

**F**RAU S. E., eine 83 Jahre alte Pensionistin, sie war früher Arbeiterin, stürzt am 1.10.1991 in ihrer Wohnung und verletzt sich an der linken Schulter. Aufgrund der Verletzung war sie nicht mehr in der Lage, Hilfe herbeizurufen und wird erst ca. 9 Stunden nach dem Unfall am Boden liegend von ihrer Tochter aufgefunden und mit der Rettung auf die chirurgische Abteilung des Krankenhauses R. gebracht. Röntgenbilder zeigen eine Fraktur des linken Oberarmes mit starker Verschiebung und sie wird deshalb in das Krankenhaus L. transferiert. Sie trifft dort spät in der Nacht ein, und es werden sofort Röntgenuntersuchungen und Untersuchungen der Blutgefäße durchgeführt, die eine Zerreißung der Armschlagader ergeben. Die Verletzte ist in einem mäßig guten Zustand, die langen Transportzeiten haben ihr - scheint es - nicht sehr geschadet, sie gibt klare Auskünfte und ist voll kontaktierbar, es besteht eine leichte cardiale Insuffizienz mit Vorhofflimmern. Eine Erhaltung des Armes dürfte nach Meinung der Ärzte wahrscheinlich möglich sein, wenngleich das Operationsrisiko insbesondere wegen der langen Ischämiezeit groß erscheint.

Um 0.30 Uhr beginnt ein Gefäßchirurg mit der Operation, und es wird ein Stück Vene vom linken Oberschenkel in die abgerissene Arterie interponiert. Dann wird noch der instabile Bruch mit Drähten stabilisiert.

Nach der Operation ist die Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand und muß auf die Intensivstation verlegt werden. Der Zustand verschlechtert sich so dramatisch, daß eine künstliche Beatmung erforderlich ist.

Wegen einer Nachblutung aus den Operationsbereichen (Oberschenkel, Oberarm) wird eine Punktion der linken Schlüsselbeinvene erforderlich und dabei kommt es zu einem Pneumothorax, der drainiert werden

muß. Es besteht eine Verbrauchskoagulopathie.

Bisher mußten bereits 44 Konserven verabreicht werden. Im linken Thorax entwickelt sich ein Winkelerguß, der abpunktiert wird. In der nächsten Nacht kommt es zu einer massiven Nachblutung am Oberarm.

Die Patientin wird neuerlich operiert. Wegen der schlechten Allgemeinsituation muß die Patientin weiter künstlich beatmet werden. Sie ist aber teilweise kontaktierbar und am 3. Tag nach dem Unfall ist sie in der Lage, auf Fragen mit Kopfnicken oder Verneinen zu antworten. Insgesamt erhielt die Patientin nun schon 126 Blutkonserven.

In der weiteren Folge ist die Patientin nicht mehr so gut kontaktierbar, sie wirkt ausgesprochen müde, eine richtige Verständigung oder ein Gespräch mit der Patientin sind natürlich nicht mehr möglich.

Am nächsten Tag kommt es zu einer leichten Besserung der Situation, dann allerdings neuerlicher Pneumothorax links, der wieder drainiert werden muß. Im Anschluß daran ist wieder eine kontrollierte Beatmung erforderlich. Die Patientin ist am Tag darauf zwar überhaupt nicht mehr kontaktierbar, sie atmet aber unkontrolliert gegen die Maschine und muß deshalb relaxiert werden. Sie bekommt Antibiotika, eine Herz-Kreislauftherapie und muß parenteral ernährt werden. Es entwickelt sich ein Multiorganversagen. Die Prognose ist infaust.

13 Tage nach dem Unfallereignis stirbt die Patientin durch Kammerflimmern.