

pädiatrische praxis

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin
in Klinik und Praxis

Aus dem Inhalt:

CME: Skabies bei Kindern
Kooperativer Kinderschutz
Psychische Auffälligkeiten
Frühkindliche Karies
Management von Stromunfällen
Cholesterinester-Speicherkrankheit
Arzneimittel-, Therapie-Kritik
& Medizin und Umwelt

Buchbeilage:
Primäre
Immundefekte

Unabhängig
Ohne Inserate

Autoren- und Sachverzeichnis
auch im Internet:
www.marseille-verlag.com

August 2013
Band 81/Heft 1
Seiten 1–182

*M*marseille
Verlag

Indexed in EMBASE
and Scopus

pädiatrische praxis

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin
in Klinik und Praxis

August 2013 81/Heft 1

**76 Abbildungen, davon 32 farbig,
und 21 Tabellen
12 Fragen – Antworten (6649–6660)**

Mit Beilagen:

V. Wahn und T. Niehues
Primäre Immundefekte vom Befund
zur Diagnose

Stabile Sammelbox für 4 Hefte

Redaktion

S. Wirth

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
HELIOS Klinikum Wuppertal
Universität Witten-Herdecke
D-42283 Wuppertal, Heusnerstraße 40

Wissenschaftlicher Beirat

Adam D, München
Bauer CP, Gaißach
Behrens R, Erlangen
Belohradsky BH, München
Bender-Götze C, Ottobrunn
Debatin KM, Ulm
Deeg KH, Bamberg
Färber D, München
Freisleder FJ, München
Heininger U, Basel
Huppertz HI, Bremen
Kellnar S, München
Kersting M, Dortmund
Koletzko B, München
Lentze MJ, Bonn
Lothaller H, Mödling
Martinius J, München
Müller W, Graz
Nicolai T, München
Pirsig W, Ulm
Rascher W, Erlangen
Reinhardt D, München
Rose MA, Frankfurt am Main
Schaad UB, Basel
Schmitt HJ, Marburg
Speer CP, Würzburg
Stögmann W, Wien
Straßburg HM, Gerbrunn
Thürmann PA, Wuppertal
Urbanek R, Kirchzarten/Zarten
Wahn U, Berlin
Wahn V, Berlin
Wündisch GF, Bayreuth

**Hans Marseille Verlag GmbH
München**

**This journal is indexed
in EMBASE and Scopus**

Inhalt

Im Internet: www.marseille-verlag.com

N. Neudörfer und A. Stietenroth	Kooperativer Kinderschutz im multiprofessionellen Zusammenwirken (Originalarbeit) <i>Interdisciplinary cooperation and networking in childprotection</i>	1
U. Ravens-Sieberer, H. Bichmann und F. Klasen	Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Originalarbeit) <i>Mental health problems of children and adolescents in Germany</i>	13
C. Otto	Wie anti-atherogen ist das HDL-Cholesterin wirklich? (Übersicht) <i>Is HDL cholesterol really anti-atherogenous?</i>	21
C. Thiel, G. Müller, A. Schemm und J. Weil	Trommelschlegelfinger. Eine ungewöhnliche Erklärung (Kasuistik) <i>Clubbing of fingers. An unusual explanation</i>	29
M. Boettcher und K. Reinshagen	Akutes Skrotum bei Kindern (Übersicht) <i>Acute scrotum in children</i>	33
A. Borutta und S. Kneist	Die frühkindliche Karies. Ursachen und Prävention (Übersicht) <i>Early childhood caries. Reasons and prevention</i>	41
M. von Harbou, M. Tollens und S. Burdach	Management von Stromunfällen bei Kindern. Wann ist eine stationäre Aufnahme indiziert? (Originalarbeit) <i>Management of electric injuries in children. When is stationary monitoring required?</i>	57
J. Dieckwisch, B. Unkel, A. Weltzien, L. Schrod und M. Müller-Schimpfle	Tuberkulose als Ursache eines intraabdominalen Tumors bei einem 14-jährigen Jungen (Kasuistik) <i>Abdominal tumor in a 14-year-old boy caused by tuberculosis</i>	67
Y. Amraoui, E. Mengel, P. Gerner, H. A. Baba und M. Beck	Cholesterinester-Speicherkrankheit. Seltene Erkrankung oder häufig übersehen? (Kasuistik) <i>Cholesteryl ester storage disease. Rare disease or frequently underdiagnosed?</i>	99

C. Rutishauser	Förderung der Compliance bei Jugendlichen mit chronischer Krankheit (Übersicht) <i>Enhanced adherence in adolescents with chronic disorders</i>	109
----------------	---	-----

Arzneimittel-, Therapie-Kritik

F. P. Meyer	Risikoeinschätzung von Nikotinsäurepräparaten <i>Risk assessment of nicotinic acid regimens</i>	127
D. Müller	Was ist Doping? Antworten und Denkanstöße <i>What is Doping? Thought-provoking answers</i>	155
H.-P. Hutter und P. Wallner	Gesundheitliche Auswirkungen von Feinstaub in Österreich <i>Health effects of particulate matter in Austria</i>	167
K. E. von Mühlendahl und M. Otto	Grenzwerte und Human-Biomonitoring-Werte in der Umweltmedizin <i>Reference and humane-biomonitoring values in environmental medicine</i>	175



Zertifizierte Fortbildung

	Teilnahmebedingungen und Testbogen	79
B. Maier und H. Maier	Skabies bei Kindern. Ein diagnostisches und therapeutisches Problem (Übersicht) <i>Scabies in infants.</i> <i>A diagnostical and therapeutical problem</i>	81
	Testfragen	97
	Auflösung aus Band 80, Heft 3	98

Kurzbewertung

C.-H. Ohlmann	Abirateron (Zytiga)	141
---------------	----------------------------	-----

Fragen – Antworten

M. B. Ranke	Kann der Bodymass-Index (BMI) in abgewandelter Form bei dysproportioniertem Kleinwuchs angewendet werden? <i>Can the body mass index (BMI) be used in an adapted form for dysproportional dwarfism?</i>	12
G. Duttge	Schutzimpfungen, abweichend von den STIKO-Empfehlungen – juristische Aspekte <i>Vaccinations deviating from the STIKO (Standing Vaccination Committee) recommendations – legal aspects</i>	24
T. Banaschewski	Entwicklung des dopaminergen Systems <i>Development of the dopaminergic system</i>	65
A. Enninger	Trimenonkoliken <i>Fourth trimester colic</i>	75
K. Dittrich, H. Christiansen und V. Schuster	Hand-Fuß-Mund-Krankheit <i>Hand, foot and mouth disease</i>	76
H. Köhler	Laktoseintoleranz – Dosis von Laktose für den H₂-Atemtest <i>Lactose intolerance – dose of lactose for the H₂ breath test</i>	106
M. A. Rose	Unspezifische Effekte von Schutzimpfungen <i>Unspecific effects of vaccinations</i>	107
A. Weber	Schneuzen bei Tubenbelüftungsstörung oder Sinusitis <i>Nose blowing in the case of blocked ear tubes or sinusitis</i>	118
K.-V. Jenderka	Nebenwirkungen bei Ultraschalluntersuchungen? <i>Side effects of ultrasonic examinations?</i>	131
R. Berent und H. Sinzinger	Saunaeffekte <i>Effects of sauna</i>	137
K.-M. Keller	Enteropathogene E. coli und Antibiotikabehandlung <i>Enteropathogenic E. coli and antibiotic treatment</i>	152
K. Pfaff	Geschirr und Küchenutensilien aus Melamin <i>Crockery and kitchen utensils made of melamine</i>	154

Buchbesprechungen

P. Teuschel und K. W. Heuschen	Bullying. Mobbing bei Kindern und Jugendlichen	40
M. Aebi	Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten. Das Baghira-Training	105
A. Russ und S. Endres	Arzneimittel pocket plus 2013	151

Arzneimittelnebenwirkungen aktuell

Thalidomid (Thalidomide Celgene) – hämatologische sekundäre Primärmalignome	121
Arzneimittel unter zusätzlicher Überwachung. Neues Symbol zur Kennzeichnung	135
Diane-35 – EMA gegen ein Verbot des Aknemittels	147
Strontiumranelat (Protelos) – erhöhtes Risiko für Myokardinfarkt	148

Rote-Hand-Briefe

Tavor (Lorazepam) Injektionslösung – Rückruf wegen Verunreinigung	124
Bevacizumab (Avastin) – nekrotisierende Fasziiitis	146

Rubrik International

Flupirtin. EMA leitet Risikobewertungsverfahren wegen Leberisiko ein	133
Tetrazepamhaltige Arzneimittel. Aussetzung der Marktzulassung innerhalb der Europäischen Union	134

Kurz notiert

Rezepte gegen Verordnungsfehler	119
Disease Mongering & Co – oder – wie man den Umsatz ankurbeln kann	122
Vitamin-K-Antagonisten und Goji-Beeren. BfArM warnt vor Wechselwirkungen	124
Augenfällig	126
Bodymass-Index-Kategorien und Gesamtsterblichkeit	149
Höchstgrenzen für Phthalate in Medikamenten gefordert	153
Pferdefleischskandal – Betrug, aber keine Gesundheitsgefahr	164
Plastikmüll – ein Problem für Umwelt und Gesundheit	165
Wer in einem oberen Stockwerk wohnt, lebt länger!	180
Richtlinienentwurf der EU-Kommission zu Tabakprodukten	181

there is increasing evidence that this association might be non-causal. Thus, pharmacological methods to increase HDL cholesterol concentration (e.g. fibrates, nicotinic acid, CETP inhibitors) failed to reduce cardiovascular event rate in intervention studies. Additionally, new mendelian randomization studies did not find a reduced risk for myocardial infarctions in subjects with various genetic constellations inducing higher HDL cholesterol concentrations. In consequence, it is reasonable to keep on focusing the lipid-modulating therapies on lowering LDL cholesterol rather than on increasing HDL cholesterol.

Key words: *HDL cholesterol – CETP inhibitors – medelian randomization – cardiovascular risk*

9. Barter PJ, et al.; ILLUMINATE Investigators. Effects of torcetrapib in patients at high risk for coronary events. *N Engl J Med* 2007; 357: 2109–2122.

10. Voight BF, et al. Plasma HDL cholesterol and risk of myocardial infarction: a mendelian randomization study. *Lancet* 2012; 80: 572–580.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestand.

Prof. Dr. C. OTTO
Internistische Praxis
Bahnhofstraße 98
82166 Gräfelfing

mail@internist-dr-otto.de

Literatur

1. Gordon D, Rifkind BM. Current concepts: High-density lipoproteins – the clinical implications of recent studies. *N Engl J Med* 1989; 321: 1311–1315.
2. Kostner GM, et al. Zusammensetzung und Stoffwechsel der Lipoproteine. In: Schwandt P, Parhofer KG, Hrsg. *Handbuch der Fettstoffwechselstörungen*. Stuttgart-New York: Schattauer; 2006.
3. Parhofer KG. Physiologie und Pathophysiologie des Lipidstoffwechsels. In: Parhofer KG, Hrsg. *Schwere Dyslipoproteinämien – Strategien zu Diagnostik und Therapie*. Bremen-London-Boston: UNI-MED Verlag; 2007.
4. Schmitz G, Barlage S. High-density Lipoproteine und Atherosklerose. In: Schwandt P, Parhofer KG, Hrsg. *Handbuch der Fettstoffwechselstörungen*. Stuttgart-New York: Schattauer; 2006.
5. Canner PL, et al. Fifteen year mortality in Coronary Drug Project patients: long-term benefit with niacin. *J Am Coll Cardiol* 1986; 8: 1245–1255.
6. Robins SJ, et al.; VA-HIT Study Group. Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Intervention Trial. Relation of gemfibrozil treatment and lipid levels with major coronary events: VA-HIT: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1585–1591.
7. FIELD Study Investigators. Effects of long-term fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the FIELD Study): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 1849–1861.
8. Boden WE, et al. Niacin in patients with low HDL cholesterol levels in patients receiving intensive statin therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 2255–2267.

Frage – Antwort

Schutzimpfungen, abweichend von den STIKO-Empfehlungen – juristische Aspekte

Frage

Wollen Eltern ihr Kind nicht bzw. in einer stark von den STIKO-Empfehlungen abweichenden Weise impfen lassen, ist es dann zulässig bzw. für den impfenden Arzt juristisch ohne Risiko, wenn er sich darauf einlässt, das Kind mit einem für das Alter und den Zweck nicht zugelassenen Impfstoff zu impfen, bei vorliegender »Risikoübernahme« durch die Eltern?

Ich halte es für sinnlos, mit solchen Eltern eine Diskussion zu beginnen mit dem Ziel, sie umstimmen zu können. Das sind ideologische Aspekte (übrigens durch ärztliche »Kollegen« geschürt), die mit uns zur Verfügung stehenden Argumenten nicht zu er-

schüttern sind. Sie wissen es eben besser als wir. Ich finde den Zustand unerträglich – aber ich habe mich allmählich daran gewöhnt, ihn zu respektieren. Ebenso unerträglich finde ich, dass es viele Kollegen (auch leider viele Kinderärzte) gibt, die sich in diesen Fragen für klüger halten als die STIKO und auf Studien beruhende Impfpläne.

Bisher war ich eigentlich ganz zufrieden damit, dass in solcher Weise gewünschte Impfstoffe nicht dafür zugelassen sind. So waren die meisten Schlaumeier etwas ausgebremst.

Erstmals ist mir nun das »Angebot« unterbreitet worden, dass die Eltern das mögliche Risiko übernehmen wollen. Ich nehme an, dass das dann Schule machen wird.

Andererseits haben wir keine Impfpflicht und das Recht der Eltern. Wenn Eltern sich dafür entscheiden, ihr Kind nicht normal impfen lassen zu wollen, muss ich das meiner Ansicht nach akzeptieren (und lasse mir das schriftlich bestätigen), auch wenn ich es verrückt finde. Ich habe also gelernt, diese Wünsche zu akzeptieren und behandle die Eltern und ihr Kind so wie alle anderen Eltern und Kinder auch.

Denke ich aber an das Wohl des Kindes, dann sehe ich es als einen Vorteil, wenn es wenigstens in der von den Eltern vorgeschlagenen Weise geimpft wird anstatt gar nicht. Ich würde mich also im Interesse des Kindes dafür entscheiden wollen, einen nicht zugelassenen Impfstoff, bei dem ich nicht einmal weiß, ob er 100%ig in dem Alter und bei der Konstellation das gewünschte Ziel erreicht (weil es vermutlich keine Studien darüber gibt), zu benutzen, weil er aller Wahrscheinlichkeit nach aber immer noch viel besser ist als keine Impfung.

Antwort

Eigensinnige Eltern, die das ärztliche Angebot von Schutzimpfungen zugunsten ihrer Kinder nicht mehr wie früher widerspruchslos und gleichsam im blinden Vertrauen akzeptieren, bilden in der pädiatri-

schen Praxis offenbar ein wachsendes Konfliktfeld. Die heute allseits, nicht zuletzt auch von rechtspolitischer Warte (1) nachdrücklich propagierte »Mündigkeit« des Patienten trägt unweigerlich die Möglichkeit in sich, dass die zu »autonomen« Wesen bestimmten Patienten mitunter auch »nein« sagen oder gar abweichende Wunschvorstellungen mehr oder weniger nachdrücklich artikulieren, noch dazu in Zeiten des freien Informationszugangs durch das Internet.

Sind Kinder auf der Patientenseite die Betroffenen und die Sorgeberechtigten diejenigen, die sich in Ausübung ihrer Entscheidungsbefugnisse der ärztlichen Empfehlung verweigern, so spitzt sich die Dramatik der Konfliktsituation nochmals zu: denn wer sich im Streit zwischen Arzt und Eltern am Ende auch immer durchsetzt – die Folgen treffen stets einen unschuldigen Dritten, dem sich beide Seiten verpflichtet fühlen (2)!

Während ein Behandlungsveto des Patienten bei allein selbstbezüglichen Folgen keinerlei externer (»objektiver«) Rationalitätskontrolle unterliegt, d. h. auch bei grober »Unvernunft« (aus ärztlicher Sicht) respektiert werden muss (3), sofern nur die generelle Befähigung zur »Selbstbestimmung« – die sog. Einwilligungsfähigkeit – nicht aus psychiatrischen oder pädiatrischen Gründen bestritten werden kann, ist die Entscheidung der Sorgeberechtigten – in der Regel der Eltern – stets dem »Kindeswohl« verpflichtet. Bei dessen substantieller Gefährdung unterliegen diese deshalb einer Auffangkontrolle seitens des »staatlichen Wächteramts« (vgl. Art. 6 II S. 2 GG, § 1666 BGB), das in Gestalt von Jugendamt und Familiengericht zum gefahrabwehrenden Eingreifen befugt und verpflichtet ist.

Ein solcher »Sorgerechtsmissbrauch« kann allerdings wiederum nicht schon bei jedweder Ablehnung des ärztlicherseits empfohlenen angenommen werden, weil es u. U. gute, in der innerfamiliären Privatsphäre verankerte Gründe geben kann, selbst dem medizinischen »Standard« nicht zu folgen. Denn in höchstpersönli-

chen Belangen ist Experte nicht der Arzt, sondern der Patient mit seinen Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen. Käme das Entscheidungsrecht der Sorgeberechtigten von vornherein nur innerhalb der ärztlichen Vernunft zum Tragen, wäre es de facto inhaltsleer.

Für einen Sorgerechtsmissbrauch muss also noch etwas hinzukommen, was der Abweichung vom ärztlich Empfohlenen den Charakter des offensichtlich Unverständigen, des evident Inakzeptablen verleiht (4). Dies wird wiederum maßgeblich von den Gründen für die Verweigerung, von der medizinischen Dringlichkeit sowie von den Nutzen- und Risikoerwartungen bei Durchführung der Maßnahme abhängen. Mit Blick auf den Erziehungsvorrang der Eltern muss sich mit einiger Wahrscheinlichkeit eine nachhaltige und schwerwiegende Gefährdung des geistigen oder körperlichen Wohls prognostizieren lassen (5). Die Verweigerung einer vital indizierten Bluttransfusion durch Angehörige der »Zeugen Jehovas« mit absehbarer Folge des Versterbens ihres Kindes gilt geradezu als klassisch für eine solche Konstellation (6).

Bei Schutzimpfungen liegt die Besonderheit bekanntlich darin, dass ihnen jedwede therapeutische Notwendigkeit für die aktuelle Situation fehlt, jedoch die ihr zugeschriebene Präventionswirkung in der Zukunft u. U. schweren Schaden abwenden kann. Die Schwierigkeit besteht darin, dass nicht vorausgesagt werden kann, ob es einer solchermaßen vorbeugenden Maßnahme auch im konkreten Einzelfall wirklich bedarf; es handelt sich also allein um die Abwendung eines Risikos, das aber bei bestimmten Infektionskrankheiten durchaus nicht gering ist, wie manche Erfolge der bisherigen Impfprogramme offenbart haben (7, 8).

Hinzu kommt allerdings, dass es eine »absolut sichere« Schutzimpfung nicht gibt, also keine frei davon ist, ihrerseits schädliche Nebenwirkungen auszulösen. Dieses Risiko mag zwar sehr gering sein, kann doch, wie etwa beim GUILLAIN-BARRÉ-Syndrom nach einer Diphtherie- oder Te-

tanus-Impfung (7), u. U. sogar lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Deshalb gibt es grundsätzlich keinen Impfwang, sondern bedarf es der freiwilligen Zustimmung des Betroffenen bzw. seiner gesetzlichen Vertreter; nur wenn »eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist«, tritt ausnahmsweise das Selbstbestimmungsrecht über die eigene körperliche Integrität zurück (vgl. § 20 VI IfSG) (9).

Um das gesundheitspolitisch erwünschte Ziel einer möglichst umfassenden »Durchimpfung« zu erreichen, setzt der Gesetzgeber auf eine intensive Aufklärung der Bevölkerung (vgl. § 3 IfSG) und auf die Formulierung von Empfehlungen an die ärztliche Praxis (vgl. § 20 II S. 3 IfSG) durch die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (10).

Diese Empfehlungen haben zwar keine unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit (11); ihnen liegt jedoch, vorbehaltlich des konkreten Einzelfalls und vorbehaltlich begründeter besserer Erkenntnis, eine Richtigkeitsvermutung zugrunde, sodass sie als gewichtiges Indiz zur Bestimmung des »medizinischen Standards« anzusehen sind. Ein Abweichen von dem hierin als vorzugswürdig ausgezeichneten Entscheidungskorridor begründet zwar nicht automatisch einen ärztlichen Behandlungsfehler (12), bedarf jedoch einer überzeugenden, die ärztliche »Vertretbarkeit« nachprüfbar plausibilisierenden Begründung und Dokumentation. Im hiesigen Kontext sind die Anforderungen hieran deshalb erhöht, weil das Verhältnis von Nutzen und Schaden für den Impfling bereits von einem eigens hierzu eingerichteten und in öffentlicher Verantwortung tätigen Expertengremium abgewogen worden ist (13).

Daraus folgt, dass sich der Pädiater kein Impfschema von den Eltern vorschreiben lassen darf, das das ärztlich Vertretbare (aus objektiver Perspektive) überschreitet. Die Verabreichung von Schutzimpfungen abweichend von den Empfehlungen der STIKO sind vielmehr nur insoweit zulässig, wie sie der Arzt in Kenntnis von deren

indizieller Bedeutung für den medizinischen Standard in eigener Person verantworten kann, sei es aufgrund eventueller Besonderheiten des Einzelfalls oder unter Behauptung einer überlegenen Expertise, für die er im Zweifel anschließend auch Rechenschaft geben muss.

Dies gilt umso mehr, als es sich bei Impfstoffen gemäß § 4 IV AMG in der Regel um Arzneimittel handelt (sofern sie Antigene oder rekombinante Nukleinsäuren enthalten), auf die jenseits ihres Zulassungsgebietes (also »off label«) nur subsidiär und nur dann zurückgegriffen werden darf, wenn aufgrund der bisherigen Erfahrungen eine hinreichend verlässliche Aussicht besteht, dass damit mehr Nutzen erzielt als Schaden gestiftet wird. Bei einer Anwendung gleichsam »ins Blaue hinein«, ohne dass sich unter Zugrundelegung ärztlich-medizinischer Expertise ein überzeugender Grund für den Off-label-Use finden lässt, wird nicht nur die Krankenkasse jede Inanspruchnahme ablehnen (14), sondern ist das ärztliche Tun pflichtwidrig (15).

Eine »Risikoübernahme« durch die Sorgeberechtigten kann allenfalls vor einem zivilrechtlichen Schadensersatzanspruch schützen (sofern man hierin einen wirksamen Verzicht auf die eventuelle Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen sehen will) (16), nicht jedoch vor einer strafrechtlichen Verfolgung: Denn eine Einwilligung, die sich auf eine pflichtwidrige ärztliche Behandlung bezieht, ist nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung unwirksam (17).

Bewertet der mit einem privatautonom entworfenen Impfschema der Eltern konfrontierte Arzt das hierin skizzierte Vorgehen als »unvertretbar«, weil es sich nicht lediglich als Minus, sondern wegen der fehlenden Erfahrungsbasis als unkalkulierbar darstellt, so muss er bei fortbestehendem Beharren und Dissens entweder die Weiterbehandlung ablehnen oder aber das Familiengericht anrufen: Dieses hat die Befugnis, das Verlangen der Sorgeberechtigten auf eine eventuelle Kindeswohlgefährdung zu überprüfen und gegebenenfalls durch eine Entscheidung im

Sinne des ärztlich Akzeptablen zu ersetzen (vgl. § 1666 BGB, §§ 157 ff. FamFG) (18). Eine eigenmächtige Durchsetzung des medizinischen Standards ohne Inanspruchnahme des Familiengerichts ist dem Arzt allerdings verwehrt; dies käme einer rechtswidrigen Verletzung des elterlichen Erziehungsrechts und damit der Patientenautonomie gleich.

Vor einer solchermaßen »gewaltsamen« Konfliktlösung bei fortbestehendem Dissens steht die Pflicht des Arztes zu einer detaillierten Aufklärung, die selbst bei elterlicher Zustimmung zu einem Vorgehen im Sinne der STIKO-Empfehlungen nicht entbehrlich wäre (19). Dabei ist sowohl über die allgemeinen als auch gegebenenfalls über die patientenindividuellen Impfrisiken eingehend zu informieren, bei abweichenden Wunschvorstellungen der Sorgeberechtigten vor allem über die eventuell erhöhten Risiken eines solchen Vorgehens.

Dabei hat die Aufklärung nach allgemeinen Grundsätzen von Medizinrecht und Medizinethik stets nicht-direktiv zu erfolgen: *»Der Arzt muss sich ständig im Klaren sein, dass seine Aufgabe darin besteht, den Patienten (oder dessen Vertreter, G.D.) urteilsfähig zu machen; das bedeutet, dass der aufklärende Arzt den Impfling weder zur Teilnahme noch zur Nichtteilnahme an einer Impfung überreden noch ihn in seinem Urteil einseitig (z. B. durch die eigene Meinung) beeinflussen darf«* (20).

Doch er muss dabei zugleich die Grenzen des ärztlich Vertretbaren markieren und – ohne nötige Intention – gegebenenfalls deutlich machen, dass das Verlangte jenseits seines Handlungsspielraums liegt. Verweigern sich die Sorgeberechtigten selbst der ärztlichen Aufklärung, so wird der Arzt in der Regel schon deshalb von der Unwirksamkeit eines Vorgehens im Sinne des Geforderten ausgehen müssen, sofern die nötige Informationsbasis auf Seiten der Sorgeberechtigten nicht gesichert ist; zugleich verstärkt sich dann der Verdacht auf einen Sorgerechtsmissbrauch, weil von den Treuhändern des

Kindeswohls vermehrte Anstrengungen erwartet werden, zum Wohle des Kindes keine unnötigen Risiken einzugehen.

Mit anderen Worten: Der Pädiater setzt sich also immer dann einem erhöhten rechtlichen Risiko aus, wenn er sich zu einem Erfüllungsgehilfen bloßer »Wunschmedizin« degradieren lässt.

Anmerkungen und Literatur

1. Siehe zuletzt den Entwurf eines Patientenrechtgesetzes vom 15. 8. 2012 (BT-Drucks. 17/10488), S. 1: »... Richtig verstandener Patientenschutz setzt nicht auf rechtliche Bevormundung, sondern orientiert sich am Leitbild des mündigen Patienten«; aus der Literatur z. B. Spickhoff A. Patientenrechte und Gesetzgebung. Zeitschrift für Rechtspolitik 2012; 3: 65–70; Katzenmeier C. Die Rahmenbedingungen der Patientenautonomie. Medizinrecht 2012; 30: 576–583.
2. Zur Komplexität des Drei-Personen-Verhältnis bei therapeutischen Interventionen an Kindern; siehe etwa Duttge G. Die Kinderarzneimittel-Verordnung der Europäischen Union: Anliegen, Ziele und Effekte. Comparative Law Review (jap.) 2012; 46: No. 3, 41–61.
3. Klassisch etwa die Verweigerung von Bluttransfusionen der »Zeugen Jehovas«, dazu: BVerfGE 32, 98 ff.; EGMR NJOZ 2011, 1501.
4. Eine missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge meint den zweckwidrigen Gebrauch des Personensorgerechts in einer dem Wohl des Kindes und dem Erziehungsziel objektiv zuwiderlaufenden Weise, der als solcher jedem Besonnen denkenden Elternteil erkennbar ist (Strätz, in: Soergel, Hrsg. BGB-Kommentar, Band 8, 12. Aufl. 1987, § 1666 Rn 18 f.).
5. BVerfG FamRZ 2010, 713, 714; OLG Saarbrücken FamRZ 2010, 1092, 1093; FamRZ 2010, 1746; OLG Brandenburg NJW-RR 2009, 1087; dazu Rotax H.-H. Kinder und Häusliche Gewalt. Voraussetzungen gerichtlichen Eingreifens nach §§ 1666, 1666a BGB. Familie, Partnerschaft, Recht 2001; 4: 251–258.
6. Siehe etwa OLG Celle NJW 2005, 792, 793.
7. Dittmann S. Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2002; 45: 316–322.
8. Heininger U. Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2004; 47: 1129–1135.
9. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz) vom 20. 7. 2000 (BGBl. I, 1045), zuletzt geändert durch Gesetz vom 28. 7. 2011 (BGBl. I, 1622).

10. Internet (http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html).

11. Zuck R. Impfrecht, Impfpfehlungen, Impfscheidung. Medizinrecht 2008; 26: 410–414.

12. BGH GesR 2008, 361 ff.; Frahm W. Einschränkung der Therapiefreiheit durch das Haftungsrecht. Gesundheitsrecht 2005; 4: 529–533; Hart D. Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. Medizinrecht 1998; 16: 8–16. Im Übrigen kann sich ein Behandlungsfehler auch aus einer Missachtung von Behandlungsregeln ergeben, die nicht Eingang in Leitlinien, Richtlinien oder ähnliche generalisierte Handlungsanweisungen gefunden haben: BGH MedR 2012, 450 ff.

13. Mit dieser Begründung meint der Bundesgerichtshof sogar, dass die STIKO-Empfehlungen regelmäßig den medizinischen Standard wiedergeben: BGH NJW 2000, 1784, 1786.

14. Das BSG hat im Jahr 2002 die Anforderungen für den GKV-Bereich sogar noch strenger formuliert: Danach bestehe eine Leistungspflicht der öffentlichen Kassen nur, wenn es sich um eine schwerwiegende, lebensbedrohliche Erkrankung handle, keine andere Therapie verfügbar sei und aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht bestehe (i. d. R. Phase-III-Studien), dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg zu erzielen ist (BSGE 89, 184 ff.).

15. Statt vieler nur: Deutsch E, Spickhoff A. Medizinrecht. 6. Aufl. 2008: Rn 1287 ff., 1292.

16. Eine später gleichwohl erhobene Schadensersatzklage dürfte entweder mangels Rechtsschutzbedürfnisses schon unzulässig oder wegen Verstoßes gegen »Treu und Glauben« (§ 242 BGB) jedenfalls unbegründet sein.

17. BGHSt 43, 306, 309; BGH NSTz-RR 2007, 340, 341; StV 2008, 464, 465 f.; NSTz 2008, 278, 279.

18. Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. 12. 2008 (BGBl. I, 2586), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. 7. 2012 (BGBl. I, 1577).

19. BGHZ 144, 1, 5; BGH NJW 2000, 1784, 1785.

20. Göbel W. Schutzimpfungen selbst verantworten. 3. Aufl. Stuttgart: Freies Geistesleben; 2006. S. 19.

Prof. Dr. G. DUTTGE
Zentrum für Medizinrecht
Georg-August-Universität
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

lduttge@gwdg.de

pädiat. prax. 81, 24–28 (2013/2014)