

Arzthaftung für den Kinder- und Jugendarzt, Teil 2

Nachstehend werden unterschiedliche haftungsrechtliche Probleme im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin anhand von bereits entschiedenen Fällen dargestellt. Zwar müssen bei jedem Urteil die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden, allerdings lassen sich bestimmte praxisrelevante und haftungsträchtige Bereiche herausarbeiten.



Dr. Christian Maus



Dr. Kyrill Makoski

II. Die Haftung des Kinder- und Jugendarztes:

Beispiele aus der Rechtsprechung

• Medikation

Bei einem Off-Label-Use ist der Patient auf diesen Off-Label-Use mit möglicherweise unbekanntem Nebenwirkungen ebenso hinzuweisen, wie ihm zu erläutern ist, ob es eine Standardbehandlung mit einem bereits zugelassenen Medikament gibt. Die Anwendung von Medikamenten mit einer arzneimittel-

rechtlichen Zulassung im Off-Label-Use lediglich für Erwachsene und Jugendliche kann allerdings zu einem bestimmten Zweck im Bereich der Neonatologie gleichwohl Standard der kinderärztlichen Betreuung sein, wenn ausdrücklich für Kinder zugelassene Alternativmedikamente fehlen und im Rahmen einer auf den Einzelfall bezogenen Abwägung das Risiko der Nichtanwendung des Medikaments die Risiken des Einsatzes überwiegt (**OLG Naumburg**, Urt. v. 11.07.2006 – 1 U 1/06).

• Mitverschulden des Patienten

Ist eine Klinikeinweisung zur intravenösen Flüssigkeitszufuhr bei einem Säugling aufgrund eines zweitägigen, langanhaltenden Brechdurchfalls des Kleinkindes indiziert, da ansonsten eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr nicht gewährleistet werden kann, muss der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt die mit dem Kind erschienene Mutter auf die Gefahr schwerwiegender, andauernder Gesundheitsschäden oder sogar des Todes hinweisen, wenn die Mutter den ärztlichen Rat zur umgehenden Vorstellung im Krankenhaus nicht befolgt. Der Hinweis, „*dass eine Verschiebung der Salze eintreten kann, die mit dem Leben nicht vereinbar sei*“ reicht nach Ansicht der Rechtsprechung allerdings nicht aus, da ein durchschnittlich verständiger Patient diese technischen Anmerkungen nicht verstehen kann (**OLG Köln**, Urt. v. 22.09.2010 – 5 U 211/08, MedR 2011, 661).

• Arbeitsteilung

Eine Kinder- und Jugendärztin, die mit einer Vorsorgeuntersuchung eines neugeborenen Kindes beauftragt ist, kann nicht darauf vertrauen, dass der die

Mutter und das Kind betreuende Gynäkologe eine Hyperbilirubinämie bereits abgeklärt hat (**BGH**, Urt. v. 14.07.1992 – VI ZR 214/91, NJW 1992, 2962).

Wird ein Kinder- und Jugendarzt als Konsiliararzt hinzugezogen, darf er sich nicht mit einer Maskenbeatmung des neugeborenen Kindes begnügen, wenn er für eine ausreichende Intubation keine Kenntnisse und Erfahrungen besitzt. Er hat dafür zu sorgen, dass ein ausreichend qualifizierter Krankenhausarzt hinzugezogen wird. Wird dies unterlassen, oder aber verzögert (im entschiedenen Fall um 40 Minuten) ist von einem groben Behandlungsfehler auszugehen (**OLG Stuttgart**, Urt. v. 04.01.2000 – 14 U 31/98, VersR 2001, 1563).

Andererseits darf sich ein niedergelassener Kinder- und Jugendarzt auf das Ergebnis eines extern eingeholten Kontrollbefundes durch ein Krankenhaus bzw. ein externes Labor verlassen, wenn der Befund normgerechte Werte angibt. Etwas Anderes gilt allerdings dann, wenn er erkennen musste, dass gewichtige Bedenken gegen die Diagnostik des Krankenhauses oder des Labors bestehen (**OLG Hamm**, Urt. v. 02.03.2003 – 3 U 140/02). In dem vom OLG Hamm entschiedenen Fall hatte ein Pädiater das hochpathologische Ergebnis des wenig spezifischen Guthrie-Tests bei bestehender Phenylketonurie durch eine exakte Blutuntersuchung in einem externen Labor überprüfen lassen. Ebenso darf sich ein Pädiater, auch eine Kinderklinik, auf die Diagnose eines konsiliarisch hinzugezogenen Augenarztes wegen dessen überlegener Fachkenntnisse der Diagnostik der Frühgeborenenretinopathie verlassen (**OLG Oldenburg**, Urt. v. 04.04.2000 – 5 U 198/99).

- **Diagnosefehler**

Es ist von einem fundamentalen – und damit haftungsrelevanten – Diagnoseirrtum eines pädiatrischen Facharztes auszugehen, wenn dieser sich objektiv aufdrängende, hochcharakteristische und hochverdächtige Symptome für einen Spannungspneumothorax bei einem Neugeborenen übersieht und es unterlässt, zeitnah indizierte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen (hier Probepunktion und anschließende beidseitige Pleurapunktion) durchzuführen (OLG Schleswig, Urt. v. 28.02.2003 – 4 U 10/01). Verkennt ein niedergelassener Pädiater eine Hyperbilirubinämie trotz einer von ihm festgestellten Gelbfärbung des Kindes und bezeichnet sie als „physiologisch bedingt“, liegt kein als Behandlungsfehler vorwerfbarer Diagnoseirrtum vor (OLG Köln, Urt. v. 25.03.2015 – I-5 U 100/14).

- **Grobe Behandlungsfehler**

Die Verzögerung der Einweisung eines fünf Wochen alten Säuglings um einen Tag kann als grober Behandlungsfehler des Pädiaters zu werten sein, wenn das Kind einen Kopfumfang von 46 cm und einen Augentiefstand aufweist. Es kann allerdings an einer Kausalität des groben Behandlungsfehlers für den Schaden des Kindes fehlen, wenn der vom Gericht beauftragte Sachverständige feststellt, dass die Erkrankung des Säuglings nicht auf einer perinatalen hypoxischen Hirnschädigung beruht (OLG Düsseldorf, Urt. v. 06.05.1999 – 8 U 185/97; OLG Düsseldorf, Urt. v. 20.03.1997 – 8 U 114/96).

Lässt sich der Verdacht auf eine Enzephalitis nicht ausräumen, sondern bieten die Ergebnisse der Anfangsuntersuchungen Veranlassung zu weiteren diagnostischen Maßnahmen, so ist entweder der Verdachtsdiagnose unverzüglich nachzugehen oder aufgrund der Verdachtsdiagnose entsprechend zu therapieren. Werden etwa eine Lumbalpunktion, ein EEG und/oder ein CT nicht durchgeführt und kommt es deshalb zur verspäteten Medikation, ist ein grober Behandlungsfehler zu bejahen (LG Aachen, Urt. v. 30.11.2011 – 11 O 478/09).

Grob fehlerhaft ist auch eine unterlassene Krankenhauseinweisung zur Vornahme einer Lumbalpunktion bzw.

anderer diagnostischer Maßnahmen zur Abklärung einer etwa vorliegenden Meningitis bei einem unter starkem Fieber und Gleichgewichtsstörungen leidenden Kleinkind (OLG Oldenburg, Urt. v. 20.02.1996 – 5 U 146/95, NJW-RR 1997, 1117). Klagt ein neunjähriges Kind über diffuse Magenbeschwerden, die sich innerhalb von zwei Tagen verschlimmern, und legt die Gesamtsituation primär den Verdacht auf eine dann behandelte Gastroenteritis nahe (nach Durchführung sämtlicher Diagnostik!), liegt in der Verkennung bzw. verzögerten Diagnose kein grober Befunderhebungsfehler (OLG Koblenz, Urt. v. 03.11.2005 – 5 U 1560/04).

Bemerkt ein Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U5 ein „Schielen“ des Kindes, ist es grob fehlerhaft, das Kind nicht allerspätestens im Verlauf einer Woche einer augenärztlichen Untersuchung zuzuführen, da es zum Grundwissen eines jeden Pädiaters gehört, dass das Schielen eines Kleinkindes im Alter von drei bis sieben Monaten stets behandlungsbedürftig ist (OLG Karlsruhe, Urt. v. 14.11.2007 – 7 U 251/06, VersR 2008, 545).

Informieren die Eltern eines Kleinkindes den behandelnden Kinder- und Jugendarzt davon, das Kind hätte sich mehrmals erbrochen, würde sich laufend verschlucken und durch den Mund atmen, so ist die Unterlassung einer weiteren diagnostischen Abklärung durch ihn zur Feststellung eines Hirnstamm- oder Kleinhirntumors grob fehlerhaft (OLG Oldenburg, Urt. v. 27.03.2001 – 5 U 161/00).

Steht angesichts der Feststellung einer „sehr straffen“ Hüfte bereits im Zusammenhang mit der U2-Untersuchung nach der Geburt des Kindes aus Beckenendlage der Verdacht einer Hüftfehlbildung im Raum und versäumt es der betreuende Neonatologe, für eine umgehende sonographische Hüftuntersuchung Sorge zu tragen, liegt hierin ein grober Behandlungsfehler (OLG Brandenburg, Urt. v. 08.04.2003 – 1 U 26/00, MedR 2004, 226).

- **Aufklärung und Einwilligung bei Kindern**

Dieses Urteil ist sehr praxis-freundlich. Grundsätzlich bedarf es bei einem minderjährigen Kind in den Fällen, in denen die elterliche Sorge beiden El-

ternteilen gemeinsam zusteht, zu einem Heileingriff der Einwilligung beider Elternteile.

Bei Routinefällen darf der Arzt allerdings davon ausgehen, dass der mit dem Kind beim Arzt erscheinende Elternteil ermächtigt ist, die Einwilligung für den abwesenden Elternteil zu erteilen, solange der Arzt nicht von entgegenstehenden Umständen (Mitteilung des anderen Elternteils o. ä.) Kenntnis hat.

Ein ärztlicher Heileingriff bei einem minderjährigen Kind bedarf grundsätzlich der Zustimmung beider Sorgeberechtigten. Erscheint nur ein Elternteil mit dem Kind beim Arzt, darf dieser in von der Rechtsprechung präzisierten Ausnahmefällen – abhängig von der Schwere des Eingriffs – darauf vertrauen, dass der abwesende Elternteil den erschienenen Elternteil zur Einwilligung in den ärztlichen Eingriff ermächtigt hat (OLG Hamm, Urt. v. 29.09.2015 – I-26 U 1/15, GesR 2016, 90).

Handelt es sich um einen ärztlichen Eingriff mit nicht unbedeutenden Risiken, muss sich der Arzt vergewissern, ob dem erschienenen Elternteil die Ermächtigung des anderen Elternteils vorliegt und wie weit diese reicht; hierzu kann auch ein Telefonat mit dem abwesenden Elternteil ausreichen (vgl. BGH, Urt. v. 15.06.2010 – VI ZR 204/09, NJW 2010, 2430). **Hat der Arzt allerdings keine anderen Erkenntnisse, darf er auf eine wahrheitsgemäße Auskunft des erschienenen Elternteils vertrauen.**

Hat der Arzt positive Kenntnis davon, dass die Eltern unterschiedlicher Auffassung hinsichtlich des Eingriffes sind, darf er nicht darauf vertrauen, dass der anwesende Elternteil für den anderen Elternteil bevollmächtigt worden ist. Er hat die Behandlung zu unterlassen und die Eltern aufzufordern, sich über die weitere Behandlung des Kindes einig zu werden (KG Berlin, Beschl. v. 18.05.2005 – 13 UF 12/05). Leben die Eltern getrennt, gibt es grundsätzlich kein Alleinentscheidungsrecht des Elternteils, bei dem das Kind sich die meiste Zeit aufhält. Dies kann im äußersten Fall dazu führen, dass das

Familiengericht die Entscheidung treffen muss, ob einem Elternteil für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung oder zumindest für Teilbereiche das alleinige Sorgerecht übertragen wird (vgl. **OLG Frankfurt am Main**, Beschl. v. 04.09.2015 – 6 UF 150/15; **OLG Jena**, Beschl. v. 07.03.2016 – 4 UF 686/15). Ist die Behandlung notfallmäßig indiziert, muss der Arzt allerdings keine weiteren Feststellungen zur Einwilligung durch den nicht anwesenden Elternteil treffen.

• Zusammenfassung

Es ist Aufgabe des Arztes, sich an den für ihn geltenden Facharztstandard zu halten und durch entsprechende Organisation des Praxisablaufes Haftungsrisiken zu minimieren.

Wichtig ist vor allem die verständliche und zeitgerechte Aufklärung des Patienten bzw. seiner Eltern. Auch bei leichteren Eingriffen ist dazu zu raten, die Aufklärung unbedingt in der Patientenakte zu dokumentieren und

während der Aufklärung einen Zeugen hinzuzuziehen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Maus
Dr. Kyrill Makoski,
Rechtsanwälte,
Fachanwälte für Medizinrecht
Möller und Partner, Düsseldorf

Red.: WH

Studie in Kinder- und Jugendarztpraxen

Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten pädiatrischen Praxen: Bestandsaufnahme und Analyse des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbedingungen und dem Gesundheitszustand der Pädiater/innen, der Praxismitarbeiter/innen, der Arzt-Eltern/Kind-Kommunikation und patient reported outcomes

Die Pädagogische Hochschule Freiburg und der BVKJ e.V. führen in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke eine **Studie zu den Arbeitsbedingungen und zur gesundheitlichen Situation von Pädiater/innen und Praxismitarbeiter/innen in ambulanten Kinder- und Jugendarztpraxen** durch. Es werden die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Arzt-Eltern/Kind-Kommunikation und die Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung analysiert und Zusammenhänge überprüft. Die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke hat den Ethikantrag dieser Versorgungsforschungsstudie positiv begutachtet.

Die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen im pädiatrischen, ambulanten Bereich sind bislang unzureichend erforscht. Um die Versorgungssituation aussagekräftig beschreiben zu können, werden ca. 50 Praxen aus Baden-Württemberg zufällig und repräsentativ für diese Studie ausgewählt.

Befragt werden in jeder Praxis die Pädiater/innen, die Praxismitarbeiter/innen (MFA), 20 Elternteile sowie deren Kinder, sofern diese zwischen 8 und 13 Jahre alt sind. Aspekte dieser Befragungen sind u. a. die individuellen Arbeitsbedingungen, die Arzt-Eltern/Kind-Kommunikation und die Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung.

.....
Auf der Grundlage dieser Studie können Empfehlungen und Verbesserungen zu den Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung, Praxisorganisation, Patientenzufriedenheit und der damit in Verbindung stehenden gesundheitlichen Situation der Pädiater/innen und der MFA abgeleitet werden. Weiterführend können Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Praxisorganisation, Patientenzufriedenheit und Kommunikation entwickelt werden. Die Ergebnisse der Studie werden als wissenschaftliche Publikationen einsehbar sein.
.....

Sollten Sie mit Ihrer Praxis Interesse daran haben, an der Studie teilzunehmen, dann tragen wir Sie gerne auf unsere Liste ein. Ein Eintrag auf unsere Liste ist unabhängig von der zufälligen Ziehung der Arztpraxen und Ihres Bundeslandes möglich. Hierfür melden Sie sich bitte bei der Studienverantwortlichen Frau Maria Scholz, M.A. Gesundheitspädagogin (maria.scholz@ph-freiburg.de).

Mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie können Sie dazu beitragen, dass Ihre Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung erfasst werden kann. Auf Wunsch erstellen wir

Ihnen gerne auch im Anschluss an die Studie ein persönliches Profil Ihrer Praxis.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert und nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nur in statistisch zusammengefasster Form ausgewertet. Ein Rückschluss auf einzelne Personen oder eine bestimmte Praxis wird dabei nicht möglich sein.

Gerne können Sie sich auch bei Fragen an Frau Maria Scholz wenden (maria.scholz@ph-freiburg.de). Weitere Informationen zur Studie können Sie auch unter <https://www.ph-freiburg.de/psychologie/homepages/scholz/arbeitsbedingungen-und-gesundheit-in-ambulanten-paediatrischen-praxen.html> einsehen.

Wir würden uns über Ihr Interesse und Ihre Teilnahme an dieser Studie sehr freuen.

Korrespondenzadresse:

Maria Scholz
M.A. Gesundheitspädagogin
Prof. Dr. Markus Wirtz
Leiter der Abteilung Forschungsmethoden
Pädagogische Hochschule Freiburg

Red.: WH
