

Rechtsreport

Suizidgefahr evaluieren und dokumentieren

Bei einer akuten Suizidgefahr ist es fachärztlicher Standard, engmaschige Gespräche mit der oder dem Betroffenen durchzuführen und zu dokumentieren. Das hat das Oberlandesgericht (OLG) Hamm entschieden.

Der Beklagte befand sich mit Unterbrechungen freiwillig in stationärer psychiatrischer Behandlung, da er Suizidgedanken hatte und suizidimperative Stimmen hörte. Im Laufe der Behandlung mit Olanzapin und Tavor verließ er auf eigenen Wunsch mehrfach die Klinik. Beim letzten Ausgang begab er sich zu einer Straßenbrücke und stürzte in die Tiefe, wobei er sich schwere Verletzungen zuzog.

Ihm stehe wegen eines groben Behandlungsfehlers ein angemessenes Schmerzensgeld in Höhe von 120 000 Euro zu, da die fortbestehende Suizidalität nicht erkannt worden sei, so das OLG. Zwar sei ein

Suizid nicht absolut vorherseh- oder vermeidbar. Die Verwirklichung der Selbsttötung oder der Versuch sei nicht schon ein Indiz für eine Pflichtverletzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes. Der vom Gericht hinzugezogene Sachverständige habe aber eindeutig ausgeführt, dass die krankhafte Wahrnehmung von akustischen Halluzinationen in Form von Stimmenhören, die dem Patienten befahlen, sich das Leben zu nehmen, einer der wenigen psychiatrischen Notfälle ist. Dies sei fachpsychiatrisches Grundwissen. Diese akute Suizidalität erkannten die Ärztinnen und Ärzte des Beklagten auch am Aufnahmetag. Bei einer Person mit dieser akuten Suizidalität bedarf es einer fundierten Evaluation, bevor man von einer Entaktualisierung des Geschehens ausgehen kann. Der fachärztliche Standard sehe für Hochrisikopatientinnen und -patienten wie

den Kläger eine kontinuierliche, regelmäßige, bei Fortbestehen der akuten Suizidalität tägliche Befundung des psychischen Erlebens und der Gemütsverfassung vor, um die Entwicklung im Verlauf beurteilen zu können und eine sichere Grundlage für eine Diagnoseänderung und für erforderliche Therapiemaßnahmen zu schaffen.

Dieser medizinische Standard sei hier in nicht mehr verständlicher Weise verlassen worden. Das ergebe sich aus den Krankenakten. Auf Grundlage der vorliegenden Dokumentation sei von einer völlig unzureichenden Evaluation der Suizidgefahr im Verlauf der Behandlung auszugehen und die Diagnose der akuten Suizidalität fallen zu lassen, sei medizinisch nicht zu rechtfertigen.

OLG Hamm, Urteil vom 20. Dezember 2022. Az.: I-26 U 15/22, anhängig BGH unter Az.: VI ZR 382/22. *RAin Barbara Berner*

GOÄ-Ratgeber

Prächirurgische Epilepsiediagnostik – Abrechnung nach GOÄ

Für die prächirurgische Vielkanal-Video-EEG-Ableitung gibt es eine Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer (Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer), veröffentlicht im *Deutschen Ärzteblatt* 99, Heft 7 vom 15. Februar 2002, Seite A-458: „Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung mittels kontinuierlichem, iktuale und interiktuale Ereignisse registrierenden Vielkanal-Video-EEG-Monitoring und simultaner Doppelbildaufzeichnung unter Benutzung von Oberflächen- und/oder Sphenoidal-elektroden einschließlich Provokationstests, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827 a GOÄ (950 Punkte) + analog Nr. 838 GOÄ (550 Punkte) + analog Nr. 860 GOÄ (920 Punkte), bis zu sechsmal im Behandlungsfall“. Die prächirurgische Epilepsiediagnostik mittels Vielkanal-Video-EEG-Monitoring wird neben anderen Untersuchungsleistungen

zur Beantwortung der Fragen durchgeführt, wo der Epilepsieherd lokalisiert ist und ob ein chirurgisches Vorgehen (unter Berücksichtigung der mit dieser Operation verbundenen Risiken) eine geeignete Maßnahme darstellt, um Anfallsfreiheit herzustellen oder eine Verbesserung zu erzielen.

Da die vorgenannte prächirurgische Epilepsiediagnostik in der Regel deutlich länger als 24 Stunden dauert, ist der Aufwand dieser Diagnostik nicht mit dem einmaligen Ansatz der oben genannten Analogpositionen angemessen abzubilden. Nach dem Kommentar zur GOÄ nach Brück ist der Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer so zu verstehen, „dass der Beobachtungszeitraum 24 Stunden betragen muss, wenn die Leistung einmal berechnet werden soll. Werden wie im Regelfall 24 Stunden überschritten, kann die Leistung pro 24 Stunden jeweils erneut

berechnet werden.“ Diese Interpretation der Leistungslegende ist schlüssig, da auch im Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer die Mehrfachabrechnung der vorgenannten Analogpositionen ausdrücklich vorgesehen ist. Der Ansatz der Nrn. 827 a GOÄ analog + 838 GOÄ analog + 860 GOÄ analog ist jedoch in dem oben genannten Beschluss auf den sechsmaligen Ansatz im Behandlungsfall begrenzt worden.

Ein Abrechnungsbeispiel: Es erfolgte der Beginn der Ableitung der oben genannten prächirurgischen Epilepsiediagnostik am 1. April 2023 um 10 Uhr und das Ende der Ableitung am 4. April 2023 um 12 Uhr. In diesem Beispiel können die entsprechenden Gebührenpositionen Nr. 827 a GOÄ analog, Nr. 838 GOÄ analog und Nr. 860 GOÄ analog pro 24 Stunden jeweils erneut (das heißt im vorliegenden Beispiel 3 Mal) berechnet werden.

Dr. med. Beate Heck