



Psychiatrie Universitätsklinik Zürich

Telefon 01 284 21 11

Briefadresse:
Postfach 68
CH 8029 Zürich 8

Madame
A. Salamin
Cabinet des Juges d'Instruction
Palais de Justice
Case postale 414

1211 G e n è v e 3

Zürich, 18. Juli 1984 Et/um
Lenggstrasse 31

P.P. 2018/80/SA/do

Todesfall von Herrn A. Urban in der Psychiatrischen Universitätsklinik Genf

Sehr geehrte Frau Salamin,

für Ihr Schreiben vom 16.5.1984 an den links Unterzeichnenden danken wir Ihnen bestens. Sie bitten uns darin zu den beiden beigegeführten gutachterlichen Aeusserungen von Professor Bernheim vom 22.8.1983 und vom 11.5.1984 (bei Ihnen wahrscheinlich eingegangen am 14.5.1984 und deshalb von Ihnen unter diesem Datum zitiert) Stellung zu nehmen und insbesondere festzuhalten, ob die Meinungen von Professor Bernheim und von uns unvereinbar seien oder nicht. Gerne beantworten wir Ihre Frage wie folgt:

Die Hauptdivergenz zwischen unserem Gutachten und demjenigen von Prof. Bernheim liegt in der Schlussfolgerung über die Todesursache.

In der Expertise von Prof. Bernheim vom 11.5.1984 wird der Tod nicht auf einen einzigen, sondern auf das Zusammentreffen mehrerer Faktoren zurückgeführt. Gestützt auf die Autopsie-Befunde und die gemessenen Blutkonzentrationen von Barbituraten und Phenothiazinen wird die Kombination von

a) depressiver Wirkung der verabreichten Medikamente auf die
zentrale Atemregulation

und

b) bronchopulmonalem Infekt

als wahrscheinlichste Todesursache aufgeführt.

Die in unserem Gutachten vom 30.4.1982 vorgelegten Argumente für eine kardiale Todesursache seien nochmals im Detail aufgeführt und ergänzt. Wir stützen uns dabei auf den klinischen Verlauf wie auf die autoptischen und toxikologischen Befunde. Hauptargument für eine kardiale Todesursache infolge Phenothiazin-ausgelöster akuter Rhythmusstörungen ist der plötzliche Tod ohne vorgängige Warnsymptome. Die Vitalzeichen des Patienten (Puls, Blutdruck, Temperatur) waren am 28.6.1980, um 22.30 Uhr, vollständig normal. Er nahm zu diesem Zeitpunkt die verschriebenen Medikamente wie üblich ein. Am 29.6.1980 verzichtete die Schwester, um 03.30 Uhr, ihn zu wecken, weil er schlief und ruhig atmete. Um 06.15 Uhr des 29.6.1980 wurde der Patient leblos aufgefunden. Die sofort herbeigerufene Aerztin bestätigte den Tod und stellte bereits eine Totenstarre der Hände und eine deutliche Abkühlung des Körpers fest. Dementsprechend muss der Tod kurz nach dem Besuch der Schwester von 03.30 Uhr eingetreten sein. Diese auffallend kurze Zeitspanne zwischen normaler kardialer und respiratorischer Funktion und plötzlichem Tod sind das wichtigste Argument für die kardiale Todesursache.

Es ist bekannt, dass Phenothiazine in einer für eine Dämmerkur notwendigen Dosierung zu Herzrhythmusstörungen führen können, die abrupt letal verlaufen, wobei die vorgängige klinische Untersuchung des Patienten absolut nicht Abnormes verdächtigen lässt. Auch pathologisch-anatomisch kann die kardiale Ursache der letalen Rhythmusstörungen nicht erfasst werden, da es sich um funktionelle Membrandefekte handelt. Einziger Befund ist die generalisierte Stase der peripheren Organe (Leber, Milz, Nieren und Hirn) wie dies bei Herrn Urban tatsächlich autoptisch festgestellt wurde.

Wir haben die atemdepressive Wirkung der verabreichten Medikamente auch erwogen und sind im Falle von Herrn Urban zu folgenden Überlegungen gekommen:

Die wohlbekannte, durch hoch-dosierte Barbiturat- und Phenothiazin-Therapie bedingte Depression der zentralen Atemregulation verläuft wesentlich langsamer und führt - auch unter Berücksichtigung des bronchopneumonischen Infektes - nicht in einem so kurzen Zeitintervall zum Tode, insbesondere nicht bei einem 27jährigen Patienten. Dementsprechend ist es sehr unwahrscheinlich, dass der Tod in diesem Falle auf die Kombination von a) depressiver Wirkung der verabreichten Medikamente auf die zentrale Atemregulation und b) bronchopulmonalem Infekt zurückzuführen ist.

Die Divergenzen der Ansichten über die Todesursache sind relativ einfach zu erklären.

Alle Experten sind sich einig, dass die Autopsie allein die Todesursache nicht ermitteln liess; man musste sich also auf zusätzliche Unterlagen stützen, die in Form toxikologischer Daten und einer detaillierten Krankengeschichte zur Verfügung standen. Der gerichtsmedizinische Experte kam aufgrund seiner Autopsiebefunde und der toxikologischen Daten zur obenaufgeführten klaren Schlussfolgerung einer kombinierten, primär respiratorischen Todesursache. Als klinische Experten haben wir in unserer Begründung zusätzlich zu den autopsischen und toxikologischen Befunden besonderen Wert auf die detaillierte Analyse des klinischen Verlaufes gelegt und kamen zur Schlussfolgerung einer primär kardialen Todesursache. Letztere Möglichkeit wird übrigens auch vom gerichtsmedizinischen Experten im Bericht vom 11.5.1984, auf Seite 5, aufgeführt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass er bei Mitberücksichtigung des klinischen Verlaufes diese Ursache mehr in den Vordergrund gestellt hätte.

In bezug auf Haftung der behandelnden Aerzte sind sich sowohl der gerichtsmedizinische wie der internistische Experte einig, dass die genaue Todesursache insoweit irrelevant ist als dieselbe - sei sie respiratorisch oder kardial - auf die verabreichten Medikamente zurückzuführen ist.

Hauptfrage bleibt, ob die verordneten Medikamente unter Berücksichtigung der ganzen psychiatrischen Situation, in korrekter Dosierung verschrieben

wurden. Dierbezüglich sei auf die Stellungnahme des pharmakologischen Experten vom 6.7.1983 hingewiesen. Er bezeichnet dort die in Blut und Geweben gemessene Konzentration an Barbituraten als relativ tief und keinesfalls im toxischen Bereich liegend (was zu dem oben erwähnten Fehlen einer langsam zunehmenden Atemdepression passt). Die gemessene Konzentration an Phenothiazinen dagegen beurteilt er aufgrund seiner ausführlichen Darlegungen als nicht aussagekräftig. Nun sind sich aber alle drei Unterzeichnenden darin einig, dass alle verordneten Psychopharmaka sowohl einzeln wie auch insgesamt in korrekter Dosierung verschrieben worden sind (vgl. das ursprüngliche Gutachten vom 30.4.1982, S. 31 ff. und S. 44).

Die Bezeichnung "perniziöse Katatonie" für die gefährliche Entwicklung der Psychose des Patienten, die auch in den Stellungnahmen von Prof. Bernheim erwähnt wird, gibt zu keinen Differenzen zwischen seiner und unserer Auffassung Anlass. Es sei nochmals daran erinnert, dass es sich dabei nicht um die Diagnose einer "neuen Krankheit" handelt, in welche die Psychose nun übergegangen wäre, sondern um den namentlich im deutschen Sprachbereich bekannten Terminus für eine körperlich in gefährlicher Weise ausartende Psychose. Nachdem eine Behandlung dieses Zustandes durch Elektroschock aus den im ursprünglichen Gutachten ausführlich dargelegten Gründen zu unterbleiben hatte, erfolgte eine angemessene Behandlung mit Phenothiazinen und anderen Psychopharmaka. Die seltene gefährliche Phenothiazinkomplikation musste damals ja als bedeutend unwahrscheinlicher erscheinen als eine letale Entwicklung der psychiatrischen Grundkrankheit (vgl. Gutachten vom 30.4.1982, S. 24, 29f.). So wie die Krankheit dann tatsächlich verlief, wurde aber schliesslich nicht die unbehandelte perniziöse Katatonie zur Todesursache, sondern ein nicht voraussehbarer Phenothiazinzwischenfall.

Zusammenfassend haben wir nicht den Eindruck, dass die Stellungnahme von Prof. Bernheim und von uns unvereinbar sind, sondern wir betrachten unsere Meinung über die Todesursache als die klinisch-pharmakologische Ergänzung zu den Befunden des gerichtsmedizinischen Experten. Abschliessend betonen wir, dass auch dort, wo wir Abweichungen zwischen der gerichtsmedizinischen und der klinisch-pharmakologischen Auffassung zu erwähnen hatten, ledig-

Ich die Frage nach der Todesursache, nicht aber diejenige nach einem
Konstfehler zu diskutieren war.

In ausgezeichneter Hochachtung

K. Ernst

Prof. K. Ernst
Aerztlicher Direktor
Psychiatrische Univer-
sitätsklinik
Zürich

P. Frick

Prof. P. Frick
Direktor des
Departements für
Innere Medizin
Universitätsspital
Zürich

R. Preisig

Prof. R. Preisig
Direktor des Institutes
für Klinische
Pharmakologie
der Universität Bern
Bern