Hypoxischer Hirnschaden nach Kindernarkose in Zahnarztpraxis – oder: wenn Arbeitsteilung zur Strafbarkeitsfalle wird

P. F. Schelling

▶ **Zitierweise:** Schelling PF: Hypoxischer Hirnschaden nach Kindernarkose in Zahnarztpraxis – oder: wenn Arbeitsteilung zur Strafbarkeitsfalle wird. Anästh Intensivmed 2026;67:X11–X12.
DOI: 10.19224/ai2026.X011

Wer ist dafür strafrechtlich verantwortlich, dass ein zweijähriges Kind nach einer in Vollnarkose durchgeführten Zahnextraktion im Aufwachraum einer Zahnarztpraxis einen hypoxischen Hirnschaden erlitten hat und seitdem ein schwerster Pflegefall ist? Das Amtsgericht Regensburg (Az.: 21 Cs 203 Js 1945/219) hat hierüber entschieden und eine Anästhesistin wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt, die Zahnärztin hingegen am 25.11.2025 freigesprochen.

Sachverhalt

Ein zweijähriger Bub erleidet bei einem Sturz mit seinem Roller eine Fraktur des Frontzahns. Die in einer Kinderzahnarztpraxis angestellte Zahnärztin empfiehlt den Eltern eine Zahnextraktion in Vollnarkose mit Larynxmaske. Sowohl die OP als auch die Narkose, die eine (von einer Anästhesiepraxis gestellte) Anästhesistin durchführt, verlaufen komplikationsfrei. Nach Ausleitung der Narkose trägt die Anästhesistin den Jungen in den Aufwachraum und weist die Mutter in die Handhabung des Pulsoxymeters und die Grenzwerte der Sauerstoffsättigung („darf nicht unter 90 % fallen!“) ein. Bei Problemen solle sie sich einfach melden. Sodann begibt sich die Anästhesistin zu einem Folgepatienten, um bei diesem mit der Narkoseeinleitung zu beginnen. Die Mutter bleibt mit ihrem Kind allein im Aufwachraum zurück. Ein akustischer Alarm des Pulsoximeters ist in der Praxis nicht zu vernehmen. Bei einer routinemäßigen Nachschau 20 Minuten später erkennt die Anästhesistin sofort die lividen Lippen des Kindes als Zeichen eines Sauerstoffmangels und beginnt mit der Reanimation. Der hinzugezogene Notarzt verbringt das Kind in eine Uniklinik. Die Folgen der Hypoxie sind allerdings nicht mehr reversibel mit der Folge, dass der Bub seitdem ein schwerster Pflegefall ist.

Strafprozess

Gegenüber der Anästhesistin und Zahnärztin war jeweils ein Strafbefehl wegen fahrlässiger Körperverletzung ergangen. Hiergegen hatten beide Einspruch eingelegt mit der Folge, dass sie sich im Rahmen einer mehrtägigen öffentlichen (und medienwirksamen) Hauptverhandlung vor dem Amtsgericht dem Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung stellen mussten.

Ergebnis Beweisaufnahme

Die durchgeführte Beweisaufnahme mit Vernehmung zahlreichen Zeugen (Personal der Zahnarztpraxis, Anästhesieschwester, Eltern und Notarzt) und Anhörung von zwei anästhesiologischen und zwei zahnärztlichen Gutachtern ergab Folgendes:

1. Die von der Zahnärztin ausgesprochene Empfehlung zur Durchführung der Extraktion in Vollnarkose war wegen der Komplexität der Fraktur und des Alters des Patienten vertretbar.
2. Die Anästhesistin hatte zusätzlich zur zahnärztlichen Leitungsanästhesie (mit Ultracain D-S forte) vier hochpotente Analgetika eingesetzt, nämlich Diclofenac supp 12,5 mg, Clonidin 15 µg i.v., Perfalgan 200 mg i.v. und Dipidolor 1 mg i.v.. Mit einer solchen 5-fach-Analgosedierung und dem damit verbundenen Narkoseüberhang war – so einer der anästhesiologischen Gutachter – das Risiko einer Hypoxie deutlich erhöht, weshalb vor allem in den ersten 30 Minuten im Aufwachraum eine besonders engmaschige Kontrolle erforderlich gewesen wäre. Tatsächlich hatte aber gar keine Überwachung stattgefunden.
3. Im Falle der zu fordernden durchgängigen und lückenlosen Überwachung des Aufwachraums wäre die Hypoxie rechtzeitig erkannt und der Hirnschaden des Jungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden worden.

   Zuständig für die Kontrolle des Aufwachraums war mit Blick auf (1) die Empfehlung von DGAI und BDA zur „Überwachung nach Anästhesieverfahren“[1] und (2) die klare Regelung im Kooperationsvertrag zwischen der zahnärztlichen und der anästhe-

1 Empfehlung von DGAI und BDA zur Überwachung nach Anästhesieverfahren https://www.ai-online.info/supplements/2009/02-2009/ueberwachung-nach-anaesthesieverfahren.html

siologischen Praxis ausschließlich die Anästhesie, zumal diese den Aufwachraum auch abrechnete.

4. Eine Delegation der Überwachung ist zwar zulässig, und zwar auch an Assistenzpersonal, sofern dieses speziell geschult und eingearbeitet ist (vgl. z. B. „Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie“, Anästh Intensivmed 46 (2005) 36–37). Eine Delegation der Überwachung von der Anästhesistin an die Zahnärztin hatte vorliegend aber zum einen nicht stattgefunden, zum anderen war die Zahnärztin mangels spezieller Schulung fachlich auch gar nicht in der Lage, die Kontrolle des Aufwachraums korrekt (auch mit klinischer Beurteilung der Atemarbeit und -wege, der Ansprechbarkeit, des Wachheitsgrads und der Spontanbewegungen) durchzuführen.
5. Dass die Überwachung im Aufwachraum unzureichend war, konnte die Zahnärztin nicht erkennen. Die hier einschlägigen Verlautbarungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände (z. B. „Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesie des BDA, der DGAI und des BDC“)[2] richten sich nämlich an Anästhesisten und Operateure (z. B. Chirurgen). Entsprechende Empfehlungen und Vereinbarungen existieren für den zahnärztlichen Bereich hingegen (noch) nicht. Außerdem hatte es bis zu diesem Zwischenfall keinerlei Probleme im Aufwachraum gegeben; insofern wäre es geradezu realitätsfremd, zu erwarten, dass die Zahnärztin ausgerechnet an diesem Tag bei diesem Kind nach einer komplikationslosen Narkoseausleitung Zweifel an der korrekten Überwachung hegte und gegenüber der Anästhesistin remonstrierte, zumal „die Anästhesisten im Aufwachraum den Hut aufhaben“ (so die Formulierung des zahnärztlichen Gutachters). Die Zahnärztin durfte sich deshalb nach dem bei der horizontalen Arbeitsteilung geltenden Vertrauensgrundsatz darauf verlassen, dass das von der Anästhesistin gewählte Überwachungsregime korrekt war.

Verurteilung der Anästhesistin

Die angeklagte Anästhesistin zog nach Anhörung der Gutachter die „Reißleine“ und nahm in der laufenden Hauptverhandlung ihren Einspruch gegen den Strafbefehl (mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft) zurück. Damit ist sie rechtskräftig wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt. Sie ist außerdem in einem parallelen Zivilprozess Schadenersatzforderungen des Kindes und der Eltern in Millionenhöhe ausgesetzt.

Freispruch für Zahnärztin

Nachdem der Zwischenfall für die Zahnärztin nicht vorhersehbar und vermeidbar war, sprach das Gericht die von mir verteidigte Zahnärztin vom Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung frei.

Ermittlungen gegen Betreiber der anästhesiologischen Praxis

Nach Angaben der im Prozess vernommenen Zeugen hatte der Betreiber der anästhesiologischen Praxis gegenüber den Mitarbeitern der Zahnarztpraxis vertreten, dass „Eltern die besten Monitore der Welt“ sind. Gegenüber der bei ihm angestellten Intensivpflegkraft hatte er allerdings eingeräumt, dass er sich eine zusätzliche Kraft speziell zur Überwachung des Aufwachraums „nicht leisten“ könne und wolle. Die Erkenntnis, dass der Praxisbetreiber (als für den Aufwachraum Verantwortlicher) damit die Patientensicherheit seinem Gewinnstreben opferte, nahm die Staatsanwaltschaft zum Anlass, noch während des laufenden Strafprozesses Ermittlungen gegen ihn einzuleiten. Zu Recht!

Fazit

Der Standard der Aufwachraumüberwachung im ambulanten Bereich unterscheidet sich kein Jota von dem im stationären Bereich, vgl. „Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie“ (Anästh Intensivmed 46 (2005) 36–37). Alleine eine Pulsoxymetrie ist auch im ambulanten Setting keineswegs ausreichend und eine Delegation der Kontrolle an eine Begleitperson unzulässig. Für die postoperative Überwachung im Aufwachraum ist der Anästhesist verantwortlich, und zwar bis zur Aufhebung der Wirkung des Anästhesieverfahrens. Die Überwachung darf er freilich delegieren. Er trägt allerdings dann die Verantwortung dafür, dass der Delegat fachlich in der Lage ist, die Überwachung korrekt durchzuführen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Operateur (z. B. Chirurg) die Überwachung übernimmt.

Wird der erforderliche Überwachungsstandard nicht eingehalten, kann dies jedenfalls – wie der Fall eindrucksvoll zeigt – nicht nur in eine menschliche Tragödie für den Patienten und seine Familie münden, sondern auch eine Strafbarkeit und Schadensersatzpflicht des für den Aufwachraum verantwortlichen Anästhesisten begründen. Vor diesem Hintergrund sind klare Absprachen dazu, wer genau den Aufwachraum überwacht, das Gebot der Stunde.

Korrespondenzadresse

Dr. Philip Friedrich Schelling

Fachanwalt für Medizin- und Strafrecht
Ulsenheimer Rechtsanwälte
Maximiliansplatz 12
80333 München, Deutschland
E-Mail: schelling@uls-frie.de

2 Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesie des BDA, der DGAI und des BDC https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/533-vereinbarung-zur-qualitaetssicherung-ambulante-anaesthesie/file.html