

Die dringliche Versorgung von Kindern im Praxisalltag

Handeln unter Zeitdruck, unklare Schilderungen, verwischte Symptome: Die Behandlung von Kindern stellt Ärztinnen und Ärzte immer wieder vor Herausforderungen – Bericht vom 57. Symposium im Rahmen der Fortbildungsreihe „Aus Fehlern lernen“ im Haus der Ärzteschaft.

von **Dagmar M. David** und **Martina Levartz**

Behandlungsfehler in der Pädiatrie gehören für Patienten, Eltern und Ärztinnen und Ärzte zu den emotional wie haftungsrechtlich belastendsten Heilbehandlungsschäden. Mit einer aufmerksamen Anamnese, in der auch seltene Konstellationen bedacht werden, lassen sich viele Fehler zum Wohle der kleinen Patienten vermeiden. Das wurde auf der Fortbildungsveranstaltung „Die dringliche Versorgung von Kindern im Praxisalltag“ deutlich, die das Institut für Qualität im Gesundheitswesen in Nordrhein (IQN) in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein im Haus der Ärzteschaft Ende Oktober im Rahmen der Reihe „Aus Fehlern lernen“ veranstaltete.

Die haftungsrechtliche Perspektive

Aus der Perspektive eines großen Haftpflichtversicherers für Ärzte und Kliniken schilderte Patrick Weidinger immer wieder erhobene Behandlungsfehlervorwürfe: So beklagten Eltern insbesondere ein Nichterkennen von Appendizitiden, Hodentorsionen, Epiphysenlösungen, Augenerkrankungen, Schnittverletzungen und von Karzinomen, sagte der Abteilungsleiter für Arzthaftungsfragen der Deutschen Ärzteversicherung mit Sitz in Köln. In den Akten des Versicherers findet sich auch der Fall einer unbedachten Entfernung eines nicht abgeklärten Unterarmtumors, der sich als Neurinom herausstellte und zur Lähmung der Hand führte. In einem anderen Fall kam es zur Amputation der Eichel anlässlich einer Beschneidung, ein eben-

falls großer Schaden entstand durch das grob fahrlässige Übersehen eines Hydrocephalus im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U6.

Anhand der geschilderten Schadenfälle erklärte Weidinger zentrale Begriffe wie Diagnosefehler und Beweislastumkehr und ging auf Aufbewahrungsfristen und die Besonderheit der dreijährigen Verjährungsfrist nach §195 BGB ein. Diese beginnt erst mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem ein Patient Kenntnis vom Vorliegen eines möglichen Behandlungsfehlers erhalten hat. Die Verjährungsfrist kann demnach auch erst nach drei oder fünf oder zehn Jahren beginnen. Schließlich beleuchtete Weidinger das Schuld-Anerkennnisverbot. Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Haftpflichtversicherer sei die Anerkennung eines fehlerhaften Handelns zwar seit 2008 zulässig, sagte Weidinger, jedoch warnte er eindringlich davor, ohne Rücksprache mit der Versicherung eine Anerkennung auszusprechen oder gar Schadensersatzzusagen zu machen, da der Arzt gegebenenfalls aus eigenem Vermögen hafte, sollte sich herausstellen, dass kein Behandlungsfehler vorgelegen hat. Weidinger empfahl, den Versicherer unverzüglich über Ereignisse zu informieren, die zu Behandlungsfehlerwürfen führen könnten.

Hodentorsion, Appendizitis und Invagination

Professor Dr. Dr. h.c. Thomas M. Boemers, Chefarzt der Kinderchirurgischen Klinik des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße in Köln, rückte verschiedene chirurgische Akuterkrankungen in den Fokus: So lassen sich seinen Worten zufolge einige Symptomaten mit einfachen Fragen, Merksätzen und Untersuchungen differenzialdiagnostisch abklären, zum Beispiel:

- *Ein hungriges Kind hat keine Appendizitis*
- *Kinder mit Verdacht auf Appendizitis hüpfen lassen: Kinder mit entzündetem Blinddarm vermeiden Erschütterungen*
- *Galliges Erbrechen ist bei Kindern „chirurgisch“ bis zum Beweis des Gegenteils*

- *Blutiger Stuhl ist bis zum Beweis des Gegenteils ein Volvulus*
- *Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung haben bis zum Beweis des Gegenteils immer Recht, da sie auch kleinste Veränderungen ihrer Kinder erkennen*

Aus Sicht Boemers ergeben einige Standarduntersuchungen zur Abklärung einer Appendizitis keine verwertbaren Ergebnisse bei Kindern und werden deshalb in seinem Haus auch nicht mehr zwingend durchgeführt. Weder eine axillar-rektale Temperaturdifferenz noch ein Druckschmerz bei McBurney oder des Lanz'schen Punkts oder der Loslassschmerz seien bei Kindern zur Diagnostik einer Appendizitis wirklich hilfreich, berichtete Boemer aus eigener Erfahrung. Er plädierte an die Gutachterkommission, Erkenntnisse wie diese bei der Begutachtung künftig zu berücksichtigen.

80 Prozent der Behandlungsfehlerwürfe könnten durch wenige einfache Maßnahmen verhindert werden, zeigte sich Boemer überzeugt. Notwendig hierfür seien eine klare und profunde Anamneseerhebung, eine gründliche Untersuchung (auch der Leiste und des Skrotums bei Jungen) sowie die genaue Beobachtung der kleinen Patienten. Boemer untermauerte seine Meinung mit einer Reihe von Fallbeispielen, bei denen Anamnese oder körperliche Untersuchung die entscheidenden Hinweise geliefert hätten. Die in der Pädiatrie am häufigsten geäußerten Behandlungsfehlerwürfe betrafen nach wie vor die nicht rechtzeitig oder richtig behandelte Hodentorsion und die akute Appendizitis.

Differenzialdiagnosen der akuten Appendizitis bei Kindern

- Lymphadenitis mesenterica
- Gastroenteritis
- Obstipation – „Sigmavolvulus“
- Meckel'sches Divertikel
- Primäre Peritonitis
- Pneumonie
- Salpingitis – „Pelvic inflammatory disease“ PID
- „Mittelschmerz“
- Harnwegsinfekt
- Urolithiasis

Eindringlich stellte Professor Boemers auch die Konsequenzen bei einer nicht rechtzeitig erfolgten Diagnose und Therapie des Volvulus dar: Bei plötzlichen, heftigen Bauchschmerzen, die im weiteren Stadium abklingen können, galligem Erbrechen, beginnender Schocksymptomatik und aufgetriebenem Bauch sei zügiges und konsequentes Handeln gefordert. Eine verspätete Diagnose führe zur Dünndarmnekrose mit allen Konsequenzen für das Leben des Kindes (oft tödlicher Verlauf oder Notwendigkeit einer lebenslangen Sonden- oder parenteralen Ernährung).

Infekte, Tumore, Traumata

Professor Dr. Tim Niehues, Leitender Arzt des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin des Helios Klinikums Krefeld, stellte häufig verkannte und schwerwiegende Verläufe im Bereich der Infektiologie, der Tumorerkrankungen und der Traumata vor. Ein prägnanter Fall befasste sich mit einer nicht rechtzeitig erkannten Tuberkulose. Exemplarisch schilderte Niehues, welche Rolle eine gute (Familien-)Anamnese und die Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs spielen. Im diskutierten Fall war ein drei Jahre altes Kind bei anhaltendem Fieber zunächst wegen des Verdachts auf Infekt der oberen Luftwege behandelt worden. Trotz anhaltenden Fiebers und des Umstandes, dass verschiedene Antibiotika nicht anschlügen, und trotz positiver Familienanamnese (die aber nicht gründlich erhoben worden war) wurde die Verdachtsdiagnose wochenlang nicht revidiert und auf Abklärung einer TB verzichtet. Ein rechtzeitig durchgeführter Tuberkulintest hätte hier den entscheidenden Hinweis geben können.

Auch bei der Diagnose von Tumoren – insbesondere Hirntumoren – kommt dem Krankheitsverlauf eine entscheidende Rolle zu, führte Niehues anschließend aus. Tumore im Kindesalter sind selten, wachsen oft langsam und gehen mit unterschiedlichen, oft unspezifischen Symptomen einher. Deshalb ist es wichtig, bei langwieriger, unklarer Symptomatik an Tumore zu denken und rechtzeitig und konsequent abzuklären, so Niehues.

Bei Knochtumoren treten ebenfalls im Anfangsstadium der Erkrankung zunächst keine oder sehr unspezifische Beschwerden auf, machte Niehues deutlich. Knochenschmerzen oder Schwellungen,

Rechtzeitiges Erkennen von Hirntumoren

- Hirntumoren haben oft eine monatelange Vorgeschichte
- Morgendliches Nüchtern-Erbrechen und/oder wiederkehrende Kopfschmerzen, vor allem morgens sind ein Alarmzeichen
- Kinder mit Schiefhals beziehungsweise Kinder mit (unspezifischer) neurologischer Symptomatik wie Sehstörungen und Gangunsicherheit sollten einem Spezialisten vorgestellt werden

die unabhängig von einer Belastung des Knochens auftreten, sind ein möglicher Hinweis auf eine Tumorerkrankung. Knochtumore, die nicht an den Armen und Beinen lokalisiert sind, können über lange Zeit unbemerkt wachsen. Wichtig sei es, bei Sportverletzungen mit anhaltender und/oder nicht richtig zu erklärender Symptomatik oder auffälliger Bildgebung an die Möglichkeit des Vorliegens von Knochtumoren zu denken, sagte der Krefelder Pädiater.

Auch nicht sorgfältig versorgte Bisswunden sind immer wieder Anlass für Behandlungsfehlervorwürfe. Oft komme es zu schwerwiegenden, aber bei richtiger Therapie vermeidbaren Infektionen wie Phlegmonen im Hand- oder Fußbereich, sagte Niehues. Eine häufig verkannte, oft auch nicht einfach zu diagnostizierende Erkrankung ist ihm zufolge auch die Osteomyelitis im Kindesalter. In vielen Fällen zeige sich ein atypisches klinisches Bild. Fieber, Entzündungszeichen, *functio laesa* und Schmerzen träten manchmal nur kurz auf oder seien durch vorherige Gabe von Antibiotika in ihrer Symptomatik verwischt. Diagnostik der Wahl sei dann eine MRT, so Niehues. Werde die Erkrankung nicht rechtzeitig erkannt oder ungenügend behandelt, könne es zu teilweise schwerwiegenden Folgen wie einer permanenten Läsion des Knochens oder gar Invalidität der Patienten kommen.

Gutachter im Fokus

In der anschließenden Plenumsdebatte betonten vor allem kinderärztlich tätige Kollegen die Rolle des „diagnostischen Blicks“. Bei Untersuchungen von Behandlungsfehlervorwürfen würden aber von klinisch tätigen Gutachtern oft fehlende Bildgebung, Laboruntersuchungen und ähnliches bemängelt. Im ambulanten Sektor stünden diagnostische Verfahren wie

diese jedoch oft nicht zeitnah zur Verfügung. Ulrich Smentkowski, Leiter der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, erläuterte die Grundsätze, die für die Arbeit der Kommission gelten: So haben die Gutachter den Sachverhalt stets aus der Sicht des behandelnden Arztes der entsprechenden Versorgungsstufe strikt *ex ante* zu beurteilen. Ein Gutachten, das diesen Grundsatz nicht beachte, könne nicht verwertet werden. Welche Maßnahmen im konkreten Einzelfall diagnostisch und therapeutisch geboten seien, bestimme sich ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten. Die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müsse der Arzt nachvollziehbar dokumentieren. Diese Dokumentationsanforderung gelte auch für den Fall, dass eine adäquate Untersuchung eines Kindes zum Beispiel wegen Abwehrhaltung nicht durchführbar war. In solchen Fällen sei zudem niederzulegen, was veranlasst wurde, um einen Wiederholungsversuch einer dringlich gebotenen Untersuchung durch den Arzt selbst oder andernorts sicherzustellen.

Off-Label-Use bei Kindern

Bei der Mehrheit der Medikamente ist deren Einsatz im Kindesalter ein Off-Label-Use. Rechtlich ist damit auch eine entsprechende Aufklärung der Eltern erforderlich. Diese kann durch standardisierte Aufklärungsbögen, wie sie in Spezialambulanzen, Kinder- und Jugendpsychiatrien und anderen spezialisierten Einrichtungen verwendet werden, so eine Teilnehmerin, erleichtert werden.

Dass Ärztinnen und Ärzten Fehler unterlaufen, liegt in der Natur des Menschen. Entscheidend ist, aus diesen Fehlern zu lernen, wie die Teilnehmer einhellig betonten. Zu einer guten Fehlervermeidungskultur gehöre es daher, sich im Versorgungsalltag immer wieder der eigenen Sorgfalt bei Anamnese und Untersuchung zu vergewissern.

Dr. med. Dagmar M. David, MPH, ist Referentin im Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).
Dr. med. Martina Levartz, MPH, ist Geschäftsführerin des IQN.