
Datum: 21.11.2001
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 10/01
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2001:1121.3U10.01.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 1097/98

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 19. Oktober 2000 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin darf die Vollstreckung des Beklagten gegen Sicherheitsleistung von 17.000,00 DM abwenden, wenn nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Beiden Parteien wird nachgelassen, die Sicherheitsleistung auch durch eine unbedingte und unbefristete Bürgschaft eines in der Bundesrepublik Deutschland als Zoll- und Steuerbürgen zugelassenen Kreditinstituts zu erbringen.

Tatbestand:

1

Die Klägerin befand sich in der Zeit vom 29. April bis zum 22. Mai 1997 in der Behandlung des Beklagten, der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ist.

2

Bereits in den Jahren 1983 bis 1986 und 1989 litt die Klägerin unter Depressionen und befand sich in entsprechender fachärztlicher Behandlung. Weil sich in der Zeit vor dem 29. April 1987 erneut eine depressive Phase eingestellt hatte, suchte sie den Beklagten auf. Im Raum stand der mögliche Zusammenhang zwischen dem Abstillen ihres damals 4 Monate

3

alten Kindes. Der Beklagte leitete zunächst eine medikamentöse Behandlung mit dem Medikament Maprotilin?Neurax ein.

Ausweislich der computergestützten Dokumentation des Beklagten erhielt die Klägerin zunächst eine Medikation des vorbezeichneten Medikamentes in einer Dosis von 75 mg.

In der Folgezeit suchte die Klägerin den Beklagten engmaschig auf. Unter dem 02.05.1997 heißt es in der Dokumentation:

Obgleich sie selbst sich noch sehr depressiv fühlt, erkennt der Ehemann doch eine leichte Besserung. ... hat 75 mg nicht vertreten, so daß jetzt eine einschleichende Behandlung nötig ist.

Unter dem 13.05.1997 heißt es:

Noch gar keine Wirkung,

noch einmal ein Versuch mit 150 mg Mapro, dann wenn es nicht hilft, umstellen auf Amitryptilin.

Am 16.05.1997 stellte der Beklagte die Medikation auf das Medikament Tagonis an. In der Dokumentation heißt es zum 16.05.1997 weiter:

Weiter sehr depressiv, da aus einem Arztbrief zu entnehmen ist, daß auch Amitryptilin nicht geholfen hat. Umstellung auf Tagonis. Stationäre Behandlung wegen des Kindes schwer möglich.

Der Beklagte setzte gleichzeitig das Medikament Protilin ab und verordnete eine Behandlungspause von 2 Tagen.

Für den 20.05.1997 findet sich die Eintragung:

Noch keine Hilfe, weiter tief depressiver Zustand.

Unter dem 22. Mai 1997 findet sich die Eintragung:

Ehemann ruft an, es ginge ihr so schlecht, daß es zu Hause nicht mehr zu verantworten sei. Sie geht zu ihren Eltern und dort zu einem Nervenarzt nach M.

An diesem 22. Mai 1997 war die Klägerin für wenige Minuten unbeaufsichtigt. In Suizidabsicht stürzte sie sich aus einem Fenster ihrer Wohnung im ersten Stock auf die Gartenterrasse. Der Sturz führte zu einer kompletten Querschnittslähmung ab dem 8. Brustwirbel. Die Klägerin kann sich seitdem nur noch mit Hilfe eines Rollstuhles fortbewegen. Zusätzlich erlitt sie zahlreiche Frakturen und ein Schädelhirntrauma zweiten Grades.

Die Klägerin hat behauptet, der Beklagte habe sie fehlerhaft behandelt. Bei fehlerfreier Behandlung hätte sie keinen Suizidversuch unternommen. Die Medikamentenumstellung sei fehlerhaft gewesen. Es hätte eine intensivere ärztliche Unterstützung und eine Aufklärung ihrer Selbstmordgefahr erfolgen müssen. Es sei zudem fehlerhaft gewesen, nach dem Telefonat am 22. Mai 1997 mit ihrem Ehemann sie nicht sofort in die Praxis eingestellt zu haben. Der Beklagte habe die Suizidabsicht ohne weiteres erkennen können und müssen. Sie habe immer wieder auf ihre Selbstmordabsichten ausdrücklich hingewiesen.

Die Klägerin hat beantragt,

1.	20
den Beklagten zur Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes nebst 4 % Zinsen seit dem 25. April 1998 an sie zu verurteilen,	21
2.	22
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, ihr alle zukünftigen materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die aus der von ihm durchgeführten ärztlichen Behandlung in der Zeit vom 29. April 1997 bis zum 22. Mai 1997 resultieren, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind und nicht bereits durch das zu Ziff. 1 beantragte Schmerzensgeld abgegolten werden.	23
Der Beklagte hat beantragt,	24
die Klage abzuweisen.	25
Der Beklagte hat jegliche Behandlungsfehler in Abrede gestellt. Suizidgedanken habe die Klägerin ihm gegenüber nicht geäußert. Bei dem Telefonat am 22. Mai 1997 habe der Ehemann der Klägerin nicht um Hilfe gebeten. Er habe den Grund des Anrufes lediglich darin gesehen, geplante weitere Besprechungstermine abzusagen.	26
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung des Zeugen L sowie die durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens, das der Sachverständige vor der Kammer erläutert hat. Sodann hat das Landgericht die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin habe ein fehlerhaftes Verhalten des Beklagten nur insoweit bewiesen, als er nicht auf eine freiwillige stationäre Behandlung gedrängt habe. Jedoch habe sie die erforderliche Kausalität nicht bewiesen. Beweiserleichterung käme ihr nicht zugute.	27
Wegen weiterer Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlage, das schriftliche Gutachten des Sachverständigen sowie auf das Protokoll zur mündlichen Verhandlung vor der Kammer und auf die angefochtene Entscheidung Bezug genommen.	28
Gegen das Urteil des Landgerichts wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Unter Wiederholung und Vertiefung des erstinstanzlichen Sachvortrages beantragt sie,	29
1.	30
den Beklagten zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Senats gestellt wird, nebst 4 % Zinsen seit dem 27.04.1998 zu zahlen;	31
2.	32
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, ihr alle materiellen und weiteren immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr aus der Behandlung durch den Beklagten in der Zeit vom 29.04.1997 bis zum 22.05.1997 entstanden sind oder zukünftig entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.	33
Der Beklagte beantragt,	34
die Berufung zurückzuweisen,	35

hilfsweise Vollstreckungsnachlaß.	36
Der Beklagte wiederholt und vertieft ebenfalls den erstinstanzlichen Sachvortrag.	37
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen.	38
Wegen weiterer Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sachvortrages wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 29. August 2001 Bezug genommen.	39
<u>Entscheidungsgründe:</u>	40
Die zulässige Berufung bleibt in der Sache ohne Erfolg.	41
Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes und Feststellung gem. §§ 823 Abs. 1, 847 BGB bzw. wegen Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages.	42
Die Klägerin hat den ihr obliegenden Beweis nicht geführt, daß fehlerhaftes Verhalten des Beklagten kausal zu einem Schaden geführt hat. Der Senat folgt dabei den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, der ihm aus einer Vielzahl vergleichbarer Verfahren als kompetent und sachkundig bekannt ist. Grundsätzlich wird zudem auf die Ausführungen des Landgerichts in der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen.	43
1.	44
Soweit der Beklagte aus therapeutischen Gründen der Klägerin Medikamente verabreicht hat, war diese Medikation nicht fehlerhaft. Das gilt auch für die Dosierung und die Umstellung der Medikation auf ein anderes Präparat. Die Verordnung beider Medikamente war indiziert. Es handelt sich um allseits anerkannte Antidepressiva zur Behandlung mittlerer und schwerer Depressionen. Die konkret für Maprotilin verordnete Dosis und auch die Dosissteigerung waren lege artis. Ebenso ist die Umstellung auf Tagonis üblich, wenn sich Maprotilin nicht oder nicht ausreichend wirksam zeigt. Die bei der Umstellung der Medikation von Maprotilin?Neurax auf Tagonis am 16.05.1997 gleichzeitig verordnete Einnahmeunterbrechung war zwar nicht erforderlich, aber auch nicht fehlerhaft. Maprotilin wird nur sehr langsam ausgeschieden. Seine Wirkung verliert es in der Regel erst nach 5 bis 7 Tagen. Erst nach diesem Zeitraum kann man wesentliche Folgen des Absetzens im klinischen Bild beobachten (vgl. Bl. 108 GA). Den Zeitpunkt der Umstellung hat der Sachverständige als eher schnell, jedenfalls nicht verspätet bezeichnet.	45
2.	46
Nicht fehlerhaft war es, die Klägerin nicht zwangsweise eingewiesen zu haben. Eine zwangsweise Einweisung war insbesondere auch von der Klägerin und ihrem Ehemann nicht gewollt. Der Zeuge L hat bei seiner Vernehmung vor der Kammer des Landgerichts zum Ausdruck gebracht, er habe am 22.05.1997 dem Beklagten gegenüber erreichen wollen, daß die Klägerin nicht in psychiatrische Behandlung eingewiesen wird. Auch für die Zeit vorher hat der Zeuge bekundet, daß dieses wegen des kleinen Kindes möglichst vermieden werden sollte. Das ist unmittelbar nachvollziehbar. Bei dieser Sachlage sieht der Senat mit dem Sachverständigen nicht die Situation für eine zwangsweise Einweisung der Klägerin in eine geschlossene Abteilung. Der Zeuge stand zu dieser Zeit für die Betreuung zur Verfügung, zu einem späteren Zeitpunkt offenbar auch die Eltern. Nach den Ausführungen des	47

Sachverständigen wendet man in einer solchen Situation die einschlägigen Vorschriften zur zwangsweisen Einweisung (PsychKG NW) nicht an.

3.

48

Fehlerhaft war es jedoch nach Einschätzung des Senats, der auch insoweit dem Sachverständigen folgt, den möglichen freiwilligen stationären Aufenthalt nicht stärker in die Behandlungsüberlegungen mit einbezogen zu haben. Die Klägerin hatte schon eine schwere Depression, als sie den Beklagten am 29.04.1997 erstmalig aufsuchte. Wie dem Senat auch aus anderen Verfahren bekannt ist, ist dem Krankheitsbild der schweren endogenen Depression die Suizidalität immanent. Deshalb hat der behandelnde Arzt die Suizidgefahr zu bedenken und sie in seine Überlegungen und Therapie mit einzubeziehen. Weil eine Selbstmordgefahr dem Krankheitsbild eigen ist, kommt es letztlich nicht darauf an, ob diese dem Therapeuten gegenüber geäußert wird und ? konkret für den vorliegenden Rechtsstreit ?, ob der Vorbehandler dem Beklagten auch einen Arztbrief übermittelt hat, in dem auf eine frühere Suizidgefahr hingewiesen worden ist.

49

Der Sachverständige hat vor dem Senat ausgeführt, man habe den Umstand des möglichen Suizids bereits frühzeitig in das therapeutische Konzept mit einzubeziehen. Man müsse die Suizidalität erforschen und sie als ein gemeinsames Thema behandeln. Die Suizidalität zu bedenken heiße jedoch nicht automatisch, den Patienten (freiwillig) in eine stationäre Behandlung einzuweisen, weil die Einweisung nicht unmittelbar von dem Patienten als Hilfe erlebt werde. Vor der Kammer hat der Sachverständige noch darauf verwiesen, daß man verstärkt auf eine stationäre Behandlung zu drängen habe, wenn ständig Selbstmordabsichten geäußert würden.

50

Auf diesem Hintergrund hat der Beklagte zu wenig die Möglichkeit des stationären Aufenthaltes in das Gespräch eingebracht. Der Beklagte hätte der Klägerin bzw. dem in der Regel anwesenden Ehemann klarer und eindringlicher aufzeigen müssen, daß angesichts des konkreten Krankheitsbildes der schweren endogenen Depression ein Krankenhausaufenthalt für die Klägerin erheblich besser sein würde. Ausweislich des eigenen Sachvortrags als auch des Sachvortrags der Klägerin hat der Beklagte zwar über die Möglichkeit des stationären Aufenthalts gesprochen. So findet sich in der Dokumentation die Eintragung, daß eine stationäre Behandlung wegen des Kindes nur schwer möglich sei. Das entspricht letztlich dem Vorbringen der Klägerin (Bl. 176 GA) als auch des Zeugen L (Bl. 183 GA).

51

Das allein war jedoch nicht ausreichend. Für den Beklagten war die starke innere Unruhe der Klägerin erkennbar, was die Schwere des Krankheitsbildes und der Suizidgefahr zeigte, die über die hinausging, die allgemeinen diesem Krankheitsbild immanent ist. Das hat sich schon in den Tagen vor dem 22.05.1997, erst recht jedoch an diesem Tag durch den Inhalt des Telefonats gezeigt, wie es der Beklagte auch selbst dokumentiert hat. Der Senat hält es für unmittelbar nachvollziehbar und einleuchtend, daß an diesem Tag der Zeuge L nicht nur einen Termin absagen wollte. Das hätte er auch einer Helferin gegenüber tun können. Offenbar war dem Zeugen daran gelegen, dem Beklagten die aus seiner Sicht verschärfte Situation zu schildern, was er auch getan hat. Deshalb hätte der Beklagte wie schon an den Tagen zuvor gerade und erst recht an diesem Tag verstärkt auf den therapeutischen Sinn einer stationären Krankenhausbehandlung hinweisen und diese erheblich stärker ins therapeutische Konzept und in das Gespräch einbinden müssen. Daß er das nicht getan hat, wird schon daraus deutlich, daß der Beklagte selbst offenbar nicht von einer Suizidgefahr ausgegangen ist (etwa Bl. 125 GA), obwohl er hiervon allein schon wegen des Krankheitsbildes auch ohne geäußerte Selbstmordabsichten ausgehen mußte.

52

4.	53
Die Klägerin hat jedoch nicht den ihr obliegenden Beweis erbracht, daß sich der Behandlungsfehler des Beklagten zu ihren Ungunsten kausal ausgewirkt hat. Es steht nicht fest, daß die Klägerin bei einer stärkeren Einbindung der Suizidalität in die Gespräche einschließlich des Telefonats vom 22.05.1997 sich in stationäre Behandlung begeben und der Sprung aus dem Fenster, der ihren heutigen Gesundheitszustand im wesentlichen bewirkt hat, unterblieben wäre.	54
a.	55
Beweiserleichterungen kommen der Klägerin nicht zu Gute. Insbesondere ergibt sich keine Beweiserleichterung und erst recht keine Beweislastumkehr zu ihren Gunsten aus der konkreten Dokumentation des Beklagten. Dabei kommt es vorliegend nicht darauf, daß der Beklagte die Dokumentation computergestützt gefertigt hat und diese unter Umständen einer leichteren Manipulation unterliegt. Die Dokumentationspflicht des Arztes dient unter anderem der Sicherheit des Patienten aus medizinischer Sicht. Sie dient insbesondere nicht der Beweisführung des Patienten im Haftungsprozeß (Senat, Urteil vom 10.01.2001, 3 U 16/00, nicht angenommen vom BGH; Steffen/Dressler; Arzthaftungsrecht 8. Aufl. 1999 Rz. 457 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes). Dokumentationslücken begründen keinen selbständigen Anknüpfungspunkt für eine Haftung. Wohl aber kann der Arzt mit einer korrekten Dokumentation Beweis für eine fehlerfreie Behandlung erbringen. Für den Patienten haben Dokumentationslücken beweisrechtlich (nur) die Folge, daß die Nichtdokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme ihr Unterlassen indiziert (Steffen/Dressler; Arzthaftungsrecht 8. Aufl. 1999 Rz. 465 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes). Die lückenhafte Dokumentation hat nur insoweit Bedeutung, als dem Patienten eher eine ihm obliegende Beweisführung gelingen mag als in einem Fall, in dem der Arzt die Krankenunterlagen sorgfältig geführt hat und sie deshalb ihrerseits Beweis für sein sachgerechtes medizinisches Verhalten erbringen kann. Eine Beweislastumkehr ist damit indes nicht verbunden.	56
b.	57
Das Verhalten des Beklagten kann auch nicht als ein grobes Versäumnis gewertet werden, was zu einer Beweislastumkehr führen würde. Ein grober Behandlungsfehler ist nicht bereits bei zweifelsfreier Feststellung einer Verletzung des maßgeblichen ärztlichen Standards gegeben. Grob ist der Behandlungsfehler dann, wenn der Arzt einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (ständige Rechtsprechung des BGH, zuletzt NJW 2001 S. 2792 und 2794, jeweils mit weiteren Nachweisen). Dabei handelt es sich zwar um eine zu treffende juristische Beurteilung, die sich jedoch auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehen durch den Sachverständigen zu stützen hat. Es ist dem Tatrichter nicht gestattet, ohne entsprechende Darlegungen oder gar entgegen den medizinischen Ausführungen des Sachverständigen einen groben Behandlungsfehler aus eigener Wertung heraus zu bejahen (BGH a.a.O. ebenfalls mit weiteren Nachweisen).	58
Bei dieser Maßgabe war die juristische Wertung des groben Behandlungsfehler nicht vorzunehmen. Der Sachverständige hat dem Senat keine medizinischen Umstände an die Hand gegeben, die eine solche Wertung rechtfertigten. Dabei hat sich der Senat bei dessen Vernehmung eingehend mit der Frage eines groben Versäumnisses auseinandergesetzt und dem Sachverständigen noch einmal die Voraussetzungen für die medizinische Bewertung des Geschehens umfänglich erläutert, wie das auch schon das Landgericht getan hat. In	59

Kenntnis aller maßgeblichen Faktoren hat der Sachverständige überzeugend ausgeführt, daß sich das von ihm bemängelte zu schwache Drängen auf einen stationären Aufenthalt auch unter Einbeziehung des Telefonats vom 22.05.1997 weder in Einzelheiten noch bei der Bewertung des Gesamtbehandlungsablaufs als unverständlich und ärztlicherseits nicht mehr nachvollziehbar darstellt.

Überzeugend hat der Sachverständige eine Abgrenzung vorgenommen und ausgeführt, man könne das Versäumnis nur dann als grob bewerten, wenn der Beklagte im Verlauf der Behandlung den möglichen Krankenhausaufenthalt überhaupt nicht in seine Erwägungen einbezogen hätte. Das hat der Beklagte allerdings getan. Der Senat verkennt nicht, daß der Beklagte offenbar die Suizidgefahr falsch eingeschätzt hat und wohl von einer solchen nicht einmal ausgegangen ist. Das unterstreicht ? wie ausgeführt ? die Fehlerhaftigkeit des Vorgehens. Er hat aber die Frage des stationären Aufenthalts bereits am 16.05.1997 mit der Klägerin und ihrem Ehemann besprochen, wenn eben auch nicht intensiv und nicht zielgerichtet genug ausgerichtet auf die bestehende Suizidalität. Ebenso hat er am 22.05.1997 zumindest den Vorschlag des Zeugen L, zu den Eltern nach M2 und in eine dortige ambulante Behandlung zu gehen aufgenommen und damit zumindest nachvollziehbar, wenn auch nicht in jeder Hinsicht sachgerecht reagiert. 60

Selbst dann, wenn von der Klägerin und von deren Ehemann wiederholt und eindringlich auf bestehende Selbstmordgedanken hingewiesen worden wäre, wäre das Verhalten des Beklagten nicht als grob fehlerhaft zu werten. Zwar hat der Sachverständige mündlich vor der Kammer ausgeführt, daß er es sogar für einen groben Fehler halten würde, wäre am 22.05.1997 nicht der dringende Hinweis auf die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung gekommen (Bl. 186 GA). Das hat der Sachverständige jedoch sofort wieder relativiert (schon einschränkend Bl. 186 GA und Bl. 187 GA). Durch die Beweisaufnahme vor dem Senat ist klagestellt, daß auf dem Hintergrund der ablehnenden Haltung der Eheleute L am 16.05.1997 und der zumindest im gewissen Rahmen diskussionswürdigen Alternative des Aufenthalts in M2 sich das Verhalten des Beklagten nicht als unverständlich und nicht mehr nachvollziehbar darstellt. Dieser mündlichen Einschätzung des Sachverständigen entsprechen die Ausführungen im schriftlichen Gutachten, die ebenfalls nicht in die Richtung des groben Versäumnisses gehen (Bl. 113 GA). Nach der erneuten Beweisaufnahme vor dem Senat, der ausführlichen Erörterung der Problematik und der klarstellenden Formulierungen des Sachverständigen verbleibt zur Überzeugung des Senats kein Widerspruch. 61

c. 62

Verbleibt die Beweislast damit bei der Klägerin, so ist nicht festzustellen, daß der Suizidversuch unterblieben wäre, wäre die Klägerin bereits am 16.05., in der Zeit danach und insbesondere am 22.05.1997 mit dem gebotenen Maß auf das Erfordernis einer stationären Behandlung hingewiesen worden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen findet der sog. dranghafte Patient selbst in einer geschlossenen Abteilung eine Lösung im Sinne der Durchführung des geplanten Suizidversuchs. Das sei kaum zu verhindern. Damit steht nicht mit dem für die Beweisführung erforderlichen Grad an Wahrscheinlichkeit fest, daß selbst bei Sensibilisierung des Zeugen L durch den Beklagten und einer evtl. verstärkten Aufsicht der Klägerin etwa im Zuge der Vorbereitungen für einen nun ins Auge gefaßten Krankenhausaufenthalt genau dieser Selbstmordversuch oder überhaupt ein solcher unterblieben wäre. 63

d. 64

Der Schriftsatz der Klägerin vom 29.10.2001 gibt zu einer anderen Bewertung keinen Anlaß.

5. 66

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 67

6. 68

Das Urteil beschwert die Klägerin mit mehr als DM 60.000,-. 69