

## Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Auf der offenen Station einer psychiatrischen Klinik kann nicht jede Gelegenheit zu einer Selbstschädigung ausgeschlossen werden. Ein Verstoß gegen die Verkehrssicherungspflichten folgte hieraus im vorliegenden Fall nicht.

### Anlass für die Schlichtung

Der Ehemann und Erbe der verstorbenen Patientin beanstandete, dass der Suizidversuch seiner Ehefrau während der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik nicht verhindert worden sei. Fehlerhaft sei keine Unterbringung auf einer geschlossenen Station erfolgt. Zumindest aber hätten Schutzvorrichtungen am Balkon „zur Erschwerung von Sprüngen“ angebracht werden müssen. Er konsultierte die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen, um den Fall begutachten und juristisch bewerten zu lassen.

### Die Vorgeschichte

Die 59-jährige Patientin befand sich aufgrund eines Ovarialkarzinoms seit dem 24. Mai in stationärer Behandlung einer niedersächsischen Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Es erfolgte eine operative Therapie (Hysterektomie, Adnexektomie beidseits). Postoperativ wurde ein psychiatrisches Konsil angemeldet. Dieses erfolgte am 5. Juni. Diagnostiziert wurde eine akute Belastungsreaktion. Eine akute Suizidalität und/oder Eigen- sowie Fremdgefährdung wurden jedoch ausgeschlossen. Der Patientin wurde Lorazepam bei Unruhe verordnet.



Foto: Halfpoint – stock.adobe.com

Auf einer offenen Station einer psychiatrischen Klinik kann nicht jede Gelegenheit für eine mögliche Selbstschädigung sicher ausgeschlossen werden.

Am 6. Juni erfolgte ein psychiatrisches Re-Konsil. Dokumentiert wurden diesmal Suizidgedanken der Patientin. Sie gab an, aufgrund des ausgeprägten Grübelns „eigentlich“ nicht mehr leben zu wollen, wurde jedoch als glaubhaft absprachefähig beschrieben. Eine akute Suizidalität wurde ausgeschlossen.

Ein weiteres psychiatrisches Re-Konsil erfolgte am 7. Juni. Beschrieben wurde, dass die Patientin lebensmüde Gedanken habe, aber mehrfach glaubhaft eine akute Suizidalität verneint habe. Nunmehr wurde eine depressive Anpassungsstörung diagnostiziert.

Am 8. Juni erfolgte bei einem erneuten Re-Konsil zunächst ein Gespräch mit der Patientin allein und anschließend in Anwesenheit ihres Ehemannes und ihres Sohnes. Beschrieben wurde, dass die Grübelschleifen gestoppt worden seien. Die Patientin freute sich auf die Entlassung und ihr Zuhause. Eine psychotische Symptomatik und Suizidalität wurden verneint. Empfohlen wurde die weitere Einnahme von Psychopharmaka, bei einer Verschlechterung sollte eine Wiedervorstellung erfolgen.

Am 9. Juni wurde die Patientin in die Häuslichkeit entlassen. Hier kam sie jedoch – trotz der Einnahme von Lorazepam – nicht zur Ruhe. Es erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit der psychiatrischen Klinik.

## Die strittige Behandlung

Am Morgen des 10. Juni wurde die Patientin wieder vorstellig. Sie wurde stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie aufgenommen – auf der offenen, allgemeinpsychiatrischen Station.

Dokumentiert wurde, dass die Patientin im Rahmen der onkologischen Therapie viel „Anpassung, Angst und Druck“ verspürt hatte und folglich viel über Nachsorgetermine et cetera grübelte. Sie wurde als ängstlich, deprimiert, innerlich unruhig und antriebsvermindert beschrieben. Eine Fremdgefährdung wurde ausgeschlossen, eine Suizidalität verneint. Der Patientin wurden Lorazepam, Mirtazapin und Clexane verabreicht.

Am Morgen des 11. Juni gegen 8.10 Uhr nahm sie zunächst ihr Frühstück im Speiseraum ein. Gegen 8.30 Uhr meldete eine Mitpatientin einen Notfall: Die Patientin war vom Balkon der zweiten Etage gesprungen.

## Der weitere Verlauf

Diagnostiziert wurde ein Polytrauma, eine intensivmedizinische Behandlung schloss sich an. In diesem Rahmen erfolgte am 4. Juli erneut ein psychiatrisches Konsil. Hierbei gab die Patientin an, wegen der negativen Perspektive der bevorstehenden langen Behandlung in „Panik“ gewesen zu sein. Sie sei froh, dass der Suizidversuch fehlgeschlagen war und gab an, optimistischer zu sein und positiv in die Zukunft zu schauen. Vor der Entlassung in die Rehabilitationsbehandlung wurde abermals ein psychiatrisches Konsil durchgeführt, Symptome einer psychischen Erkrankung wurden dabei ausgeschlossen.

Im weiteren Verlauf kam es zu einem rapiden Krankheitsprogress mit Metastasierung, eine palliative Therapie wurde eingeleitet. Die Patientin wurde in ein Hospiz verlegt und starb schließlich am 29. September.

## Das externe Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte psychiatrische Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass aus der Sicht ex ante kein ärztlicher Behandlungsfehler anzunehmen sei.

## Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Sachverständigengutachten an und hielt haftungsrechtliche Ansprüche für unbegründet. Im Einzelnen:

### Unterbringung auf einer geschlossenen Station

Die Unterbringung der Patientin auf einer geschlossenen Station war aus der maßgeblichen Sicht ex ante am 10. Juni nicht (absolut) indiziert. Eine geschlossene Unterbringung sei unter anderem indiziert, wenn eine suizidale Handlung innerhalb der nächsten Minuten, Stunden oder Tage zu erwarten sei, wie der Gutachter ausführte. Eine akute Eigengefährdung wurde bei der Patientin im Rahmen der stationären Aufnahme am 10. Juni jedoch von zwei verschiedenen Ärzten ausgeschlossen. Auch durch die vorangegangenen psychiatrischen Konsile während der stationären Behandlung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden eine Eigen- und/oder Fremdgefährdung sowie Suizidalität mehrfach verneint.

Der Gutachter führte aus, dass die Einschätzung von Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidabsichten eine große, wenn nicht gar die größte Herausforderung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sei. Aus der Sicht ex ante sei ein fehlerhaftes Vorgehen jedoch nicht festzustellen.

### Weitere Sicherungsmaßnahmen

Aus der Sicht ex ante wurden keine Sicherungsmaßnahmen, beispielsweise eine (halb-)stündliche Sichtung und/oder eine 1:1-Sichtung über 24 Stunden hinweg, fehlerhaft unterlassen. Zum damaligen Behandlungszeitpunkt bestand kein Anlass zu solchen Sicherungsmaßnahmen, der Suizidversuch war nicht absehbar. Die Patientin selbst gab den Suizidversuch im Nachhinein als „spontan“ und einem „impulsiven Entschluss“ folgend an.

Eine Absicherung des Balkons und/oder das Abschließen der Fenster waren aus der Sicht ex ante nicht erforderlich. Zu berücksichtigen war, dass es sich um eine offene geführte Station handelte. Hier werden in der Regel Patientinnen und Patienten behandelt, bei denen keine akute Eigengefährdung besteht, sodass umfassende Sicherungsmaßnahmen nicht erforderlich sind.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten nur bei erkennbar erhöhter, akuter oder konkreter Selbstmordgefahr erforderlich. Ohne konkrete Anhaltspunkte einer Suizidabsicht hingegen besteht keine Sicherungs-

pflcht. Entsprechende Sicherungspflichten gelten dementsprechend beispielsweise auf geschlossenen Stationen sowie bei einer erkennbaren Selbstgefährdung der Patientin oder des Patienten.

Bei einer offenen Station kann die Sicherung beziehungsweise das Verschließen von Fenstern und Türen ohne besondere Umstände hingegen nicht verlangt werden (vgl. BGH, Urteil vom 20. Juni 2022, VI ZR 377/99): „Die auch bei Patienten einer offenen Station möglicherweise (latent) vorhandene Selbstmordgefahr verlangt es nicht, jede Gelegenheit zu einer Selbstschädigung auszuschließen.“

Aus der maßgeblichen Sicht ex ante lag im konkreten Fall keine erkennbare Suizidabsicht der Patientin vor. Auch weitere besondere Umstände, die entsprechende Sicherungsmaßnahmen auf der offenen Station erforderlich gemacht hätten, wurden nicht ersichtlich. Ein Verstoß gegen die Verkehrssicherungspflichten war daher vorliegend nicht erkennbar. Bei aller Tragik des weiteren Verlaufs war aus der Sicht ex ante ein vorwerfbar fehlerhaftes Vorgehen nicht erkennbar, sodass haftungsrechtliche Ansprüche nicht begründet waren.

### Grundsätzliches zur Sicht ex ante

Die Überprüfung einer stattgehabten ärztlichen Behandlung auf etwaige Behandlungsfehler erfolgt allein aus der Sicht ex ante: Als maßgeblich zugrunde zu legen ist folglich der Kenntnisstand der Ärztinnen und Ärzte zum Zeitpunkt der Behandlung. Die Sicht ex post hingegen, also die retrospektive Sicht unter Berücksichtigung der im weiteren Verlauf erlangten Erkenntnisse und damit der Kenntnisstand zum Zeitpunkt der Begutachtung, kann nicht als maßgeblich zugrunde gelegt werden.

Im vorliegenden Fall war aus der maßgeblichen Sicht ex ante kein ärztlicher Behandlungsfehler festzustellen.

## Take-Home-Message

Auf der **offenen** Station einer psychiatrischen Klinik kann nicht jede Gelegenheit für eine mögliche Selbstschädigung sicher ausgeschlossen werden. Ein Verstoß gegen die Verkehrssicherungspflichten folgt hieraus nicht zwangsläufig. Cave: Entscheidend ist der konkrete Einzelfall.

Justine Launicke, Juristin  
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen  
der Ärztekammer Niedersachsen