

kinderkrankenschwester

Vorwort	44
Impressum	77

HÄUSLICHE KINDERKRANKENPFLEGE

Michaela Wingen Kinderkrankenpflege in den „Frühen Hilfen“	45
---	----

PSYCHOLOGIE

Sigrid Daneke Burn out	49
---------------------------	----

PFLEGEPRAXIS

Daniele Hunlede Das Konzept der Evidenzbasierten Pflegepraxis	60
--	----

PSYCHOLOGIE

Heinke Reuter Ermutigung	52
-----------------------------	----

ERFAHRUNGSBERICHT

Elke Pfesdorf Geglückte Inklusion eines schwerhörigen Jungen mit Cochlea - Implantaten	65
---	----

BERUFS- UND RECHTSFRAGEN

Dr. Roland Uphoff Arzthaftungsrechtliche Urteile und Leitsätze zur Überwachungspflicht in der Neonatalphase	58
--	----

Mechthild Hoehe Erster gemeinsamer Weiterbildungslehrgang von FGKiKP und Familienhebammen beendet	69
--	----

DERMATOLOGIE

Kerstin Strom und Dietrich Abeck Trockene Haut – Bedeutung und Behandlungsmöglichkeiten	70
--	----

Hinweise	73, 76
Tagungsberichte	74
Bücherhinweise	77
Terminkalender	78
Stellenmarkt	82

Ermutigung

Der Begriff „Ermutigung“ taucht im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen immer wieder auf. Doch was genau sich dahinter verbirgt, scheint nicht gänzlich geklärt. Ist es „Mut machen“, Lob aussprechen oder geschieht Ermutigung durch Motivation? Heinke Reuter nähert sich dem Thema „Ermutigung“ über die Individualpsychologie Alfred Adlers.



52

Foto: Helene Souza / pixelio.de



58

Foto: Daniela B./pixelio.de

Arzthaftungsrechtliche Urteile und Leitsätze zur Überwachungspflicht in der Neonatalphase

Die Frage, wann und in welchem Umfang ein Neugeborenes während des stationären Aufenthaltes durch Fachpersonal beobachtet werden muss, beschäftigt immer wieder die Gerichte. Roland Uphoff fasst Urteile zur Überwachungspflicht in der Neonatalphase übersichtlich zusammen.



45

Foto: Lisa Schwarz/pixelio.de

Kinderkrankenpflege in den Frühen Hilfen

In den vergangenen Jahren hat sich das Aufgabengebiet der Kinderkrankenpflege erweitert. Ein relativ junges Arbeitsfeld sind die so genannten „Frühen Hilfen“, in denen die speziell fortgebildeten Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen eingesetzt werden.

Michaela Wingen zeigt anhand eines Fallbeispiels, wie sich ein solcher Einsatz gestalten lässt.



Foto: steve prinz / pixelio.de

Arzthaftungsrechtliche Urteile und Leitsätze zur Überwachungspflicht in der Neonatalphase

Roland Uphoff

Die Gerichte haben sich immer wieder mit der Frage beschäftigt, in welchem Umfang, in welchen Zeitabständen und bei welchen Sachverhalten der Frauenarzt, der Kinderarzt oder die Kinderkrankenschwester bzw. Hebamme ein Neugeborenes in der Neonatalphase beobachten, kontrollieren müssen, um eventuell auch intervenieren zu können. Die Entscheidungen zur Überwachungspflicht in der Neonatalphase haben klargestellt, dass in der Neonatalphase im Fall einer klinischen oder sonstigen Auffälligkeit das Neugeborene unmittelbar und engmaschig überwacht werden muss.

Bereits in einer älteren Entscheidung hat das OLG Koblenz in einem Urteil vom 14.03.1991 (Az. 5 U 1789/89) auf der Grundlage eines gerichtlich veranlassten Sachverständigengutachtens ausgeurteilt, dass bei einem neugeborenen Kind, das beim Austritt aus dem Mutterleib mit Mekonium behaftet ist, der behandelnde Arzt mit einer intrauterinen Mekoniumaspiration rechnen und daher (neben oralem Absaugen) das Kind sorgfältig überwachen muss.

In dem zu entscheidenden Fall hatte das OLG herausgestellt, dass das in vielen Kreißsälen geübte Verfahren, ein neugeborenes Kind auf den Bauch der Mutter zu legen,

die ständige Überwachung des Kindes und dessen Vitalzustandes erforderlich macht. Das OLG hat es als schwerwiegenden Fehler angesehen, wenn ein neugeborenes Kind innerhalb der ersten 20 Minuten nach der Geburt nicht engmaschig überwacht wird.

Im vom OLG Koblenz entschiedenen Fall handelte es sich um eine Termingeburt mit einem kindlichen Geburtsgewicht von 4.430 g. Nach Kristellerhilfe und Vakuumextraktion wurde das Neugeborene in Bauchlage auf den Oberbauch der Mutter gelegt und mit einem Tuch zugedeckt. Als die Mutter äußerte, ihr Kind werde immer ruhiger, äußerten der behandelnde Frauenarzt und die anwesende

Hebamme, dass sich das Neugeborene in unmittelbarem Kontakt mit der Mutter offenbar sehr wohl fühle und sich langsam nach dem Geburtsstress beruhige.

Kurze Zeit später fiel indes eine Atemunregelmäßigkeit beim Neugeborenen auf, die eine sofortige Einleitung der Reanimation durch den Frauenarzt, später durch den hinzugezogenen Kinderarzt notwendig machte. Es ist in dem Rechtsstreit geklärt worden, dass das Neugeborene unstreitig Mekonium aspiriert hatte, dadurch eine Asphyxie und infolgedessen eine Hirnschädigung erlitten hatte.

Das OLG Koblenz hat hierzu klargestellt, dass während des sog. „bondings“ sorgfältig der Vitalzustand des Neugeborenen überwacht werden muss. Nach den anerkannten Grundsätzen der Perinatalogie sei es zwingend erforderlich, die Überwachung eines Neugeborenen innerhalb der ersten 20 Minuten zu gewährleisten. In der täglichen klinischen Praxis sei es eben gerade nicht selten, dass sich Neugeborene nach primär gutem Zustand klinisch verschlechtern. Dies könne und müsse gerade in den ersten 20 Minuten sofort erkannt werden. Die Neugeborenen dürften daher in dieser Zeit nicht aus den Augen gelassen werden, worunter konkret zu verstehen ist, dass der verantwortliche Geburtshelfer und/oder die hinzugezogene Hebamme bzw. Kinderkrankenschwester in jeder Minute über die Atemtätigkeit oder die Herzfrequenz des Kindes informiert sein müssen.

In dem zu entscheidenden Sachverhalt hatte das OLG betont, dass anscheinend der verklagte Frauenarzt bzw. die mitverklagte Hebamme es nicht für nötig erachtet haben, das Neugeborene während des bondings aufzudecken und den Vitalzustand zu prüfen. Mit dem gerichtlich beauftragten Sachverständigen hat das OLG weiter festgestellt, dass insbesondere beim bonding, wenn das Kind abgedeckt auf dem Bauch der Mutter liege, eine ständige Beobachtung des Kindes sichergestellt sein muss. Eine Veränderung des Zustandes müsse erkannt werden können, um darauf reagieren zu können. Entweder müsse der Geburtshelfer selbst oder die Hebamme oder eine andere Person das Kind aufdecken und kontrollieren.

Die Häufigkeit, mit der sich der Geburtshelfer bzw. das ärztliche/nichtärztliche Personal vergewissern müsse, hängt dabei von der jeweiligen Situation ab. Das OLG führt aus, dass beispielsweise in den Fällen, in denen das Kind auf dem Bauch der Mutter liege und laut schreie, dies ein Anzeichen dafür sei, dass eine weitere Kontrolle zunächst nicht erfolgen müsse. Fehle jedoch

ein solches eindeutiges Zeichen, müsse sich der Geburtshelfer bzw. das nichtärztliche Personal im Abstand von wenigen Minuten über den Zustand des Kindes vergewissern und auf Veränderungen achten.

Ausgehend von dieser Entscheidung des OLG Koblenz hat das OLG Köln in einer weiteren Entscheidung vom 22.04.1996 (Az. 5 U 208/95) dabei eingeschränkt, dass in den Fällen, in denen ein Kind „lebensfrisch“ zur Welt kommt, nach der Geburt zumindest in der zweiten Stunde nach der Geburt nicht ständig durch das ärztliche bzw. nichtärztliche Klinikpersonal überwacht werden müsse. Es genüge, wenn in Zeitabständen von 10-15 Minuten geschaut wird, ob das Kind weiter stabil sei. Eine ständige Überwachung sei zu diesem Zeitpunkt bei einem derartig stabilen und lebensfrischen Kind nicht erforderlich.

Dies ist auch in einer weiteren Entscheidung des OLG München (Urteil vom 11.10.2001, Az. 1 U 5651/00) klargestellt worden. Bei der Kontrolle von Neugeborenen gäbe es keine Pflicht zur ständigen Überwachung. Das ärztliche bzw. nichtärztliche Personal habe keine Verpflichtung, gesunde Neugeborene ständig zu überwachen.

Bei dem vom OLG München zu entscheidenden Fall war das Neugeborene bis auf gelegentliches Spucken nicht auffällig. Am Tag nach der Geburt verließ die zuständige Kinderkrankenschwester für 15-20 Minuten den Raum, in dem das Neugeborene lag, um andere Säuglinge zu versorgen. Als die Kinderkrankenschwester zurückkehrte, atmete der kleine Junge nicht mehr. Der Atemstillstand hatte eine schwere Cerebralparese beim Jungen zur Folge.

Das OLG München hat auch mithilfe eines gerichtlich bestellten Sachverständigen festgestellt, dass es sich bei dem kleinen Jungen um ein dem äußeren Anschein nach gesundes Baby gehandelt habe. Selbst das gelegentliche Spucken oder Schleimen eines Neugeborenen verpflichte dabei das ärztliche oder nichtärztliche Personal nicht zu einer ständigen Überwachung. Entferne sich daher die zuständige Kinderkrankenschwester für 20 Minuten aus dem Säuglingszimmer, sei dies nicht fehlerhaft.

Im Ergebnis kann daher zusammengefasst werden, dass immer dann, wenn klinische oder sonstige Auffälligkeiten beim Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt oder später vorliegen, die Überwachungsintervalle und Überwachungsmaßnahmen enger und intensiver werden müssen.

Speziell die Atemtätigkeit, die Herzfrequenz und die sonstige klinische Situation müssen ganz besonders in den ersten 20

Minuten kontinuierlich und danach in Abhängigkeit vom Zustand des Kindes in regelmäßigen Zeitabständen kontrolliert werden.

Auch die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (www.awmf.de) formuliert für die Betreuung von gesunden, reifen Neugeborenen in der Geburtsklinik, dass in den Fällen, in denen das Neugeborene bei der Erstuntersuchung keine zufriedenstellende Adaption zeigt, zur weiteren Untersuchung ein neonatologisch erfahrener Kinderarzt hinzuzuziehen ist. Ferner führt diese Empfehlung aus, dass die Kinderkrankenschwester oder Hebamme über Hautkolorit, Atmung, Lebhaftigkeit, Trinkverhalten sowie Mekonium- und Urinausscheidung auch beim rooming-in informiert sein müssen. Bei der Versorgung sind diese oben genannten Parameter mindestens einmal pro 6-8 Stunden zu erfassen und zu dokumentieren. Bei Auffälligkeiten ist der Kinderarzt umgehend hinzuzuziehen. Beim Auftreten von Risikofaktoren oder Symptomen für neonatale Störungen ist ein in der Neugeborenenversorgung erfahrener Kinderarzt zu informieren.

Das Zitat des Neuropädiaters Prof. F. J. Schulte, ehem. Direktor der Universitätskinderklinik Hamburg-Eppendorf, in der Zeitschrift „Der Gynäkologe“ 1997, S. 7, 8 gilt auch heute:

„Geburtsassoziierte persistierende Hirnschäden treten besonders bei solchen Kindern auf, die perinatal oder auch in der frühen Postnatalperiode eine Depression vitaler Parameter und/oder eine Azidose aufgewiesen haben. Deshalb ist eine sorgfältige und qualifizierte Überwachung solcher Neugeborenen auch längere Zeit nach der Geburt notwendig.“

Es gilt also nach wie vor, dass bei Auffälligkeiten sofort und suffizient gehandelt werden muss. 

AUTOR

Dr. Roland Uphoff, M. med.

Fachanwalt für Medizinrecht
Kanzlei für Geburtsschadensrecht
und Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist-Straße 4
53113 Bonn