich von der Transportliege stürzte und eine operationsbedürftige dislozierte Femurhalsfraktur erlitt.

Bei einer elektiv aufgenommenen 79-jährigen Schmerzpatientin kam es noch vor dem vorgesehenen Gallengangsstentwechsel nach Absetzen des Morphinpflasters zu einem deliranten Zustand. Auf Empfehlung der zugezogenen Neurologen erhielt sie Haldoperidol und Promethazin, was jedoch die Symptomatik so verstärkte, dass sie aversiv, agitiert und fremdaggressiv in die Psychiatrie verlegt werden musste. Nach abgeklungener Symptomatik wiesen die Psychiater bei der Rückverlegung drei Tage später die in Anspruch genommenen Gastroenterologen explizit mit Zusatzschreiben auf einen noch abklärungsbedürftigen zwischenzeitlichen Sturz mit sich seither entwickelnden mittelgradiger Paraparese mit V. a. Conus Cauda-Syndrom und nötiger MRT-Diagnostik hin. Vier Tage später führen die Gastroenterologen trotz beklagter Hüftschmerzen behandlungsfehlerhaft zunächst den Stentwechsel durch, wonach sich bis zum Abend eine vollständige Paraparese einstellte bei dann nachgewiesenen frischen Wirbelkörperfrakturen, die erfolgreich operativ behandelt werden konnten.

Nicht erkannte Folgen eines Sturzes

Bei einer 73-jährigen dementen Patientin führte das Weglassen einer Dauermedi-

Fehlerhafte Medikation mit nachfolgendem Delir

Bei einer 73-jährigen dementen Patientin führte das Weglassen einer Dauermedi-

kation mit Psychopharmaka anlässlich einer Femurhals-Osteosynthese nach Sturz zu einem prolongierten postoperativem Delir.

Bei einer 86-jährigen Patientin mit Morbus Parkinson wurde eine Niereninsuffizienz unter Diuretikatherapie nicht berücksichtigt. Dies führte zu einer überhöhten Gabe von Amantadin mit der Folge einer passageren Desorientiertheit.

Bei einer 49-jährigen Patientin kam es über mehrere Tage infolge eines Übertragungsfehlers zu einer deutlichen Überdosierung von Baclofen um das Sechsfache der Maximaldosis. Dies führte zu einer erheblichen psychischen Verschlechterung mit nötiger Fixierung, Sedierung sowie Verlegung in die Psychiatrie.

Bei einer 70-jährigen, dialysepflichtige Patientin mit starken Schmerzen bei fortgeschrittener peripherer Verschlusskrankung wurde neben Hydromorphon retard und Fentanyl nach Großzehenamputation ab dem neunten postoperativen Tag auch Pregabalin in überhöhter Dosis verabreicht, zunächst um das Vierfache der Maximaldosis für vier Tage, dann um das zweifache für weitere zwei Tage mit Reduktion auf die Hälfte und Absetzen an den zwei darauffolgenden Tagen. Als Folge hiervon kam es zu einer Desorientiertheit ab dem zweiten Tag der Verabreichung.

Bei einer 84-jährigen Patientin kam es zu einem erneuten Delir, weil trotz eines bereits durchgemachten Morphiumdelirs wiederum Morphium subkutan innerhalb von wenigen Stunden verabreicht worden war, da die Bedarfsmedikation von 3 x 5 mg/Tag nicht geändert worden war.

Fehlerhafte Sedierung/Narkose

Bei einem 76-jährigen, 1,85 m großen und 83 kg schweren Patienten kam es nach einer im Rahmen einer Anämieabklärung durchgeführten, länger dauernden Koloskopie mit Entfernung mehrerer Polypen zu einem bis zum Abend andauernden Durchgangssyndrom. Neben der Sedierung durch Midazolam (2,5 mg) in Kombination mit Butylscopolamin (80 mg) hatte der Patient entgegen der Anwendungsindikation (~ off-label use) und ohne Intubationsbereitschaft eine mit 144 mg (fraktioniert in 23 Einzeldosen) - statt maximal 60 mg – deutlich überdosierte Etomidat-Lipuro-Gabe erhalten. Dies wurde als grober Behandlungsfehler bewertet, sodass der Arzt für die resultierenden Folgen einzustehen hatte.

Bei einem 54-jährigen Schmerzpatienten konnte nach Umlagerung der Venenzugang am Handrücken, über den die totale intravenöse Anästhesie zur Implantation von Neurostimulationselektroden erfolgte, nicht mehr eingesehen werden. Erst bei der OP-Unterbrechung, nachdem der Patient unruhig wurde, konnte erkannt werden, dass es zu einem Paravasat gekommen war. Der Patient war somit nicht ausreichend tief genug narkotisiert worden, was postoperativ als traumatisch erlebte „Awareness“ von ihm geschildert wurde.

Bei einer 37-jährigen Patientin wurde bei der totalen intravenösen Anästhesie für eine vaginale Hysterektomie eine deutlich zu niedrige Erhaltungsdosis von Propofol verabreicht, was, trotz klinischer Anzeichen für eine „Awareness“, zu spät korrigiert wurde.

Nicht erkannte Überwachungsnotwendigkeit

Bei einem 78-jährigen Patienten erfolgte bei einem postoperativen Delir nach einer schwierigen Hüftendoprothesenoperation mit OP-Dauer von über fünf Stunden keine Überwachung, sodass er stürzte und eine Luxation auftrat.

Fehlerhafte Fixierung

Bei einem nach frischem Apoplex desorientierten, dementen 80-jährigen Patienten musste mehrfach wegen deliranter Unruhe mit Bettflüchtigkeit überwiegend nachts eine Fixierung erfolgen. In Anwesenheit seiner Ehefrau wurde trotz deren beruhigend wirkendem Einflusses ihrer ausdrücklichen Bitte nicht entsprochen, die Fixierung beim Abendbrot und „Wasserlassen“ zu lösen, was als fehlerhaft bewertet wurde.

Bei einer mit schwerem Delir eingelieferten 81-jährigen Patientin mit akuter hypertensiver Entgleisung und V. a. akutes Koronarsyndrom war eine primäre Fixierung der Hände erforderlich. Obwohl das Fixierungsprotokoll nicht ausreichend ausgefüllt war, wurde die Fixierung als solche gutachterlich als sachgerecht bewertet. Allerdings stürzte die mit Diazepam sedierte Patientin am zehnten Behandlungstag im Anschluss an eine Linksherzkatheteruntersuchung vom Kathetertisch, obwohl vier Personen im Raum anwesend waren. Neben diesem Organisationsverschulden kam es im Weiteren zu einer Verletzung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin,

weil die Fixierung ohne Not fortgesetzt wurde.

Fazit

Bewusstseinsstörungen wie Delir, sogenanntem „Durchgangssyndrom“ oder Verwirrtheit werden bislang in den vor der Gutachterkommission Nordrhein geführten Begutachtungsverfahren nur selten explizit vorgeworfen. Hieraus lassen sich aber keine Angaben über das tatsächliche Vorkommen solcher Störungen ableiten. Vielfach „versteckten“ sich die im Gutachten berichteten Bewusstseinsstörungen im Vorwurf einer nicht erfolgten Ursachenabklärung oder einer Zustandsverschlechterung während des Aufenthaltes.

Während die Vorwürfe über eine unzureichende Dekubitusprophylaxe in etwa einem Drittel und bei im Krankenhaus aufgetretenen Stürzen in etwa einem Fünftel der Vorwürfe bestätigt wurden, wurden im Zusammenhang einer Bewusstseinsstörung mit einer Fixierung nur in zwei Fällen und bei einer sedierenden Medikation keine Behandlungsfehler bejaht. Durch besondere Aufmerksamkeit und verstärkte Bemühungen zur Verhinderung einer Bewusstseinsstörung in den Kliniken sowie durch konsequente Beachtung des novelierten PsychKG ist zu hoffen, dass die Häufigkeit von Behandlungsfehlern in diesem Bereich weiter zurückgeht. RA

Professor Dr. med. Johannes Köbberling ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, Rainer Rosenberger ist Stellvertretender Vorsitzender und Dr. med. Beate Weber ist Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission Nordrhein.

Literatur

- [1] Kratz T, Heinrich M, Schlauß E, Diefenbacher A. Prävention des postoperativen Delirs. DÄ Int 2015; 112 (17):289-96
- [2] Bünemann M, Baumeister M, Thomas Ch. Delir – wenn man zeitweise verwirrt ist. DÄ 2013; 110 (21): 1038 - 1039
- [3] Lorenzi S, Fügen I, Noachtar S. Verwirrheitszustände im Alter. DÄ 2012; 109 (21): 391 -401
- [4] Berndt Ch. Schlangen im Kopf. SZ 16.8.2017
- [5] Prütting Wegen Weinreich/Schmidt-Kessel, BGB, 9. Auflage, § 278 Rn 19.
- [6] BGH NJW 1991, 3208, 3210.
- [7] Gouzoulis-Mayfrank E, Otten M. Das neue Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in NRW. RA 2017 (3): 17 - 18
- [8] Fuchs C. Die Zulässigkeit von Patientenfixierungen. Vortrag unter http://www.aerzetenetz-bad-berleburg.de/images/zulaessigkeit_von_patientenfixierungen.pdf
- [9] <https://www.ukm.de/index.php?id=demenssensibles-gh>
- [10] https://de.wikipedia.org/wiki/Werdenfelser_Weg