

## Urteilsrezension

v. Ass. Lutz Barth, Oktober 2004

### BGH, Urteil v. 2. 12. 1997 - VI ZR 386/96

- zugleich ein Beitrag zum „**Psychiatrischen Notfall**“

#### Gliederung

1	Problemstellung: Fehlerhaftes Verhalten eines Notarztes (Allgemeinmediziner) .....	1
2	BGH, Urteil v. 2. 12. 1997 - VI ZR 386/96 .....	1
2.1	Aus dem Sachverhalt: .....	1
2.2	Aus den Entscheidungsgründen: .....	2
3	Anmerkungen .....	5
3.1	Zur Beweislastfrage: .....	5
3.2	Der „grobe Behandlungsfehler“ .....	7
3.2.1	Der „Diagnosefehler“ ? .....	8
3.2.1.1	Vorbemerkungen .....	8
3.2.1.2	Die schizoaffektive Störung oder Psychose .....	9
3.2.1.3	Der medizinische (psychiatrische) Notfall .....	10
3.2.2	Der „Therapiefehler“ ? .....	14
4	Zusammenfassung .....	16

#### **1 Problemstellung: Fehlerhaftes Verhalten eines Notarztes (Allgemeinmediziner)**

Das nachstehende, in Auszügen rezensierte Urteil des BGH thematisiert die Anforderungen eines Allgemeinmediziners, der für den Notdienst eingeteilt ist, wenn er zu einem Patienten gerufen wird, der sich in schlechter psychischer Verfassung befindet.

Über die mitgeteilten Entscheidungsgründe hinaus sollen prinzipielle Erwägungen angestellt werden, da anhand der Entscheidung zentrale Probleme des Arzthaftungsrechtes problematisiert werden können.

#### **2 BGH, Urteil v. 2. 12. 1997 - VI ZR 386/96**

##### **2.1 Aus dem Sachverhalt:**

Die Klägerin nimmt den beklagten Arzt auf Schadensersatz in Anspruch. Sie leidet seit Jahren an einer **schizoaffektiven Psychose** und befand sich deshalb mehrmals in psychiatrischer Behandlung. Im Jahre 1989 war eine stationäre Behandlung erforderlich. Anfang 1992 traten erneut depressive Verstimmungen auf. Die Klägerin begab sich deshalb in die Behandlung einer Neurologin, die ihr Neuroleptika verordnete. Nachdem bei der Klägerin am 3. 3. 1992 trotz einer Medikamentengabe eine starke motorische Unruhe mit Verwirrheitszuständen eingetreten war und die Neurologin, in deren

Behandlung sich die Klägerin befand, einen Hausbesuch abgelehnt hatte<sup>1</sup>, wandte sich die Mutter der Klägerin gegen Mittag an die Notrufzentrale. Daraufhin suchte der für den Notdienst eingeteilte Beklagte, ein Arzt für Allgemeinmedizin, die Klägerin auf. Er injizierte ihr intramuskulär eine Ampulle Haldol. Daraufhin begab sich die Klägerin in Begleitung ihres Vaters in das Schlafzimmer im ersten Stock, wo sie sich zunächst in ihr Bett legte. Nachdem ihr Vater das Zimmer verlassen hatte, sprang sie aus dem Fenster und stürzte sechs Meter tief auf einen Betonboden. Dabei zog sie sich erhebliche Verletzungen zu.

- Die Klägerin wirft dem Beklagten mehrere Behandlungsfehler vor. Die Injektion von Haldol sei kontraindiziert gewesen. Zudem habe ihr ihre Mutter auf Anweisung des Beklagten und in dessen Beisein weitere 15 Tropfen Atosil verabreicht. Diese Fehlmedikamentierung habe sie in eine solche körperliche und psychische Unruhe versetzt, dass sie durch den Sprung aus dem Fenster eine Flucht vor sich selbst gesucht habe. Der Beklagte habe weder eine Untersuchung noch eine ausreichende Exploration durchgeführt und deshalb die akute Suizidgefahr nicht erkannt. Auch habe er es versäumt, ihre Eltern auf die Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung hinzuweisen. Durch die Verletzungen, die sie bei dem Sturz erlitten habe, sei sie beruflich aus der Bahn geworfen worden; eine vollständige Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten.

Die Klägerin begehrt die Verurteilung des Beklagten zur Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes und zum Ersatz ihres auf 56 596,90 DM bezifferten Verdienstausfalls nebst Zinsen; ferner erstrebt sie (vorbehaltlich eines Anspruchsübergangs auf Sozialversicherungsträger) die Feststellung der Verpflichtung des Beklagten zum Ersatz ihrer zukünftigen materiellen und immateriellen Schäden aus dem Vorfall vom 3. 3. 1992.

Das **Landgericht** hat die Klage abgewiesen. Das **Oberlandesgericht (OLG)** hat dem Feststellungsantrag stattgegeben und die Klage im übrigen dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Die **Revision** des Beklagten führte zur Aufhebung und Zurückverweisung.

## 2.2 Aus den Entscheidungsgründen:

Nach **Auffassung des Berufungsgericht (OLG)** ist der beklagte Arzt der Klägerin aus §§ 823 I, 847 I BGB und aus dem Gesichtspunkt der positiven Vertragsverletzung zum Schadensersatz verpflichtet. Ihm seien bei der Behandlung der Klägerin mehrere Fehler unterlaufen.

<sup>1</sup> Den Arzt trifft generell die Pflicht, die ihm möglichen und zumutbaren Maßnahmen durch Rat und Tat zu treffen, um einen erkennbar drohenden gesundheitlichen Schaden von seinem Patienten abzuwenden; dazu gehört neben der Pflicht zur persönlichen Untersuchung des Patienten auch die Pflicht zu Hausbesuchen und zu unverzüglichem Handeln im Dienste des Wohles des Erkrankten, vgl. hierzu Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, Laufs § 100 Rdnr. 16 m.w.N. aus der Literatur; vgl. ferner LBG Koblenz v. 19.09.90, in NJW 1991, S. 772 zur Pflicht des Arztes, auf einen nächtlichen Anruf hin einen Hausbesuch abzustatten; AG Jever v. 06.12.90, in NJW 1991, S. 760, wo ein Arzt, der Bereitschaftsdienst hat, es unterlassen hatte, einen Hausbesuch abzustatten, so dass durch das Nichttätigwerden des Arztes sich die Leiden des Patienten verlängert haben. Vgl. auch BGH, in NJW 1979, S. 1248 zu der Frage, unter welchen Umständen ein Arzt, der die Behandlung übernommen hat, zu einem Krankenbesuch verpflichtet ist; dies gilt auch für den Fall einer sog. Ferndiagnose: Entweder ist der Arzt im Falle einer schweren Erkrankung zum Hausbesuch verpflichtet, wenn der Grund für eine Verhinderung entfallen ist, oder er muss für anderweitige Hilfe Sorge tragen, BGH, ebenda, S. 1248

- Dabei könne dahingestellt bleiben, ob bereits in der Verabreichung und Medikation von Haldol und Atosil ein Behandlungsfehler zu erblicken sei. Jedenfalls sei dem Beklagten vorzuwerfen, dass er eine **ordnungsgemäße Befunderhebung** unterlassen habe. Ferner hätte er angesichts des Zustandes, in dem er die Klägerin vorgefunden habe, mangels eigener spezieller psychiatrischer Fachkenntnisse einen **Fachkollegen** hinzuziehen müssen. Außerdem hätte er unabhängig von dem Ergebnis einer Exploration schon aufgrund des von ihm selbst festgestellten schlechten psychischen Zustandes der Klägerin eine Suizidgefährdung in Erwägung ziehen müssen. Ein weiterer Behandlungsfehler bestehe darin, dass der Beklagte versäumt habe, die Eltern der Klägerin anzuweisen, ihre Tochter ständig zu beobachten und zu beaufsichtigen. Außerdem hätte der Beklagte wegen der Schwierigkeiten einer ständigen Beobachtung in einem nächsten Schritt die Einweisung der Klägerin in eine psychiatrische Klinik veranlassen müssen. Allerdings sei nicht bewiesen, dass diese Behandlungsfehler des Beklagten für die eingetretenen Gesundheitsschäden der Klägerin ursächlich geworden seien. Den Nachteil dieser Unaufklärbarkeit trage jedoch der Beklagte, weil in der Kausalitätsfrage eine Umkehr der Beweislast eintrete. Dies folge daraus, dass die Behandlungsfehler des Beklagten als schwer einzustufen seien. Der Beklagte müsse sich ein Fehlverhalten vorwerfen lassen, das bei Anlegung des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes nicht mehr verständlich und verantwortbar sei. Er habe die Klägerin in einem Zustand erheblicher motorischer Unruhe vorgefunden, der von Halluzinationen in einem Ausmaß geprägt gewesen sei, das ihm eine eingehende Exploration unmöglich gemacht habe. Gleichwohl habe er der Klägerin lediglich ein Neuroleptikum intramuskulär verabreicht und die Einnahme von Atosil verordnet, ohne zumindest die Wirkung der Medikamente abzuwarten und ohne in irgendeiner Weise für den Schutz der Klägerin Sorge zu tragen. Dieses Vorgehen stelle einen elementaren Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht dar.

Diese Erwägungen des OLG halten den Angriffen der Revision, soweit sie sich gegen die Beweislastverteilung in der Kausalitätsfrage richten, nicht stand.

Zwar erweisen sich die Erwägungen des Berufungsgericht im Ansatz als zutreffend. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats kann es bei der haftungsbegründenden Kausalität ausnahmsweise zu einer Umkehr der Beweislast kommen, wenn ein grober Behandlungsfehler festgestellt ist, vorausgesetzt, dass dieser Fehler zur Herbeiführung des Schadens geeignet ist<sup>2</sup>. Dabei ist unter einem groben Behandlungsfehler ein eindeutiger Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische

---

<sup>2</sup> Vgl. etwa BGHZ 85, S. 212 [215 ff.]

Erkenntnisse zu verstehen, also ein Fehler, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Das Berufungsgericht erblickt einen groben Behandlungsfehler darin, dass der Beklagte nach der Injektion des Neuroleptikums und der Verabreichung von Atosil versäumt habe, trotz der akuten und ungeklärten Verschlechterung des psychischen Zustandes der Klägerin für deren Schutz Sorge zu tragen. In diesem Zusammenhang macht das Berufungsgericht dem Beklagten zum Vorwurf, dass er es unterlassen habe, die Eltern der Klägerin anzuweisen, ihre Tochter ständig zu beobachten und zu beaufsichtigen. Ein weiteres Versäumnis sieht das Berufungsgericht darin, dass er es unterlassen habe, die Einweisung der Klägerin in eine psychiatrische Klinik zu veranlassen.

**Die gegen diese Erwägungen des Berufungsgerichtes gerichteten Verfahrensrügen der Revision sind zum Teil begründet.**

- Die Revision wendet sich mit Recht dagegen, dass das Berufungsgericht dem Beklagten im Rahmen der Würdigung seines ärztlichen Vorgehens als grob fehlerhaft ohne weitere Beweiserhebung zum Vorwurf macht, die **Einweisung der Klägerin in eine psychiatrische Klinik unterlassen** zu haben. Die in der ersten Instanz durchgeführte Beweisaufnahme, auf die sich das Berufungsgericht bezieht, bot für diesen Vorwurf keine ausreichende Grundlage. Die Zeugen haben sich zur Frage der Klinikeinweisung der Klägerin nicht geäußert. Erst im zweiten Rechtszug nahmen die Parteien zu diesem Thema streitig Stellung. Der Beklagte behauptete unter Beweisantritt, er habe die Notwendigkeit einer Klinikeinweisung der Klägerin gegenüber deren Eltern angesprochen; die Eltern der Klägerin hätten deren Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus jedoch abgelehnt. Diese Behauptung erweist sich im Hinblick darauf als erheblich, dass die Eltern der Klägerin in dieser Situation, in der die Klägerin zu selbständigen sachgerechten Entscheidungen offensichtlich nicht imstande war, gegenüber dem Beklagten als Gesprächspartner für ihre Tochter auftraten. **Ist sie wahr, dann könnte der gegen den Beklagten erhobene Vorwurf entfallen.** Das Berufungsgericht war deshalb, bevor es diesen Vorwurf für die Einstufung des Verhaltens des Beklagten als grob fehlerhaft heranzog, verpflichtet, gemäß dem Gebot der Erschöpfung der Beweismittel aus § 286 I ZPO dem Beweisantrag des Beklagten zu entsprechen.
- Außerdem findet, wie die Revision weiter zutreffend geltend macht, die Bewertung der vom Berufungsgericht angenommenen **Versäumnisse des Beklagten als grober Behandlungsfehler** in dem Sachverständigengutachten **keine tragfähige Stütze.**

Allerdings hat der Sachverständige in seinem Ergänzungsgutachten die Versäumnisse des Beklagten (weder Anweisung an die Eltern zur ständigen Beobachtung der Klägerin noch deren Einweisung in eine psychiatrische Klinik) aus ärztlicher Sicht als schwer eingestuft. Diese Wertung des Sachverständigen setzt indes voraus, dass der Beklagte die Suizidgefährdung der Klägerin erkannt hat. Davon kann jedoch nicht ausgegangen werden. Der Beklagte hat geltend gemacht, dass für die Annahme einer Suizidgefährdung der Klägerin keine Anhaltspunkte bestanden hätten. Auch der Sachverständige legt seinen Erwägungen

letztlich wohl zugrunde, dass der Beklagte die Suizidgefährdung der Klägerin nicht erkannt hat. Damit kommt es für die Beweislastumkehr in der Kausalitätsfrage darauf an, ob dem Beklagten deshalb ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist, weil er die Suizidgefährdung der Klägerin nicht erkannt hat. Hierzu führt der Sachverständige lediglich aus, dass der Beklagte unabhängig von dem Ergebnis einer Exploration schon aufgrund der Feststellung des schlechten psychischen Zustandes der Klägerin an eine Suizidgefährdung hätte denken müssen. Diese gutachterliche Stellungnahme rechtfertigt noch nicht die Bejahung eines groben Behandlungsfehlers im oben dargelegten Sinn.

### 3 Anmerkungen

Die Entscheidung des BGH beinhaltet im wesentlichen zwei Erwägungen: Zum einen folgt der BGH dem Berufungsgericht nicht in der Frage der Beweislastverteilung<sup>3</sup> bezüglich der Haftungskausalität und zum anderen kommt der BGH aufgrund seiner Wertung des Sachverständigengutachtens zum Ergebnis, dass das Gutachten keine tragfähige Stütze für einen „groben Behandlungsfehler“ darstellt.

#### 3.1 Zur Beweislastfrage:

Um über die Berechtigung der von der Klägerin begehrten Rechtsfolge, hier Schadensersatz aus positiver Vertragsverletzung und ggf. aus §§ 823 (1), 847 BGB, befinden zu können, muss das Gericht den ihm zur Entscheidung durch die Parteien unterbreiteten Sachverhalt feststellen. Das Gericht ermittelt den Sachverhalt nicht selbst<sup>4</sup> und sondern es bedarf hierzu eines eingehenden Sachvortrages durch die Parteien; dies gilt freilich insbesondere auch für die klagende Partei nach dem für den im Zivilprozess vorherrschenden Beibringungsgrundsatz, so dass es prinzipiell hier der Klägerin obliegt, zunächst ihr Anspruchsbegehren darzulegen und bei einer streitigen Sachverhaltsdarstellung durch den beklagten Arzt ggf. auch unter Beweis zu stellen.

Der Arzt hat in dem obigen Verfahren abweichend von dem Sachvortrag der Klägerin unter Beweisantritt<sup>5</sup> behauptet, dass er die Notwendigkeit einer Klinikeinweisung der Klägerin gegenüber den Eltern angesprochen habe. Nach Auffassung des BGH ist dieser Sachvortrag des Arztes durchaus erheblich, da die Eltern „offensichtlich“ als Gesprächspartner für ihre Tochter auftraten. Sollte, so der BGH weiter, diese Aussage „wahr“ sein, dann könnten die dem Arzt vorgeworfenen Pflichtenversäumnisse entfallen. Hieraus folgt, dass bei einer streitigen Sachverhaltsdarstellung das OLG gehalten gewesen wäre, in die sog. Beweisstation einzutreten. Dies ergibt sich aus § 286 ZPO, wonach das OLG die Beweise hätte erschöpfen

<sup>3</sup> Vgl. hierzu auch die Entscheidungsrezension von M. Barth, OLG Köln v. 25.02.98 zum Spritzenabszess, in IQB-Webpräsenz unter [www.iqb-info.de](http://www.iqb-info.de), insbesondere S. 2 ff.; ferner sehr instruktiv: Ute Graf, Die Beweislast bei Behandlungsfehlern im Arzthaftungsprozeß, 2001

<sup>4</sup> Vgl. allerdings hierzu die Ausnahmen, etwa im Bereich des Familienrechtes, §§ 606, 640 ZPO

<sup>5</sup> Das dies erst in der Berufungsverhandlung vor dem OLG erfolgte, ist unschädlich.

müssen<sup>6</sup>, zumal die Vorschrift maßgeblich durch das Gebot des rechtlichen Gehörs nach Art. 103 GG inhaltlich bestimmt wird. Ohne dass hier das BVerfG zur „Pannenhilfe“<sup>7</sup> aufgerufen war, hat der BGH als Rechtsmittelgericht folgerichtig judiziert, da dem beklagten Arzt nicht unerhebliche Rechtsnachteile entstanden sind. Das Berufungsgericht ist danach gehalten, dass von dem Arzt in den Prozess eingeführte Beweismittel, hier in Gestalt des Zeugenbeweises, ausschöpfen und daher Beweis über die Frage zu erheben, ob er die Klinikeinweisung gegenüber den Eltern der Geschädigten angesprochen habe.

Soweit es also nach dem BGH entscheidend auf die Frage ankommt, ob die Eltern sich gegenüber dem Arzt als Gesprächspartner präsentiert haben, setzt dies freilich die weitere Prüfung voraus, ob die Klägerin als Geschädigte tatsächlich nicht mehr in der Lage war, die Tragweite ihrer „Entscheidungen“ zu erfassen resp. überhaupt einen erheblichen Willen zu äußern. Dem mitgeteilten Sachverhalt kann nicht entnommen werden, ob den Eltern die „Gesundheitsvorsorge“ qua amtgerichtlicher Betreuungsverfügung oblag, so dass zunächst ausnahmslos der Wille des Patienten maßgeblich ist. Hier kann allerdings davon ausgegangen werden, dass der beklagte Notarzt den Versuch unternommen hat, den Patientenwillen der Geschädigten zu eruieren, da er im Wege seiner Erstdiagnose festgestellt hat, dass die Klägerin sich in einem Zustand erheblicher motorischer Unruhe befunden habe, der von Halluzinationen in einem Ausmaß geprägt gewesen sei, das ihm eine eingehende Exploration unmöglich gemacht habe.

Von daher sah sich der beklagte Arzt offensichtlich veranlasst, dass nähere Gespräch mit den Eltern der Klägerin zu führen. In diesem Zusammenhang stehend ist lediglich darauf hinzuweisen, dass es prinzipiell auf die Einsichtsfähigkeit der Patientin<sup>8</sup> bei der zu erteilenden Einwilligung nach erfolgter Aufklärung in den angedachten ärztlichen Heileingriff bzw. Einweisung in das Klinikum ankommt; mithin ist es die vornehmste Aufgabe des Arztes, auch im Rahmen seines anamnестischen Gespräches mit der Patientin Feststellungen darüber zu treffen, ob diese die erforderliche Einsichtsfähigkeit hat. Sofern diese hier nicht vorlag, kann auf eine antizipierte bzw. mutmaßliche Einwilligung des Patienten abgestellt werden. In der Regel ersetzt auch das Gespräch mit den Eltern der Klägerin (selbst bei einer angeordneten Gesundheitsbetreuung) den Arzt nicht von seiner Verpflichtung, ein ärztliches Aufklärungsgespräch mit dem Ziel der Erteilung der Einwilligung in den ärztlichen Heileingriff zu führen. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die Applikation. Von daher wäre ein kurzer

<sup>6</sup> Ungeachtet dessen darf in Einzelfällen das Gericht auch Beweismittel ablehnen, vgl. hierzu etwa Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, Zivilprozessordnung, 58. Aufl., 2000, § 286 Rdnr. 27 ff. Grundsätzlich ist allerdings bei der Ablehnung eines Beweismittels Zurückhaltung geboten, dies gilt vornehmlich auch Blick auf das Prozessgrundrecht aus Art. 103 GG.

<sup>7</sup> Der Anteil der Verfassungsbeschwerden, die sich auf eine Verletzung des Grundrechts auf rechtliches Gehör stützen, ist seit einiger Zeit sprunghaft gestiegen. Das BVerfG muss hier vielfach zur bloßen Pannenhilfe benutzt werden, um offenkundige Versehen oder Fehler der Gerichte, vor allem unterer Instanzen, zu korrigieren, vgl. hierzu den kritischen Beitrag von Schumann, Die Wahrung des Grundsatzes des rechtlichen Gehörs – Dauerauftrag für das BVerfG?, in NJW 1985, S. 1134 ff.; nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG verpflichtet Art. 103 I BVerfG die Gerichte, die Ausführungen der Prozeßbeteiligten zur Kenntnis zu nehmen und in Erwägung zu ziehen (BVerfGE 42, 364 (367 f.) m. w. Nachw.). Dabei soll das Gebot des rechtlichen Gehörs als Prozessgrundrecht sicherstellen, dass die erlassene Entscheidung frei von Verfahrensfehlern ergeht, die ihren Grund in unterlassener Kenntnisnahme und Nichtberücksichtigung des Sachvortrags der Parteien haben (BVerfGE 50, 32 (35) = NJW 1979, 413). In diesem Sinn gebietet Art. 103 GG in Verbindung mit den Grundsätzen der ZPO auch die Berücksichtigung eines insoweit von den Parteien angebotenen Beweises, vgl. auch BVerfG, Beschluss v. 21.10.81, in NJW 1982, S. 30

<sup>8</sup> Im Gegensatz zu einer rechtsgeschäftlichen Willenserklärung.

Vermerk gerade bei Patienten mit psychischen Krankheitsbilder über die vorgenommene Exploration in dem Bericht sinnvoll.

### 3.2 Der „grobe“ Behandlungsfehler<sup>9</sup>

Nach Auffassung des BGH findet die Bewertung der vom Berufungsgericht angenommenen **Versäumnisse des Beklagten**, nämlich die nicht erfolgte

- Anweisung an die Eltern zur ständigen Beobachtung der Geschädigten
- keine Einweisung in eine psychiatrische Klinik

als grober Behandlungsfehler in dem Sachverständigengutachten **keine tragfähige Stütze**. Zwar hat der Sachverständige in seinem Ergänzungsgutachten diese Versäumnisse des Notarztes als „schwer eingestuft“, was allerdings voraussetzt, dass der Arzt die Suizidgefahr bei der Geschädigten hätte erkennen müssen. Der beklagte Notarzt hat diesbezüglich allerdings vorgetragen, dass für eine Annahme einer Suizidgefährdung keine Anhaltspunkte bestanden hätten. Damit kommt es nach Auffassung des BGH für die Beweislastumkehr in der Kausalitätsfrage darauf an, ob dem Beklagten deshalb ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist, weil er die Suizidgefährdung der Klägerin nicht erkannt hat. Aus dem Ergänzungsgutachten des Sachverständigen kann diesbezüglich nur entnommen werden, dass hier der Notarzt (unabhängig von einer Exploration) schon allein aufgrund der „schlechten psychischen Verfassung“ der Geschädigten an eine Suizidgefahr hätte denken müssen. Diese gutachterliche Wertung rechtfertigt in der Tat nicht die Annahme eines „groben Behandlungsfehlers“, mit der Folge, hier die Beweislast umzukehren.

Der Beweis der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden bereitet gerade in Arzthaftungsprozessen große Schwierigkeiten, da auch eine Behandlung *lege artis* wegen der dem „lebenden Organismus innewohnenden Unwägbarkeiten weder den Behandlungserfolg garantieren noch den Behandlungsschäden sicher ausschließen (kann). Daher muss ein im Anschluss an die Behandlung eingetretener Schaden nicht zwangsläufig auf einem Behandlungsfehler beruhen, sondern kann auch schicksalhaft eingetreten sein.“<sup>10</sup>

Mithin muss auch die Geschädigte hier mit der erforderlichen Sicherheit und zur Überzeugung des Gerichtes nachweisen, dass gerade der Behandlungsfehler für den Schaden kausal war und eine schicksalsbedingte Schädigung nicht in Betracht kam. Sofern der BGH meint, dass jedenfalls

<sup>9</sup> Vgl. zum Merkmal „grob“: Graf, Beweislast..., aaO. (Fn. 3), S. 99; siehe ebenso Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, § 110 (S. 674 ff.); siehe auch instruktiv zur Konkretisierung des Begriffs nebst einer Fallgruppenbildung Weber-Steinhaus, Ärztliche Berufshaftung als Sonderdeliktsrecht, 1990, S. 146 ff.; siehe auch zur Dogmatik und den Rechtsfolgen eines groben Behandlungsfehlers Deutsch, Der grobe Behandlungsfehler, in VersR 1988, S. 1 ff.

<sup>10</sup> Graf, ebenda, S. 98

aus dem Ergänzungsgutachten des Sachverständigen nicht ohne weiteres auf einen „groben Behandlungsfehler“ des Arztes geschlossen werden kann, weil allein die psychische Verfassung der Klägerin hätte einen Suizidversuch nahe legen müssen, ist dies nicht zu beanstanden.

Das Berufungsgericht (hier das OLG) hätte die Beweisstation voll ausschöpfen müssen und zwar insbesondere auch mit Blick auf die ständige Rechtsprechung des BGH, wonach es allein dem Gericht<sup>11</sup> und nicht (!) dem Sachverständigen obliegt, einen ärztlichen Behandlungsfehler als „grob“ zu qualifizieren. Im Zweifel wäre hier die Einholung eines Obergutachtens angeraten gewesen, insbesondere, wenn auch eine ausdrückliche Befragung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung keine ausreichende Klärung gebracht hat<sup>12</sup>.

Da „grobe“ Verstöße gegen die Pflicht zur ordnungsgemäßen Behandlung in allen Bereichen des ärztlichen Handelns vorkommen und damit unmittelbar die Primärpflichten aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis betroffen sein können, mögen hier noch folgende Erwägungen angestellt werden:

### 3.2.1 Der „Diagnosefehler“ ?

Der Sachverständige hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass der beklagte Arzt wohl nicht die Suizidgefahr der Klägerin erkannt habe und das OLG hat hieraus folgend angenommen, dass der Arzt einen groben Behandlungsfehler begangen habe.

#### 3.2.1.1 Vorbemerkungen

In der Tat trifft den Arzt die Pflicht zur Diagnosestellung und freilich gilt dies auch für den Notarzt, zumal die Diagnosestellung eine der wichtigsten Voraussetzung für eine sachgerechte Behandlung darstellt<sup>13</sup>. Sofern dem Arzt eine Fehldiagnose unterläuft, obwohl er alle medizinisch indizierten diagnostischen Maßnahmen (einschließlich einer eingehenden Anamnese und der sorgfältigen persönlichen Untersuchung) durchgeführt hat, so ist nach der Rechtsprechung des BGH die Fehlinterpretation der Symptome resp. Befunde nur dann als grober Behandlungsfehler zu qualifizieren, wenn es sich um ein fundamentales Missverständnis handelt<sup>14</sup>.

In dem vorliegenden Fall hat der Arzt allerdings behauptet, dass keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Suizidgefährdung bestanden hätten. Der Sachverständige führt in seinem Gutachten aus, dass unabhängig von dem Ergebnis einer Exploration der beklagte Arzt hätte aufgrund des

<sup>11</sup> Freilich ist darauf hinzuweisen, dass zwar dem Tatrichter die Beurteilung obliegt, ob ein „grober Behandlungsfehler“ vorliegt, andererseits aber im Rahmen der Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens die Würdigung des medizinischen Sachverständigen nicht außer acht gelassen werden dürfen, siehe hierzu etwa: BGH, Urt. v. 27.01.98, in MedR 1998, S. 554; vgl. auch BGH, Urt. v. 24.09.96, in NJW 1997, S. 794 mit Hinweis darauf, dass wenn und soweit der Tatrichter bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers Beweiserleichterungen verneinen will, weil etwa der Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden äußerst unwahrscheinlich ist, er sich hierfür nicht allein auf das Gutachten des zweitinstanzlichen Sachverständigen stützen darf. Er ist vielmehr gehalten, sich auch mit dem zuvor erstatteten Gutachten auseinanderzusetzen und auf die Aufklärung von Widersprüchen auch innerhalb des zweitinstanzlichen Gutachtens hinwirken; vgl. auch BGH, Urt. v. 26.10.93, in NJW 1994, S. 801

<sup>12</sup> Vgl. hierzu insbesondere Graf, aaO., S. 102 ff. m.w.N. aus der Rechtsprechung und Literatur.

<sup>13</sup> Laufs/Uhlenbruck, aaO., § 50 Rdnr. 7 ff.

<sup>14</sup> Graf, aaO., S. 105; BGH, Urt. v. 14.07.81, in VersR 1981, S. 1033; BGH, Urt. v. 10.11.87, in VersR 1988, S. 293; BGH, Urt. 04.10.94, in MedR 1995, S. 70 (71)

schlechten psychischen Zustandes an eine Suizidgefährdung denken müssen. Diese Feststellung des Sachverständigen rechtfertigt nach Auffassung des BGH nicht die Bejahung eines groben Behandlungsfehlers.

Ob dem so ist, kann diesseits in Ermangelung weiterer Sachverhaltsangaben kaum einer Bewertung zugeführt werden. Gleichwohl soll hier auf einige Aspekte hingewiesen werden, die mit dem Krankheitsbild der schizoaffektiven Psychose untrennbar verbunden sind, insbesondere im Hinblick auf einen medizinischen Notfall.

### 3.2.1.2 Die schizoaffektive Störung<sup>15</sup> oder Psychose

Schizoaffektive Störungen sind Erkrankungen, bei denen gleichzeitig oder abwechselnd Symptome einer Schizophrenie<sup>16</sup>, einer Depression und/oder einer krankhaften Hochstimmung (Manie) auftreten. Diese komplizierte und vor allem komplexe Krankheit ist dadurch charakterisiert, dass sich hier zwei oder drei differente Krankheiten und damit Beschwerdebilder in einem **einzigem Leiden** vereinen<sup>17</sup>.

Hierbei besteht Konsens in der psychiatrischen Fachliteratur, dass die Diagnose einer schizoaffektiven Störung sich als besonders schwierig erweist<sup>18</sup>, zumal der Verlauf der Störung durchaus variieren kann, dergestalt, als dass sich die Einzelkrankheitsbilder punktuell in einem bestimmten Zeitpunkt gemeinsam manifestieren oder kurz hintereinander auftreten können.

Die Diagnose einer schizoaffektiven Störung wird rein phänomenologisch gestellt, so dass letztlich das konkrete Beschwerdebild von wesentlicher Bedeutung ist. Dieses **Beschwerdebild** kann also schizophren, depressiv oder manisch sein, hintereinander oder gleichzeitig ausbrechen und je charakteristischer das konkrete Beschwerdebild für die jeweiligen, typischen Syndrome der differenten Einzelkrankheiten ausfällt, desto leichter fällt die Diagnose<sup>19</sup>.

Vorliegend hatte sich der BGH mit einem „psychiatrischen Notfall“ zu beschäftigen, der nach der Definition der American Psychiatric Association als eine akute, schwerwiegende Störung des Denkens, der Stimmung, des

<sup>15</sup> Vgl. hierzu statt vieler den konstruktiven Beitrag von Prof. Dr. med. V. Faust, Zentrum für Psychiatrie, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm (Ravensburg), der gleichsam die Grundlage für die Ausführungen zur der schizoaffektiven Störung u. Psychose bildet, unter [www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo\\_aff.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo_aff.html)

<sup>16</sup> Vgl. im übrigen zum „Einzelkrankheitsbild“ der **Schizophrenie**, Böger/Kanowski, Gerontologie und Geriatrie für Krankenpflegerberufe, 3. Aufl. 1995, S. 300 ff.; dieselben zur **manisch – depressiven Erkrankung**, S. 304 ff. – jeweils mit Bezügen zur Gerontopsychiatrie; ebenso instruktiv zu den Einzelkrankheiten und den wichtigsten kausalen Prozessen, Oesterreich, Gerontopsychiatrie, 1993, S. 36 ff.; desgleichen V. Faust, aaO. unter [www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo\\_aff.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo_aff.html); ders. in Medizin – Gesamtdarstellung und Atlas für Studium, Lehre und Praxis – Deutschsprachige Ausgabe von Scientific American Medicine in Vier Bänden, Faust, in Band 4, Kapitel 13 II – 1 ff. Psychiatrie IV/89.

<sup>17</sup> Die WHO erkennt in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) eine schizoaffektive Störung dann an, wenn sowohl eindeutig schizophrene als auch eindeutig affektive Symptome gleichzeitig oder nur durch wenige Tage getrennt und während der gleichen Krankheitsperiode vorhanden sind.

<sup>18</sup> Dies auch deshalb, weil es keine Kriterien gibt, die auf Labor- oder Röntgenuntersuchungen, durch Elektroenzephalographie (EEG), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) u. a. beruhen.

<sup>19</sup> So Faust, aaO., unter [www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo\\_aff.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo_aff.html)

Verhaltens oder der sozialen Beziehungen gewertet werden kann, bei der entweder vom Patienten, von dessen Familie oder der Gesellschaft eine sofortige Intervention als notwendig erachtet wird.

### 3.2.1.3 Der medizinische (psychiatrische) Notfall

Psychiatrische Notsituationen erfordern ein schnelles diagnostisches und therapeutisches Handeln in der richtigen Reihenfolge<sup>20</sup> und es ist anzumerken, dass letztlich alle psychiatrischen Krankheitsbilder eine solche Notsituation bedingen können.

Unabhängig von der Ätiologie der einzelnen Krankheitsbilder erscheint es hierbei nach *Gallenkamp* zweckmäßig, gerade in Notfallsituationen nach dem klinischen Bild vorzugehen, das sich dem herbeigerufenen Notarzt präsentiert<sup>21</sup>. Dies erscheint auf den ersten Blick durchaus plausibel, da die Methode der Syndromlehre als eine rein deskriptive resp. phänomenologische sich in Anbetracht der **Akutsituation** als die effizientere Methode erweisen dürfte, wenngleich hierdurch mit Blick auf die angeratene, quasi auf einer „Verdachtsdiagnose“ und damit einer vorläufigen Arbeitsdiagnose beruhenden Therapie erhebliche und ggf. auch nachteilige Folgen für den Patienten verbunden sein können, so etwa hinsichtlich der Pharmakotherapie.

In der medizinrechtlichen Literatur wird die Auffassung vertreten, dass der Patient von dem Not(fall)arzt<sup>22</sup> keine optimale Therapie erwarten darf; der ärztliche Notfalldienst diene anderen Zwecken als die reguläre ärztliche Behandlung und ist daher kein regelmäßiger Kundendienst<sup>23</sup>. Dem mag man zustimmen können, da es im Notfalldienst gerade darauf ankommt, akute Problemlagen zu versorgen, so dass die Erstversorgung und die gebotenen Sofortmaßnahmen zu leisten resp. einzuleiten sind. Dies gilt nicht nur für den klassischen Unglücksfall, sondern wie vorliegend in dem Fall auch bei sich plötzlich verschlechternden Leiden<sup>24</sup>, die bereits diagnostiziert und entsprechend durch andere Ärzte im Rahmen eines ärztlichen Behandlungsvertrages therapiert werden.

Andererseits ist es unbestritten, dass erst die kausale Diagnose die Ätiologie, d.h., "den eigentlichen und tieferen Grund der Störung, und die Pathogenese, d.h. den Entstehungsmechanismus"<sup>25</sup> umfasst, so dass nur eine kausale Diagnose eine kausale Therapie zu sichern vermag. Im Rahmen eines medizinischen Notfalls ist freilich davon auszugehen, dass in aller Regel keine ausreichende Zeit vorhanden ist, eine gesicherte Diagnose

<sup>20</sup> U. Gallenkamp, in Notfalltherapie im Rettungsdienst, Hrsg. P. Sefrin, 5. Aufl. 1991, S. 619

<sup>21</sup> Gallenkamp, ebenda, S. 620

<sup>22</sup> Vgl. zum Begriff des Notarztes und des Notfallarztes, Gallenkamp, aaO., S. 10, 11

<sup>23</sup> Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, Laufs in § 17 Rdnr. 19 ff.

<sup>24</sup> Laufs, ebenda, Rdnr. 19

<sup>25</sup> Laufs/Uhlenbruck, Handbuch..., Uhlenbruck zu § 50 Rdnr. 4

zu treffen, zumal diese häufig erst ein Ergebnis langwieriger Untersuchungen und Befunderhebungen ist.

Sofern also die Rechtsprechung im Bereich der Diagnose etwaige Versäumnisse des Arztes eher verhalten beurteilen<sup>26</sup>, dürfte dies gerade auch im Bereich der Notfallmedizin Geltung beanspruchen, wenngleich ein gewisses Unbehagen bleibt, da insbesondere aus der vorläufigen Erstdiagnose in Gestalt einer Verdachtsdiagnose gleichsam die Therapie folgt, die speziell bei einer angeratenen Pharmakotherapie durchaus

Es liegt in der „Natur der Sache“, dass sich der Notarzt vielfältigen medizinischen Notfallsituationen ausgesetzt sieht, gleichwohl aber aus der Sicht des Notfallpatienten weitestgehend eine lege artis Behandlung auch in Krisensituationen geschuldet ist. Von daher hat der Notarzt für schuldhaftes Versäumnisse, Missgriffe und Fehlentschlüsse zivil- und strafrechtlich einzustehen, auch wenn insoweit das Maß der verkehrserforderlichen Sorgfalt aus der Eigenart des Notfalldienstes folgt<sup>27</sup>.

Andererseits gilt zu betonen, dass Eil- und Notfallsituationen keine subjektiven Haftungsfreiräume gewähren, sondern allenfalls situationsbedingt den erforderlichen Standard an das objektiv Mögliche anpassen. Dies gilt aber freilich nur für den Fall, als dass eine sorgfältige Organisation und Vorbereitung nicht gerade auch für solche Ausnahmesituationen vorsorgen kann<sup>28</sup>.

Ob diese Anpassung des jeweils geforderten ärztlichen Standards allerdings für die notärztliche Therapie erfolgen kann, scheint nicht ohne weiteres plausibel zu sein. Die notärztliche Therapie am Ort des Geschehens ist vielschichtig und geht letztlich über die sog. Basismaßnahmen der reinen Lebensrettung- und -erhaltung deutlich hinaus<sup>29</sup>, so dass hieraus folgend die Notfallmedizin aufgrund der vielfältigen Ätiologie der einzelnen Schädigungen sich auf mehrere Fachgebiete ausdehnt<sup>30</sup> und demzufolge es geradezu für den ärztlichen Notdienst charakteristisch ist, dass eine erhöhte Fachkompetenz sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich die notärztliche Behandlung prägt, die durch den am „ärztlichen Notdienst / Notfalldienst“ teilnehmenden Mediziner zu gewährleisten ist.

Sofern also aus der Eigenart des Notarztendienstes der Standard ärztlichen Handelns zu bestimmen ist, ist dieser aufgrund der komplexen medizinischen Notfallsituationen durchaus höher anzusiedeln, als etwa bei einem Allgemeinmediziner. Unbeachtlich hierbei ist m.E. nach im Kern die im Einzelfall gebotene Abgrenzung zum Notfallarzt; aus der Sicht des Notfallpatienten dürfte es allein darauf ankommen, dass diesem qualifizierte ärztliche Hilfe zuteil wird, zumal der **medizinische Notfall** als solches sowohl für den Notarzt als auch den Notfallarzt den Anknüpfungspunkt für ihre Tätigkeit darstellt und sich allenfalls mit Blick auf die medizinisch-

<sup>26</sup> Siehe die Nachweise oben in Fn. 14

<sup>27</sup> Laufs/Uhlenbruck, *Arztrecht*, aaO., Laufs zu § 17 Rdnr. 23

<sup>28</sup> So etwa Weber-Steinhaus, *Ärztliche Berufshaftung*, S. 134

<sup>29</sup> *Notfalltherapie im Rettungsdienst*, Hrsg. P. Sefrin, Einleitung, S. 6

<sup>30</sup> Sefrin, ebenda, S. 8

technischen Hilfsmittel einschl. der Transportmittel eine unterschiedliche Betrachtung aufdrängt<sup>31</sup>. Auch wenn eine praktische Aufgabenteilung zwischen Notfall- und Notarzt anhand der zur Verfügung stehenden Rettungsmittel vorgenommen werden kann, so zeitigt diese Aufgabenteilung vor dem Hintergrund des medizinischen Notfalls keinesfalls die Konsequenz, dass etwa der Notfallarzt einen „verminderten ärztlichen Standard“ bei der Behandlung eines Notfallpatienten präsentieren kann. Von diesem ist vielmehr auch ein interdisziplinäres medizinisches Fachwissen zu fordern, welches über sein eigentliches „Fachgebiet“ hinaus ragt, um so den medizinischen Notfällen sachgerecht begegnen zu können<sup>32</sup>.

Vorliegend hatte der BGH über einen psychiatrischen Notfall und den Anforderungen eines Allgemeinmediziners, der für den Notdienst eingeteilt war, zu entscheiden. Gerade psychiatrische Notfallsituationen sind höchst komplexer und vor allem auch defiziler Natur, wie etwa bei einem akuten Schub einer schizoaffektiven Störung resp. Psychose. Diese zu diagnostizieren ist in der Tat mehr als schwierig und bedarf einer längerer Exploration des Patienten, so dass sowohl für den Notarzt als auch den Notfallarzt es eher darauf ankommen dürfte, tatsächlich sich bei der Auswahl und Entscheidung des therapeutischen Konzeptes von den Symptomen leiten zu lassen. Dies gilt insbesondere in solchen Fällen, wo der Arzt keine eigen- oder fremdanamnestischen Informationen von bzw. über den Notfallpatienten erhält und er sich allein an dem phänomenologischen Zustandsbild, welches sich ihm im Notfall präsentiert, zu orientieren hat.

In der Literatur wird dabei ausgegangen, dass der **Zeitzwang in Notfällen** durchaus dazu führen kann, dass die Erhebung einer Anamnese zu Beginn der meist flüchtigen Diagnostik unmöglich wird, wenngleich dem Arzt aber auch in „Eilfällen grundsätzlich zuzumuten ist, notwendige Erkundigungen, wenn nicht schon beim Patienten, so doch bei seinen Angehörigen einzuholen, um wichtige anamnestische Feststellungen zu treffen“<sup>33</sup>.

Vorausgesetzt, dem zum Notdienst eingeteilten Allgemeinmediziner wurde die Diagnose von der schizoaffektiven Psychose der Geschädigten mitgeteilt, so hätte es im Rahmen des anamnestischen Gespräches der Nachfrage des behandelnden Notarztes bedurft, ob die Geschädigte in der

<sup>31</sup> Vgl. hierzu Sefrin, ebenda, S. 10 ff. zur begrifflichen Abgrenzung zwischen Notarzt und Notfallarzt.

<sup>32</sup> Es erscheint reizvoll, an dieser Stelle die Verpflichtung des niedergelassenen Arztes, an dem ärztlichen Notfalldienst teilnehmen zu müssen, näher zu thematisieren, da insoweit nach diesseitiger Einschätzung nicht generell davon ausgegangen werden kann, dass jeder niedergelassene Arzt, also auch etwa der Röntgenarzt, HNO-Arzt oder gar der Gynäkologe über ein breitgefächertes und damit für die Notfallmedizin notwendiges diagnostisches und therapeutisches Fachwissen verfügt. Die Verpflichtung des Arztes gem. § 26 IV MBO-Ä, sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, beruhigt keineswegs, da in Anbetracht der Vielfältigkeit der medizinischen Notfallsituationen die Fortbildung durch die knappe Ressource Zeit nicht nur eine zeitliche, sondern vor allem auch inhaltliche Beschränkung erfahren würde und damit sich letztlich die Fortbildung nur auf „klassische Notfallsituationen“ punktuell konzentrieren dürfte. Der Hinweis darauf, dass beim Notfalldienst sich Ärzte wie Gebietsärzte von Krankheits- oder Leidenszuständen herausgefordert sehen, mit denen jeder Mediziner in seiner täglichen Praxis fertig werden muss (so Laufs, Handbuch des Arztrechts, § 17 Rdnr. 5) überzeugt nicht, da insoweit Maßstab für die Beurteilung nur der entsprechende materielle Qualifikationsstandard sein kann. Die **herrschende Lehre als auch Rspr.** gehen allerdings davon aus, dass der Arzt, der nach erlangter Approbation und abgeleiteter kassenärztlicher Vorbereitungszeit als Praktiker an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen darf, gleichsam auch in aller Regel für den Notfalldienst geeignet ist, vgl. etwa Laufs, ebenda, § 17 Rdnr. 5; mit Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag der Kassen als auch der „Sozialbindung der vertragsärztlichen Berufsausübung“ aufgrund Zulassung siehe LSG BaWü, Urt. v. 11.06.96, in MedR 1997, S. 139; BSG v. 11.06.96, in MedR 1987, S. 122; BVerwG v. 09.06.82, in NJW 1983, S. 1387; VG Mannheim v. 03.11.98, in MedR 1999, S. 228. Hierzu wird in Kürze einen gesonderter Beitrag in der Webpräsenz des IQB erscheinen.

<sup>33</sup> Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, Uhlenbruck zu § 48 Rdnr. 4

zurückliegenden Zeit bereits einen Suizidversuch unternommen hat. Dies deshalb, weil die Belastungen für den an einer schizoaffektiven Störung erkrankten Patienten und damit zugleich auch die Selbsttötungsgefahr besonders hoch sind<sup>34</sup>.

*„Ein besonderes, erschütterndes, gerade bei schizoaffektiven Störungen ernstzunehmendes Problem ist die Gefahr der Selbsttötung (Fachausdruck: Suizid, aus dem lateinischen: sua manu cadere = von eigener Hand fallen, gleichsam sich selbst fällen). Eine Suizidgefahr ist bei praktisch allen seelischen Leiden gegeben, besonders aber bei Depressionen, Schizophrenien und schizoaffektiven Störungen. Fast drei Viertel aller Patienten berichten im Laufe ihrer schizoaffektiven Krankheitsepisode von Suizidgedanken, Selbsttötungsplänen oder gar -versuchen. Dies droht vor allem bei langjährig Beeinträchtigten, denen die Hoffnung langsam abhanden kommt (und die vor allem nicht die richtige Therapie bzw. Langzeit-Prophylaxe erhalten). Dabei sind insbesondere jene Patienten gefährdet, die gerade ein schizodepressives Beschwerdebild durchmachen müssen, d. h. schizophrene und depressive Krankheitszeichen erleiden. Haben schon depressive Patienten überdurchschnittlich mit "dunklen Gedanken" zu kämpfen, ist es bei jenen mit schizophrenen und zusätzlich depressiven Symptomen noch bedrängender“<sup>35</sup>.*

Das vorliegende Zitat lässt keinen Zweifel darüber aufkommen, dass im Rahmen des psychiatrischen Notfalls der Notarzt (und nach diesseitigem Verständnis auch der Notfallarzt) stets bei bestimmten psychiatrischen Krankheitsbildern mit Suizidhandlungen zu rechnen hat und von daher ergibt sich die Verpflichtung für den Arzt, sich über den Kreis suizidgefährdeter Patienten und über die zum Suizid führenden Situationen nachhaltig zu informieren<sup>36</sup>. Es verwundert daher nicht, dass die „notfallmedizinische“ Fachliteratur<sup>37</sup> dem psychiatrischen Notfall ein eigenständiges Kapitel widmet und speziell gerade bei endogenen Psychosen und Depressionen auf die Gefahr der Suizidalität hinweisen.

Hieraus kann der Schluss gezogen werden, dass vornehmlich der Prophylaxe ein besonderer Stellenwert einzuräumen ist, zumal wenn es gilt, rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergreifen zu können, um so den Suizidversuch zu vermeiden. Es ist zu konzedieren, dass Suizidhandlungen meist überraschende Kurzschlussreaktionen sind und damit häufig nicht die Möglichkeit besteht, rechtzeitig zu intervenieren; andererseits bleibt aber festzustellen, dass – sofern eine Akutsituation vorliegt – gleichwohl dem Notarzt die Verpflichtung auferlegt werden kann, gerade im Interesse des Patienten eine Einweisung<sup>38</sup> in eine stationäre Einrichtung in Erwägung zu

<sup>34</sup> So Faust, aaO., unter [www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo\\_aff.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo_aff.html)

<sup>35</sup> Faust, ebenda

<sup>36</sup> Vgl. bereits aus der älteren Literatur: Frank, Psychiatrie, 6. Auflage 1986, S. 403 ff. (S. 410);

<sup>37</sup> Notfalltherapie im Rettungsdienst, Hrsg. P. Sefrin, Gallenkamp, S 619 ff.; ebenso Sefrin / Schua, Notfall-Manual, 1996, S. 165 ff.

<sup>38</sup> Als Rechtsgrundlage für eine, ggf. auch zwangsweise Einweisung kommen die jeweiligen Unterbringungs- und/oder Psychisch Krankengesetze der Länder in Betracht oder alternativ dazu die Einverständniserklärung des Patienten bzw. die des Betreuers.

ziehen, da insoweit die Abschätzung der Suizidalität auch für einen Psychiater äußerst schwierig sein kann<sup>39</sup>.

Sofern also im hier zu besprechenden Fall des BGH ein „grober“ Diagnosefehler nach dem nicht abschließend ermittelten Sachverhalt resp. Beweisergebnis nicht festgestellt werden konnte, wird es darauf ankommen, nach erfolgter Zurückverweisung in der Berufungsinstanz insbesondere Beweis über die Behauptung des Arztes zu erheben, ob dieser eine Klinikeinweisung gegenüber den Eltern der Geschädigten angeraten hat.

Über einen etwaigen Diagnosefehler hinaus konzentriert sich die hieran anschließende Frage zum Vorliegen eines „groben Behandlungsfehlers“ auf die vom Arzt eingeleitete Therapie, auf die in dem nachfolgenden Abschnitt eingegangen werden soll.

### 3.2.2 Der „Therapiefehler“ ?

Die Klägerin hat insoweit behauptet, dass die i.m. Injektion von Haldol kontraindiziert gewesen sei, zudem der Arzt die Mutter der Geschädigten angewiesen habe, 15 Tropfen Atosil zu verabreichen.

Diese Fehlmedikamentierung habe dazu geführt, dass die Geschädigte in eine körperliche und psychische Unruhe versetzt wurde und so durch den Sprung aus dem Fenster Flucht vor sich selbst gesucht habe.

Ein **grober therapeutischer Fehler** bei der Behandlung liegt insbesondere dann vor, wenn der Arzt grundlos eine Standardmethode zur Bekämpfung bekannter Risiken nicht bzw. falsch anwendet oder wenn die therapeutische Wirkung der vorgenommenen Behandlung nicht kontrolliert wird<sup>40</sup>.

Prinzipiell ist zunächst anzumerken, dass es für die medikamentöse Behandlung der psychiatrischen Notfallsituation keinen „pharmakologischen Standard“ sowohl im Hinblick auf das zu verabreichende Pharmakon als auch die entsprechende Dosierung geben kann<sup>41</sup>.

Folgende, dem Aufsatz von *Freud* entnommene pars pro toto verdeutlicht denn auch die Grenzen des Mediziners mit einem Facharztstatus und erst recht die eines Allgemeinmediziners im ärztlichen Notfalldienst bei der ggf. erforderlichen Pharmakotherapie eines Patienten, der an einer schizoaffektiven Psychose erkrankt ist:

*„Bei **akuten schizomanischen Krankheitsepisoden** greifen die Fachleute zu Neuroleptika oder Lithiumsalzen bzw. zur Kombination von Neuroleptika und Lithium. Außerdem stehen die Antiepileptika Carbamazepin und Valproinsäure zur Verfügung, die alleine oder in Kombination mit Lithium bzw. Neuroleptika genutzt werden können. Das gleiche gilt auch in entsprechenden Situationen für die Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine. ...*

<sup>39</sup> Gallenkamp, ebenda, S. 626

<sup>40</sup> Graf, ebenda, S. 107 m.w.N. aus der Rspr. und Literatur

<sup>41</sup> Gallenkamp, aaO., S. 626 mit Hinweis darauf, dass ein starres Schema nicht angebracht ist.

Bei **hochgradig unruhigen schizomanischen** Patienten kommt man um hochpotente Neuroleptika mit antipsychotischer Wirkung nicht herum, meist ergänzt durch mittel- oder niederpotente Neuroleptika, die vorwiegend dämpfen. Bei schwer erregten Kranken muss man ggf. sogar die Injektion (sogenannte parenterale Applikation) nutzen. Nicht selten greift man dann auch zusätzlich zu den beruhigenden und angstlösenden Benzodiazepin-Tranquilizern.

Wenn die **manische Leidens-Komponente** überwiegt, bietet sich zusätzlich eine Lithiumtherapie an, also letztlich die Kombination aus Lithium und Neuroleptika. In diesem Falle wird man versuchen, die - mit mehr äußerlich beeinträchtigenden Nebenwirkungen behafteten - Neuroleptika etwas geringer zu dosieren und nach und nach auszuschleichen, falls es das Zustandsbild erlaubt. Eine alleinige Behandlung schizomanischer Patienten mit Lithium ist zwar möglich, wird aber nur selten (d. h. bei leichten Verläufen) riskiert. ...

Wenn im Rahmen einer schizoaffektiven Störung der Kombinations-Schwerpunkt "**schizophrene und depressive Symptome**" vorliegt, gelten andere Bedingungen. Vor allem ist eines zu beachten: Eine **Suizidgefahr** ist immer gegeben, selbst beim schizomanischen Beschwerdebild. Bei einem schizodepressiven Leidens-Schwerpunkt aber ist sie besonders hoch. Deshalb wird man hier noch zurückhaltender sein, was eine ambulante Behandlung "zu Hause" anbelangt. Ein hundertprozentiger Schutz ist nie gewährleistet, aber die Therapie in einer Fachklinik ist auf jeden Fall risikoloser. Das muss man wissen, wenn man sich dem Willen des Patienten (und seiner Angehörigen?) beugt und auf eine stationäre Fachbehandlung verzichtet.

Therapeutisch stehen bei der **schizodepressiven Episode** wiederum verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung: Neuroleptika (hoch-, mittel- und niederpotente), Antidepressiva, die Kombination von beiden, die zusätzliche Gabe von Lithiumsalzen, Carbamazepin und Valproinsäure, ggf. sogar von Beruhigungsmitteln (Tranquilizer) vom Typ der Benzodiazepine. Möglich sind auch eine Elektrokrampfbehandlung. Diskutiert werden gelegentlich auch Schlafentzug und Phototherapie (Lichttherapie). Im einzelnen:

Die Behandlung **schizodepressiver Krankheitsepisoden** ist noch schwieriger, ggf. noch folgenschwerer und löst damit mehr Diskussionen aus, und zwar nicht nur unter Ärzten, auch unter Angehörigen. Will man auf jeden Fall sicher gehen, kommt man um eine Kombinationstherapie aus Neuroleptika und Antidepressiva nicht herum. Grund: Es gibt zwar auch (vor allem niederpotente) Neuroleptika, die leicht stimmungsstabilisierend wirken, doch an die antidepressive Potenz der für Depressionen zuständigen Antidepressiva kommen sie bei weitem nicht heran. Es wäre also ein Fehler, bei schizodepressiven Episoden auf Antidepressiva zu verzichten.

Umgekehrt kann man in der Regel auch nicht auf Neuroleptika verzichten, denn schließlich handelt es sich hier auch um schizophrene Symptome. Und die wiederum lassen sich nicht nur allein durch Antidepressiva ausreichend behandeln, im Gegenteil: Manchmal können (bestimmte) Antidepressiva sogar schizophrene Symptome verstärken oder auslösen. Kurz: Die Kombination ist der sicherste Weg. Und wenn zusätzlich noch ausgeprägte, vor allem unruhig- gespannte Ängste belasten, kann zumindest vorübergehend ein Benzodiazepin-Tranquilizer hilfreich sein (den man aber bald wieder ausschleicht, weil er ja bekanntlich abhängig machen kann). Und was die zusätzliche Gabe von Lithiumsalzen oder anderen Phasenprophylaktika

*anbelangt, so liegt deren Schwerpunkt vor allem im langfristigen Rückfallschutz, weniger in der Therapie akuter schizodepressiver Episoden. ...<sup>42</sup>.*

Die vorstehenden Ausführungen legen hier dem Juristen bei der Bewertung einer auf den konkreten Einzelfall gebotenen Pharmakotherapie Zurückhaltung auf. Es sei nur darauf verwiesen, dass das zivilrechtliche Haftungsrecht die Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der ärztlichen Berufsausübung formuliert, indem es ärztliche Verhaltenspflichten als objektivierte, berufliche Standards für die differenten Fachgebiete aufstellt<sup>43</sup>. Freilich sind hierbei medizinische oder pharmakologische Anknüpfungstatsachen von entscheidender Bedeutung, die letztlich dem Juristen einen therapeutisch indizierten „pharmakologischen Standard“ vorzeichnen, so dass bei dem Vorwurf eines groben Therapiefehlers der medizinische Sachverständige einzubinden ist. Vorliegend bedarf es daher der Feststellung eines Sachverständigen, ob die Pharmakotherapie des Notarztes sich in der Konsequenz unter pharmakologischen Aspekten betrachtet als „fehlerhaft“ erwiesen hat und zwar auch unter dem Aspekt der Therapie- resp. Methodenfreiheit<sup>44</sup>; in Anlehnung an das Ergebnis des Sachverständigen würden sodann die besonderen haftungsrechtlichen Modalitäten bei der Arzneimitteltherapie<sup>45</sup> im Einzelfall zu prüfen sein.

#### 4 Zusammenfassung

Die Entscheidung des BGH ist insbesondere unter dem Blickwinkel einer ungenügenden Sachverhaltsfeststellung einschl. der verkürzten Beweisstation der vorherigen Instanzen zu begrüßen, zumal sich der psychiatrische Notfall sowohl mit Blick auf die Diagnostik als auch die Therapie mehr als problematisch erweisen kann.

<sup>42</sup> So Faust, aaO., unter [www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo\\_aff.html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizo_aff.html) - Hinweis: Die Hervorhebungen einzelner Textpassagen sind vom Verfasser des vorliegenden Beitrages vorgenommen worden.

<sup>43</sup> So expressis verbis Hart, Arzneimitteltherapie und ärztliche Verantwortung, S. 67, 68

<sup>44</sup> Vgl. hierzu Francke / Hart, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 1987, S. 37 ff. (insbesondere S. 41 ff. zu den Behandlungsalternativen und den Aufklärungspflichten); kritisch zur Therapiefreiheit, Schmid, Die Grenzen der Therapiefreiheit, in NJW 1986, S. 2339 ff.; vgl. auch OLG Hamm v. 14.01.87, in VersR 1988, S. 601, wonach die zu fordernde Sorgfalt bei Diagnosen und Kontrolluntersuchungen sich nicht aus einem abgeschlossenen Regelkodex ergibt, sondern dass dem Arzt vielmehr im Behandlungsfall ein ausreichender Beurteilungs- und Entscheidungsraum für Diagnose und Therapie zu belassen ist; siehe auch OLG Koblenz v. 14.09.93, in MedR 1994, S. 405 mit dem Hinweis darauf, dass der Arzt dem ihm anvertrauten Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung schuldet; dazu gehört grundsätzlich auch die schnellstmögliche Anwendung der wirksamsten Therapie unter weitestmöglicher Verkürzung des Krankheitsverlaufs.

<sup>45</sup> Vgl. hierzu statt vieler: Hart, Arzneimitteltherapie..., aaO., S. 85 ff.