
Datum: 20.01.2010
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 64/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2010:0120.3U64.09.00

Vorinstanz: Landgericht Hagen, 6 O 73/07

Tenor:

Die Berufung der Kläger gegen das am 12.03.2009 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Hagen wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Den Klägern wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Kläger machen als Hinterbliebene des am Morgen des 05.10.2006 auf der offenen allgemeinspsychiatrischen Station des Beklagten zu 1. suizidiert aufgefundenen Patienten Q - teils als dessen Erben, teils aus eigener Rechtsposition - Schadensersatzansprüche geltend.

Der Verstorbene befand sich - nach einem Voraufenthalt im Jahr 2000 wegen eines vorangegangenen Suizidversuches in Hamburg durch Autogasinhaleation - erneut vom 18.09.2006 bis zu seinem Tode unter der Einweisungsdiagnose einer „schweren

1

2

3

4

rezidivierenden depressiven Störung ohne psychotische Symptomatik“ in freiwilliger stationärer psychiatrischer Behandlung der Beklagten zu 1. Mit dem Beklagten zu 2. - Chefarzt der Psychiatrieklinik in C - hatte er eine Wahlleistungsvereinbarung

getroffen; gegenüber dem Beklagten zu 1. unterzeichnete er einen Behandlungsvertrag.

5

Vor seiner Einweisung war der Patient nach annähernd 2-wöchigem Aufenthalt im Wald angetroffen worden, als er sich an einem Baum erhängen wollte. Er wurde nach Unterzeichnung einer Freiwilligkeitserklärung zunächst auf einer geschlossenen Station des Beklagten zu 1. medikamentös und psychotherapeutisch behandelt; seit dem 26.09.2006 setzte sich seine psychiatrische Behandlung auf einer offenen allgemeinspsychiatrischen Station der Beklagten fort, wo er wunschgemäß in einem Einzelzimmer untergebracht wurde. In dessen Badezimmer erhängte er sich schließlich in der Nacht vom 04. auf den 05.10.2006 mit einem Gürtel an einer Badarmatur, nachdem es anlässlich eines Besuches seiner Ehefrau bereits am 01.10.2006 zu suizidalen Handlungen mittels Ritzungen an den Handgelenken und Überziehens einer Plastiktüte über den Kopf gekommen war, über deren Ernsthaftigkeit und Bewertung die Parteien streiten.

6

Die Kläger machen die Beklagten für den erfolgreichen Suizid ihres Ehemannes bzw. Vaters verantwortlich, den die Behandler ihrer Ansicht nach aufgrund der vertraglichen wie deliktischen Obhutspflichten angesichts vorbestehender Gefährdungshinweise durch geeignete Maßnahmen hätten verhindern müssen. Sie begehren von den Beklagten die gesamtschuldnerische Zahlung eigenen und ererbten Schmerzensgeldes, den Ersatz vermeintlicher Unterhaltsschäden sowie von Beerdigungs- und vorgerichtlichen Anwaltskosten. Zur Stützung ihres Haftungsverlangens haben die Kläger in erster Instanz einige Tage vor dem landgerichtlichen Verhandlungstermin ein von ihnen eingeholtes psychiatrisches Privatgutachten des Dr. Dr. D vom 10.02.2009 vorgelegt. Die Beklagten sind dem Klagebegehren in erster Instanz entgegen getreten - wobei sie sich ihrerseits u.a. auf das im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren eingeholte Gutachten des dort befassten Sachverständigen Dr. E gestützt haben. - Wegen der weiteren Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die Feststellungen des angefochtenen Urteils Bezug genommen (§ 540 I 1 Ziff. 1 ZPO).

7

Das Landgericht Hagen hat die Klage nach Einholung eines schriftlichen psychiatrischen Sachverständigengutachtens des Dr. Dipl.-Psych. F durch am 12.03.2009 verkündetes Urteil abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen

8

ausgeführt: Zwar sei es während der stationären Behandlung des Patienten Q durch die Beklagten im Herbst 2006 zu fachlichen Versäumnissen gekommen. Dies betreffe - nach fachgerechtem Beginn der Behandlung - insbesondere die nach dem Ereignis vom 01.10.2006 gebotenen differentialdiagnostischen Erwägungen, therapeutischen Abstimmungen und Anpassungen, die ungenügende Berücksichtigung der ambivalenten Ehebeziehung und gewisse Korrekturmaßnahmen bzgl. der Suizidprävention. Jedoch hätten sowohl der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. Dipl.-Psych. F wie der staatsanwaltschaftliche Gutachter Dr. E letztlich überzeugend die Kausalität zwischen den in Rede stehenden Versäumnissen und dem am 05.10.2006 vollzogenen Suizid verneint. Auch handele es sich nach deren Ausführungen nicht um beweis erleichternde grobe Behandlungsfehler. Die gegenüber dem Gerichtsgutachten in verschiedenen Detailfragen unzureichenden Ausführungen des Privatgutachters Dr. Dr. D der Kläger seien inhaltlich nicht geeignet, die gründlich erarbeiteten, schlüssigen und nachvollziehbaren Aussagen des gerichtlichen Sachverständigen zu erschüttern. Dem Antrag der Kläger auf ein Obergutachten sei angesichts der Überzeugungskraft der Sachverständigenausführungen des Dr. Dipl.-

9

Psych. F wie auch schon des vorbefassten Dr. E nicht zu entsprechen.

Mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten Berufung verfolgen die Kläger ihre erstinstanzlichen Klageziele weiter. Sie machen zur Begründung ihres Rechtsmittels - unter Bezugnahme auf eine weitere privatgutachterliche Stellungnahme des Dr. Dr. D vom 19.06.2009 im Wesentlichen geltend: 10

Das Landgericht habe angesichts der von den befassten Gerichtssachverständigen aufgezeigten Beanstandungen der psychiatrischen Behandlung eine Beweislastumkehr wegen der jedenfalls insgesamt grob fehlerhaften Behandlung verkannt. Es habe die Rechtsprechung unberücksichtigt gelassen, wonach auch die Gesamtbetrachtung eines Behandlungsgeschehens sich als grob fehlerhaft darstellen und entsprechend für die Patientenseite Beweiserleichterungen nach sich ziehen könne. Es seien von den 3 mit der Sache befassten Gutachtern „rein additiv betrachtet“ 13 verschiedene Behandlungsmängel aufgezeigt worden; auch die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils wiesen immerhin 8 Behandlungsfehler aus, was für das schwere Gewicht der Standardverletzungen i.S.e. groben Fehlers spreche. Schließlich habe das Landgericht kritiklos der Einschätzung des Gerichtsgutachters Folge geleistet, wonach es sich nicht um groben Fehler handle. Das erstinstanzlich eingeholte Privatgutachten eines führenden Suizidforschers sei entgegen der gerichtlichen Pflicht zur kritischen Würdigung von medizinischen Gutachten auch im Hinblick auf solche Widersprüche nicht in der gebotenen Weise gewürdigt worden - zumal sich aus dem Privatgutachten zumindest ein Gegensatz zur Bewertung des Gewichtes der Behandlungsfehler ergeben habe, dem das Landgericht durch mündliche Gutachterbefragung oder Anordnung weiterer Sachverständigenbegutachtung habe nachgehen müssen. Vertiefend zu der Bewertung stattgehabter Suizidversuche und der bei solchen Vorgängen fachärztlich gebotenen Schutzmaßnahmen verweist die Berufung der Kläger auf die der Berufungsbegründung beigefügte ergänzende privatgutachterliche Stellungnahme des Dr. Dr. D vom 19.06.2009. 11

Die Kläger beantragen, 12

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, 13

1. an die Klägerin zu 1. eine Unterhaltsrente i.H.v. monatlich 2.480,80 € ab dem 01.12.2006 - zahlbar bis zum 03. eines jeden Monats - zu zahlen, 14

2. an den Kläger zu 1. Schadensersatz in Höhe von 38.400 € nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab Zustellung der Klage zu zahlen, 15

3. an die Kläger als Gesamtgläubiger Schadensersatz (Beerdigungskosten) i.H.v. 5.608,41 € nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab Zustellung der Klage zu zahlen, 16

4. an die Kläger als Gesamtgläubiger Schadensersatz (Rechtsanwaltskosten) i.H.v. 4.585, 40 € nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab Zustellung der Klage zu zahlen, 17

5. an die Kläger zu 1., 2. und 3. jeweils ein angemessenes Schmerzensgeld - mindestens jedoch jeweils 15.000 € - nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab Zustellung der Klage zu zahlen, 18

6. an die Kläger als Gesamtgläubiger ein ererbtes Schmerzensgeld von 500.000 € nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab Zustellung der Klage zu zahlen. 19

Die Beklagten beantragen, 20

die Berufung der Kläger zurückzuweisen.	21
Sie treten dem Rechtsmittel unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens entgegen. Das Landgericht sei seiner Aufklärungspflicht hinreichend nachgekommen und habe sich detailliert unter jeweils überzeugender Begründung den medizinischen Einschätzungen Dr. Fs wie Dr. Es angeschlossen; diese seien durch die nur sehr rudimentären privatgutachterlichen Stellungnahmen nicht widerlegt worden. Überdies habe das Landgericht ohnehin die privatgutachterliche Stellungnahme nach §§ 411 IV, 296 I, IV ZPO zurückweisen müssen; dass ihr Privatgutachter innerhalb der zur Stellungnahme auf das Gerichtsgutachten gesetzten und mehrfach verlängerten Frist nicht rechtzeitig reagiert habe, gehe zu Lasten der Kläger. Den ausdrücklich Einzel- wie Gesamtbewertungen des Dr. Dipl.-Psych. F habe das Landgericht schließlich zu Recht auch in der Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens keinen groben Fehler entnehmen können.	22
Wegen der weiteren Einzelheiten des Berufungsvorbringens der Parteien wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen und den Berichterstattevermerk zum Senatstermin am 20.01.2010 (GA 459 ff.) ergänzend Bezug genommen.	23
Der Senat hat die Originalbehandlungsunterlagen der Beklagten zu den stationären Behandlungen des Patienten Q in den Jahren 2000 und 2006 beigezogen; diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung vor dem Senat gewesen. Die Kläger und der Beklagte zu 2. sind durch den Senat im Termin am 20.01.2010 persönlich angehört worden; zudem hat der Sachverständige Dr. Dipl.-Psych. F hat sein erstinstanzliches Gutachten im Senatstermin mündlich erläutert. Wegen des Ergebnisses der Parteianhörung und Beweisaufnahme wird auf das Protokoll des Senatstermins vom 20.01.2010 (GA 455 ff.) und den dazu gefertigten Berichterstattevermerk (GA 459 ff.) verwiesen.	24
II.	25
1. Die zulässige Berufung der Kläger gegen die klagabweisende Entscheidung des Landgerichts Hagen ist in der Sache unbegründet und deshalb zurückzuweisen.	26
Der Senat vermag nach weiterer Beweisaufnahme - im Ergebnis übereinstimmend mit der angefochtenen Entscheidung - nicht festzustellen, dass ein von den Beklagten zu verantwortendes sorgfaltswidriges Behandlungsgeschehen zu dem Anfang Oktober 2006 verübten Suizid des Patienten Q beigetragen hätte. Soweit nach der vertieften Sachverständigenbefassung im Berufungsrechtszug die stationäre psychiatrische Behandlung der Beklagten mit Blick auf die Suizidgefährdung des Patienten Q in fachlicher Hinsicht unter zwei Aspekten der psychotherapeutischen Vorgehensweise zu kritisieren ist, kann nicht mit dem zur Überzeugungsbildung des Senates gemäß § 286 ZPO erforderlichen Grad von Gewissheit, der vernünftigen Zweifeln Schweigen gebietet, festgestellt werden, dass die fachärztlich gebotene Therapieüberprüfung und ggfls. -anpassung den Patientensuizid verhindert hätte. Beweiserleichterungen kommen den Klägern insoweit nicht zustatten. Entgegen ihrem Berufungsvorbringen ist unter Zugrundelegung der überzeugenden differenzierten medizinischen Ausführungen des Dr. Dipl.-Psych. F nämlich <i>nicht</i> festzustellen, dass das fachlich zu beanstandende therapeutische Vorgehen <i>in einzelnen Belangen oder doch in der Gesamtbetrachtung grob behandlungsfehlerhaft</i> gewesen wäre.	27

In der medizinischen Beurteilung des streitgegenständlichen Behandlungsgeschehens im Jahre 2006 folgt der Senat den Ausführungen des psychiatrischen Sachverständigen Dr. Dipl.-Psych. F; er hat sich unter gründlicher Auswertung der umfangreich beigezogenen Behandlungsdokumentation der Beklagten wie der von den Klägern eingereichten Unterlagen eingehend mit dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen und der zu dessen Beurteilung vorhandener Fachliteratur befasst. Sein erstinstanzlich erstattetes Gutachten hat Dr. Dipl.-Psych. F im Senatstermin unter sorgfältiger Einbeziehung der sonstigen Begutachtungen (Dr. E und Dr. Dr. D) und des ergänzenden Parteivorbringens differenziert, fundiert und sachlich überzeugend erläutert. Der Sachverständige verfügt als Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin sowie als vormalig Leitender Arzt der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Siegburg sowohl über ein fundiertes theoretisches Wissen als auch über eine umfassende praktische Erfahrung. Diese Kompetenz und Praxiserfahrung des Sachverständigen stehen für den Senat nach der eingehenden Befragung des Dr. Dipl.-Psych. F im Senatstermin ebenso außer Zweifel, wie seine gutachterliche Objektivität. Der Sachverständige hat die zur Haftungsbeurteilung relevanten medizinischen Erwägungen in der Beurteilung des streitgegenständlichen Behandlungsgeschehens auch für den medizinischen Laien gut nachvollziehbar dargestellt; den fachlichen Einwänden der privatgutachterlich beratenen Klägers ist er - soweit sich überhaupt Differenzen in der medizinischen Bewertung ergaben - im Senatstermin überzeugend argumentativ entgegen getreten.

2. Die zur Klärung des Haftungsverlangens gebotene und deshalb durch den Senat ergänzend veranlasste Beweisaufnahme mittels vertiefter Sachverständigenbefassung hat *nicht* bestätigt, dass - wie es in den privatgutachterlichen Stellungnahmen des Dr. Dr. D für die Kläger anklingt - unter Verstoß gegen den psychiatrischen Behandlungsstandard insbesondere nach den Ereignissen vom 01.10.2010 *Aufsichts- bzw. Kontrollmaßnahmen* als Schutz vor neuerlichen Suizidhandlungen des Patienten Q versäumt worden sind. 29

a) Zwar obliegt dem Träger eines psychiatrischen Krankenhauses und den verantwortlichen Behandlern neben der Pflicht zur fachgerechten Behandlung der Erkrankung anerkannter Maßen auch die (Verkehrssicherungs-)Pflicht zum Schutz des Patienten vor einer Schädigung, die diesem wegen der Krankheit durch ihn selbst droht (BGH, VersR 2000, 1240; VersR 1994, 50). Diese Pflicht ist jedoch beschränkt auf das Erforderliche und für das Krankenhauspersonal wie den Patienten Zumutbare; das Sicherheitsgebot ist abzuwägen gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung durch allzu strikte Verwahrung (BGH, aaO; OLG Stuttgart, NJW-RR 1995, 662 m.w.N.). Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senates (zuletzt: Hinweisbeschluss vom 19.08.2009 - 3 U 33/09). 30

Bei der stationären Aufnahme wegen einer Erkrankung mit Suizidtendenzen ergibt sich daher zwar neben der eigentlichen Behandlungsaufgabe die Verpflichtung der Krankenhausärzte und des Pflegepersonals, die nach den Umständen (erkennbar) erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um den Patienten vor von ihm gewollten Selbstschädigungen zu bewahren; jedoch erscheint eine lückenlose Überwachung und Sicherung zur Suizidvermeidung nicht denkbar und nach moderner Auffassung unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten auch nicht angezeigt (so auch: OLG Stuttgart, aaO m.w.N. und MedR 2002, 198 ff.). Der Bundesgerichtshof hat ausdrücklich klargestellt, dass seiner Rechtsprechung *keine* Pflicht zur Überwachung und Sicherung psychisch kranken Patienten *ohne Bezug auf den konkreten Einzelfall und zur Abwehr unvorhersehbarer Gefahren* zu entnehmen sei (BGH, VersR 2000, 1249). Vielmehr ist nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung darauf abzustellen, ob vor dem in Rede stehenden Schadensfall eine Selbstmordgefahr *akut oder nur latent erkennbar* 31

vorhanden war; die bei Patienten einer offenen Station möglicherweise latent vorhandene Suizidgefährdung verlangt nicht, jede Gelegenheit zu einer Selbstschädigung auszuschließen; Schutzmaßnahmen müssen therapeutisch vertretbar sein und dürfen die Therapie nur dann beeinträchtigen, wenn es zum Patientenwohl erforderlich ist (BGH, aaO).

Entsprechend ist in der obergerichtlichen Rechtsprechung (vgl. etwa: OLG Stuttgart, MedR 2002, 198 ff.) zu Recht ausgeführt worden, dass es für die Erforderlichkeit und den Umfang von Sicherungsmaßnahmen bzgl. des Patienten darauf an kommt, ob das Krankheitsbild suizidale Handlungen befürchten lässt. So sind konkrete Maßnahmen zum Schutz des Patienten durch Überwachung und Sicherung bei erkennbar erhöhter, akuter und konkreter Suizidgefahr für erforderlich erachtet worden (OLG Stuttgart, aaO). Maßgebend ist zudem, ob eine solche Gefährdung für Ärzte und Krankenhauspersonal *ex ante* erkennbar und eine Selbsttötung/-verletzung zu befürchten war; entscheidend ist nicht, dass *nach* einem Suizid *ex post* die Feststellung getroffen werden kann, dass schon einfache Maßnahmen die Selbsttötung verhindert hätten und sich herausstellt, dass die Einschätzung der Suizidalität falsch war (OLG Stuttgart, aaO). 32

Beim Unterbleiben von Sicherungsmaßnahmen aufgrund von therapeutischen Entscheidungen der psychiatrischen Behandler suizidgefährdeter Patienten ist in die haftungsrechtliche Beurteilung insbesondere die Erwägung einzubeziehen, dass sich die Pflicht des Krankenhausträgers wie des behandelnden Arztes bei suizidgefährdeten Patienten - wie dargestellt - nicht darin erschöpft, den Patienten sicher zu verwahren; die moderne Psychiatrie sieht ihre Hauptaufgabe darin, den Patienten zu behandeln bzw. zu heilen; bei suizidgefährdeten Patienten besteht die Problematik darin, dass die Inkaufnahme von Risiken (auch der Selbstgefährdung) therapeutisch notwendig sein kann, weshalb der Psychiater über die Gefahr einer schrittweise gewährenden Freiheit unter Zubilligung eines ausreichenden Entscheidungs- und Beurteilungsspielraumes zu entscheiden hat (vgl. etwa: OLG Naumburg, NJW-RR 2001, 1251 ff.). Weil der Suizid - wie vorliegend ebenfalls alle mit der Sache befassten Gutachter einhellig bestätigt haben - nach neuesten Erkenntnissen nicht absolut sicher vorhersehbar ist, kann seine Verwirklichung nicht als Indiz für eine Pflichtwidrigkeit des behandelnden Arztes gesehen werden. Da es zur Therapie suizidgefährdeter Patienten gehört, die Eigenverantwortlichkeit zu stärken und das Selbstbewusstsein nicht durch übertrieben sichernde Maßnahmen einzuengen, kann nach den Umständen des Einzelfalls selbst bei Äußerung von Suizidgedanken eine medikamentöse Behandlung im Zusammenspiel mit anderen therapeutischen Maßnahmen eine angemessene Behandlungsmethode sein (vgl. OLG Naumburg, aaO). 33

b) Unter Berücksichtigung der vorstehend dargelegten Grundsätze und unter Würdigung der sie in medizinischer Hinsicht bestätigenden mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen Dr. Dipl.-Psych. F vor dem Senat ist es *nicht* als sorgfaltswidriges Versäumnis der Beklagten zu beanstanden, dass nach dem Suizidversuch im stationären Umfeld anlässlich des Besuches der Klägerin zu 1. am 01.10.2006 *keine intensiveren Überwachungen oder Sicherungsbeschränkungen zur Suizidprophylaxe* erfolgten. 34

Der Senat verkennt dabei nicht, dass der gerichtliche Sachverständige es im erstinstanzlichen Gutachten moniert hatte, dass seitens der Beklagten keine suizidpräventiven Maßnahmen - wie etwa zusätzliche Überwachungsmaßnahmen - diskutiert worden seien, und dass er eine Notwendigkeit dargestellt hatte, gemeinsam mit dem Patienten erweiterte Sicherungsmaßnahmen abzustimmen. Der Dr. Dipl.-Psych. F hatte erstinstanzlich nämlich auch ausgeführt, dass es nach der Behandlungskomplikation am 01.10.2006 *ausreichend begründbar* gewesen sei, den Patienten auf eigenem Wunsch in 35

dem Einzelzimmer einer offenen Station zu belassen; das „Auslassen einer Suizidprävention bei weiter anzunehmender erheblicher Suizidalität“ hatte der Dr. Dipl.-Psych. F insofern allerdings ohne nähere weitere zeitliche Differenzierung „zu diesem Zeitpunkt als fehlerhaft bewertet“. In ähnlicher Weise hatte der Privatgutachter der Kläger die „nüchterne Anordnung von Überwachungsmaßnahmen“ und die Vereinbarung von „Suizidpakten“ mit dem Patienten vermisst. Der im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren befasste Gutachter Dr. E hatte dagegen zwar *unmittelbar nach der akuten suizidalen Krisensituation vom 01.10.2006* zunächst die Führung eines sog. Suizidbogens als prophylaktische Maßnahme für angezeigt gehalten, allerdings schon *nach dem ausführlichen therapeutischen Gespräch vom 02.10.2006* keine diesbezüglich versäumte Sicherungsanordnung mehr gesehen, weil aufgrund der dokumentierten Zustände dann *nicht mehr von einer akuten Suizidalität habe ausgegangen werden musste*.

Genau diese Einschätzung der Suizidalität als „nicht mehr akut“ hat der Sachverständige Dr. Dipl.-Psych. F aus der ex-ante Position der Behandler *für den Zeitraum nach dem therapeutischen Gespräch mit den Beklagten zu 2. Vom 02.10.2006* nunmehr auf Nachfrage im Senatstermin bestätigt. Nach den dokumentierten äußeren Beobachtungen des Personals sei der therapeutisch zugänglich wirkende Patient Q ab dem 02.10.2006 bis zu seinem Suizid *nicht mehr akut suizidal* gewesen - wenngleich (insbesondere wegen der Unruhephasen trotz verabreichter Bedarfsmedikation) seine erhöhte Suizidalität anhaltend fortbestanden habe. 36

Für diese Situation in den letzten Tagen vor dem Suizid hat der Dr. Dipl.-Psych. F - unter Erwägung des von dem Beklagten zu 2. auch nach dem 01.10.2006 fortgesetzten Behandlungskonzeptes mit medikamentösen und psychotherapeutischen Ansätzen - *verneint* , dass engmaschigere Sicherungsmaßnahmen der Patientenüberwachung *zwingend* zu fordern gewesen seien. Vielmehr sei es fachärztlich begründbar gewesen, auf solche Maßnahmen zu verzichten, weil sie fachlich nachvollziehbar dem Patienten eine therapeutisch nachteilige Kränkung zugefügt und das Ausmaß seiner Abhängigkeit vom Klinikpersonal erhöht hätten. 37

Der Sachverständige hat dabei die von dem Beklagten zu 2. im Senatstermin dargestellten Erwägungen, die ihn nach dem 01.10.2006 von der Anordnung verstärkter Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen absehen ließen, ungeachtet der in der Umsetzung des psychotherapeutischen Vorgehens unter zwei Aspekten geäußerten Kritik (vgl. nachfolgend zu Ziff. 3.) als *eine mögliche Entscheidungsebene des behandelnden Arztes in dieser Situation* bezeichnet. Vom Ansatz her sei - so der Dr. Dipl.-Psych. F - seitens des Beklagten zu 2. hier die Krankheits- und Gefährdungssituation des Patienten mit einer psychotherapeutischen Behandlung einerseits und mit einer Pharmakotherapie andererseits angegangen worden. 38

Dabei sei die eingesetzte Medikation „völlig in Ordnung“ gewesen; auch die Zusatzmedikation sei uneingeschränkt sachgerecht eingesetzt worden. Dass man nach dem 01.10.2006 nicht auf ein Konzept verstärkter Sicherungsmaßnahmen setzte, sondern auf die Option einer guten Beziehungsfähigkeit zum Therapeuten baute, sei als fachärztlicher Reflektionsakt vielleicht suboptimal, aber nach der Sachverständigenbeurteilung kein Behandlungsfehler gewesen. Insbesondere beinhalte die konkrete Entscheidung aus der ex ante - Sicht eine so diffizile Problematik, dass man insofern von keinem Verstoß gegen den guten fachärztlichen Standard sprechen könnte. Zunächst sei es wegen der dokumentierten Umstände (nicht behandlungsbedürftige Ritzungen am Handgelenk, lockere Plastiktüte über dem Kopf, bevorstehender Besuch der Ehefrau) therapeutisch legitim gewesen, den Vorfall vom 01.10.2006 als (lediglich) parasuizidal einzuordnen. Man könne auch nicht als fachärztlichen 39

Standard einer stationären psychiatrischen Behandlung abverlangen, jeden suizidalen Patienten so zu überwachen, dass eine Selbsttötung ausgeschlossen werde. Auf keinen Fall könne man hier wegen der Nichtverschärfung der Sicherungsmaßnahmen angesichts des gewählten beziehungsorientierten Therapiekonzeptes von einem medizinisch schlechterdings unverständlichen Vorgehen sprechen. Wenn man sich als Therapeut eines suizidalen Patienten für ein *beziehungsorientiertes psychotherapeutisches Vorgehen* entscheide, gehöre hierzu der ärztliche Ermessensfreiraum, bei tragfähig erscheinender Beziehung in dem zur Rede stehenden Einzelfall von kränkenden Sicherungsmaßnahmen abzusehen. Es gebe insoweit keine Leitlinienvorgaben, keine allgemeingültige Standardvorgaben und keine harten Standardkriterien im Bereich des psychotherapeutischen Vorgehens mit suizidalen Patienten. Das von dem Beklagten zu 2. gewählte behutsame, selbstwertfördernde therapeutische Vorgehen verbunden mit einer Entscheidung gegen einschränkende Sicherungsmaßnahmen sei deshalb nicht als behandlungsfehlerhaft zu kritisieren, man habe als Facharzt vertretbarer Weise im Rahmen des ärztlichen Ermessens so vorgehen können. Hier habe der Beklagte zu 2. die Situation nach dem 01.10.2006 ersichtlich reflektiert und dabei ex ante die Beziehungsfähigkeit des Patienten bejaht. Das sei - obwohl der Annahme einer guten Beziehungsfähigkeit des Patienten Q zum Personal ein aus fachärztlicher Sicht suboptimaler Reflexionsakt zugrunde gelegen habe (vgl. nachfolgend zu Ziff. 3.) - keineswegs fundamental falsch gewesen.

Nach diesen insgesamt überzeugend abwägenden und argumentierenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen, die sowohl die gebotene ex ante - Sicht in der haftungsrechtlichen Beurteilung ärztlichen Vorgehens als auch die Notwendigkeit ärztlicher Beurteilungs- und Entscheidungsspielräume berücksichtigen (vgl. Steffen/Paue, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 153), vermag der Senat kein behandlungsfehlerhaftes - erst recht kein grob fehlerhaftes - Versäumnis der Anordnung und Durchführung von Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen zur Suizidprophylaxe festzustellen. 40

3. Soweit nach dem Behandlungskonzept der Beklagten - insbesondere in der Zeit nach dem Suizidversuch vom 01.10.2006 - auf die Suizidgefährdung des Patienten Q *mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen reagiert* worden ist, hat die zweitinstanzlich vertiefte Beweisaufnahme *jedenfalls keine groben Behandlungsfehler* ergeben, welche den Klägern beweis erleichternd im Bereich der haftungsbegründenden Kausalität zugute kommen würden. 41

Allerdings hat der Dr. Dipl.-Psych. F seine bereits im erstinstanzlichen Gutachten angeklungene Kritik an dem psychotherapeutischen Vorgehen der Beklagten - wie sie auch das Landgericht seiner Entscheidung zugrunde gelegt hatte - im Rahmen seiner Erläuterungen vor dem Senat aufrechterhalten und auf *letztlich zwei fachliche Beanstandungen zurückgeführt*; die nach Sichtweise der Berufungsbegründung gegebene „rein additive Häufung zahlreicher Behandlungsfehler“ entspricht damit nicht der medizinischen Sachverständigenbewertung und rechtfertigt wegen der darin enthaltenen unzutreffenden Ausgangsannahme nicht den Schluss auf grobe Arztversäumnisse. Der gerichtliche Sachverständige hat insoweit im Senatstermin die grundlegende medizinische Erwägung dargestellt, dass es nach dem Vorfall vom 01.10.2006 wegen der anhaltenden erhöhten - wenn auch nicht ex ante akuten - Suizidalität des Patienten Q dem therapeutischen Standard entsprochen habe, *die Suizidalität in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen*. Hierzu bedürfe es der ständigen Überprüfung des sog. therapeutischen Settings während solcher Krisen im klinischen Alltag. Auch wenn der Patient Q nach dem Vorfall vom 01.10.2006 und dem intensiven psychotherapeutischen Gespräch vom Folgetag im Stationsalltag weitgehend „normal“ aufgetreten und der Thematisierung seiner 42

Suizidgedanken wie überhaupt Gesprächen mit den Klinikmitarbeitern zugänglich gewesen sei, habe die Beibehaltung des vom Beklagten zu 2. gewählten Ansatzes (medikamentöser und psychotherapeutischer Betreuung des Suizidenten) einer ständigen Überprüfung bedurft, die er - der Sachverständige - vorliegend *nicht in ausreichendem Umfang* durchgeführt sehe.

Ausgehend von dem bereits dargestellten (medizinisch nicht zu beanstandenden) fachärztlichen Gesichtspunkt, dass der Beklagte zu 2. den Hintergrund des Aktes vom 01.10.2006 als beziehungsorientiertes Problem sehen und therapeutisch beziehungsorientiert antworten durfte, indem er auf eine gute, offene gesprächstherapeutische Beziehungssituation zum Patienten setzte, hat der Dr. Dipl.-Psych. F (bei nicht zu beanstandender medikamentöser Komponente) im Senatstermin *zwei Gesichtspunkte der gewählten psychotherapeutischen Suizidprävention* kritisiert: 43

Zum einen sei die *Beziehungsfähigkeit des Patienten Q* - also seine Fähigkeit, mit dem Therapeuten problemorientierte Auseinandersetzungen zu führen - *nicht ausreichend beleuchtet und beurteilt worden*; der Beklagte zu 2. habe als Facharzt nach dem Vorfall vom 01.10.2006 hinterfragen und neu bewerten müssen, ob der Patient die ihm hier gemachten Beziehungsangebote auf der Station weiter für sich nutzen könne; der Beklagte zu 2. habe also die dauerhafte Beziehungsfähigkeit des Patienten auch in möglichen zukünftigen Krisensituationen prüfen müssen. 44

Zwar hat der Sachverständige Dr. Dipl.-Psych. F insofern nach Auswertung der Behandlungsdokumentation der Beklagten und dem Ergebnis der persönlichen Anhörung des Beklagten zu 2. im Senatstermin *eine ausreichende Reflexion dieses Gesichtspunktes als Grundlage der Therapiebeibehaltung* („Abklopfen der Tragfähigkeit des therapeutischen Beziehungskonzeptes“) *vermisst*, jedoch einen Behandlungsfehlervorwurf aus ex ante – Sicht der Dinge nicht bejahen können, weil es sich um „sehr diffizile therapeutische Dinge“ handele, die nicht hinreichend klar ein fachliches Versäumnis der Beklagten offenbarten. 45

Des weiteren war - so der Dr. Dipl.-Psych. F im Senatstermin - die Frage, ob die wiederkehrende gedankliche Beschäftigung des Patienten mit der Ehesituation ein Krankheitssymptom darstellt oder einen echten Beziehungskonflikt zum Hintergrund hatte, zur Analyse und etwaigen Klärung der Bedeutung dieses Konfliktes für die Suizidproblematik von elementarer Bedeutung. Dass diese Klärung insbesondere durch ein Gespräch mit der Ehefrau nach dem Vorfall vom 01.10.2006 nicht versucht worden sei, sehe er „schon eher“ als den vorgenannten therapeutischen Gesichtspunkt als einen fachärztlichen Standardverstoß an. Weil aber auch dies ein differenziertes und recht kompliziertes psychotherapeutisches Thema sei, bewerte er das Unterbleiben dieser Klärung bis zum Todeszeitpunkt nicht als schlechterdings unverständliches fachärztliches Versäumnis. Zudem habe hierin *nur eine mögliche Option* gelegen, einen zukünftigen Suizid womöglich zu vermeiden - für den Fall, dass sich ein diesbezüglicher psychotischer Anteil herausgestellt hätte, auf den man therapeutisch vielleicht hätte reagieren können. Ob diese grundsätzlich elementare aber zugleich schwierige Klärung (rechtzeitig) möglich gewesen wäre, hat der Sachverständige allerdings verständlicherweise nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit bestätigen können. 46

Auf der Grundlage der vorstehenden differenzierten medizinischen Abwägungen des gerichtlichen Sachverständigen vermag der Senat - unter Berücksichtigung der dargelegten Rechtsprechungsgrundsätze zur Suizidprophylaxe und unter Würdigung aller Umstände - insgesamt ein grob behandlungsfehlerhaftes Versäumnis in der psychotherapeutischen Suizidvorbeugung der Beklagten *nicht* zu erkennen. 47

Insbesondere auch die weiteren, vom gerichtlichen Sachverständigen überzeugend in seine Betrachtungen einbezogenen gutachterlichen Stellungnahmen Dr. Es wie des Dr. Dr. D bestätigen letztlich keine medizinischen Versäumnisse der Beklagten, die einen Verstoß gegen bewährte elementare Behandlungsregeln oder gesicherte grundlegende Erkenntnisse beinhalten, der aus objektiver fachärztlicher Sicht nicht mehr verständlich ist, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Gerade auch die Ausführungen des Privatgutachters zu diesem Punkt lassen eine *deutliche Zurückhaltung* in der Einschätzung der medizinischen Voraussetzungen eines groben Behandlungsfehlers erkennen.

4. Mit dem angefochtenen Urteil ist deshalb im Ergebnis zu Recht dahin erkannt worden, dass sich die Kausalität zwischen den festzustellenden Versäumnissen und dem am Morgen des 05.10.2006 entdeckten Suizid des Patienten Q nicht feststellen lässt und den Klägern mangels grober Behandlungsfehlerhaftigkeit des dem Suizid vorangehenden Behandlungsgeschehens auch keine entsprechenden Beweiserleichterungen zukommen. 49

Ihre Berufung war nach alledem als unbegründet zurück zu weisen. Der zur schriftsätzlichen Stellungnahme auf die stattgehabte Beweisaufnahme beantragte Fristnachlass war den Klägern nicht zu gewähren. Die Beweisaufnahme vor dem Senat hat - wie nach ihrem Abschluss mit den Parteien erörtert worden ist - keine neuen Gesichtspunkte zu den Berufungsangriffen gegen die erstinstanzliche Entscheidung ergeben, vielmehr deren tragenden Erwägungen bestätigt. Über die den Parteien gewährte Gelegenheit einer Stellungnahme zum Beweisergebnis im Senatstermin hinaus, bedarf es daher eines weiteren Schriftsatznachlasses nicht. 50

5. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 I, 708 Zif. 10. 711 ZPO. 51

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung; weder die Rechtsfortbildung noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichtes. 52