
Datum: 30.06.2010
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 153/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2010:0630.3U153.09.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 379/07

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 10.08.2009 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger 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.

Der am #####1967 geborene Kläger- vormals berufstätig als Flugbegleiter - nimmt die Beklagten wegen angeblicher Behandlungsfehler im Rahmen der medikamentösen Behandlung seiner HIV-Infektionserkrankung während des Zeitraums von Juli 2002 bis November 2003 in Anspruch.

Er war zunächst wegen anhaltender Diarrhöen vom 03. - 07.06.2002 in der stationären Behandlung des Hospital X gewesen, wo man ein Immundefektsyndrom unklarer Genese,

1

2

3

4

eine Soor-Ösophagitis, eine Anämie und Thrombopenie diagnostizierte. Während dieses Krankenhausaufenthaltes ermittelte man einen Hb-Wert von 10,1 g/dl. Ein nach der Entlassung bei dem Kläger hausärztlicherseits durchgeführter HIV-Test verlief positiv.

Ende Juni 2002 stellte sich der Kläger erstmals bei der Beklagten zu 2) vor, die Ärztin in der HIV-Ambulanz des Beklagten zu 1) ist. Hier diagnostizierte man einen HIV-Infekt im Stadium C 3 nach der CDC-Klassifikation 1993 und begann ab dem 04.07.2002 mit einer antiviralen Therapie durch die Medikamente „Combivir®“ und „Kaletra®“. Letzteres wurde wegen Unverträglichkeit (gastrointestinale Probleme) bereits ab dem 09.07.2002 durch „Sustiva®“ ersetzt.

Unter der eingeleiteten Therapie nahm die Viruslast des Klägers bis Mitte September 2002 unter die Nachweisgrenze ab; auch die Zahl der Helferzellen verbesserte sich. Der Kläger wurde wegen begleitender Infekte im Halsbereich (CMV-Pharyngitis) und Hautveränderungen (Kaposisarkome) zusätzlich unter Chemotherapieeinsatz ambulant behandelt.

Die von den Beklagten u.a. bzgl. der Hämatologie veranlassten Blutwertkontrollen des Klägers ergaben - bei einem ausgewiesenen Referenzbereich von 12,0 - 18,0 g/dl - folgende Hämoglobin-Werte:

26.06.2002	11,3 g/dl
09.07.2002	10,9 g/dl
06.08.2002	9,3 g/dl
13.08.2002	9,8 g/dl
17.09.2002	7,2 g/dl
10.10.2002	4,0 g/dl

Anlässlich einer ambulanten Vorstellung am 10.10.2002 kollabierte der Kläger nach Anlage einer Braunüle zur geplanten Vistide-Infusion im Rahmen der Chemotherapie; es wurde hierzu in den Behandlungsunterlagen der Beklagten ein „Bewusstseinsverlust mit Stöhnen und Erbrechen“ bei einer „Dauer von 2 Minuten“ bei anschließender „völliger Erholung“ und „keinen neurologischen Defiziten“ dokumentiert. Nach einer CT-Kontrolle des Schädels mit der Beurteilung als „unauffällig ohne fokale Läsion“ wurde der Kläger zunächst nach Hause entlassen; auf Veranlassung eines Kollegen der Beklagten zu 2) gelangte er jedoch noch am selben Tage zur stationären Aufnahme bei dem Beklagten zu 1), weil die zwischenzeitliche Auswertung seiner o.g. Blutwerte eine erhebliche Anämie anzeigte. Während dieser stationären Behandlung vom 10. - 18.10.2002 erhielt der Kläger zur Behandlung des Hämoglobinwertabfalls insgesamt 6 Erythrozytenkonzentrate transfundiert.

Weil die Beklagten die Anämie mit Synkope auf die antivirale Therapie mit dem in Combivir® enthaltenen Wirkstoff Zidovudin zurückführten, wurde dieses Medikament ab dem 11.10.2002 durch die Kombinationsgabe von „Zerit®“ und „Epivir®“ ersetzt. Die bei den Beklagten erhobenen weiteren Hämoglobinwerte des Klägers entwickelten sich nach der Transfusion wie folgt :

5

6

7

8

9

10

11

11.10.2002	8,6 g/dl um 2.50 Uhr 9,7 g/dl um 16.16 Uhr
13.10.2002	11,1 g/dl
14.10.2002	10,7 g/dl
17.10.2002	10,2 g/dl

Zur Kontrolle der Pilzpneumonie seiner Lunge und vorgefundener Lymphknotenkonglomerate bei Kaposi Sarkom führte die Beklagten 2002 und 2003 mehrfach CT-Untersuchungen des Thorax durch. Ein augenärztliches Konsil vom Januar 2003 ergab keinen Anhalt für eine HIV-assoziierte Erkrankung oder Seheinschränkungen. 12

Ende März 2003 beklagte der Kläger anlässlich seiner Kontrollvorstellung bei der Beklagten zu 2) akut gestiegene polyneuropathische Beschwerden seit dem Vormonat in Form von Schmerzen unter den Fußsohlen und nächtlichen Wadenkrämpfen. Ein daraufhin von der Beklagten zu 2) am 27.03.2003 veranlassenes neurologisches Konsil vom 03.04.2003 äußerte den Verdacht, dass hierfür wahrscheinlich das Medikament Zerit® verantwortlich sei. Die Beklagte zu 2) setzte daraufhin am 03.04.2003 Zerit® bei dem Kläger ab und ersetzte es durch die Verordnung von Viread®. Die polyneuropathischen Beschwerden des Klägers an den Füßen hielten auch im April 2003 an; die Beklagte zu 2) verordnete ihrer Behandlung ab dem 29.04.2003 Gabapentin® mit dem Wirkstoff Neurontin. Ein weiteres von der Beklagten zu 2) eingeholtes neurologisches Konsil vom 13.05.2003 wegen ausgeprägter motorisch betonter axonaler Polyneuropathie empfahl eine Behandlung mit Neurontin in gesteigerter Dosis, die auch erfolgte. 13

Bei seiner Ambulanzvorstellung am 17.07.2003 beklagte der Kläger gegenüber der Beklagten zu 2) „Schwindel im Stehen“, er fühle sich „wie betrunken“; die Beklagte zu 2) verordnete die Reduzierung des zur Bekämpfung der Nebenwirkungen verabreichten Wirkstoffs Neurontin und bescheinigte dem Kläger seine Arbeitsunfähigkeit. Bei der Wiedervorstellung am 28.07.2003 hielten die Schwindelbeschwerden des Klägers mit Übelkeit an; ein MRT des Schädels wurde für den 13.08.2003 geplant und an diesem Tag durchgeführt. Der unter Hinweis auf den „aktuellen Schwindel, Stand- und Gangunsicherheit“ angefertigte MRT-Bericht vom 13.08.2003 ergab einen „regelrechten intrakraniellen Befund“ und „keinen Nachweis entzündlicher Veränderungen“. 14

Zuvor hatte ein neurologisches Konsil im Hause des Beklagten zu 1) vom 30.07.2003 wegen des „seit 2 Wochen aufgetretenen Schwankschwindels beim Laufen mit Übelkeit durch häufiges Umlagern im Bett“ auch nach dem erfolgten schleichendem Absetzen von Neurontin keinen Hinweis auf eine HIV-assoziierte Erkrankung ergeben; vermutet wurde als Erklärung für die Schwindel-Beschwerden „am ehesten die Polyneuropathie“ des Patienten. Ein unter Hinweis auf das „Schwindelgefühl und Probleme bei der Bewegungswahrnehmung“ veranlassetes augenärztliches Konsil vom 08.09.2003 ergab ebenfalls keinen Anhalt für eine HIV-assoziierte Erkrankung und keine Sehkrafeinschränkung, allerdings einen horizontalen Nystagmus. Zwei weitere neurologische Konsile vom 12. und 16.09.2003 bestätigten vestibuläre Störungen (Störungen des Gleichgewichtssinns); seitens der Neurologen wurden ein HNO-Konsil sowie ggfls. eine Lumbalpunktion und eine Cortisontherapie angeregt. Das am 16.09.2003 herbeigeführte HNO-Konsil ergab den Befund eines Vestibularisausfalls 15

beidseits unklarer Genese.

Nach einer sodann wegen des anhaltenden Schwindels durchgeführten diagnostischen Lumbalpunktion vom 18.09.2003, die eine virale Infektion des Gehirns ausschloss, unternahmen die Beklagten im September 2003 eine stationäre Cortisonstoßtherapie; sie führte zu einer vorübergehenden Besserung; nach dem 27.10.2003 führten sie wegen Stagnation der Schwindelproblematik erneut eine - nun ambulante - Cortisonstoßtherapie durch. 16

Anfang November 2003 suchte der Kläger die internistische Gemeinschaftspraxis Dr. N2 & Partner in N3 auf. Der dort tätige Internist Dr. D äußerte den Verdacht, dass eine Überdosierung von Sustiva® die beim Kläger aufgetretene Symptomatik als Nebenwirkung verursacht haben könne. Er veranlasste am 14.11. 2003 eine Blutspiegelbestimmung des Klägers. Dieser bemerkte nach der Blutabnahme zur Erstellung des Medikamentenspiegels Mitte November 2003 eine erhebliche Sehverschlechterung, die bis zum Ende November 2003 noch zunahm. Das von den Dres. N2 & Partner am 14.11.2003 veranlasste Drug-Monitoring auf Efavirenz - den Wirkstoff in Sustiva® - ergab unterdes am 24.11.2003 Werte von 23.000, 22.000 und 19.800 ng/ml bei einem unter Sustiva®-Einnahme zu erwartenden Normalwert von ca. 1.900 - 4.200 ng/ml. Der Kläger brach daraufhin die Einnahme von Sustiva® mit dem 24.11.2003 ab. Er stellte sich bei einer massiven Visusverschlechterung unter der Verdachtsäußerung einer dafür ursächlichen Medikamentenüberdosierung von Sustiva® zuletzt am 02.12.2003 den Beklagten vor. Zur Durchführung der dort geplanten weiteren Diagnostik kam es wegen eines vom Kläger vollzogenen Behandlerwechsels nicht mehr. 17

Vom 05. - 10.12.2003 ließ sich der Kläger wegen des Verdachtes auf medikamenten-induzierte Optikusneuritis beidseits stationär im Uniklinikum N3 behandeln. Dort zeigte sich ein zentraler Gesichtsfeldausfall auf beiden Augen mit Papillenschwellung beidseits. Eine infektiöse Genese der Beschwerden konnte nicht festgestellt werden; die im Uniklinikum N3 eingeleitete Glucocorticoidtherapie in stationären Behandlung brach der Kläger gegen ärztlichen Rat ab. 18

Das Institut für Neuropathologie am Universitätsklinikum N3 begutachtete im Juli 2004 eines Biopsieprobe aus dem Nervus suralis des Klägers; der Bericht vom 16.07.2004 beurteilte das Untersuchungsergebnis als „ausgeprägte chronisch degenerative Neuropathie mit einem irregulären Markfaserverlust“; Hinweise auf eine HIV-assoziierte Neuritis oder Vaskulitis fanden sich nicht; es fiel eine deutliche Blut-Nerv-Schrankenstörung auf. Die Augenärztin Prof. Dr. V stellte bei einer weiteren Kontrolle der Augen am 02.09.2004 fest, dass bei dem Kläger eine Optikusatrophie beidseits temporal betont mit hochgradiger Visusminderung und Zentralskotom vorliege, welches „vermutlich medikamenten-toxisch bedingt bei medikamenten-toxischer sensomotorischer axonaler demyelinisierender Polyneuropathie“ sei. Eine PE-Tomographie-Untersuchung des ZNS durch Dr. I am 26.01.2006 ergab nach dem Befundbericht „eine erhebliche Minderung der absoluten Stoffwechselaktivität temporo-occipital, hoch occipital und in Teilen der Sehrinde, deren Ursache erst einmal spekulativ ist“. 19

Der mittlerweile erwerbsunfähige Kläger vertritt die Auffassung, die nicht fachgerechte medikamentöse HIV-Behandlung der Beklagten habe dazu geführt, dass er infolge der bei vorbestehender Anämie kontraindizierten Combivir®-Gabe im September / Oktober 2002 einen vorübergehenden lebensgefährlichen Hb-Wert-Abfall erlitten habe; außerdem habe die ungeprüfte Verabreichung von Sustiva® einen dreifachen Dauerschaden verursacht in Form von chronisch-degenerativer Polyneuropathie, Gleichgewichtsstörungen durch Vestibularisausfall und weitgehender Erblindung durch Optikusneuritis/-neuropathie. 20

Er hat deshalb die Beklagten erstinstanzlich vor dem Landgericht Essen auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes, Ersatz von Verdienstausschlag sowie Haushaltsführungsschäden und Feststellung der weitergehenden Ersatzpflicht in Anspruch genommen.	21
Die Beklagten sind dem Haftungsverlangen mit der Behauptung entgegen getreten, der Kläger sei nach dem guten fachärztlichen Standard der HIV-Therapie behandelt worden; sie haben zudem die vom Kläger hergestellten Kausalzusammenhänge zwischen Sustiva® und den behaupteten Dauerschäden auf dem Hintergrund der Schwere seiner HIV-Erkrankung und des bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes bestritten.	22
Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird im Übrigen ergänzend auf die Darstellung des angefochtenen Urteils Bezug genommen.	23
Das Landgericht Essen hat die Klage nach Anhörung des Klägers und der Beklagten zu 2) auf der Grundlage eines schriftlich erstatteten und mündlich erläuterten Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. y durch Urteil vom 10.08.2009 zurückgewiesen. Die Beiziehung der Originalbehandlungsunterlagen war dem Gericht nicht möglich, weil das beklagte Uniklinikum die Unterlagen zur Durchführung des vom Kläger eingeleiteten Verfahrens vor der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler an die dortige Kommission übermittelt hatte, wo die Unterlagen aus ungeklärter Ursache nicht mehr aufgefunden werden können.	24
Zur Begründung seiner klageabweisenden Entscheidung hat das Landgericht im Wesentlichen - gestützt auf die medizinischen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. y - ausgeführt:	25
Der Einsatz von Combivir® habe im Rahmen der internationalen Therapieleitlinien des Jahres 2002 der bevorzugten Firstline-Behandlung bei fortgeschrittener HIV-Infektion entsprochen und sei auch unter Berücksichtigung der vorbestehenden krankheitstypisch anzusehenden Anämie nicht zu beanstanden gewesen. Allerdings habe man bei Unterschreiten eines Hb-Wertes von 8,0 g/dl kurzfristigere Kontrollen dieses Blutwertes veranlassen müssen, als dies geschehen sei. Auch wenn man jedoch in dem Unterbleiben engmaschigerer Kontrollen seit dem 17.09.2002 einen Behandlungsfehler sehe, sei dem Kläger hierdurch - wegen der erfolgreichen Auftransfusion vom 10.10.2002 - kein dauerhafter Schaden entstanden und keine versäumte Besserung des Gesundheitszustandes ersichtlich. Es habe im Rahmen der gebotenen Risiko-Nutzen-Abwägung bei der HIV-Therapie auch keine zwingende Indikation bestanden, Combivir® beim Kläger abzusetzen.	26
Es lasse sich weiter nicht feststellen, dass die Behandlung mit Sustiva® fehlerhaft gewesen sei. Die Umstellung darauf sei wegen Unverträglichkeit von Kaletra® gerechtfertigt gewesen; die Dosierung habe dem fachärztlichen Standard entsprochen. Unterlassene Befunderhebungen unter der Sustiva®-Therapie seien den Beklagten nicht vorzuwerfen; es habe 2002/2003 keine eindeutigen oder festen Empfehlungen zu Blutplasmamessung bzgl. des Medikamentenspiegels gegeben. Auch nach Auftreten der Beschwerden im Jahr 2003 bei dem Kläger habe man ausreichende differentialdiagnostische Abklärungen zu deren Ursache unternommen; auf die polyneuropathischen Beschwerden unter Zerit®-Einnahme habe man regelrecht mit der Umstellung auf den Wirkstoff Tenofovir (in Viread®) und mit der Gabe von Gabapentin® reagiert. Überhaupt sei ein Zusammenhang zwischen der Sehstörung und der vom Kläger beanstandeten Efavirenzeinnahme nach den Sachverständigenausführungen nur schwer herleitbar und keinesfalls festzustellen.	27

Gegen diese Entscheidung wendet sich der Kläger mit seiner form- und fristgerecht eingelegten Berufung, die seine erstinstanzlichen Klageziele weiter verfolgt und zu deren Begründung er im Wesentlichen vorträgt:

Das klagabweisende Urteil des Landgerichts beruhe auf einer unzureichenden Sachverständigenbegutachtung. Dem gerichtlichen Gutachter hätten nur unvollständige Unterlagen in Kopieform vorgelegen, was von den Beklagten zu vertreten sei, die ohne Anfertigung von Sicherungskopien die Originaldokumentation an die Gutachterkommission versandt hätten. Der Sachverständige habe die Behandlungsverpflichtungen der Beklagten aufgrund der (bekannten) Nebenwirkungen der dem Kläger verabreichten HIV-Medikamente im Verlauf der Behandlung nicht ausreichend beleuchtet.

29

Den Beklagten gereichten verschiedene Behandlungsfehlervorwürfen zur Haftung:

30

Combivir® habe bei bekannter Anämie des Klägers (gar) nicht verabreicht werden dürfen. Der Sachverständige habe sich nicht mit etwaigen Ersatzmedikamenten ohne anämische Nebenwirkungen befasst. Jedenfalls sei unter Combivir® der Hb-Werteabfalls unzureichend überwacht worden. Dies habe zu erheblichen Beschwerden und Lebensgefahr für den Kläger im Herbst 2002 geführt sowie zur Notwendigkeit einer stationären Auftransfusion; jedenfalls dafür müsse ihm ein Schmerzensgeld zugesprochen werden. Die Beklagten hätten den Kläger bei verschlimmerten Beschwerden unter der laufenden HIV-Therapie von Juni - November 2003 nicht ausreichend auf mögliche Medikamentenvergiftungen (mittels Blutspiegeltests) untersucht; dies sei ein grober Behandlungsfehler gewesen, wie sich aus zahlreichen Umständen ergebe:

31

Er selbst habe nämlich insbesondere am 17.07.2003 ausdrücklich nach der Möglichkeit einer Verursachung seiner Beschwerden durch Medikamenten-Nebenwirkungen gefragt; seine Apothekerin habe die Beklagte zu 2) telefonisch auf mögliche Nebenwirkungen diesbezüglich hingewiesen; alle von der Beklagten zu 2) eingeleiteten Fachuntersuchungen hätten keine Hinweise auf HIV-spezifische Erkrankungsursachen erbracht; die Symptome Schwindel mit Übelkeit und Gewichtsverlust hätten eindeutig auf eine Medikamentenvergiftung hingewiesen; die Fachinformation („Beipackzettel“) zu Sustiva® habe schon damals Informationen zu Nebenwirkungen bei Langzeiteinnahme und Überdosierung enthalten; sie habe für Patienten mit leichten/mittleren Lebererkrankungen ausdrücklich Bluttests und Untersuchungen auf Schädigungen des ZNS verlangt; eine solche Untersuchungspflicht habe beim Kläger wegen vorbestehender Hepatitis A - Infektion bestanden, weil sie die Verstoffwechselung des Wirkstoffs Efavirenz erschwert habe; der Nachbehandler Dr. D habe sofort die Beschwerden auf eine Überdosierung von Efavirenz zurückgeführt; bereits 2003 hätten Studien zur Sustiva®-Therapie die Durchführung von Blutplasmamessungen des Wirkstoffs empfohlen.

32

Die von den Beklagten unbemerkte Überdosierung von Sustiva® habe zur dauerhaften Schädigung des Sehnervs, des Gleichgewichtssinns und zur Polyneuropathie geführt. Der Schädigungsmechanismus habe darin bestanden, dass der Körper des Klägers den Wirkstoff nicht mehr ausreichend habe verstoffwechseln können; die Kausalitätszweifel des Sachverständigen überzeugten nicht, weil bei dem Kläger eine überaus hohe Überdosierung von Efavirenz vorgelegen habe, die in keinem Lehrbuch und keiner Studie je beschrieben worden sei; auch der Sachverständige halte die Verursachung der Dauerschäden durch opportunistische Injektionen für extrem gering, so dass solche Ursachen ausschieden; die Berichte von Prof. Dr. V, aus dem Uniklinikum N3 und die eigenen Konsiliaranforderungen der Beklagten vom November/Dezember 2003 belegten den Ursachenzusammenhang der Dauerschäden zu einer Efavirenz-Toxikation.

33

34

Der Kläger beantragt,	
unter Abänderung der landgerichtlichen Entscheidung	35
1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.02.2008 zu zahlen,	36
2. die Beklagten als Gesamtschuldner weiter zu verurteilen, an ihn 51.339,55 € nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.02.2008 zu zahlen,	37
3. die Beklagten weiter zu verurteilen, an ihn laufend monatlich 1.032,56 € bis zum letzten Tag des laufenden Monats, beginnend mit dem Januar 2008 und bis zum 28.02.2009 zu zahlen,	38
4. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn weitere 56.980,64 € nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.02.2008 zu zahlen,	39
5. die Beklagten weiter zu verurteilen, an ihn 32.444,39 € nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.02.2008 zu zahlen,	40
6. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm sämtlichen weiteren materiellen Schaden aufgrund des Behandlungsfehlers zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind bzw. übergehen,	41
7. weiter festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm sämtlichen zukünftigen, derzeit nicht absehbaren immateriellen Schaden aufgrund des Behandlungsfehlers zu ersetzen.	42
Die Beklagten beantragen,	43
die Berufung des Klägers zurückzuweisen.	44
Sie verteidigen das landgerichtliche Urteil unter Bezugnahme auf die erstinstanzlichen Sachverständigenausführungen sowie diejenigen der Gutachterkommission und tragen im Wesentlichen vor:	45
Combivir® sei nach den damaligen Leitlinien empfohlen und nach guten Erfahrungen der Beklagten in der HIV-Therapie häufig - deshalb auch beim Kläger - eingesetzt worden. Das Ersatzpräparat Zerit® für Combivir® beinhalte ebenfalls unvermeidliche Nebenwirkungen (Polyneuropathie) und habe deshalb nicht zwingend von vorneherein eingesetzt werden müssen. Combivir® sei nach dem Grad der beim Kläger anfänglich und zunächst vorhandenen Anämie (> 7,5 g/dl) insbesondere nicht kontraindiziert gewesen. Die womöglich nicht ausreichend engmaschige Kontrolle des Hb-Wert-Abfalls unter Combivir® im Herbst 2002 habe dem Kläger keine nachweislichen Gesundheitsnachteile zugefügt.	46
Der Einfluss von Sustiva® auf die weitgehende Erblindung des Klägers wie die weiteren geltend gemachten Dauerschäden sei nicht geklärt; die einmalige Blutspiegelmessung durch die Dres. N2 & Partner im November 2003 belege - weil sie unter unzureichend kontrollierten Bedingungen stattgefunden habe - keine exorbitante Überdosierung. Insbesondere der Aspekt von (zu diesem Zeitpunkt evtl. gegebenen) Komedikationen und deren Einfluss auf den Blutspiegelwert von Efavirenz sei ungeklärt. Bis heute gebe es im Übrigen keine Empfehlung zu regelmäßigen Spiegelmessungen der HIV-Medikation. Schließlich seien	47

ausreichende differentialdiagnostische Überlegungen und Untersuchungen zu den Beschwerdeursachen im Jahr 2003 angestellt worden. Wegen der ungeklärten Ursachenzusammenhänge könne auch nicht geschlussfolgert werden, dass ein frühzeitigeres Absetzen von Sustiva® den Zustand des Klägers zum Günstigeren geändert haben würde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen ergänzend Bezug genommen. 48

Der Senat hat den Kläger und die Beklagte zu 2) persönlich angehört; zudem hat der Sachverständige Prof. Dr. y seine erstinstanzlichen Gutachten vor dem Senat ergänzend mündlich erläutert. Wegen des Ergebnisses der Parteienanhörung und Beweisaufnahme wird auf das Protokoll des Senatstermins vom 30.06.2010 (GA 404 f.) und den dazu gefertigten Berichterstattevermerk vom 07.07.2010 (GA 413 ff.) Bezug genommen. 49

II. 50

1. Die zulässige Berufung des Klägers hat in der Sache keinen Erfolg. Die Beklagten haften ihm unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt aufgrund von Behandlungsfehlern während seiner antiviralen HIV-Therapie im Zeitraum von Juli 2002 - November 2003. Die von ihnen verantwortete Behandlung der HIV-Infektion des Klägers mit ihren Begleiterkrankungen war weitgehend regelgerecht; die allein kritikwürdige verspätete Reaktion auf einen im September und Oktober 2002 aufgetretenen Hämoglobinwertabfall hat beim Kläger zu keinen entschädigungsbedürftigen körperlichen Beeinträchtigungen geführt und lässt solche auch nicht mehr erwarten. 51

2. In seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. y, der seine in beiden Instanzen erstatteten Gutachten nach ersichtlich gründlicher Auswertung der umfassend von beiden Parteien eingereichten Behandlungsunterlagen wie der zu den Akten gelangten fachlichen Stellungnahmen anderer Mediziner uneingeschränkt fundiert, sachlich nachvollziehbar und in überzeugender Auseinandersetzung mit den Einwendungen des Klägers erstattet hat. Seine Kompetenz und Erfahrung als Leiter der HIV-Ambulanz an der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums Bonn stehen für den Senat ebenso außer Zweifel wie seine Objektivität. Prof. Dr. y verfügt - wie seine Darlegungen im Senatstermin ergeben haben - sowohl über ein fundiertes theoretisches Wissen, als auch über eine umfassende praktische Erfahrung. Er war in jeder Hinsicht in der Lage, die an ihn gerichteten fachlichen Fragen mit der gebotenen gutachterlichen Distanz bei klarer und gut nachvollziehbarer Begründung zu beantworten, wobei er die spezifisch haftungsrechtlichen Fragestellungen und Sichtweisen korrekt beachtete und in seinen Antworten umsetzte. 52

3. Die Beklagten haften dem Kläger nicht für Behandlungsfehler im Zusammenhang mit dem im Jahre 2002 zunächst erfolgten Einsatz von Combivir® im Rahmen der antiviralen Therapie. 53

a) Es war zunächst nicht zu beanstanden, dass die Beklagten die medikamentöse Behandlung der Aidserkrankung des Klägers im Juli 2002 mit einer Kombinationstherapie begannen, die das Medikament Combivir® beinhaltete, welches sich - bekanntermaßen - Anämie fördernd auswirken kann. 54

Zwar brachte der Kläger unstreitig bereits bei Behandlungsbeginn eine gewisse Anämie mit; so wurden im Hospital X Hb-Werte von 10,1 g/dl und anlässlich der Erstvorstellung bei den Beklagten am 26.06.2002 11,3 g/dl gemessen. Dieser vorbestehende Anämiestatus war 55

jedoch nach den Sachverständigenausführungen Prof. S typisch für HIV-Patienten dieses Erkrankungsstadiums und bedeutete medizinisch keine Kontraindikation für einen initialen Combivir®-Einsatz.

Wie Prof. y bereits erstinstanzlich ausgeführt und bei seiner Anhörung durch den Senat bestätigt hat, war die zu Beginn der Therapie Anfang Juli 2002 eingesetzte Kombination aus Combivir® und Kaletra® vielmehr die „bevorzugte Firstline-Behandlung einer fortgeschrittenen HIV-Infektion“. Eine solche fortgeschrittene, manifeste und therapiebedürftige HIV-Infektion lag bei dem Kläger nach der klaren Sachverständigeneinschätzung vor: Seine Erkrankung war nach dem CDC-Standard (bei HIV-positivem Test, Helferzellen < 200µl, hoher Virämie > 100.000 Kopien/ml, Soor-Ösophagitis und Kaposi-Sarkomen) als „C 3“ zu klassifizieren. Patienten in diesem Erkrankungsstadium ohne eine vorbestehende Anämie seien als „Rarität“ anzusehen; den einschlägigen HIV- Medikamentenstudien habe ebenfalls ein Patientengut mit solchen anämischen Ausgangszuständen zugrunde gelegen.

56

In der geschilderten Erkrankungssituation des Klägers entsprach die Auswahl von Combivir® aus der Gruppe der sog. NRTI-Partner - woran Prof. y in beiden Instanzen keinen Zweifel gelassen hat - sicherlich den Leitlinien,- und zwar auch dann, wenn man seine vorbestehende Anämieneigung in die Erwägungen einbezog. Dies hat der Sachverständige plausibel damit begründet, dass man etwaige Combivir-assoziierte anämische Nebenwirkungen durch entsprechende Blutwertkontrollen überwachen und so auf eine gesundheitlich bedenkliche Entwicklung reagieren konnte.

57

Soweit der Kläger auf bestehende Medikationsalternativen zu Combivir® verwiesen hat, hat Prof. y schließlich bestätigt, dass man zwar anstelle von Combivir aus der Wirkstoffgruppe der NRTI zu jenem Zeitpunkt am Therapiebeginn auch etwa Zerit® hätte nehmen können (welches man beim Kläger später einsetzte). Zerit® habe *keine anämischen* Nebenwirkungen; allerdings besitze es bekanntermaßen ein Potential zur Produktion unerwünschter Polyneuropathien oder Fettwechselstörungen. Deswegen habe man Zerit® oder ein anderes Medikament dieser Wirkstoffgruppe nicht etwa zwingend von Anfang an anstelle von Combivir® auswählen müssen; vielmehr habe man bei dem Kläger im Sommer 2002 fraglos absolut leitliniengerecht primär auf den Einsatz von Combivir® gesetzt.

58

Für den Senat steht nach diesen Darlegungen außer Zweifel, dass der medikamentöse Therapieansatz der Beklagten sich im Rahmen des nach damaligem Standard existierenden ärztlichen Beurteilungs- und Entscheidungsspielraums bewegte, den anerkanntermaßen auch die Arzthaftung nicht verkürzen darf (vgl. Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 153).

59

b) Es war angesichts der nach Therapiebeginn zunächst zeitgerecht kontrollierten Hb-Werte des Klägers des Weiteren nicht fehlerhaft, die Therapie mit Combivir® bis etwa zum Ende September 2002 beizubehalten und von Blutübertragungen abzusehen.

60

Der gerichtliche Gutachter hat hierzu ausgeführt, dass die ersten Hb-Wert-Kontrollen Werte um 10 g/dl zeigten, was unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen HIV - Erkrankungszustandes sowie des chemotherapeutisch angegangenen Kaposisarkoms als eher krankheitstypische Anämie anzusehen gewesen sei und kein direktes Signal für eine schwere Combivir®-assoziierte Anämie vermittelt habe. Die aus den Kontrollwerten abzuleitende Chronologie der HB-Werte sprach - bei gutem Ansprechen der Medikation bzgl. der Viruslast - nach der gutachterlichen Bewertung sogar eher dagegen, Combivir® auszuwechseln. Diese Chronologie musste aus Sicht eines sorgfältigen ärztlichen

61

Behandlers auch nicht zu weitergehenden oder engmaschigeren Kontrollen veranlassen, als dies geschehen ist.

Ein sofortiges Absetzen der Therapie mit Combivir® war den weiteren Sachverständigeneinschätzungen zufolge auch dann noch nicht unbedingt indiziert, als der Hb-Wert des Klägers am 17.09.2002 auf 7,2 g/dl gesunken war. Im Senatstermin hat Prof. y hierzu ausgeführt, dass der Patient mit diesem Wert zwar anämisch gewesen sei, man als Behandler jedoch bei einer mit Blick auf die HIV-Infektion primär erfolgreichen Therapie in die Überlegungen einzubeziehen habe, dass der Patient „an die Anämie adaptiert“ und insofern nicht unbedingt symptomatisch sei. Man habe deshalb ein Absetzen zwar erwägen, aber ebenso gut mit Combivir® fortfahren können - letzteres allerdings unter engmaschigeren Hb-Wert-Kontrollen, als dies hier geschehen sei (vgl. nachfolgend unter 3 c). 62

Beim Unterschreiten der Hb-Wert-Grenze von 8,0 g/dl mussten die Beklagten zudem keineswegs zwingend sogleich Bluttransfusionen veranlassen; dies wäre - so Prof. y im Senatstermin - nur bei bestimmten (hier nicht vorliegenden) Begleiterkrankungen (z.B. bei Herzinfarktpatienten) zu fordern gewesen. Auch insoweit habe man für eine Entscheidung zur etwaigen Bluttransfusion in Erwägung ziehen dürfen, dass der Kläger als Patient an die Anämie adaptiert gewesen sei, was eine Zurückhaltung mit sofortigen Bluttransfusionen auch bei Hb-Werten < 8,0 g/dl gerechtfertigt habe. Einen Behandlungsfehler vermag der Senat daher auch insoweit nicht festzustellen. 63

c) Wie allerdings schon die angefochtene Entscheidung des Landgerichts zu Recht ausgeführt hat, hätte es wegen des bekannten Nebenwirkungsspektrums von Combivir® - aber auch wegen der zur Behandlung des Kaposisarkoms eingesetzten Chemotherapie mit hämatologischer Toxizität - im weiteren Verlauf gutem ärztlichem Standard entsprochen, die Blutwerte des Klägers nach dem 17.09.2002 besonders im Auge zu behalten und seinen Hb-Wert engmaschiger zu kontrollieren. 64

Prof. y hat auch bei seiner zweitinstanzlichen Anhörung bestätigt, dass 65

es behandlungsfehlerhaft gewesen sei, den am 17.09.2002 auf 7,2 g/dl gesunkenen Hämoglobinwert erst nach 4 Wochen (d.h. erst am 10.10.2002) erneut zu kontrollieren. Wegen des Unterschreitens des medizinisch relevanten Grenzwertes von 8,0 g/dl hätte eine entsprechende Kontrolle - auch wegen der zusätzlichen Verabreichung von Medikamenten mit potentiell hämatologischer Toxizität zur Behandlung von begleitender CMV-Pharyngitis und Kaposi-Sarkom schon nach 1 - 2 Wochen - mithin spätestens zum Ende September 2002 - erfolgen müssen. 66

Prof. y geht aufgrund der im Weiteren eingetretenen Entwicklung davon aus, dass bei der zu diesem Zeitpunkt gebotenen Kontrolle der Hb-Wert des Klägers etwa bei 6 g/dl gelegen hätte. Bei einem solchen Wert würde man - so der Gutachter - eine Combivir-assoziierte Anämieentwicklung angenommen und dieses Medikament ausgetauscht haben - so wie es seitens der Beklagten tatsächlich ab dem 11.10.2002 geschehen ist. 67

Diese Verzögerung des Medikamentenaustausches aufgrund einer nicht ganz zeitgerechten „zu weit gespannten“ hämatologischen Diagnostik hat bei dem Kläger jedoch nur zu vorübergehenden und relativ geringfügigen gesundheitlichen Beschwerden geführt. Insbesondere wären ihm - wie die vertiefte Sachverständigenanhörung durch den Senat ergeben hat - auch bei einer zeitgerechten Kontrolle mit dem dann anzunehmenden Ergebnis eines Hb-Wertes im Bereich von 6 g/dl *Bluttransfusionen nicht gänzlich erspart geblieben*; allerdings hätten womöglich nur 2 - statt der später transfundierten 6 - 68

Erythrozytenkonzentrate und vielleicht auch ein etwas kürzerer stationärer Aufenthalt des Klägers ausgereicht. Möglicherweise wäre dem Kläger auch der Kreislaufkollaps im Zuge der Braunülenanlage zur Chemotherapie am 10.10.2002 mit 2-minütiger Ohnmacht bei dokumentierter anschließender völliger Erholung erspart geblieben - wobei für den Sachverständigen in der medizinischen Bewertung offen ist, ob es sich überhaupt um einen durch die Anämie begünstigten Vorfall handelte oder um eine (in solchen Situationen auch ohne Anämie nicht ganz ungewöhnliche) vagale Kreislaufreaktion des Patienten. Das aufgetretene Kollapsereignis in ärztlicher Anwesenheit war zweifelsohne unangenehm - wie der Kläger bei seiner persönlichen Anhörung anschaulich geschildert und was Prof. y sachverständigenseits bestätigt hat. Jedoch ergaben sich nach Auswertung der Unterlagen durch den Sachverständigen aus diesem Ereignis für den Kläger weder Schmerzen noch sonst nachhaltige körperliche Beeinträchtigungen; nach dem klaren Resümee des medizinischen Sachverständigen sind ihm vielmehr auch im weiteren Verlauf aus der (infolge verzögerter Blutwertkontrollen) durchgemachten zuletzt stark anämischen Phase keine gesundheitlichen Schäden oder Nachteile verblieben. Mit Recht hatte der Kläger insoweit erstinstanzlich selbst vortragen lassen, „der Fehler der Beklagten sei glücklicherweise diesmal ohne primäre Folgen geblieben“. Der Kläger hat zudem im Senatstermin geschildert, dass er sich am 10.10.2002 zwar unwohl gefühlt habe, jedoch mit der nach seiner Aufnahme am selben Tage begonnenen Auftransfusion eine schnelle und nachhaltige Besserung seiner Befindlichkeit eingetreten sei; dies entspricht im Übrigen auch der Pflegedokumentation des zu Kontrollzwecken durchgeführten und nicht mit nennenswerten Unannehmlichkeiten verbundenen stationären Aufenthaltes.

Der Senat vertritt unter Abwägung aller Umstände die Auffassung, dass mit den angesprochenen möglichen Beeinträchtigungen aufgrund der um einige Tage verzögerten Hb-Wert-Kontrolle und des entsprechend verspäteten Absetzens von Combivir® das Wohlbefinden des Klägers jenseits bloßer Unannehmlichkeiten allenfalls *nur kurzfristig und jedenfalls so unerheblich* beeinträchtigt worden ist, dass wegen relativer Geringfügigkeit eine billige Entschädigung in Geld i.S.v. § 253 II BGB nicht geboten ist.

69

Materielle Schäden sind von dem Kläger *in diesem Zusammenhang* schließlich nicht geltend gemacht worden. Auch die Feststellung einer diesbezüglichen weitergehender Ersatzpflicht ist nicht veranlasst, weil es sich - mit dem Sachverständigen - allenfalls um *vorübergehende kurzfristige Beeinträchtigungen* handelte, aus denen Dauerschäden nicht verblieben oder zu erwarten sind.

70

4) Das weitere Vorgehen der Beklagten mit Blick auf das beim dem Kläger eingesetzte Medikament Sustriva® und seine ab dem Sommer 2003 verschärfte Beschwerdesymptomatik, die er auf einen überhöhten Wirkstoffspiegel dieses Medikamentes zurückführt, ist - wie schon das angefochtene Urteil mit Recht ausgeführt hat - *insgesamt nicht zu beanstanden*. Vielmehr hat man im Hause des Beklagten zu 1) auf die polyneuropathischen Beschwerden sowie die späteren Befindlichkeitsverschlechterungen diagnostisch wie therapeutisch fach- und zeitgerecht reagiert; insbesondere die vom Kläger vermissten Wirkstoffspiegelbestimmungen waren zu keiner Zeit medizinisch zwingend geboten.

71

Zudem lässt sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem individuell erhöhten Spiegel des in Sustiva® enthaltenen Efavirenz-Wirkstoffs beim Kläger und seinen dauerhaften Beeinträchtigungen durch Polyneuropathie, Vestibularisausfall und Optikusatrophie nicht feststellen.

72

73

a) Die vertiefte Sachverständigenbefassung in II. Instanz hat bestätigt, dass Wirkstoffspiegelermittlungen unter dem Sustiva®-Einsatz seitens der Beklagten weder per se, noch aufgrund der konkret aufgetretenen Beschwerdesymptomatik im Jahr 2003 veranlasst waren. Dies gilt insbesondere mit Blick darauf, dass der Kläger ab dem Frühjahr 2003 polyneuropathische Beschwerden in den Füßen beklagte, nach deren Besserung unter Medikationsumstellungen sich ab dem Juni/Juli 2003 nachhaltige Schwindelbeschwerden mit einhergehender Übelkeit, Gewichtsabnahme, Pulsrasen und Nystagmus ausbildeten, zu denen unmittelbar vor dem klägerseits herbeigeführten Behandlerwechsel ab Mitte November 2003 Sehbeschwerden hinzutraten.

Prof. y hat bei seiner Anhörung durch den Senat seine erstinstanzlichen Ausführungen bekräftigt, wonach die Beklagten in der damaligen medizinischen Betreuung des Klägers unter der dem fachlichen Standard entsprechenden Dosierung von Sustiva® (mit 1 x 600 mg abends) *keine Blutplasmamessungen zur Bestimmung seines individuellen Efavirenzspiegels hätten durchführen müssen*. Der gerichtliche Sachverständige hat solche Spiegelbestimmungen nach dem medizinischen Standard im Jahre 2003 *auch im Hinblick darauf* nicht für zwingend erachtet, dass es bei dem Kläger unter der seit Juli 2002 mit Sustiva® eingeleiteten HIV-Therapie zu den mit der Berufungsbegründung hervorgehobenen *nachhaltigen Beschwerden* gekommen war. Diesen Beschwerden sei vielmehr seitens der Beklagten mit einer in jeder Hinsicht fach- und zeitgerechten Diagnostik bei sachgerechten therapeutischen Ansätzen nachgegangen worden. - Diese medizinische Einschätzung hält der Senat für uneingeschränkt überzeugend und macht sie sich zu Eigen, weil Prof. y sie umfassend und unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten des Falles begründet hat, was sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt:

74

Der Stellenwert von Blutplasma- oder Blutspiegelbestimmungen unter antiretroviralen Medikamenten wurde und wird - so Prof. y - damals wie heute unter den mit der HIV-Therapie befassten Medizinern kontrovers diskutiert; diese bis heute anhaltende Diskussion fußt auf der aus verschiedenen Studien abgeleiteten Erkenntnis, dass sich Therapieerfolg einerseits und Nebenwirkungsaspekte andererseits *nur bedingt mit zu hohen oder zu niedrigen Medikamentenspiegeln erklären lassen*. Wirkspiegelbestimmungen - wie sie etwa die Ärzte Dr. N2 & Partner im November 2003 beim Kläger durchführten - entsprachen insbesondere seinerzeit in Deutschland nicht dem medizinischen Standard, weil (schon) damals *unter den Medizinern kein Konsens zur therapeutischen Relevanz solcher Spiegelwerte bestand*, für deren Messungen es überdies ganz unterschiedliche Methoden gab und gibt. Zwar wäre es nach Prof. y *eine Option gewesen*, aufgrund der Sustiva®-Gabe bei den im Laufe des Jahres 2003 aufgetretenen Beschwerden des Klägers eine Wirkstoffbestimmung von Efavirenz vorzunehmen, weil dieser Wirkstoff z.B. Schwindelerscheinungen verursachen *kann*. Allerdings hätten die Beklagten bedenken müssen und dürfen, dass auch das dem Kläger zur Linderung der Polyneuropathie verabreichte Gabapentin solche Schwindelbeschwerden verursachen könne; die Annahme der Beklagten, die Schwindelsymptomatik auf das zuletzt veränderte Medikament mit entsprechendem Nebenwirkungsspektrum zurück zu führen, habe nahe gelegen; es sei aus der Sichtweise ex ante nicht zu beanstanden, weil man Gabapentin® als letztes Medikament vor dem Auftreten der Gleichgewichtsstörungen neu eingesetzt hatte, während Sustiva® schon fast ein Jahr problemlos vertragen worden war. Dass der im Sommer 2003 auftretende Schwindel mit Übelkeit gerade auf einen erhöhten Sustiva®-Wirkspiegel zurückzuführen war, lag mithin für die Behandler keineswegs nahe oder auf der Hand. Weil schon nach dem seinerzeitigen medizinischen Erkenntnisstand eine sehr große Anzahl der auf Sustiva® gesetzten Patienten bei diesem Medikament verbleiben, wenn sie es in der ersten Phase einmal gut vertragen haben und weil es als eine eher ungewöhnliche Entwicklung anzusehen ist, wenn es bei diesen Patienten erstmals im

75

weiteren Verlauf zu Störungen des Zentralnervensystems kommt, war eine Nebenwirkung von Sustiva® nach den plausiblen Sachverständigenausführungen nicht diejenige medizinische Erklärung für die Beschwerden, an die man seitens der Beklagten aufgrund der bisherigen Erfahrungen unmittelbar oder zwingend denken musste. - Auch zuvor, als sich im Frühjahr 2003 beim Kläger die polyneuropathischen Beschwerden einstellten, lag es - so Prof. y - vielmehr erst einmal nahe, an Zerit® aus der Wirkstoffgruppe der NRTI als Ursache solcher Nebenwirkungen zu denken. Deshalb hat man medizinisch konsequent und korrekt reagiert, indem man zunächst Zerit® aus der antiviralen Therapie des Klägers herausnahm und durch Viread® ersetzte. Außerdem erhielt der Kläger korrekterweise zur Therapie der Polyneuropathie das Medikament Gabapentin® mit dem Wirkstoff „Neurontin“. Diese Maßnahmen waren zeitgerecht und fachlich nicht zu beanstanden. Der Kläger selbst hat im Übrigen hierzu vortragen lassen, dass sich seine polyneuropathischen Beschwerden danach - insbesondere infolge der Aufdosierung von Gabapentin® - deutlich gebessert hätten, so dass dieses Medikament ab dem Juli 2003 einvernehmlich ausgeschlichen worden sei.

Eine medizinisch zwingend gebotene Veranlassung zu Wirkstoffmessungen unter Sustiva® ergab sich nach den ergänzenden Erläuterungen Prof. S im Senatstermin auch nicht aus den seinerzeitigen Leitlinien der Deutschen Aidsgesellschaft und der Österreichischen Aidsgesellschaft. Selbst die einschlägigen aktuellen Leitlinien dieser medizinischen Fachgesellschaften aus dem Jahr 2009 bewerten die Bestimmung von Plasmaspiegeln der eingesetzten Wirkstoffe im Sinne eines sog. Therapeutic Drug Monitoring *lediglich in bestimmten klinischen Situationen* als „hilfreich“. Soweit die aktuelle Leitlinie für die Wirkstoffgruppe der NNRTI - zu der Sustiva®-Wirkstoff Efavirenz gehört - eine Spiegelbestimmung als „sinnvoll“ bezeichnet, wenn sich nach der klinischen Situation „Nebenwirkungen“ ergeben, ergibt sich hieraus nach den medizinischen Erläuterungen Prof. S auch heute kein zwingendes Erfordernis zu Wirkstoffspiegelbestimmungen beim Auftreten etwaiger Nebenwirkungen. Der gerichtliche Sachverständige hat zudem für die streitgegenständliche Behandlungssituation im Jahr 2003 zu bedenken gegeben, dass seither gewisse Entwicklungen in der Aidsbehandlung eingetreten seien, die maßgeblich erst dazu geführt hätten, solche Plasmaspiegelbestimmungen aktuell eher als „hilfreich“ oder „sinnvoll“ erscheinen zu lassen: Zum einen therapiere man heute wegen der immer erfolgreicheren HIV-Behandlung mehr Langzeitpatienten mit Co-Morbiditäten als früher, und zum anderen habe man heute das zusätzliche Wissen, dass es in Sondersituationen (z.B. betreffend den Stoffwechsel) zu erheblichen Spiegelerhöhungen kommen könne. Beides habe 2003 noch nicht in gleichem Maße gegolten, so dass man seinerzeit erst recht keine Leitlinienforderung nach Wirkstoffspiegelbestimmungen der antiviralen Medikamente an der Hand gehabt habe.

Soweit der Kläger aus den eingereichten Stellungnahmen der Nachbehandler Dr. N2 / Dr. D2 vom 16.11.2006 und 02.01.2007 mit den beigefügten Fachveröffentlichungen damalige Erkenntnisse zum Aussagegehalt von Blutplasmabestimmungen für ZNS-Nebenwirkungen ableiten möchte, hat Prof. y zwar bestätigt, dass es schon 2003 einzelne Studien gab, die einen Zusammenhang zwischen ausgeprägten ZNS-Nebenwirkungen und erhöhten Wirkstoffspiegeln unter Sustiva® nahelegten. Jedoch ergaben diese Studien eben auch, dass ein hoher Efavirenzspiegel *keineswegs regelmäßig* mit einer entsprechenden klinischen Symptomatik zusammen traf. Zentralnervöse Nebenwirkungen waren umgekehrt auch nicht stets mit einem hohen Efavirenzspiegel verknüpft. Deshalb waren für die allgemeine Praxis in der HIV-Therapie des Jahres 2003 - so der gerichtliche Sachverständige - die angesprochenen Erkenntnisse aus damaligen Studien letztlich nicht hinreichend aussagekräftig und nicht entscheidungsrelevant. Eine solche Spiegelbestimmung brachte für den Patienten vielmehr in der Praxis keinen therapeutischen Benefit; selbst wenn ein erhöhter Wirkstoffspiegel festgestellt worden wäre, hätte dies lediglich die Aussage

ermöglicht, dass bei ihm ein erhöhtes Toxizitätsrisiko vorhanden war. Gerade wegen der begrenzten Aussagekraft aus den vorhandenen einzelnen Studienergebnissen entsprach es nach den plausiblen Ausführungen des Sachverständigen nicht dem allgemeinen medizinischen Standard in der Aidstherapie des Jahres 2003, beim Auftreten möglicher Nebenwirkungen Medikamentenspiegel durch Blutuntersuchung zu erstellen. Am Rande hat der ersichtlich erfahrene Gutachter im Übrigen darauf hingewiesen, dass auf diesem Hintergrund in seinem Hause *bis heute derartige Spiegelmessungen nicht veranlasst* und solche Untersuchungen von den gesetzlichen Krankenkassen auch generell nicht bezahlt würden.

Nach der resümierenden Sachverständigenbewertung zwang die ständige Verschlechterung in der Symptomatik des Klägers im Jahr 2003 insgesamt zu keinen weitergehenden therapeutischen Maßnahmen, als sie bei den Beklagten veranlasst worden sind (Medikamentenumstellungen aufgrund der Polyneuropathie und der auftretenden Gleichgewichtsstörungen, Cortison-Stoßtherapien im September und Oktober 2003). Auch die unstreitigen diagnostischen Maßnahmen mit diversen Konsilen (Neurologie: 30.07., 12.09. und 16.09.2003, HNO: 16.09.2003, Augenärztliche Untersuchung: 08.09.2003), die MRT-Untersuchung vom 13.08.2003 und die Liquoruntersuchung vom 18.09.2003 bewertet Prof. y als zeitlich adäquate Versuche, die differentialdiagnostischen Möglichkeiten zur Klärung der Ursachen für die aufgetretenen Beschwerden auszuschöpfen. 78

Das gesamte diagnostische und therapeutische Vorgehen der Beklagten angesichts der aufgetretenen Beschwerdesymptomatik war mithin - gemessen am guten medizinischen Standard - fachlich nicht zu beanstanden. 79

b) Einer Haftung der Beklagten für die geltend gemachten Dauerschäden steht darüber hinaus entgegen, dass sich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem etwaig beim Kläger individuell erhöhten Spiegel des in Sustiva® enthaltenen Efavirenz-Wirkstoffs im Jahr 2003 und den bedauerlicherweise anhaltenden Beeinträchtigungen durch Polyneuropathie, Vestibularisausfall und Optikusatrophie feststellen lässt. 80

In Übereinstimmung mit den Kausalitätszweifeln, die auch die kommissionsgutachterlichen Stellungnahmen Prof. T2 und Prof. T zum Ausdruck gebracht haben, ist Prof. y zu dem Ergebnis gelangt, dass ein Kausalzusammenhang der dauerhaften Sehschwäche mit Sustiva® sich im Falle des Klägers - dem wohl derzeit einzigen bekannten Fall einer dauerhaften Optikusatrophie bei erhöhtem Efavirenzwirkstoffspiegel - nicht feststellen lässt. *Denn bis heute* sind unter der großen Anzahl von Patienten, die langjährig mit Sustiva® therapiert wurden, solche mit Optikusneuritis und dauerhaftem Seh Schaden nach der medizinischen Erkenntnislage *nicht zu finden* - wobei es bislang allerdings auch keine Untersuchungen zu HIV-Patienten mit derart hohen Wirkstoffspiegeln gibt, wie sie beim Kläger im November 2003 gemessen worden sind. Prof. y hat insoweit konstatiert, dass die Optikusneuritis eine der schwierigsten Erkrankungen überhaupt sei, was die Ursachenklärung betreffe, und dass die allermeisten Fälle von Optikusneuritis unter den behandelten HIV-Patienten völlig ungeklärt blieben. 81

Die vom Kläger vorgelegten Bescheinigungen einzelner nachbehandelnder Ärzte, aus denen er Hinweise auf einen Kausalzusammenhang mit einer Efavirenzintoxikation herleiten möchten, besagen nach den überzeugenden Ausführungen Prof. S nichts Derartiges. Insbesondere der augenärztliche Bericht der Prof. Dr. V vom 20.09.2004 trifft *gerade keine Aussagen* zu einer Verursachung der dauerhaften Sehstörung beim Kläger *durch Sustiva®*; dieses Medikament gehört zur Gruppe der sog. NNRTI (sog. „nicht - nukleosidische – Transskriptase - Inhibitoren“), Prof. V sieht jedoch in dem genannten Bericht einen 82

Zusammenhang mit toxischen Nebenwirkungen der therapeutisch eingesetzten sog. NRTI-Wirkstoffe (sog. „Nukleosid-Analoga“).

Prof. y hat im Übrigen bestätigt, dass zwar sowohl ZNS-Störungen als auch Vestibularisstörungen unter Sustiva® als unerwünschte Nebenwirkung auftreten können; auch für diese geltend gemachten Dauerschäden gibt es jedoch im Falle des Klägers auf der Grundlage seiner HIV-Grunderkrankung und wegen der anderen eingesetzten antiviralen Medikamente durchaus andere denkbare Ursachenzusammenhänge, die als konkrete Schädigungsmechanismen in Betracht kommen. Anhaltspunkte für anderweitige Ursachen hat der Sachverständige insoweit etwa dem vom Kläger eingereichten Bericht der UK N3 vom 02.08.2004 entnommen, der die aufgetretenen Nervenschädigungen auf die eingenommenen Nukleosid-Analoga zurückführt, *zu denen Sustiva® nicht* gehört (s.o.). So gehört etwa das bei dem Kläger therapeutisch eingesetzte Medikament Zerit® zu dieser Wirkstoffgruppe, die typischerweise zu Nebenwirkungen in Form zentralnervöser Störungen und von Polyneuropathie führen kann. In Übereinstimmung damit stehen schließlich die Schlussfolgerungen im Kommissionsbescheid vom 22.08.2006, wonach für die polyneuritischen Symptome des Klägers am ehesten die Behandlung mit Zerit® und Combivir® in Betracht komme.

83

Dass die beim Kläger bedauerlicherweise eingetretenen dauerhaften Gesundheitsschäden auf eine sorgfaltswidrige Therapie(überwachung) der Beklagten zurückzuführen sind, lässt sich nach alledem auch nach einer vertiefenden Sachverständigenbefassung nicht feststellen.

84

5) Dem Kläger kommen schließlich nicht deshalb Beweiserleichterungen zustatten, weil dem gerichtlichen Sachverständigen die Originalbehandlungsdokumentation der Beklagten nicht mehr vorgelegt werden konnte. Abgesehen davon, dass der Sachverständige anhand der vorgelegten umfangreichen Kopien dieser Dokumentation das relevante Behandlungsgeschehen durchaus hat medizinisch nachvollziehen und bewerten können, ist der eingetretene Verlust der Originaldokumentation *nicht den Beklagten zuzurechnen*. Sie sind ihrer Verpflichtung zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens nachgekommen, haben die erstellten Krankenaufzeichnungen *auf Veranlassung des Klägers* an die *von ihm* eingeschaltete Gutachterkommission für Haftpflichtfragen der Ärztekammer versandt und sie damit *dem Patienten* zu der *von ihm veranlassten* Überprüfung zur Verfügung gestellt. Der ungeklärte Verlust der Unterlagen in der Sphäre der Gutachterkommission und etwaige damit verbundene Unklarheiten sind deshalb keinesfalls der Behandlerseite zuzurechnen. Die Voraussetzungen eines beweiserleichternden medizinischen Dokumentationsversäumnisses wie einer Beweisvereitelung (vgl. dazu Frahm/Nixdorf, Arzthaftungsrecht, 3. Aufl., Rdnr. 149 m.w.N.) sind vorliegend ersichtlich *nicht* gegeben.

85

6) Die nach alledem unbegründete Berufung war mit der Kostenfolge aus § 97 I ZPO zurückzuweisen. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Zif. 10, 711 ZPO.

86

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Sache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichtes.

87
