

türlich auch von immanenter volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Die Attraktivität von Sprechberufen, also der Umgang mit Menschen in seiner ureigensten Kommunikationsform, ist ungebrochen, doch leider auch die Zahl derer, die Probleme mit den stimmgebenden Organen haben. Große Tumor-Operationen mit Ersatzstrukturen, Neubildungen von Organen bzw. Organanteilen waren vor Jahren noch nicht in der heutigen Form möglich. Die Chancen für die Patienten, weiterleben zu können, nehmen zu. Doch sie müssen wieder Sprechen und Schlucken lernen können. Auch erhöht sich die allgemeine Lebenserwartung, doch ebenso die Gefahr von Einschränkungen von Sprache, Sprechen und Stimme, zum Beispiel beim Apoplex.

Kommunikationsstörungen sind nicht irgendwelche belanglosen Störungen. Jeder kann für sich unmittelbar nachvollziehen, wie sehr er selbst im Falle einer solchen Erkrankung mit dem genannten Störungsspektrum in seinem gesamten Alltag eingeschränkt wäre. Während allerdings in Deutschland das gesellschaftliche Gewicht und die Bedeutung von Kommunikationsstörungen noch weithin unterschätzt oder verkannt werden, erlauben aktuelle Daten aus den USA eine auch für Deutschland relevante Bewertung von Kommunikationsstörungen.

So betrug der Anteil aller Berufe mit kommunikativen Anforderungen am Übergang zum neuen Jahrtausend bereits über 60 Prozent – mit eindeutig steigender Tendenz. Hieraus berechnen sich in den USA Folgekosten von Kommunikationsstörungen von jährlich bereits 154 bis 186 Mrd. Dollar bzw. 2,5 bis 3 Prozent des Bruttosozialprodukts.

Die Prävalenz von Stimm- und Sprechstörungen wird mit 9,5 Prozent angegeben, diejenige von Sprachentwicklungsstörungen im Kindergartenalter mit immerhin 13 Prozent; eine Zahl, die nach bundesdeutschen Untersuchungen in sozialen Brennpunkten bis auf 34 Prozent ansteigen kann.

Der Anteil Arbeitsloser liegt im arbeitsfähigen Alter in der Gruppe mit Kommunikationsstörungen mit durchschnittlich 43,3 Prozent deutlich höher gegenüber 25,2 Prozent in der Gruppe ohne Kommunikationsstörungen. Dieser Anteil steigt bei Sprechgestörten auf immerhin 75,6 Prozent.

#### Zukunftsperspektiven

Oft hören wir: „Es gibt doch viel zu wenig Phoniater-Pädaudiologen“. Doch sind in Nordrhein acht Kollegen niedergelassen in Praxen tätig, an sechs Kliniken sind Fachabteilungen etabliert, so dass eigentlich in jeder Region eine Versorgung möglich ist. Es gibt ja auch nicht in jeder Stadt einen endoskopisch tätigen Internisten oder einen Neuropädiater. Alle Bemühungen

zielen darauf ab, die Dichte der Fachärzte zu erhöhen, um damit eine immer einfachere Versorgung der Patienten mit Kommunikationsstörungen zu erreichen. Von politischer Seite sollten alle Voraussetzungen geschaffen werden, um neuen Kolleginnen und Kollegen den Schritt in die freie Tätigkeit leichter zu machen. Doch sind die wirtschaftlichen Voraussetzungen bei recht erheblichen Investitionskosten dazu nicht immer rosig. Ein erster Ansatz zur Verbesserung ist ein eigenständiges Kapitel im EBM 2000plus.

*Weitere Informationen:*

*www.dgpp.org*

*Phoniater-Pädaudiologen in Nordrhein sind mit der Arztsuche unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) zu finden.*

---

#### WISSENSCHAFT UND FORTBILDUNG

## Ruptur eines Bauchaortenaneurysmas

*Unzureichende Untersuchung und Operationsverzögerung – Folge 36 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting\**

**U**nter einem Aneurysma der großen Körperschlagader versteht man eine umschriebene Gefäßerweiterung, die in der Regel Folge arteriosklerotischer Wandveränderungen ist. Die meisten Bauchaneurysmen verursachen keine Beschwerden und werden oft erst im Rahmen einer sonographischen Untersuchung des

Bauchraumes zufällig entdeckt. Eine Ruptur dagegen verursacht akute Bauchschmerzen, wobei die Bauchdecken gespannt, druckschmerzhaft und aufgetrieben sind.

Abgesehen davon, dass der pulsierende Tumor getastet werden kann, wird die Diagnose in der Regel durch Untersuchung des Bauchraumes mit dem Ultraschallgerät

---

\* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

gestellt. Bei der sonographischen Untersuchung kann unter Umständen der Riss selbst nicht immer sogleich erkannt werden, weil er möglicherweise von dem rückseitigen Bauchfell gedeckt ist. Die auf eine solche Erkrankung hindeutende Raumforderung im Unterbauch ist jedoch bei sorgfältiger Untersuchung nicht zu übersehen.

Im nachfolgend geschilderten Fall musste die Gutachterkommission erhebliche Sorgfaltsmängel feststellen, die zur schwerwiegend fehlerhaften Verzögerung der Notoperation führten.

## Der Sachverhalt

Der 72 Jahre alte Patient verspürte am 16. September starke Schmerzen im Unterleib. Die sofort gegen 16:00 Uhr aufgesuchte Ärztin für Allgemeinmedizin wies ihn unverzüglich in die später beschuldigte Chirurgische Klinik ein. Der Patient fuhr selbst mit dem Pkw in die Klinik, wo er zwischen 18:00 Uhr und 21:30 Uhr ambulant von einem Assistenzarzt untersucht wurde: Beim Betasten des Bauches wurden Druckschmerzen mit Abwehrspannung und lebhaftes Darmgeräusche festgestellt. Das Blutbild ergab ein vermindertes Hämoglobin von 12,3 g/dl, verminderte Erythrozyten von 4,2 Mio. Die Leukozyten waren mit 17.600 (normal 3.000 bis 9.600) deutlich vermehrt.

Die Röntgenaufnahme des Bauches zeigte keine freie Luft und keine Zeichen eines Darmverschlusses. Sonographisch ermittelte der Arzt außer einer Steingallenblase keine freie Flüssigkeit im Bauchraum. Eine Raumforderung im Unterbauch wurde nicht gesehen.

Der Assistenzarzt diagnostizierte ein „akutes abdominelles Geschehen“ und hielt die stationäre Aufnahme für notwendig. Die diensthabende Oberärztin, Fachärztin für Chirurgie, wurde über das Untersuchungsergebnis telefonisch informiert. Ein möglicher Riss der großen Körperschlagader im Bauchraum als Ursache des

„abdominellen Geschehens“ wurde auch von der Oberärztin, die von einer Untersuchung des Patienten absah, nicht in Erwägung gezogen.

Wegen Bettenmangels wurde der Patient nach Rücksprache mit einer anderen Chirurgischen Klinik mit ausdrücklicher Zustimmung der Oberärztin in diese Klinik überwiesen. Entgegen ärztlichem Rat fuhr der über die mögliche Schwere der Erkrankung nicht unterrichtete Patient mit seinem Pkw in die Klinik, wo er gegen 22:00 Uhr eintraf.

Bei der sofort vorgenommenen Untersuchung wurden stark gespannte Bauchdecken mit deutlichem Druckschmerz im rechten Unterbauch festgestellt. Sonographisch fand sich eine unklare Raumforderung im Mittel- und Unterbauch. Die CT-Untersuchung zeigte ein gedeckt perforiertes Bauchaaortenaneurysma. Das Untersuchungsergebnis führte zu der sofortigen Vorbereitung einer Notoperation, die gegen 23:50 Uhr begonnen wurde. Trotz intensivster Bemühungen misslang der Versuch, das Aneurysma zu resezieren. Das Leben des Patienten konnte nicht mehr gerettet werden; er verstarb noch in der Nacht an der nicht beherrschbaren Blutung.

## Gutachtliche Beurteilung

Der Patient erkrankte am 16. September an einem akuten Riss der großen Körperschlagader im Bauchraum, der bei der Untersuchung in der beschuldigten Klinik nicht erkannt wurde. An eine solche Ursache der Schmerzen in Verbindung mit den sonstigen Untersuchungsergebnissen wurde auch nicht gedacht.

Bei der sonographischen Untersuchung in der beschuldigten Klinik wurde zwar keine freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachgewiesen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Ruptur noch vom Bauchfell gedeckt wurde. Es ist nach Ansicht der Kommission jedoch nicht vorstellbar, dass die Raumforderung im

Unterbauch, die kurze Zeit später in der anderen Klinik eindeutig beschrieben wurde, durch sorgfältige Untersuchung nicht hätte festgestellt werden können. Diesen Sorgfaltsmangel wertete die Kommission als Behandlungsfehler.

Als schwerwiegend fehlerhafte Behandlung hat die Kommission sodann das Verhalten der Oberärztin beurteilt, die ohne eigene Untersuchung des ihr telefonisch übermittelten „abdominellen Geschehens“ mit den entsprechenden Labordaten der Überweisung des Patienten, dessen stationäre Behandlung für notwendig erachtet wurde, zustimmte. Eine Untersuchung durch die chirurgisch erfahrene Oberärztin hätte nach Ansicht der Kommission zur sofortigen Notoperation geführt.

Ein „Bettenmangel“ wäre kein ausreichender Grund zur Verweigerung gewesen, weil für solche Notfälle immer eine Unterbringungsmöglichkeit, ggf. auf der Intensivstation, bestehen würde. Die unaufschiebbare Operation hätte bei unverzögert sorgfältiger Untersuchung um etwa drei Stunden früher stattfinden können. Insgesamt bewertete die Gutachterkommission das ärztliche Fehlverhalten in der Klinik als einen schwerwiegenden (= groben) Behandlungsfehler.

Die Kommission konnte zwar nicht die Feststellung treffen, dass bei frühzeitiger Operation das Leben gerettet worden wäre. Die Chance der Rettung hätte jedoch bestanden.

Die Feststellung eines groben Behandlungsfehlers kann nach der Rechtsprechung für die Frage, ob der Fehler den eingetretenen Gesundheitsschaden verursacht hat, zur Umkehrung der Beweislast führen. Das bedeutet, dass in einem solchen Fall nicht der Patient die Kausalität nachzuweisen hat. Vielmehr ist es Sache der betroffenen Ärzte, den Nachweis zu führen, dass der Schaden – hier der Tod – nicht eine Folge der ärztlichen Versäumnisse war, was bei dem geschilderten Fall kaum gelingen dürfte.