

## IV BESONDERER TEIL - EINZELFÄLLE

In diesem Abschnitt sollen beispielhaft einige der zahlreichen Fälle dargestellt werden, in denen auf Grund letztlich erwiesener **Behandlungsfehler** die WPPA im Berichtsjahr **Entschädigungszahlungen an die betroffenen Patient\*innen (oder deren Angehörige)** durch den Rechtsträger oder die zuständige Haftpflichtversicherung erreichen konnte.

### 1. Intramural

#### **WPPA 1117018/19 - Notfall-Aufnahme: keine ausreichende Überwachung mittels Pulsoxymetrie, Herzrhythmusstörung übersehen**

Eine 62-jährige Patientin wurde wegen Exsikkose (Dehydratation), Schwäche und Schwindel mit der Rettung in die Notfall-Ambulanz eines städtischen Spitals eingeliefert.

Nach einer ersten ärztlichen Begutachtung inkl. Blutabnahme ließ man die Patientin in einer sog. Behandlungsbox auf die weitere Behandlung warten. In dieser Behandlungsbox wurde die Patientin nur visuell monitiert, jedoch wurde eine Kontrolle mittels Pulsoxymetrie (Überwachung der Sauerstoffsättigung) unterlassen. Diese Überwachung wäre jedoch im Hinblick auf die Krankheitsvorgeschichte (Grunderkrankungen wie langjährige Diabeteserkrankung sowie Bluthochdruck, hochgradige Niereninsuffizienz, schwere Gefäßerkrankung) und des aktuell hohen Kaliumwertes mit Risiko für Herzrhythmusstörungen aus medizinischer Sicht notwendig gewesen.

Schließlich wurde die Patientin regungslos in der Behandlungsbox aufgefunden. Sie hatte eine Herzrhythmusstörung und dadurch einen - letztlich tödlichen - Sauerstoffmangel des Gehirns erlitten.

Hätte man die Patientin ausreichend überwacht, wäre eine frühere Reanimation möglich gewesen und damit die Überlebenschance erhöht worden.

#### **WPPA 400581/20 - Mit Brustkorbschmerzen von Notfall-Ambulanz zu Unrecht abgewiesen, Kammerflimmern übersehen**

Ein 31-jähriger Patient suchte wegen Schmerzen im linken Brustkorb die Notfall-Ambulanz eines städtischen Spitals auf. Er wurde mit der Diagnose einer Muskelverspannung und Inter-costalneuralgie (Nervenschmerz) wieder nach Hause geschickt und verstarb nur wenige Stunden später an einem Herzinfarkt.

Das eingeholte Sachverständigen-Gutachten ergab, dass die Beschwerdesymptomatik typisch für ein koronares Geschehen gewesen war, was nicht erkannt wurde. Der Patient hätte aus dem Spitalsbereich nicht entlassen werden dürfen. Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes hätte dann bei Auftreten des Herz-Kammerflimmerns rascher reagiert werden können und wäre laut Gutachten die Überlebenschance deutlich erhöht gewesen.

#### **WPPA 811364/20 – Gipsverband frühzeitig entfernt**

Ein 15-jähriger Patient verletzte sich im Bereich des linken Handgelenks und wurde in einem

Spital vorstellig, wo eine Röntgenuntersuchung vorgenommen und wegen des Verdachts eines Kahnbeinbruchs ein Unterarmspaltgips mit Daumeneinschluss für 6 Wochen angelegt wurde. 10 Tage später wurde im Rahmen der Nachuntersuchung eine Röntgenaufnahme im Gips durchgeführt und die Diagnose auf Prellung des Handgelenks geändert. Der Gipsverband wurde abgenommen und der Patient aus der Behandlung entlassen.

Da der Patient aber auch nach mehreren Monaten noch immer Schmerzen hatte, wurde er neuerlich in diesem Spital vorstellig, wo eine Kahnbein-Pseudoarthrose festgestellt und in der Folge mittels Kahnbein-Verplattung, Stoßwellentherapie und Ruhigstellung für weitere 8 Wochen behandelt werden musste.

Das Spital selbst wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass eine Röntgenuntersuchung im Gips zur Kontrolle von Frakturen der Handwurzel vollkommen ungeeignet ist und es aufgrund der mangelhaften Ruhigstellung zum Entstehen der Kahnbein-Pseudoarthrose kam, die operativ saniert werden musste.

#### **WPPA 1204619/20 – Tödlicher Zwischenfall bei der Dialyse**

Im Rahmen einer Dialyse (Blutwäsche) in einem städtischen Spital wurde der notwendige Anschluss an das Schlauchsystem des Dialysegerätes unzureichend vorgenommen bzw. überwacht. Die Steck-/Drehverriegelung wurde nicht korrekt durchgeführt, sodass der Schlauch (venöser Schenkel) herausrutschen konnte und das Blut auf den Boden, statt zurück in den Körper der Patientin rann. Es wurde verspätet auf den Geräte-Alarm reagiert. Die Patientin (53 Jahre) erlitt aufgrund des Blutverlustes einen Kreislaufstillstand und einen hypoxischen Gehirnschaden und starb. Es wurde kein „Cross check“ (4-Augen-Prinzip) hinsichtlich korrekter Verschraubung der Schläuche durchgeführt. Die Generaldirektion des WiGeV sagte geeignete Vorkehrungen (Nachschulungen, Vorgaben für Gerätesicherstellung etc.) zu, um derartige Fälle in Zukunft zu vermeiden.

#### **WPPA 884805/20 – Dickdarmperforation nicht erkannt**

Eine 46-jährige Patientin unterzog sich in einem Spital einer laparoskopischen Zystenentfernung im Unterbauch. Bereits am ersten postoperativen Tag klagte die Patientin über starke Bauchschmerzen, welche jedoch erst am dritten postoperativen Tag mittels Bildgebung abgeklärt wurden. Dabei zeigte sich reichlich freie Flüssigkeit und Luft im Bauchraum, sodass die Patientin bei akutem Abdomen mit Sepsis einer Bauchoperation unterzogen wurde. Dabei wurde eine 4-Quadranten-Peritonitis (Bauchfellentzündung) mit Perforation des Dickdarms festgestellt. Die Patientin musste mit einem künstlichen Darmausgang versorgt werden. Während des nachfolgenden intensivmedizinischen Aufenthalts wurden 11 Folgeoperationen (Lavagen, Anlage eines Tracheostomas) durchgeführt, bis die Haut wieder verschlossen werden konnte.

Ein halbes Jahr später konnten der künstliche Darmausgang sowie das Tracheostoma rückoperiert werden. In der Folge musste auch noch eine Bauchdeckenhernienoperation mit Meshimplantation erfolgen.

Wenngleich kein schuldhaftes Fehlverhalten des Operateurs an der Darmverletzung bei der Erstoperation feststellbar war, hätten doch die postoperativen starken Bauchschmerzen auf-

grund der Symptomatik und der Hinweise auf ein intraabdominelles Geschehen früher abgeklärt werden müssen. Dadurch hätten die massive 4-Quadranten-Peritonitis, die Stomaanlage und die vielen Folgeoperationen verhindert werden können.

#### **WPPA 477378/21 – Oberschenkelhalsbruch nicht erkannt**

Eine 75-jährige Patientin wurde mit der Rettung aufgrund akuter Schmerzen im linken Bein in ein städtisches Krankenhaus eingeliefert. Es wurde ein Röntgen durchgeführt und ein Bandscheibenschaden diagnostiziert. Kurz nach Entlassung aus der stationären Behandlung musste die Patientin aufgrund unerträglicher Schmerzen neuerlich die Rettung rufen und wurde in ein anderes Krankenhaus eingeliefert. Dort wurde noch am selben Tag eine eingestauchte Schenkelhalsfraktur links festgestellt, die schon in den Erströntgenbildern sichtbar gewesen war, jedoch nicht befundet wurde. Die Fraktur wurde dann mittels zementierter Hemiprothese operativ versorgt.

#### **WPPA 673145/21 – Vorzeichen für Herzinfarkt übersehen**

Ein 52-jähriger adipöser Patient mit Raucheranamnese wandte sich wegen seit 2 Tagen zunehmender Brustschmerzen an ein städtisches Spital, wo er untersucht, stundenlang beobachtet und danach mit einem Rezept für blutdrucksenkende Therapie beschwerdefrei entlassen wurde. Ihm wurde eine internistische Kontrolle im niedergelassenen Bereich empfohlen.

Danach wandte er sich an seinen Hausarzt, der ihn schmerzstillend behandelte und eine Abklärung eines Bandscheibenvorfalles erreichte.

Sechs schmerzbehaftete Wochen danach erlitt der Patient während einer Autofahrt einen akuten Herzinfarkt und wurde mit der Rettung in ein auswärtiges Krankenhaus gebracht, wo eine schwere koronare Dreigefäßerkrankung mit Arterienverschluss und mehrfache Arterienverengungen festgestellt und erfolgreich mit Stentsetzung behandelt wurden.

Anhand einer gutachterlichen Überprüfung der Vorgangsweise des städtischen Spitals konnten Diagnose- und Behandlungsfehler festgestellt werden. Dadurch unterblieben zum Schaden des Patienten eine indizierte entsprechende Medikation plus stationäre Überwachung auf einer Intensivstation sowie invasive Diagnostik.

#### **WPPA 1388664/21 – Neugeborenes beim Baden verbrüht**

Durch eine Unachtsamkeit einer Pflegeassistentin wurde ein 22 Tage altes Neugeborenes in einem Spital zu heiß gebadet, sodass es zu Verbrühungen an den Oberschenkeln, dem Gesäß, dem Genitalbereich und dem Bauch kam. Aufgrund eines multiresistenten Keimes hatte die Pflegeassistentin Handschuhe getragen und die Wassertemperatur (diese betrug nach dem Baden 48 Grad) vorab nicht kontrolliert.

#### **WPPA 1360894/22 – Falsches Medikament verabreicht**

Aufgrund einer Patientenverwechslung in einem städtischen Spital wurde einer 63-jährigen Patientin ein Chemotherapeutikum verabreicht, welches für die Bettnachbarin bestimmt war und zu nicht unerheblichen Nebenwirkungen (starke Knochen-, Muskel- sowie Gelenkschmerzen sowie vorübergehender Haarausfall) führte.

## 2. Extramural

### **WPPA 1020430/21 – Schilddrüsenkarzinom verspätet erkannt**

Im Rahmen einer Gesundenuntersuchung in einem Diagnosezentrum wurden bei einer 36-jährigen Patientin ein Knoten in der Schilddrüse entdeckt, die Schilddrüsenwerte bestimmt, jedoch eine erforderliche Messung des Calcitonin-Wertes verabsäumt. Diese Messung wurde erst mit einjähriger Verzögerung durchgeführt, wobei im weiteren Verlauf ein medulläres Karzinom der Schilddrüse samt Metastasen festgestellt wurde.

Auch wenn die konkreten Folgen durch die aufgetretene Diagnoseverzögerung nicht exakt quantifiziert werden konnten (laut eingeholtem Sachverständigengutachten war mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bereits im Rahmen der Erstuntersuchung ein Karzinom im fortgeschrittenen Stadium vorlag), konnte eine finanzielle Einigung mit der zuständigen Haftpflichtversicherung erreicht werden.

### **WPPA 1134736/22 - Behandlungsverzögerung durch falsch interpretierten MRT-Befund**

Ein 8-jähriges Kind wurde zur Abklärung von starken Bauchschmerzen mittels MRT-Untersuchung an einen Facharzt für Radiologie überwiesen.

Im MRT-Befund wurde – fehlerhaft - u.a. ein Sludge (eingedickte Gallenflüssigkeit) in der Gallenblase diagnostiziert. Dementsprechend stand die Befürchtung im Raum, dass dies eventuell eine Gallenblasenentzündung oder die Bildung von Gallensteinen zur Folge haben könnte. In den darauffolgenden Tagen wurde vom Kinderarzt eine sehr starke medikamentöse Therapie verschrieben. Zusätzlich wurden auch eine Koloskopie und zwei Gastroskopien durchgeführt. Da die Medikamente wenig Wirkung zeigten, wurden sie in einer erhöhten Dosis verabreicht. Dies hatte starke Nebenwirkungen zur Folge.

Fünf Wochen später wurde aufgrund ausbleibender Besserung bei einem anderen Facharzt für Radiologie eine weitere MRT-Untersuchung durchgeführt, die den ersten Befund widerlegte – ein Sludge war nicht auffindbar.

Die während des Diagnoseverzögerungszeitraumes bestehenden Schmerzen und die psychische Belastung einer in den Raum gestellten Operation waren die Grundlage der Schadenersatzforderung.

### **WPPA 2104190/2022 – bei chirurgischer Weisheitszahnentfernung Seiten verwechselt**

Ein 18-jähriger Patient suchte zur chirurgischen Entfernung von 4 Weisheitszähnen eine Zahnklinik auf.

Zunächst wurden 2 Weisheitszähne auf der linken Seite entfernt.

Einige Monate später sollten die Weisheitszähne auf der rechten Seite entfernt werden. Dabei kam es zur Verwechslung der Kieferseiten. Der behandelnde Arzt leitete nochmals die Operation zur Entfernung des Weisheitszahnes im linken Oberkiefer ein. Beim – natürlich erfolglosen – Versuch, den Weisheitszahn aufzufinden, wurde die Wurzel des Nachbarzahnes beschädigt. Es musste bei diesem Zahn eine Wurzelbehandlung vorgenommen werden und der Patient wird später vermutlich ein Implantat benötigen und die Kosten dafür zu tragen haben.