

# Die Rechtsfigur des „vollbeherrschbaren Risikos“ – Welche Risiken können Kinderkrankenschwestern und Kinderärzte voll beherrschen?

Roland Uphoff

**K**inderkrankenschwestern und Kinderärzte sehen sich gelegentlich vonseiten der Eltern dem Vorwurf ausgesetzt, ihr Kind in einer Weise behandelt und betreut zu haben, die Schäden nach sich gezogen habe. Dabei reichen die Vorwürfe von einer nicht durchgeführten Aufklärung im Vorfeld eines operativen Eingriffs über eine fehlerhaft durchgeführte Behandlung bis hin zu der Beanstandung, bestimmte Befunde seien nicht erhoben worden.

Oftmals wird in Verbindung mit dem Vorwurf fehlerhafter Behandlung oder Betreuung geäußert, dies hätte „nicht passieren dürfen“ und es sei klar, dass Arzt oder Betreuungspersonal für den eingetretenen Schaden verantwortlich seien, weil schließlich gar kein Anderer Kontakt mit dem Kind gehabt habe.

## Die Rechtslage

Grundsätzlich hat der Patient das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, das Verschulden der Krankenschwester oder des Arztes sowie den direkten Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Schaden zu beweisen.

Ausnahmsweise ist es bei einem sog. vollbeherrschbaren Gefahrenbereich jedoch so, dass das Vorliegen einer objektiven Pflichtwidrigkeit bzw. eines Verschuldens bei Krankenschwester/Arzt vermutet wird.

Die Vermutung greift, wenn feststeht, dass die (Primär-) Schädigung aus einem Bereich stammt, dessen Gefahren vonseiten der Behandler voll beherrscht bzw. ausgeschlossen werden können und müssen (BGH, Urteil vom 20.03.2007, VersR 2007, S. 847 ff.; OLG Braunschweig, Urteil vom 07.10.2008, OLGR 2009, S. 293 ff.), die also nicht aus dem von den Unwägbarkeiten des lebenden Organismus beeinflussten Kernbereich ärztlichen Handelns herrühren.

Verwirklicht sich ein solches Risiko, das losgelöst von den Eigenheiten des menschlichen Organismus durch Organisationsmaßnahmen und Koordinierung des Behandlungsgeschehens objektiv voll beherrscht werden kann, so muss die Behandlungsseite, und damit Krankenschwester und Arzt, darlegen und beweisen, dass sie die gebotene Sorgfalt zur Vermeidung der Verwirklichung des Risikos gewahrt und damit nicht schuldhaft gehandelt hat (BGH VersR 2007, S. 847 ff.; BGH VersR 1991, S. 467).

Es muss entsprechend objektiv eine Gefahr bestanden haben, deren Quelle jeweils festgestellt werden konnte und die deshalb objektiv beherrschbar war (Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 3. Aufl., S. 1160).

Eine Einschränkung ist dann möglich, wenn für die Schadensverursachung auch der „Gefahrenkreis des Patienten“ verantwortlich sein kann. Dies trifft z. B. auf Fälle zu, in denen zuvor keine Anhaltspunkte für gefahrenträchtige Situationen oder Gefahren der Selbstverletzung bestanden haben, die sich dann letztlich realisierten (Martis/Winkhart, a.a.O., V 345).

Ungeachtet der Einschränkung kommt aber grundsätzlich eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten unter dem Gesichtspunkt des „voll beherrschbaren Risikos“ in Betracht, wenn feststeht, dass sich eine Verletzung während einer konkreten Bewegungs-, Transport- oder sonstigen ärztlichen oder pflegerischen Maßnahme ereignet hat, an der Behandlungs- oder Pflegepersonal unmittelbar beteiligt und die objektiv vollständig zu beherrschen war.

## Der Umgang mit den Haftungsrisiken

Zunächst gilt natürlich, dass in der klinischen Praxis alles daran gesetzt werden muss, um Schäden für die Patienten zu

vermeiden. Dies muss sich in geeigneten organisatorischen Maßnahmen und guter Koordination sowie darin äußern, dass ärztliches und nichtärztliches Personal bestmöglich qualifiziert sind.

Trotzdem können jedoch Schäden eintreten, bei denen es im Nachhinein schwer fällt festzustellen, wann, durch welchen Mechanismus und durch wen sie verursacht wurden. Dies soll anhand eines konkreten Beispiels verdeutlicht werden:

Am 05.03.2012 stellt sich eine werdende Mutter zur geplanten Sectio in der Geburtsklinik vor. Der Eingriff wird an diesem Tag planmäßig unter Vollnarkose durchgeführt. Vor, während und unmittelbar nach dem Eingriff treten keine (dokumentierten) Komplikationen auf, der Geburtsverlauf ist, soweit ersichtlich, unauffällig. Die U1-Untersuchung wird in dem neben dem Operationssaal liegenden Kreißsaal durchgeführt. Der Vater des Kindes ist bei der Durchführung dieser Untersuchung anwesend und kann den Untersuchungsverlauf verfolgen. Es ergeben sich körperlich und insbesondere motorisch zunächst keine Auffälligkeiten bei dem Kind.

Unmittelbar nach Durchführung der U1-Untersuchung wird eine Atemanpassungsstörung registriert, so dass das Kind in die benachbarte Kinderklinik verlegt wird.

Für den Zeitraum, in dem das Kind in der Geburtsklinik bis zur Verlegung betreut wurde, finden sich lückenlose Aufzeichnungen, denen sich entnehmen lässt, dass bis auf die wegen der Atemanpassungsstörung durchgeführte Sauerstoffgabe keine Besonderheiten vorlagen.

Nach Verlegung in die Kinderklinik wird der Säugling auf die Intensivstation verbracht und in einem Inkubator behandelt. Relativ früh findet sich in der Pflegedokumentation der Intensivstation der Hinweis, dass die „Atmung im Verlauf deutlich besser“ wurde.

Der Vater des Kindes – die operierte Mutter befindet sich noch in der Geburtsklinik – verbringt in der Folge viel Zeit neben dem Inkubator des Kindes. Die Betreuung des Kindes erfolgt auch für die nächsten Tage auf der Intensivstation.

Am Nachmittag des 07.03.2012 soll die Untersuchung U2 durchgeführt werden. In den klinischen Befunden ist festgehalten, dass eine Schonhaltung des linken Armes festgestellt werde, er sei leicht abduziert, außenrotiert und fast gestreckt. Oberarm und Unterarm seien derb geschwollen, der Tonus am linken Arm sei reduziert, der Arm werde weniger bewegt.

Der konsiliarische Befund weist einen leichten Druckschmerz sowie eine endgradige Streck- und Beugehemmung aus. Darauf werden eine Röntgenuntersuchung und eine Sonographie angeordnet. Letztlich ergibt sich das Bild einer suprakondylären (distalen) Humerusfraktur.

Anlässlich der operativen Versorgung der Fraktur am 11.03.2012 äußern die Behandler des Kinderklinikums die Vermutung, es handele sich um eine geburtstraumatische Verletzung.

Fest steht, dass anhand der Genese der Fraktur eine von ventral ausgeübte Kraft für den Schaden verantwortlich sein muss, am wahrscheinlichsten im Rahmen einer Überstreckung oder durch Aufschlag-/Hebelwirkung. Sicher ist auch, dass externe Kräfte nötig waren, um den Röhrenknochen auch in seinem Knorpelbereich zu durchbrechen und (nach dorsal) zu verschieben. Schließlich kommen als Ursachen ein Sturz des Kindes oder ein An-

stoß auf den Ellenbogen bzw. ein Anstoß des Ellenbogens als nachvollziehbare Verletzungsursache in Betracht.

Als mögliche Verursacher der Verletzung kommen nach allem zunächst die Geburtsklinik, die Behandler und Betreuer des Kinderklinikums sowie die Eltern oder sonstige Dritte in Betracht.

Das ärztliche und nichtärztliche Personal der Geburtsklinik machte geltend, dass nach Aufarbeitung des Geburtsmodus mit dem OP-Team festgestellt werden könne, dass ein normgewichtiges Kind aus Schädellage ohne körperliches Trauma entwickelt wurde. Man habe insoweit keine Erklärung für die Läsion am Ellenbogen, insbesondere könne sie nicht durch geburtshilfliche Maßnahmen erklärt werden. In der Dokumentation der Geburt sind keine Auffälligkeiten vermerkt.

Hinzu kommt, dass es im Rahmen eines Kaiserschnitts durchaus zu Geburtsverletzungen des Kindes kommen kann, allerdings sind die Risikofaktoren hierfür vor allem große Kinder, adipöse Mütter, Kinder mit Fehlbildungen, Lageanomalien oder das Durchführen von Notfallkaiserschnitten.

Da in diesem Fall jedoch keiner der wesentlichen Risikofaktoren für eine Geburtsverletzung vorlag, muss die Wahrscheinlichkeit für eine derartige Verletzung (Humerusfraktur) unter der Geburt als extrem gering angesehen werden.

Was eine mögliche Verursachung durch die Eltern anbelangt, scheidet zunächst die Mutter des Kindes aus, die während der gesamten Zeit der Betreuung des Kindes

in der Kinderklinik bis zur Entdeckung der Fraktur noch in der Geburtsklinik betreut wurde.

Der Vater des Kindes hingegen hatte das Kind in die Kinderklinik begleitet und es versorgt bzw. gefüttert, was in den Pflegeberichten genau festgehalten wurde. Der Vater verbrachte auch einige Zeit neben dem Inkubator des Kindes, in dem es „verkabelt“ versorgt wurde.

Die in 4-Stunden-Intervallen erfolgende Nahrungsaufnahme, zu der der Vater zum Kind gerufen wurde, wurde zusammen mit den Eltern anderer in der Intensivstation untergebrachter Kinder durchgeführt. Währenddessen erfolgte die Überwachung durch das benachbarte Personal der Intensivstation.

Die Eltern führen insoweit an, dass eine fortdauernde Überwachung durch das nichtärztliche Personal erfolgte, sodass eine Verletzung des Kindes durch den Vater auszuschließen sei. Andere „Dritte“ – abgesehen von den Eltern der anderen dort untergebrachten Kinder – hätten ohnehin keinen Zutritt zum Intensiv-Pflegebereich gehabt.

Das ärztliche und nichtärztliche Personal der pädiatrischen Intensivstation hatte den Säugling nach der Verlegung vom 05.03.2012 bis zur Feststellung der Fraktur und darüber hinaus versorgt. Die Kinderklinik hatte, was den absoluten Zeitraum der Betreuung anbelangt, damit den weitestgrößten zeitlichen Anteil. Folgerichtig ergaben sich für die Behandler des Kinderkrankenhauses auch absolut die meisten Berührungspunkte mit dem Kind bei dessen Versorgung.

Wie dargestellt, spricht die Art der Verletzung gegen ein Geburtstrauma. Zudem wurde anlässlich der U2-Dokumentation festgehalten, dass das Kind weine und nur schwer zu beruhigen sei. Dies spricht dagegen, dass die Fraktur schon seit dem 05.03.2012 vorgelegen hat.

Ansonsten wäre das Kind nach der Art der Fraktur schon viel früher auffällig geworden; auch die Schwellung am Ellenbogen wäre früher registriert worden.

Was jedoch entscheidend für das ärztliche und nichtärztliche Personal des Kinderklinikums streitet, ist, dass die Dokumentation während des klinischen Aufenthalts ausgesprochen detailliert und ausführlich erfolgte. Dabei sind nicht nur pauschal Eintragungen zu Überprüfungen des Früh-/Spät- und Nachtdienstes erfolgt, sondern es war insbesondere festgehalten worden, zu welchen Zeiten und für welche Dauer die Nahrungsaufnahme des Kindes mit dem Vater erfolgte, dass das Kind viel wach, aber



Foto: fotolia 42671285 © drubig-photo

ruhig gewesen sei, dass sich keine Auffälligkeiten ergaben und dass die Überwachung des Kindes wie auch der anderen Kinder durchgängig erfolgte – allerdings mit der Einschränkung, dass bei sehr wenigen Gelegenheiten die Versorgung eines anderen Kindes während der Essenszeiten durch das Personal erfolgen musste, was ebenfalls dokumentiert war. Das bedeutet, dass bei eben diesen Gelegenheiten der Vater oder Dritte kurzzeitig mit dem Säugling allein waren.

## Schlussfolgerung

Die ausführliche Dokumentation ist in dem dargestellten Fall von elementarer Bedeutung: Die Figur des vollbeherrschbaren Risikobereichs greift nur, wenn feststeht, dass die Gefahr aus dem behandlerseitigen Bereich stammte. Nur in diesen Fällen, wenn also andere Schädigungsmöglichkeiten vollständig ausgeschlossen sind, greift die Vermutung der Sorgfaltspflichtverletzung von ärztlichem oder nichtärztlichem Personal. Wenn jedoch andere Konstellationen und andere Verursachungsmöglichkeiten denkbar sind – wie im geschilderten Fall z. B. durch einen Elternteil – greift die Vermutung der objektiven Pflichtwidrigkeit bzw. des Verschuldens auf Behandlerseite nicht.


In der Konsequenz bedeutet dies, dass der vollständigen Dokumentation und insbesondere der gewissenhaften Dokumentation eine zentrale Rolle auch im Hinblick auf den vollbeherrschbaren Risikobereich



Foto: fotolia 58075507 © marinasvetlova

zukommt. Dies, weil sie nicht nur Aufschluss über die Tätigkeiten des ärztlichen und nichtärztlichen Personals gibt, sondern weil sich daraus auch ableiten lässt, welche anderen Verursachungsmechanismen für eingetretene Schäden bei den zu betreuenden Kindern gegriffen haben könnten.

Richtig ist, dass die Dokumentationspflicht primär dem therapeutischen Interesse des Patienten und der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung bzw. Behandlungsfortführung hinsichtlich Diagnose und Therapie dienen (hierzu beispielhaft OLG Koblenz, VersR 2004, S. 1323 f.; OLG Jena, GesR 2005, S. 556 ff.) und gerade nicht unter Haftungsgesichtspunkten angefertigt werden soll.

Es ist aber in jedem Fall empfehlenswert, im Zweifel „einen Satz mehr zu schreiben“ und damit haftungsträchtige Situationen bereits im Vorfeld zu entschärfen. 

---

### AUTOR

**Dr. Roland Uphoff, M. mel.**  
 Fachanwalt für Medizinrecht  
 Kanzlei für  
 Geburtsschadensrecht-  
 und Arzthaftung  
 Heinrich-von-Kleist-Straße 4  
 53113 Bonn

