
Datum: 25.02.2015
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 110/12
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2015:0225.3U110.12.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 111 O 164/09

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 31.05.2012 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin 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 Klägerin nimmt die Beklagten auf Zahlung von materiellem Schadensersatz und Schmerzensgeld im Hinblick auf die ärztliche Behandlung ihres am 18.11.2006 verstorbenen Ehemannes, P (im Folgenden: der Patient), dessen Alleinerbin sie ist, in Anspruch. Dabei erhebt sie im Wesentlichen den Vorwurf, der Tod ihres Mannes sei auf die im November 2006 erfolgte behandlungsfehlerhafte Gabe des Medikaments Carmen seitens der Beklagten zurückzuführen.

1

2

3

4

Der Patient litt seit 1968 an einer Nierenerkrankung in Form einer mesangioproliferanten Glomerulonephritis mit nephrotischem Syndrom. Des Weiteren litt er spätestens seit 1970 unter einer arteriellen Hypertonie. Seit 1988 wurde er dialysiert.

Am 15.1.1993 erfolgte in der Klinik der Beklagten zu 2. eine allogene Nierentransplantation. Anfang Februar 1993 kam es zu einer Abstoßungsreaktion, die mit der Gabe von Ciclosporin A, Imurek und Decortin zur Immunsuppression behandelt wurde. Zur Behandlung des Bluthochdrucks erhielt der Patient zeitweise den Betablocker Tenormin und den Calcium-(Ca-)Antagonisten Adalat retard (Wirkstoff: Nifedipin). Nach der Transplantation bestand bei dem Patienten durchweg eine chronische Niereninsuffizienz Stadium III - IV. Die Nachbetreuung erfolgte spätestens seit 2003 in der Nierentransplantationsambulanz der Beklagten zu 2., in welcher die Beklagte zu 1. als Oberärztin im streitgegenständlichen Zeitraum mit der Behandlung des Patienten befasst war.

5

Anfang 1996 wurde bei dem Patienten in der Medizinischen Klinik und Poliklinik - Innere Medizin C - der Beklagten zu 2. bei einer Herzkatheteruntersuchung eine ausgeprägte koronare Herzkrankheit mit einem Verschluss der RIVA und weiteren Stenosen festgestellt. Nach Rekanalisierung des RIVA und Dilatierung anderer betroffener Koronargefäße war der Patient in der Folgezeit zunächst weitestgehend beschwerdefrei. Im Januar 2005 traten belastungsabhängige pektanginöse Beschwerden auf. Im September 2005 erfolgte ebenfalls in der Medizinischen Klinik und Poliklinik C der Beklagten zu 2. die Implantation eines Stent in den proximalen RIVA, wobei es infolge der Kontrastmittelexposition im Rahmen der Operation zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion kam. Am 20.6.2006 erfolgte eine Myokardszintigraphie, bei der zwar Ischämiezeichen festgestellt wurden; aus Sicht der behandelnden Ärzte bestand jedoch kein Interventionsbedarf. Während des folgenden Urlaubs des Patienten kam es zu länger andauernden pektangiösen Beschwerden. Bei einer erneuten Myokardszintigrafie am 11.9.2006 wurde eine Verschlechterung der Durchblutungssituation des Herzens mit ausgeprägten belastungsinduzierten Ischämien festgestellt. Der behandelnde Kardiologe, der Zeuge Prof. Dr. X, Medizinische Klinik und Poliklinik C der Beklagten zu 2., riet dem Patienten daraufhin am 9.10.2006 zu einer erneuten Kontroll-Koronarangiographie, wobei zunächst ein Termin für den 25.10.2006 vereinbart wurde, den der Patient später aber absagte.

6

Am 13.11.2006 stellte sich der Patient zu einem Kontrolltermin in der Nierentransplantationsambulanz der Beklagten zu 2. bei der Zeugin Dr. N vor. Er berichtete über thorakale Schmerzen bei Belastung seit Juli 2006, die aber besser geworden seien, und dass ihm seitens der Kardiologen eine erneute Koronarangiografie empfohlen worden sei, er den bereits vereinbarten Termin hierfür aber abgesagt habe. Die Vereinbarung eines neuen Termins durch die Zeugin Dr. N lehnte der Patient ab und gab an, sich selbst um einen solchen bemühen zu wollen. Der aktuelle Blutdruck wurde mit 140/80 mm/Hg gemessen. Die Zeugin Dr. N verordnete dem Patienten darauf hin zusätzlich das blutdrucksenkende Medikament Carmen der Fa. O mit dem Wirkstoff Lercanidipin, ein sog. Ca-Antagonist. Die verordnete Dosierung ist streitig. Die Krankenunterlagen enthalten den Eintrag "wg RR morgens ? ?Carmen neu 5 mg". Dem Patienten wurde ein von der Beklagten zu 1. unterschriebenes Rezept für Carmen 10 mg ausgestellt, wobei es sich bei der Tablette mit 10 mg Wirkstoff um die kleinste im Handel erhältliche Tablettengröße des Medikaments handelt. Die Tablette weist eine einseitige Bruchkerbe auf.

7

Ebenfalls am 13.11.2006 wies die Zeugin Dr. N den Patienten in einem später geführten Telefonat an, die Dosierung des Medikaments Sandimmun (Wirkstoff Ciclosporin) von bisher 2 x 100 mg (morgens und abends) auf jeweils 85 mg zu reduzieren. Ein neues Rezept für

8

dieses Medikament wurde dem Patienten nicht ausgestellt. Die an diesem Tag zuvor durchgeführte Bestimmung des Spiegels des Wirkstoffs Ciclosporin A hatte einen Wert von 111 ng/ml ergeben. In diesem Zusammenhang wurde für die folgende Woche eine Kontrolle vorgesehen. Der Kaliumspiegel wurde mit 4,5 mmol/l bestimmt.

Der Patient kontrollierte bereits seit längerem regelmäßig seinen Blutdruck selbst und trug die gemessenen Werte in ein entsprechendes Protokoll ein. Dieses weist für den Zeitraum 13.11. bis 17.11.2006 folgende Werte aus:

Datum	Uhrzeit	mm/Hg
13.11.2006	12.00 Uhr	130/70
14.11.2006	15.30 Uhr	106/60
15.11.2006	6.30 Uhr	127/74
	14.30 Uhr	117/62
	22.20 Uhr	150/78
	22.25 Uhr	137/76
16.11.2006	7.30 Uhr	149/88
	17.00 Uhr	128/74
17.11.2006	8.00 Uhr	143/80

Der Patient verstarb am frühen Morgen des 18.11.2006 zu Hause, wobei eine Klärung der genauen Todesursache nicht erfolgte.

Die Klägerin hat im Wesentlichen behauptet, die Verordnung des Medikaments Carmen sei fehlerhaft gewesen. Aufgrund der gleichzeitigen Einnahme von Ciclosporin A, der koronaren Herzerkrankung und der Niereninsuffizienz habe das Medikament nicht verordnet werden dürfen. Des Weiteren sei er behandlungsfehlerhaft nicht auf die Dringlichkeit der medizinisch dringend notwendigen Herzkatheter-Untersuchung hingewiesen worden. Diese Fehler hätten ursächlich zum Herztod ihres Mannes geführt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie 13.025,51 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.10.2009 zu zahlen,

die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie ein in das Ermessen des Gerichtes gestelltes Schmerzensgeld nebst fünf Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 24.10.2009 zu zahlen,

die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie 1656,48 € an außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen,	
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie 546,69 € an außergerichtlichen Kosten für die Einholung der Deckungszusage nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen,	17
festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, als Gesamtschuldner ihr alle weiteren gegenwärtigen und künftigen materiellen sowie nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden aufgrund der Verschreibung des Medikamentes Carmen 10 mg am 13.11.2006 zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder sonstigen Dritten übergegangen sind.	18
Die Beklagten haben beantragt,	19
die Klage abzuweisen.	20
Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die tatsächlichen Feststellungen im angefochtenen Urteil Bezug genommen.	21
Das Landgericht hat ein Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S, ehemals Direktor der Klinik für Nephrologie der B, eingeholt, welches der Sachverständige zudem im Kammertermin am 3.5.2012 mündlich erläutert hat. Ferner hat es die Klägerin und die Beklagte zu 1. persönlich angehört und die Zeuginnen Dr. M und Dr. N sowie den Zeugen Prof. Dr. X vernommen.	22
Mit dem am 31.5.2012 verkündeten Urteil hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Die Verordnung des Medikaments Carmen sei nicht behandlungsfehlerhaft gewesen. Die Gabe eines blutdrucksenkenden Mittels sei wegen des hohen morgendlichen Blutdrucks des Patienten im Hinblick auf die Risiken kardiovaskulärer Erkrankungen und auch des Versagens des Transplantats absolut indiziert gewesen. Im Vergleich zu anderen in Betracht kommenden Medikamenten habe Carmen den Vorteil gehabt, dass es im Hinblick auf die koronare Herzerkrankung des Patienten geringe Nebenwirkungen gehabt habe und damit ein schonendes, deutlich wirkungsvolleres Medikament gewesen sei. Zudem habe der Patient bereits zuvor andere Mittel aus der Gruppe der Dihydropyridine, zu der auch Carmen gehöre, gut vertragen. Aus der gleichzeitigen Gabe von Ciclosporin A habe sich keine Kontraindikation ergeben. Zwar sei eine Wechselwirkung zwischen den beiden Medikamenten bekannt. Der zu erwartende Anstieg des Ciclosporin-Spiegels sei angesichts des am 13.11.2006 gemessenen niedrigen Wertes in einem tolerablen Bereich gewesen. Dem Patienten sei zudem lediglich eine Dosis von 5 mg Carmen verordnet worden, wie sich aus der Dokumentation und der Aussage der Zeugin Dr. N ergebe. Bei dieser Dosierung sei lediglich eine milde Senkung des Blutdrucks und keine kardiovaskuläre Problematik zu erwarten gewesen.	23
Die Gabe von Carmen sei auch nicht aus anderen Gründen kontraindiziert gewesen. Der Patient habe nicht an einer schweren, sondern lediglich an einer regionalen Herzinsuffizienz gelitten, bei der eine Dosis von 5 mg habe verschrieben werden können. Auch die chronische Niereninsuffizienz habe keine Kontraindikation dargestellt.	24
Vielmehr sei aus Studien bekannt, dass Wirkstoffe aus derselben Wirkstoffklasse wie Carmen einen positiven Einfluss auf die Nierenfunktion nach Transplantationen zeigen würden.	25

Dass es sich um einen Off-Label-Use gehandelt habe, begründe für sich gesehen keinen Behandlungsfehler. Auch außerhalb der Zulassung könne ein Medikament eingesetzt werden, wenn dies unter sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile des Einsatzes im Vergleich zu den zugelassenen Substanzen vertretbar sei und medizinisch-sachlich begründet erscheine. Dies sei im vorliegenden Fall aus den schon angeführten Gründen zu bejahen. Auch der Einsatz mit einer Dosierung von 5 mg sei nicht zu beanstanden. Die Teilung einer Tablette entspreche durchaus dem medizinischen Standard. Durch Lichteinflüsse sei allenfalls eine Verringerung der Wirksamkeit zu erwarten und dies auch nur bei längerer Lagerung.	26
Es seien auch keine weitergehenden Überwachungsmaßnahmen infolge der Medikation notwendig gewesen. Die vom Patienten selbst durchgeführten Blutdruckmessungen seien ausreichend gewesen. Der Patient sei den behandelnden Ärzten seit langem als zuverlässig bekannt gewesen.	27
Die behandelnden Ärzte seien des Weiteren nicht verpflichtet gewesen, dem Patienten eine Herzkatheteruntersuchung als besonders dringlich nachzubringen. Diese sei zwar aufgrund der Untersuchungsergebnisse vom 9.10.2006 indiziert gewesen, habe aber nicht kurzfristig durchgeführt werden müssen. Angesichts der stabilen Situation des Patienten am 13.11.2006 und der von ihm angegebenen Besserung der Beschwerden sei eine sofortige Durchführung nicht geboten gewesen. Dies entspreche im Übrigen auch der Einschätzung des von der Klägerin selbst vorgelegten Privatgutachtens von Prof. Dr. A. Die grundsätzliche Notwendigkeit einer erneuten Herzkatheteruntersuchung sei dem Patienten in ausreichendem Maße bekannt gewesen. Zudem habe die Zeugin Dr. N dem Patienten die Vereinbarung eines neuen Termins angeboten, wie sich aus der Dokumentation und der glaubhaften Aussage der Zeugin ergebe. Der Patient habe den Termin aber selbst vereinbaren wollen.	28
Es sei nicht erforderlich gewesen, der Klägerin im Anschluss an die Beweisaufnahme im Kammertermin die Gelegenheit zu geben, zu den Ausführungen des Sachverständigen ergänzend schriftsätzlich Stellung zu nehmen, da Prof. Dr. S lediglich	29
seine schriftlichen Ausführungen ergänzend erläutert habe, ohne dass wesentliche neue Aspekte hinzugekommen seien. Auch das nach Schluss der mündlichen Verhandlung vorgelegte Privatgutachten von Prof. Dr. A mache die Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung nicht erforderlich. Der Sachverständige habe sich mit den Argumenten des Privatgutachters, insbesondere hinsichtlich der Wechselwirkung zwischen Carmen und Ciclosporin A, in der Sache auseinandergesetzt. Prof. Dr. S sei als Internist und Nephrologe eher als Prof. Dr. A als Kardiologe sachkundig, um die fragliche Behandlung in der Nierentransplantationsambulanz zu beurteilen. Zudem sei der Privatgutachter zu Unrecht von einer zu hohen Dosierung des Medikaments Carmen, nämlich mit 10 mg, ausgegangen. Soweit die Klägerin erstmals in ihrem nicht nachgelassenen Schriftsatz gerügt habe, dass der Patient nicht über den Off-Label-Use und die Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten aufgeklärt worden sei, sei dieses Vorbringen nach § 296a ZPO nicht mehr zu berücksichtigen gewesen, da die Klägerin die entsprechende Rüge bereits zu einem früheren Zeitpunkt hätte erheben können.	30
Gegen das ihr am 1.6.2012 zugestellt Urteil hat die Klägerin am 27.6.2012 Berufung eingelegt, welche sie nach Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist bis zum 3.9.2012 am 30.8.2012 begründet hat.	31
Die Klägerin greift die erstinstanzliche Entscheidung in folgenden Punkten an:	32

- Das Landgericht sei verpflichtet gewesen, nach Vorlage des Privatgutachtens von Prof. Dr. A am 7.5.2012 die mündliche Verhandlung wieder zu eröffnen und den Sachverständigen ergänzend zu den Ausführungen des Privatgutachters zu hören. 33
- Die gleichzeitige Gabe von Carmen und Sandimmun sei kontraindiziert gewesen. In den Fachinformationen beider Medikamente werde vor einer kombinierten Anwendung gewarnt. Der Sachverständige Prof. Dr. S habe es versäumt, sich mit der Wirkungsweise des Medikaments Carmen in Interaktion mit dem Medikament Ciclosporin A auseinanderzusetzen. Auch der Sachverständige Prof. Dr. L gehe hierauf unzureichend ein. Carmen weise insoweit gegenüber anderen Ca-Antagonisten Besonderheiten auf. Der Wirkstoff Lercanidipin weise eine nicht lineare Genetik auf, d.h. höhere Dosen würden überproportional höhere Spiegel erzeugen. Zudem weise Lercanidipin eine hochgradige Lipophilie auf, die zu einer schnellen Aufnahme der Substanz in der Zelle führe und eine 24-Stunden-Wirkung auf den Blutdruck habe. Bei einer gleichzeitigen Einnahme beider Medikamente komme es, wie 34
- eine Studie gezeigt habe, zu einem dreifachen Anstieg des Lercanidipin-Plasmaspiegels, da beide Mittel über die Niere abgebaut würden. Der Sachverständige sei hingegen lediglich von einem Anstieg von 20 % ausgegangen und habe dies als tolerabel bewertet. Der Privatgutachter gehe zudem davon aus, dass es über mehrere Tage hinweg zu einer Akkumulierung von Carmen gekommen sei. 35
- Zu Unrecht sei das Landgericht davon ausgegangen, dass der Sandimmun-Spiegel beim Patienten am 13.11.2006 von 111 ng/ml als niedrig anzusehen sei. Der Sachverständige habe sich zum konkreten Spiegel überhaupt nicht geäußert, sondern lediglich die Dosierung als relativ niedrig bezeichnet. Auffällig sei, dass der Spiegel vor dem 13.11.2006 nie höher als 93 ng/ml gelegen habe, teilweise sogar unter 40 ng/ml. Ausschlaggebend für die Dosierung sei die spezielle Bezugsgröße des jeweiligen Patienten. Im Fall des Patienten P sei ein Wert von 111 ng/ml zu hoch gewesen, weswegen offenbar seitens der Beklagten auch eine Reduzierung der Dosierung auf 85 mg angeordnet worden sei. Da aufgrund der Wechselwirkung zwischen Carmen und Sandimmun sowohl mit einem Anstieg des Lercanidipin-Spiegels als auch mit einer Zunahme der AUC von Ciclosporin A zu rechnen gewesen sei, hätte in der konkreten Situation auf die Verordnung von Carmen verzichtet werden müssen. Die zusätzliche Verordnung sei grob fehlerhaft gewesen. 36
- Angesichts des Risikoprofils des Patienten und der lediglich morgens vorliegenden Blutdruckerhöhung hätte es mehrere Alternativen mit deutlich geringerem Nebenwirkungsprofil gegeben. Insbesondere hätte alternativ ein nur kurzwirkender Ca-Antagonist verordnet werden können. Zudem sei eine Erhöhung der abendlichen Medikation möglich gewesen mit dem Ziel, die morgendlichen Blutdruckwerte zu senken. 37
- Die Senkung des Blutdrucks sei nicht vorrangig gewesen: Nach den Ausführungen des Privatgutachters habe eine stabile Angina pectoris-Symptomatik der CCS Klasse II vorgelegen, kein akutes Koronarsyndrom. 38
- Zu Unrecht seien der Sachverständige und das Landgericht davon ausgegangen, dass der Patient das Medikament Carmen auch tatsächlich in der laut Dokumentation verordneten Dosierung von 5 mg eingenommen habe. Das Rezept sei - unstrittig - über 10 mg-Tabletten ausgestellt worden. Die behandelnden Ärzte hätten es versäumt, den Patienten darauf hinzuweisen, dass es Carmen nur in der Dosierung 10 mg gebe, von ihm aber nur 5 mg einzunehmen seien und er die Tablette teilen müsse. Vom Patienten als medizinischen Laien habe nicht erwartet werden können, dass 39

er aus der Tatsache, dass er angewiesen worden sei, 5 mg einzunehmen, von sich aus folgere, dass er die Tablette teilen müsse. Tatsächlich habe der Patient die ungeteilte Tablette eingenommen. Das Medikament Carmen sei im Übrigen für eine tägliche Einnahme von nur 5 mg nicht zugelassen gewesen. Eine gleichmäßige Wirkstoffverteilung sei bei der Teilung nicht gewährleistet; auch könne es zu Lichtreaktionen kommen. Zudem seien am 13.11.2006 auch zahlreiche weitere Änderungen der Medikation vorgenommen worden, insgesamt 14 an der Zahl. Bei lediglich mündlicher Erteilung der Anweisungen zur Dosierung seien daher Irrtümer quasi vorprogrammiert gewesen. Geboten gewesen sei eine Mitteilung der Dosierungsanweisungen in schriftlicher Form. Das Landgericht habe insoweit verkannt, dass die Darlegungs- und Beweislast für die korrekte Einweisung des Patienten in die komplizierte Medikation bei den Beklagten liege. 40

Soweit nach der Dokumentation der Beklagten dem Patienten am 13.11.2006 das Medikament Sandimmun in der Dosierung 85 - 0 - 85 verordnet worden sei, sei dem Patienten eine solche Dosierung nicht möglich gewesen, da er das Mittel nur in den Dosierungen 25, 50 und 100 mg vorrätig gehabt habe und es sich dabei um nicht teilbare Kapseln handele. Ein Rezept über Sandimmun 10 mg sei dem Patienten zu keinem Zeitpunkt weder von Seiten der Beklagten noch von seinem Hausarzt ausgestellt worden. Hieraus sei der Schluss zu ziehen, dass entweder die Dokumentation nicht korrekt sei oder die sich hieraus ergebende Problematik seitens der Behandler mit dem Patienten nicht besprochen worden sei, mit der Folge, dass dieser Sandimmun in der ursprünglichen Dosierung 100 - 0 - 100 weiter eingenommen habe. 41

Bei dem Patienten sei es unter der Medikation zu einer relevanten Senkung des Blutdrucks gekommen, die weit über der zu erwartenden Senkung durch Carmen 10 mg allein gelegen habe. Dies ergebe sich aus den vom Patienten in der Zeit vom 13.11. bis zum 17.11.2006 aufgezeichneten Blutdruckwerten. Die kritische Senkung des Blutdrucks habe zu einer koronaren Minderperfusion und zum plötzlichen Herztod geführt. 42

Bei dem Patienten sei es zu einer Hyperkaliämie gekommen, die zu seinem Tod geführt habe. Der Patient habe noch weitere Medikamente eingenommen, die Auswirkungen auf den Kaliumspiegel gehabt hätten und eine Hyperkaliämie verursachen könnten. Eine solche könne auch zu Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand führen. Beim Patienten sei der Kaliumspiegel durchweg grenzwertig erhöht ge- 43

wesen. Das Risiko einer Hyperkaliämie sei durch die Einnahme des ACE-Hemmers Accupro und des Ciclosporin A erhöht gewesen. Auch aus diesem Grund sei die Gabe von Carmen kontraindiziert gewesen, weil dieses wiederum bekanntermaßen die Wirkung des Ciclosporin A steigere. Jedenfalls seien engmaschige Kontrollen des Kaliumspiegels notwendig gewesen. 44

Die Klägerin beantragt, 45

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin wegen der fehlerhaften ärztlichen Behandlung ihres Ehemannes am 13.11.2006 einen Betrag i.H.v. 13.024,51 € zu zahlen, zuzüglich Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten hieraus über dem Basiszinssatz ab dem 24.10.2009, 46

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin wegen der fehlerhaften ärztlichen Behandlung ihres Ehemannes am 13.11.2008 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, zuzüglich Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten hieraus über dem Basiszinssatz ab dem 24. Oktober 2009; 47

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin wegen der fehlerhaften Behandlung ihres Ehemannes am 13.11.2006 1656,48 € an außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten zu zahlen, zuzüglich Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten bei dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit;	48
4. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin wegen der fehlerhaften ärztlichen Behandlung ihres Ehemannes am 13.11.2006 546,69 € an außergerichtlichen Kosten für die Einholung der Deckungszusage zu zahlen, zuzüglich Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit;	49
5. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner dazu verpflichtet sind, der Klägerin alle weiteren gegenwärtigen und künftigen materiellen sowie nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr aus der fehlerhaften ärztlichen Behandlung ihres Ehemannes am 13.11.2006 entstanden sind und noch entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht infolge sachlicher und zeitlicher Kongruenz auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.	50
Hilfsweise beantragt die Klägerin ferner,	51
das angefochtene Urteil gem. § 538 Abs. 2 Nr. 4 ZPO aufzuheben und das Verfahren an das Gericht des ersten Rechtszuges zurückzuverweisen.	52
Die Beklagten beantragen,	53
die Berufung zurückzuweisen.	54
Sie verteidigen die angefochtene Entscheidung und tragen ergänzend vor: Eine Haftung scheitere spätestens daran, dass die Todesursache ungeklärt sei. Es sei bereits nicht feststellbar, dass ein anderweitiges ärztliches Vorgehen zumindest generell geeignet gewesen wäre, ein besseres outcome zu realisieren. Das Medikament Carmen werde seit seiner Zulassung schwerpunktmäßig bei nierentransplantierten Patienten eingesetzt. Die Vorteile der Ca-Antagonistentherapie bei nierentransplantierten Patienten seien durch Studien überzeugend nachgewiesen.	55
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die im Protokoll genannten Krankenunterlagen Bezug genommen.	56
Der Senat hat, da Prof. Dr. S aus Alters- und Gesundheitsgründen nicht mehr in der Lage war, sein Gutachten im Senatstermin zu erläutern, ein weiteres Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L, Direktor der Klinik für Nephrologie des Universitätsklinikums Essen, eingeholt. Der Sachverständige hat zudem sein schriftliches Gutachten im Senatstermin am 25.2.2015 mündlich erläutert. Ferner hat der Senat erneut die Klägerin und die Beklagte zu 1. persönlich angehört. Wegen des Ergebnisses der persönlichen Anhörung und der Sachverständigenvernehmung wird auf das Sitzungsprotokoll sowie auf den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 26.2.2015 Bezug genommen.	57
II.	58
Die zulässige Berufung bleibt in der Sache ohne Erfolg. Der Klägerin stehen gegen die Beklagten weder vertragliche noch deliktische Haftungsansprüche aus dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen zu.	59
	60

Auch nach der vom Senat ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme und unter Berücksichtigung der Ausführungen des Privatgutachters Prof. Dr. A vermag die Klägerin nicht den Beweis zu führen, dass die Behandlung des Patienten am 13.11.2006 fehlerhaft erfolgt und hierdurch sein Tod am 18.11.2006 verursacht worden ist.

1. Es stellt keinen Behandlungsfehler dar, dass dem Patienten am 13.11.2006 das Medikament Carmen mit der Anweisung, eine tägliche Dosis von einmal 5 mg einzunehmen, verordnet worden ist. 61

a) Der Senat geht entsprechend dem Vortrag der Beklagten von der Verordnung der täglichen Einnahme einer Dosis von 5 mg aus, weil die nach allgemeinen Grundsätzen hierfür beweisbelastete Klägerin, die ohnehin erst nach dem Tod des Patienten durch Auffinden der Medikamentenpackung von der Verordnung Kenntnis erlangt hat, nicht hat nachweisen können, dass dem Patienten eine höhere Dosis als 5 mg/Tag verordnet worden ist. 62

Die Anweisung, eine Dosis von 5 mg täglich einzunehmen, ergibt sich aus der Dokumentation der Beklagten. Diese wird nicht dadurch widerlegt, dass das Rezept auf "Carmen 10mg N2" ausgestellt worden ist. Da Carmen unstrittig als kleinste Darreichungsform nur als Tablette mit 10 mg Wirkstoff erhältlich ist, kann aus dem Rezept nicht der Schluss gezogen werden, dem Patienten sei die Anweisung erteilt worden, entgegen der Dokumentation 10 mg/täglich einzunehmen. Nur ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch die Zeugin Dr. N bei ihrer Vernehmung durch das Landgericht die Verordnung von 5 mg bestätigt hat. 63

b) Die Klägerin hat weiterhin ihren Vortrag nicht beweisen können, der Patient habe aufgrund einer unzureichenden Instruktion durch die Beklagten statt der verordneten 5 mg/Tag tatsächlich 10 mg/Tag eingenommen. 64

aa) In welcher Dosierung der Patient das Medikament Carmen im Zeitraum 13.11. bis 18.11.2006 tatsächlich eingenommen hat, lässt sich nicht mehr feststellen. Schon die Klägerin kann hierzu keine Angaben machen. Wie sie im Senatstermin erneut bestätigt hat, hat sie - wie vorerwähnt - erst nach dem Tod ihres Mannes überhaupt 65

Kenntnis davon erlangt, dass er das Medikament Carmen eingenommen hat. Von der Medikamentenpackung ist lediglich noch die Schachtel vorhanden, der Blister mit den Tabletten ist nach dem Tod des Patienten von der Klägerin entsorgt worden, ohne dass sie noch eine Erinnerung daran hätte, wie viele Tabletten sich zu diesem Zeitpunkt noch im Blister befanden. Selbst ein etwaiger in Betracht zu ziehender Rückschluss aus der Zahl der fehlenden Tabletten auf die eingenommene Dosierung ist daher nicht möglich. 66

bb) Der Klägerin kommt insoweit auch keine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen über den groben Behandlungsfehler zugute. 67

(1) Es lässt sich bereits nicht feststellen, dass die Zeugin Dr. N den Patienten bei der Verordnung des Medikaments unzureichend über die einzunehmende Dosis unterrichtet hätte. 68

(a) Der Sachverständige Prof. Dr. L hat im Senatstermin noch einmal bestätigt, dass er es nicht als behandlungsfehlerhaft ansieht, dass dem Patienten lediglich die Höhe der einzunehmenden Dosis mitgeteilt worden ist. Es entspricht vielmehr der in der Transplantationsmedizin üblichen Vorgehensweise, dem Patienten lediglich die einzunehmende Dosis vorzugeben, und es diesem zu überlassen, sich die Dosis dann aus den im Handel erhältlichen Tabletten selbst zusammenstellen, gegebenenfalls auch durch 69

Teilung einer Tablette. Die Schlussfolgerung des Sachverständigen, dass angesichts der erfolgreichen Behandlung des Patienten seit 1993 davon ausgegangen werden kann, dass dieser zum einen mit der beschriebenen Vorgehensweise vertraut und zum anderen in der Lage gewesen sei, sie zuverlässig zu handhaben, hält der Senat ohne weiteres für überzeugend. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der Patient beispielsweise das Medikament Decortin in einer Dosierung von 7,5 mg habe einnehmen müssen, es das Medikament jedoch nur in Tabletten mit 5 mg oder 10 mg Wirkstoff gebe, so dass auch in diesem Falle die Teilung einer Tablette notwendig gewesen sei.

(b) Bei dieser Sachlage bedurfte es auch keines gesonderten Hinweises an den Patienten, dass er, um eine Dosis von 5 mg zu erreichen, die Tablette teilen musste, weil es sich um eine Tablette mit 10 mg Wirkstoff handelte. Letzteres ergab sich ohne weiteres sowohl aus dem Rezept als auch aus den Angaben auf der Tablettenschachtel und dem Beipackzettel. Für einen Patienten mit den Vorerfahrungen des Ehemannes der Klägerin war damit die Notwendigkeit, die Tablette zu teilen, offensichtlich. 70

(c) Schließlich verstößt es auch nicht gegen den medizinischen Standard, dass dem Patienten für das Medikament Carmen keine Dosierungsanweisung in schriftlicher Form erteilt worden ist. 71

Hierzu hat der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin ergänzend dargelegt, dass es insoweit keinen allgemeinen Standard gibt, sondern vom Arzt in jedem Einzelfall zu beurteilen ist, ob eine schriftliche Dosierungsanweisung notwendig ist oder nicht. Bei Patienten, bei denen man davon ausgehen kann, dass die Kommunikation zuverlässig läuft und diese in der Lage sind, sich die Dosierung der verordneten Medikamente selbst zu notieren, ist es danach üblich, dass der Patient selbst eine Liste mit den verordneten Medikamenten und deren Dosierung führt und diese zu den Kontrollterminen mitbringt. Dies gelte auch in den Fällen, in denen eine Vielzahl von Medikamenten eingenommen werden müsse. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass an der Behandlung nierentransplantierte Patienten diverse Ärzte beteiligt sind, so dass der Patient auch von verschiedenen Stellen Medikamente verschrieben bekommt. Ferner hat der Sachverständige zur Begründung der von ihm geschilderten Handhabung darauf hingewiesen, dass es dem Interesse an einer raschen Umsetzung der notwendigen Änderungen in der Medikation zu widerlaufe, wenn man in allen Fällen eine schriftliche Anweisung für notwendig erachten würde. 72

Wie bereits ausgeführt, kann im Falle des Ehemannes der Klägerin ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass dieser zu der Gruppe der hinreichend zuverlässigen Patienten gehörte, und daher eine schriftliche Fixierung der Dosierungsanweisung durch die behandelnden Ärzte nicht notwendig war, sondern dem Patienten selbst überlassen werden durfte. Die Klägerin selbst hat im Senatstermin auf Nachfrage ausdrücklich bestätigt, dass auch ihr Mann – wie vom Sachverständigen zuvor allgemein geschildert – stets seine schriftlichen Unterlagen zu den Terminen in der Ambulanz der Beklagten zu 2. mitgenommen habe und er, wie es die Klägerin formuliert hat, „voll in dem Thema drin“ gewesen sei und sich exakt an die von den Ärzten vorgegebene Dosierung gehalten habe. 73

c) Dass der Patient, um eine Dosis von 5 mg zu erreichen, die Tablette mit 10 mg teilen musste, begründet ebenfalls keinen Behandlungsfehler. 74

Schon der Sachverständige Prof. Dr. S hat in erster Instanz dazu Stellung genommen, dass trotz des Umstandes, dass seitens des Herstellers eine Teilung der Tablette nicht vorgesehen ist und darauf hingewiesen wird, dass im Falle einer Teilung klinisch relevante 75

Veränderungen des Wirksamkeits- und Sicherheitsprofils nicht auszuschließen sind, eine Teilung unproblematisch ist, weil mögliche Unterschiede in der Verteilung der Wirkstoffmenge so gering sind, dass sie keine Auswirkungen haben, und auch eine etwaige Verringerung der Wirksamkeit durch Lichteinfluss im hier fraglichen Zusammenhang ohne Bedeutung ist. Diese Beurteilung hat der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin ausdrücklich bestätigt.

d) Anders, als die Klägerin meint, war die gleichzeitige Gabe der Medikamente Carmen und Sandimmun, letzteres mit dem Wirkstoff Ciclosporin A, auch unter Berücksichtigung der Fachinformationen der Herstellerfirmen nicht behandlungsfehlerhaft. 76

aa) Dabei ist zunächst festzuhalten, dass – wie bereits Prof. Dr. S in erster Instanz dargelegt und der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin erneut bestätigt hat – eine medikamentöse Einstellung des beim Patienten vorliegenden Bluthochdrucks absolut indiziert war, da diese Erkrankung mit eindeutigen Verschlechterungen kardiovaskulärer Erkrankungen einhergeht und einen Risikofaktor für das Versagen des Implantats darstellte. Die Auffassung der Klägerin, die Blutdruckminderung sei "nicht vorrangig" gewesen, ist daher nicht zutreffend. 77

Weiter ist das Landgericht auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S zu Recht davon ausgegangen, was auch der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin noch einmal bestätigt hat, dass die Gabe des Medikaments Carmen nicht schon im Hinblick auf die koronare Herzerkrankung oder die Niereninsuffizienz des Patienten absolut kontraindiziert war. Dies wird letztlich auch von der Berufung nicht mehr in Zweifel gezogen. Wie schon das Landgericht dargelegt hat, lag bei dem Patienten zum Behandlungszeitpunkt weder eine als schwer zu wertende Nierenfunktionsstörung noch eine instabile Angina pectoris vor. Nur ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch der von der Klägerin beauftragte Privatgutachter Prof. Dr. A in seiner Stellungnahme vom 3.5.2012 zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Patienten habe kein akutes Koronarsyndrom vorgelegen. 78

bb) Unstreitig ist zwischen den Parteien allerdings, dass das Medikament Carmen nicht für die gleichzeitige Einnahme mit dem Wirkstoff Ciclosporin zugelassen ist. In der Fachinformation der Herstellerfirma O wird die gleichzeitige Einnahme mit Ciclosporin als Gegenanzeige aufgeführt und zur Begründung auf die Erhöhung des Plasmaspiegels beider Wirkstoffe bei gleichzeitiger Einnahme und die Erhöhung des Plasmaspiegels des Ciclosporins bei zeitversetzter Gabe verwiesen. Daher - so die Formulierung in der Fachinformation - "sollten Ciclosporin und Lercanidipin nicht zusammen angewendet werden". In der Fachinformation der C für das Medikament Sandimmun ist die gleichzeitige Gabe von Ciclosporin und Lercanidipin ebenfalls nicht als absolute Kontraindikation und nicht einmal als Gegenanzeige aufgeführt, sondern lediglich unter den „Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“. Auch dort wird auf die genannte Wechselwirkung zwischen beiden Wirkstoffen hingewiesen und zur Vorsicht bei der gleichzeitigen Gabe gemahnt. 79

cc) Dies allein vermag jedoch einen Behandlungsfehlervorwurf nicht zu begründen. 80

(1) Aufgrund seiner Therapiefreiheit hat der Arzt regelmäßig die freie Wahl hinsichtlich der konkret anzuwendenden Methode. Dies gilt auch für die Entscheidung, welches Medikament er für welche Indikation einsetzt und umfasst grundsätzlich auch den Einsatz eines Medikaments jenseits der vom Hersteller vorgegebenen Indikationen, den sog. Off-Label-Use. Dieser stellt nicht per se einen Behandlungsfehler dar. Der arzneimittelrechtlichen Zulassung eines Medikaments kommt primär Bedeutung für die Verkehrsfähigkeit zu; es besteht dann eine Vermutung für die Verordnungsfähigkeit in der konkreten Therapie (BGH, 81

Dies gilt umso mehr, wenn man die Besonderheiten des hier in Rede stehenden Fachgebiets der Transplantationsmedizin in den Blick nimmt: Wie der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin noch einmal ausführlich dargestellt hat, muss der ganz überwiegende Teil der nierentransplantierten Patienten – nach Schätzung des Sachverständigen 80 bis 90 % - mit Medikamenten im off-label-use behandelt werden, da es wegen des für die Hersteller hohen Aufwandes an Zulassungsstudien fehlt, die diese besondere Patientengruppe umfassen. Es ist mithin Standard, im Bereich der Nierentransplantationsmedizin Medikamente anzuwenden, die für diesen speziellen Bereich arzneimittelrechtlich nicht zugelassen sind. Dementsprechend hat

82

auch im vorliegenden Fall der Patient außer Carmen noch andere Medikamente außerhalb des zugelassenen Indikationsbereichs erhalten, etwa den ACE-Hemmer Accupro, worauf bereits in erster Instanz der Sachverständige Prof. Dr. S hingewiesen und was auch der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin bestätigt hat.

83

Unter diesen besonderen Umständen kann der Off-Label-Gebrauch eines Medikaments nur dann als fehlerhaft angesehen werden, wenn die verantwortliche medizinische Abwägung und ein Vergleich der zu erwartenden Vorteile des off-label eingesetzten Medikaments sowie dessen abzusehende oder zu vermutende Nachteile einerseits mit der ggfs. möglichen Behandlung mit einem zugelassenen Medikament andererseits i.S. einer individuellen Kosten-Nutzen-Analyse die Anwendung der Off-Label verordneten Medikation nicht rechtfertigt (vgl. BGH, NJW 2007, 2767/2768; Geiß/Greiner, a.a.O., Rn. B 35 m.w.N.). In diesem Sinne hat auch der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin darauf hingewiesen, dass man im Bereich der Transplantationsmedizin jeden Patienten einzeln sehen müsse. Dieser grundsätzlichen Bewertung ist auch der Privatgutachter Prof. Dr. A nicht entgegengetreten.

84

(2) Hinsichtlich der gleichzeitigen Gabe von Carmen und Ciclosporin bestand keine absolute Kontraindikation, wie der Sachverständige Prof. Dr. L im Senatstermin auf Nachfrage ausdrücklich bestätigt hat. Etwas anderes lässt sich auch den Fachinformationen der Herstellerfirmen nicht entnehmen. In der Fachinformation zum Medikament Carmen heißt es lediglich, beide Medikamente „sollten“ nicht gleichzeitig eingenommen werden. Die Fachinformation zu Sandimmun sieht sogar in der gleichzeitigen Einnahme schon keine Gegenanzeige, sondern spricht lediglich davon, dass bei gleichzeitiger Gabe "Vorsicht angezeigt" sei, was im Umkehrschluss bedeutet, dass bei Beachtung der notwendigen Vorsichtsmaßnahmen eine gleichzeitige Gabe gerade nicht ausgeschlossen wird. Auch den Ausführungen des Privatgutachters Prof. Dr. A lässt sich nicht entnehmen, dass dieser von einer absoluten Kontraindikation ausgeht. Er führt zwar zunächst aus, es sollte auf die parallele Medikation unbedingt verzichtet werden (S. 9 unten). Im Folgenden heißt es dann jedoch lediglich, die Co-Medikation sollte „primär“ vermieden werden; wenn eine Co-Medikation für klinisch unumgänglich erachtet werde, müsse jedenfalls die verstärkte Wirkung des Wirkstoffs Lercanidipin berücksichtigt werden (S. 11). Aus den weiteren Ausführungen zu den eventuellen Vorteilen des Einsatzes von Lercanidipin und den alterna-

85

tiv in Betracht kommenden Medikamente ergibt sich letztlich, dass auch Prof. Dr. A eine am Einzelfall orientierte Kosten-Nutzen-Analyse für erforderlich hält, die allerdings nach seiner Auffassung im vorliegenden Fall zu Lasten des Medikaments Carmen geht.

86

dd) Die zu erwartende Wechselwirkung mit dem Wirkstoff Ciclosporin musste nach den konkreten Umständen des Falles für die Beklagten kein Anlass sein, von der Gabe des

87

Medikaments Carmen abzusehen und stattdessen einen anderen Calciumantagonisten zu verordnen. Unter Berücksichtigung der jeweils verordneten Dosierung – 5 mg/täglich für Carmen, 85 mg morgens und abends für Sandimmun – sowie des am 13.11.2006 zuletzt bestimmten Ciclosporinspiegels von 111 ng/ml war weder für das blutdrucksenkende Mittel Carmen noch für das immunsuppressive Medikament Sandimmun mit einer klinisch relevanten, dem Gesundheitszustand des Patienten abträglichen Wirkungsverstärkung zu rechnen. Hiervon geht der Senat aufgrund der nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. S und Prof. Dr. L aus.

(1) Wie den oben bereits zitierten Fachinformationen der Hersteller zu entnehmen ist und auch vom Sachverständigen Prof. Dr. L und dem Privatgutachter Prof. Dr. A bestätigt wird, ist es im Rahmen einer Studie mit jungen gesunden Probanden bei zeitgleicher Einnahme beider Medikamente zu einer 3fachen Erhöhung des Lercanidipin-Plasmaspiegels gekommen. Hingegen bleibt ausweislich dieser Studie der Plasmaspiegel von Lercanidipin unverändert, wenn die Gabe des Ciclosporin um drei Stunden zeitversetzt erfolgt. 88

(a) Es steht für den Senat bereits nicht fest, dass der Patient das Medikament Carmen tatsächlich morgens und zeitgleich mit dem Sandimmun eingenommen hat. Die Klägerin hatte hiervon keine Kenntnis. Wie sie im Senatstermin noch einmal bestätigt hat, war ihr bis zum Tode ihres Mannes gar nicht bekannt, dass ihm dieses Medikament zusätzlich verordnet worden war. Allenfalls mag die in der Gebrauchsinformation empfohlenen Einnahme morgens vor dem Frühstück es nahelegen, dass der Patient das Medikament Carmen auch tatsächlich zu diesem Zeitpunkt eingenommen hat. 89

(b) Dies kann aber letztlich dahingestellt bleiben: Auch bei einer unterstellten gleichzeitigen Einnahme beider Mittel hat der Sachverständige Prof. Dr. L die Ver- 90

ordnung des Medikaments Carmen in einer Dosierung von 5 mg nicht als fehlerhaft bewertet. 91

(aa) Zunächst gilt es festzuhalten, dass der o.g. Studie, wie der Sachverständige im Senatstermin mitgeteilt hat, eine Gabe von Lercanidipin in einer Dosierung von 10 mg zugrunde liegt. Schon aus diesem Grund kann nicht ohne weiteres unterstellt werden, dass es auch bei der Gabe einer Dosis von 5 mg aufgrund der Wechselwirkung mit dem Ciclosporin zu einem dreifachen Anstieg des Plasmaspiegels des Lercanidipin kommt. Denn wie der von Seiten der Klägerin beauftragte Privatgutachter Prof. Dr. A gerade hervorhebt, ist für diesen Wirkstoff eine nicht lineare Genetik charakteristisch, d.h., höhere Dosen erzeugen überproportional höhere Spiegel. 92

(bb) Aber selbst wenn man unterstellt, dass es auch bei der Gabe von lediglich 5 mg unter gleichzeitiger Einnahme des Ciclosporin zu einem dreifach höheren Wirkstoffspiegel des Lercanidipin kommen würde, hätte sich die dann zu erwartende Wirkungssteigerung des Lercanidipin noch in dem vom Hersteller vorgesehenen Dosierungsbereich bewegt. Hierzu hat Prof. Dr. L bereits in seinem schriftlichen Gutachten erläutert und im Senatstermin noch einmal bekräftigt, dass - ausgehend von den Erkenntnissen der erwähnten Studie - aufgrund der Wirkungsverstärkung durch eine gleichzeitige Einnahme des Ciclosporins eine blutdrucksenkende Wirkung der verordneten 5 mg zu erwarten gewesen wäre, die derjenigen einer isolierten Einnahme von 15 mg Carmen entsprochen hätte. Auch eine solche Dosierung hat der Sachverständige noch als unbedenklich erachtet unter Hinweis darauf, dass diese immer noch unter der vom Hersteller empfohlenen Höchstdosis von 20 mg liegt. 93

Dies steht im Einklang mit der erstinstanzlich vom Sachverständigen Prof. Dr. S abgegebenen Beurteilung, dass angesichts der verordneten Dosis von 5 mg lediglich eine 94

milde Absenkung des Blutdrucks zu erwarten gewesen sei und keine kardiovaskulären Probleme.

Was die Ausführungen des Privatgutachters Prof. Dr. A in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 3.5.2012 angeht, so weist bereits das landgerichtliche Urteil zu Recht daraufhin, dass dieser unzutreffender Weise von einer täglich eingenommenen Dosis von 10 mg Lercanidipin ausgeht, was nach dem oben ausgeführten aufgrund der Wirkungsverstärkung durch die gemeinsame Einnahme von Ciclosporin der isolierten Einnahme von etwa 30 mg entspräche und damit weit über der empfohlenen

Höchstdosis läge. Wie jedoch bereits dargelegt, ist von der Klägerin nicht bewiesen, dass der Patient tatsächlich - entgegen der ihm erteilten Dosierungsanweisung - 10 mg täglich eingenommen hätte.

Aber auch wenn man unterstellt, dass es bei der notwendigen Teilung der Tablette durch den Patienten zu einer ungleichen Verteilung des Wirkstoffs gekommen wäre - wobei der Sachverständige im Senatstermin es für sehr unwahrscheinlich erachtet hat, dass der gesamte Wirkstoff sich in nur der einen Tablettenhälfte befinden könnte und eher von einer Verteilung von 4 mg/6 mg ausgegangen ist - läge der dann in Betracht kommende Wirkspiegel mit hoher Wahrscheinlichkeit immer noch im Bereich der vom Hersteller empfohlenen Höchstdosis von 20 mg. Letztlich kann dies allerdings ohnehin dahinstehen, da sich - wie im folgenden noch auszuführen sein wird - anhand der vom Patienten selbst gemessenen und protokollierten Blutdruckwerte für den Zeitraum 13.11. bis 17.11.2006 nicht feststellen lässt, dass es aufgrund der Einnahme des Medikaments Carmen überhaupt zu einer im Hinblick auf den Eintritt eines plötzlichen Herztodes kritischen Reduzierung des Blutdrucks gekommen ist.

(cc) Des Weiteren hat der Sachverständige aber auch auf die grundsätzliche Schwierigkeit gerade bei nierengeschädigten Patienten und der Gabe einer Vielzahl von Medikamenten hingewiesen, den zu erwartenden Spiegel aufgrund der Dosierung genau abzuschätzen. Angesichts dieser Schwierigkeit hat er es als fachgerechtes Vorgehen bezeichnet, sich an der erzielten Wirkung zu orientieren und daher zunächst mit einer sehr niedrigen Dosis des Medikaments zu beginnen, die Auswirkung auf den Blutdruck zu messen und danach gegebenenfalls zu entscheiden, ob eine Erhöhung der Dosis notwendig ist. Vor diesem Hintergrund hat er es - ebenso wie schon in erster Instanz Prof. Dr. S - ausdrücklich als korrekt bewertet, dass von Seiten der Beklagten als Einstiegsdosierung zunächst eine sehr geringe und unter der vom Hersteller vorgesehenen Mindestdosis von 10 mg liegende Dosis des Medikaments Carmen gewählt worden ist.

ee) Auch die zu erwartende Erhöhung des Plasma-Spiegels des Wirkstoffs Ciclosporin stand der zusätzlichen Verordnung des Medikaments Carmen nicht entgegen.

Dabei ist davon aufgrund der Angaben in der Herstellerinformation und den Ausführungen sowohl des Sachverständigen Prof. Dr. L als auch des Privatgutachtes

davon auszugehen, dass nach der bereits erwähnten Studie die Co-Medikation bei jungen gesunden Probanden zu einer Erhöhung der AUC (area under the curve, Fläche unter der Konzentrationszeitkurve als Marker für die Pharmakokinetik von Medikamenten) des Ciclosporins zwischen 21 und 27 % führt.

Eine solche zu erwartende Erhöhung des Ciclosporin-Spiegels hat der Sachverständige indes als klinisch nicht relevant beurteilt. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass selbst ausgehend

von dem am 13.11.2006 gemessenen höchsten Spiegel von 111 ng/ml eine Erhöhung um 27% auf dann rund 141 ng/ml, ja sogar um 50% auf rund 167 ng/ml für den kurzfristigen Verlauf ohne Auswirkung gewesen ist.

Der Sachverständige hat die Behauptung der Klägerin, der Ciclosporin-Spiegel sei mit 111 ng/ml am 13.11.2006 beim Patienten zu hoch gewesen, nicht bestätigt. Er hat erläutert, dass ein Spiegel von 100 bis 150 ng/ml normal ist. Zudem hat der Sachverständige klargestellt, dass es kurzfristig keine Rolle spielt, ob der Spiegel 80, 111 oder 150 ng/ml beträgt, da dem Spiegel lediglich für die Langzeitfolgen Bedeutung zukommt. 103

Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass seitens der Beklagten die Dosierungsanweisung für das Medikament Sandimmun am 13.11.2006 von zweimal täglich 100 mg auf zweimal täglich 85 mg reduziert worden ist. Hierzu hat der Sachverständige erläutert, dass eine solche Reduzierung nicht wegen des gemessenen Spiegelwertes von 111 ng/ml geboten gewesen ist. Vielmehr ist den Ausführungen des Sachverständigen zu entnehmen, dass eine solche Reduzierung der Dosis im Hinblick auf den langfristig angestrebten Spiegel erfolgt, etwa mit der Zielsetzung, die Nierenfunktion zu verbessern. 104

Weiter hat der Sachverständige darauf verwiesen, dass der Ciclosporin-Spiegel ohnehin starken Schwankungen unterworfen ist: Binnen zwei Stunden nach der Einnahme steigt er zunächst auf rund 1000 ng/ml an und fällt dann wieder stark ab. Wegen dieser Schwankungen ist als Richtwert für die langfristige Therapie der Wert zwölf Stunden nach Einnahme festgelegt. Ferner hat der Sachverständige erläutert, dass man heute mit einem Spiegel zwischen 100 bis 150 ng/ml arbeitet, früher jedoch Spiegel von 300 bis 500 ng/ml gebräuchlich gewesen sind, also deutlich höhere Spiegel, als sie beim Patienten infolge der gleichzeitigen Einnahme beider Medikamente zu erwarten waren. 105

Soweit die Klägerin erstmals mit Schriftsatz vom 23.1.2015 die Erhöhung des Ciclosporinspiegels auch im Hinblick auf die mögliche Verursachung einer Hyperkaliämie als fehlerhaft erachtet, hat der Sachverständige zunächst klargestellt, dass für ihn nicht feststellbar ist, dass bei dem Patienten tatsächlich eine Hyperkaliämie aufgetreten ist. Nicht zutreffend ist die Behauptung der Klägerin, dass bei dem Patienten zum Behandlungszeitpunkt ein grenzwertig erhöhter Kaliumwert vorgelegen hätte. Richtig ist, dass in den Jahren 2003 und 2005 beim Patienten zeitweise erhöhte Kaliumwerte festgestellt worden waren, wie sich aus den Krankenunterlagen der Beklagten ergibt. Sowohl der am 2.3.2006 gemessene Wert als auch der am 13.11.2006 ermittelte Wert lagen jedoch mit jeweils 4,5 mmol/l klar im Normbereich von 3,5 bis 4,8 mmol/l. 106

Zudem hat der Sachverständige die zu erwartende Erhöhung des Ciclosporinspiegels im Hinblick auf die Verursachung einer Hyperkaliämie als klinisch nicht relevant bewertet und darauf verwiesen, dass es auch in den Zeiten, in denen man noch mit Spiegeln von 300 bis 500 ng/ml gearbeitet habe, nicht zu Problemen im Hinblick auf eine Hyperkaliämie gekommen sei. In diesem Zusammenhang weist der Senat daraufhin, dass auch der Privatgutachter Prof. Dr. A in seiner für die Klägerin erstellten Stellungnahme vom 3.5.2012 die gleichzeitige Gabe von Carmen und Sandimmun nicht etwa im Hinblick auf die Entstehung einer Hyperkaliämie als denkbare Ursache für den plötzlichen Herztod des Patienten am 18.11.2006 als problematisch erachtet hat, sondern ausschließlich im Hinblick auf eine zu starke Reduzierung des Blutdrucks infolge der Wirkverstärkung des Lercanidipins. Zudem hat Prof. Dr. A im Senatstermin ausdrücklich erklärt, dass er insoweit mit der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. L. durchaus übereinstimme. 107

Nach dem vorstehend Ausgeführten bedarf es letztlich auch keiner weiteren Aufklärung zu der Frage, ob der Patient die ihm von der Zeugin Dr. N am 13.11.2006 telefonisch mitgeteilte Reduzierung der Dosierung für das Medikament Sandimmun von zweimal 100 mg täglich auf zweimal 85 mg mit den ihm zur Verfügung stehenden Darreichungsformen des Medikaments umsetzen konnte oder nicht. Denn auch wenn man unterstellt, der Patient habe – wie vor dem 13.11.2006 – weiterhin zweimal täglich 100 mg eingenommen – diejenige Dosis also, die dem am 13.11.2006 gemessenen Spiegel von 111 ng/ml zugrunde lag - so dass es an den Tagen nach dem 13.11.2006 nicht infolge der Dosisreduzierung zu einer Absenkung des Sandim-

munspiegels gekommen wäre, bliebe die mögliche Erhöhung des Wirkstoffspiegels infolge einer Co-Medikation mit dem Lercanidipin, wie bereits dargestellt, in einem Bereich, der für die Frage, ob hierdurch der Tod des Patienten verursacht worden sein könnte, ohne Relevanz wäre. 109

Soweit der Sachverständige daraufhin gewiesen hat, dass eine fortlaufende Kontrolle des Sandimmun-Spiegels notwendig ist, hat er die von Seiten der Beklagten ausweislich der Dokumentation vom 13.11.2006 im Zusammenhang mit der Dosisreduzierung auf 85 mg angeordnete erneute Kontrolle des Spiegels in der folgenden Woche als eher unnötig engmaschig bewertet, keinesfalls aber als ein zu lang gewähltes Kontrollintervall. 110

ff) Die Gabe von Carmen kann auch nicht deshalb als Behandlungsfehler bewertet werden, weil zur Behandlung des Bluthochdrucks beim Patienten andere Calcium-Antagonisten zur Verfügung gestanden haben, die nicht die Wechselwirkung mit dem Wirkstoff Ciclosporin aufweisen. 111

(1) Es ist allerdings richtig und ergibt sich sowohl aus dem Gutachten von Prof. Dr. S als auch aus dem Privatgutachten von Prof. Dr. A, dass es andere Wirkstoffe aus der Gruppe der Ca-Antagonisten gibt, die eine derartige Wechselwirkung mit Ciclosporin nicht aufweisen, namentlich Nifedipin und Amlodipin. Gleichwohl kommen sowohl der erstinstanzlich beauftragte Sachverständige Prof. Dr. S als auch der vom Senat hinzugezogene Sachverständigen Prof. Dr. L zu dem Ergebnis, dass das Medikament Carmen mit dem Wirkstoff Lercanidipin im Falle des Patienten gegenüber den anderen Wirkstoffen aus der Gruppe der Ca-Antagonisten Vorteile aufgewiesen hat, die den Nachteil der Wechselwirkung überwiegen und die Verordnung daher als nicht fehlerhaft erscheinen lassen. 112

Prof. Dr. S hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten (S. 18) daraufhin gewiesen, dass Lercanidipin eine relativ geringe Bio-Verfügbarkeit und eine Halbwertszeit von 8 bis 10 Stunden hat und es entsprechend langsam anflutet, so dass es insbesondere bei sehr geringer Dosierung nicht zu einem starken, für den Patienten angesichts seiner koronaren Herzkrankheit bedrohlichen Blutdruckabfall führt, und dies im Kammertermin dahin ergänzt, dass Lercanidipin aus seiner Sicht im Falle der beim Patienten bestehenden koronaren Herzerkrankung im Vergleich mit Nifedipin und Amlodipin das schonendere und deutlich wirkungsvollere Mittel gewesen ist. Die- 113

ser Beurteilung hat sich Prof. Dr. L im Senatstermin ausdrücklich angeschlossen und dazu ausgeführt, dass Carmen einerseits bereits zu den Ca-Antagonisten mit den geringsten Wechselwirkungen gehört, andererseits aber gegenüber den älteren Ca-Antagonisten, die eine kürzere Wirksamkeit haben, aufgrund seiner langsamen Wirksamkeit besser zu der angestrebten kontinuierlichen Absenkung des Blutdrucks geeignet ist. Es gilt insoweit, wie der Sachverständige dargelegt hat, einen "Rebound"-Effekt durch eine zu kurze Wirksamkeit des blutdrucksenkenden Medikaments zu vermeiden. Speziell in Bezug auf den Wirkstoff 114

Nitrendipin hat der Sachverständige darauf verwiesen, dass dieser nur eine kurze Halbwertszeit und mithin auch nur eine relativ kurze Wirkdauer hat. Aus diesem Grund ist man, so der Sachverständige, im Bereich der Transplantationsmedizin inzwischen davon abgekommen, Nitrendipin zu geben, dieses ist jedenfalls nicht mehr erste Wahl.

Diese Beurteilung der gerichtlichen Sachverständigen wird aus Sicht des Senats nicht durch die Ausführungen des Privatgutachters Prof. Dr. A in entscheidender Weise in Frage gestellt. Dieser teilt, wie sich insbesondere seiner abschließenden Stellungnahme im Senatstermin entnehmen lässt, in der Sache durchaus den Ausgangspunkt von Prof. Dr. L, dass bei der Entscheidung über das beim Patienten einzusetzende blutdrucksenkende Mittel eine Güterabwägung zu treffen sei. Prof. Dr. A gewichtet insoweit lediglich die hierbei zu berücksichtigenden Gesichtspunkte anders und gelangt auf dieser Grundlage zu seinem Urteil, dass im Falle des Patienten Nitrendipin und nicht Lercanidipin die erste Wahl gewesen sei. Diese Beurteilung erscheint dem Senat jedoch jedenfalls nicht überzeugender als die Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen. 115

Prof. Dr. A misst der durch die gleichzeitige Gabe von Lercanidipin und Ciclosporin bedingten Wechselwirkung und Wirkverstärkung des blutdrucksenkenden Mittels ein erhebliches Gewicht bei, geht hierbei jedoch unzutreffend von einer Dosierung von 10 mg aus, während - wie bereits ausgeführt - lediglich von einer deutlich niedrigeren Dosierung von 5 mg ausgegangen werden kann. Zudem hat der Sachverständige Prof. Dr. L in überzeugender Weise und im Ergebnis in Übereinstimmung mit Prof. Dr. S dargetan, dass bei der gewählten Dosierung auch unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen beiden Medikamenten kein zu hoher Wirkstoffspiegel für das Lercanidipin zu erwarten war und zudem von Seiten der Be- 116

klagen die methodisch richtige Vorgehensweise gewählt war, ausgehend von einer möglichst niedrigen Dosierung des neu hinzugekommenen blutdrucksenkenden Medikaments anhand der zu beobachtenden Wirkung die im Ergebnis für die anzustrebende Senkung des Blutdrucks notwendige Dosis zu ermitteln. 117

Des Weiteren bewertet Prof. Dr. A offensichtlich den Benefit der mit der längeren Halbwertszeit verbundenen längeren Wirkungsdauer des Lercanidipin für den Patienten anders als die gerichtlichen Sachverständigen, bleibt hierfür jedoch eine nachvollziehbare Begründung schuldig, während Prof. Dr. L insoweit auf die Notwendigkeit verweist, eine gleichmäßige Blutdrucksenkung ohne "Rebound"-Effekt zu erzielen. 118

Soweit Prof. Dr. A schließlich im Senatstermin allein noch darauf verwiesen hat, dass er bei seinen Recherchen keine Evidenz für den Einsatz von Carmen bei der Behandlung eines Bluthochdrucks bei Transplantationspatienten habe finden können, ist darauf hinzuweisen, dass der Privatgutachter selbst eingeräumt hat, dass sich die Behandlung dieser Patientengruppe in einem Grenzbereich der evidenzbasierten Medizin bewegt, was offensichtlich im Wesentlichen auf dem vom Sachverständigen Prof. Dr. L hervorgehobenen Fehlen von Studien, die diese Patientengruppe einbeziehen, beruht. Für den von ihm vertretenen Vorrang des Wirkstoffs Nitrendipin bei der Behandlung des Patienten konnte auch Prof. A lediglich darauf verweisen, dass zu diesem Wirkstoff Erkenntnisse aus einer einzigen, an einer kleinen Patientengruppe durchgeführten Studie vorliegen, während es zum Einsatz von Lercanidipin, jedenfalls in Kombination mit Ciclosporin, bisher keine Studien gibt, wie Prof. Dr. S in seinem schriftlichen Gutachten (S. 18) mitgeteilt hat. Bei dieser insgesamt als unzureichend zu bewertenden Studienlage muss jedoch der auf der klinischen Erfahrung aus ihrer Tätigkeit als Leiter von Nierentransplantationszentren beruhenden Beurteilung der Sachverständigen Prof. Dr. S und Prof. Dr. L besonderes Gewicht beigemessen werden, 119

wenn diese übereinstimmend die gering dosierte Gabe von Lercanidipin im konkreten Falle des Patienten als vorteilhaft gegenüber der Gabe von Nitrendipin beurteilen.

2. Aber selbst wenn man dem Privatgutachter Prof. Dr. A folgen wollte und die Gabe von Carmen (Lercandipin) im Hinblick auf die Wirkungsverstärkung infolge der Wechselwirkung mit dem Ciclosporin und die Möglichkeit, alternativ den Wirkstoff Nitrendipin zu verordnen, als behandlungsfehlerhaft beurteilen würde, hätte die Kläge-

120

rin jedenfalls nicht den Beweis geführt, dass der Tod ihres Ehemannes kausal auf diesen Behandlungsfehler zurückzuführen ist. Hinsichtlich des Ursachenzusammenhanges kommt der Klägerin auch keine Beweislastumkehr zugute, da der unterstellte Behandlungsfehler jedenfalls nicht als grob bewertet werden könnte.

121

a) Bereits nach dem Vortrag der Klägerin stellt es lediglich eine Vermutung dar, dass der Patient am 18.11.2006 tatsächlich an einem plötzlichen Herztod (Herzinfarkt) verstorben ist, mag diese Vermutung auch angesichts der Vorerkrankungen ihres Mannes sehr naheliegend sein.

122

b) Weiter sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass weder die gerichtlichen Sachverständigen noch der Privatgutachter die Behauptung der Klägerin bestätigt haben, die gleichzeitige Gabe der Medikamente Carmen und Sandimmun sei deswegen fehlerhaft gewesen, weil diese zu einem Anstieg des Wirkstoffspiegels des Ciclosporins geführt habe und es hierdurch zu einer Hyperkaliämie und in deren Folge zum plötzlichen Herztod des Patienten gekommen wäre. Prof. Dr. L hat im Senatstermin hierzu dargelegt, dass die zu erwartende Spiegelerhöhung, auch ausgehend von dem am 13.11.2006 gemessenen Wert von 111 ng/ml, um 21 bis 27 % zu gering gewesen sei, um den Kaliumspiegel in klinisch relevanter Weise beeinflussen zu können. Prof. Dr. A ist dieser Bewertung ausdrücklich nicht entgegen getreten.

123

c) Ebenso wenig kann die Klägerin beweisen, dass es zu dem von Prof. Dr. A in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 3.5.2012 dargestellten Kausalverlauf gekommen ist, nämlich dass sich die primäre Dosis Carmen über mehrere Einnahmetage langsam akkumuliert und dadurch zu einer übermäßigen Absenkung des Blutdrucks geführt habe. Auch Prof. Dr. A hat einen solchen Kausalverlauf lediglich für möglich erachtet, keineswegs aber als feststehend (vgl. S. 11).

124

Der Sachverständige Prof. Dr. L hat hingegen unter Verweis auf die vom Patienten selbst gemessenen Blutdruckwerte einen solchen Kausalverlauf schon nicht als wahrscheinlich angesehen und darauf verwiesen, dass die vom Patienten selbst gemessenen Blutdruckwerte gegen den vom Privatgutachter postulierten Kausalverlauf sprechen, da sich diesen keine Anhaltspunkt dafür entnehmen lassen, dass es im Verlauf bis zum 18.11.2006 überhaupt zu einer Absenkung des Blutdrucks gekommen ist. Insbesondere die am 16.11.2006 um 7.30 Uhr und am 17.11.2006 um

125

8.00 Uhr gemessenen Blutdruckwerte von 149/88 mm/Hg bzw. 143/80 mm/Hg liegen nicht unter, sondern vielmehr über den vom Patienten in den Tagen vor der Verordnung von Carmen gemessenen Blutdruckwerten. Lediglich für den 9.11.2006 weist das Blutdruckprotokoll einen noch höheren Wert (154/90 mm/Hg) aus. Die Messungen des Patienten am 16. und 17.11.2006 zeigen damit nicht nur lediglich keine „krisenhaften“ Blutdruckwerte - was der Privatgutachter im Senatstermin immerhin eingeräumt hat – sondern liegen immer noch über dem nach den Ausführungen von Prof. Dr. S anzustrebenden Blutdruck von < 130/85 mm/Hg. Mithin spricht nichts dafür, dass es infolge

126

der dem Patienten von Beklagtenseite verordneten geringen Dosierung des Medikaments Carmen bis zum Morgen des 17.11.2006 – einen Tag vor dem Versterben des Patienten – überhaupt bereits zu der angestrebten Absenkung des Blutdrucks gekommen war.

Soweit Prof. Dr. A im Senatstermin darauf hingewiesen hat, dass typischerweise der Blutdruck morgens am niedrigsten sei, handelt es sich, bezogen auf den konkreten Fall des Patienten, lediglich um eine Spekulation, wobei darauf hinzuweisen ist, dass ausweislich des Protokolls des Patienten dieser am Morgen des 16.11.2006 um 7.30 Uhr bereits einen Blutdruck von 149/88 mm/Hg und am Morgen des 17.11.2006 um 8.00 Uhr einen Blutdruck von 143/80 mm/Hg hatte. 127

Was die Hypothese des Privatgutachters angeht, das Medikament Carmen habe sich im Verlauf akkumuliert und dadurch zu einer übermäßigen Absenkung des Blutdrucks geführt, so ist zunächst wiederum darauf zu verweisen, dass Prof. Dr. A hierbei von einer täglichen Dosis von 10 mg ausgegangen ist, die tatsächlich verordnete Dosis aber lediglich 5 mg betrug. Des Weiteren hat der Sachverständige Prof. Dr. L es im Senatstermin jedoch auch als unwahrscheinlich bezeichnet, dass es infolge einer Akkumulation erstmalig am Morgen des 18.11.2006 und dann schlagartig zu einer kritischen Absenkung des Blutdrucks gekommen sein könnte. Vielmehr wäre zu erwarten gewesen, so der Sachverständige, dass die blutdrucksenkende Wirkung schrittweise eingesetzt hätte. 128

d) Was die mögliche Ursache des Todes des Patienten am 18.11.2006 angeht, hat der Sachverständige Prof. Dr. L ebenso wie in erster Instanz bereits Prof. Dr. S – darauf verwiesen, dass das Risiko eines Herztodes bei nierentransplantierten Patienten massiv erhöht sei, gerade auch dann, wenn – wie beim Patienten im vorliegenden Fall – bereits unabhängig von der Nierenerkrankung eine 129

Herz-Kreislaufkrankung vorliege. Insbesondere auch unter Berücksichtigung der im Verlauf des Sommers 2006 erneut aufgetretenen Herzbeschwerden des Patienten, die aus Sicht der behandelnden Ärzte Anlass zu einer erneuten Koronarangiografie gegeben hätten, lässt sich der Tod des Patient mithin unschwer auch ohne einen Behandlungsfehler seitens der Beklagten erklären. 130

e) Der Klägerin kommt hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs keine Beweislastumkehr zugute. Selbst wenn man in der Co-Medikation von Carmen und Sandimmun einen Behandlungsfehler sehen würde, wäre dieser – auch auf der Grundlage der Ausführungen des Privatgutachters Prof. Dr. A – jedenfalls nicht als grob zu bewerten. Wie bereits dargelegt, haben weder der erstinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. S noch der vom Senat beauftragte Sachverständige Prof. Dr. L in der Co-Medikation überhaupt einen Behandlungsfehler erkennen können, so dass sich auf dieser Grundlage erst recht kein grober Behandlungsfehler annehmen lässt. Aber auch Prof. Dr. A hat bereits in seiner schriftlichen Stellungnahme die Frage, ob der von ihm angenommene Behandlungsfehler als grob, d.h. aus objektiver medizinischer Sicht nicht mehr verständlich anzusehen ist, offengelassen und zur Begründung darauf verwiesen, dass die Behandlungssituation des Patienten außerordentlich komplex gewesen sei und multiple Einflussgrößen zu berücksichtigen seien. Zudem hat Prof. Dr. A im Senatstermin eingeräumt, dass sich die Beurteilung in einem Grenzbereich der evidenzbasierten Medizin bewege. Angesichts dieser vom Privatgutachter attestierten Komplexität der zu treffenden Entscheidung sieht der Senat jedoch keine ausreichende Grundlage, um die Entscheidung für die Gabe des blutdrucksenkenden Medikaments Carmen und gegen den Einsatz eines anderen in Betracht kommenden Ca-Antagoisten, wie etwa Nitrendipin, aus rechtlicher Sicht als Verstoß gegen bewährte elementare Behandlungsregeln zu werten, der aus objektiver Sicht nicht mehr 131

verständlich ist, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Nur ergänzend sei angemerkt, dass Prof. Dr. A am Schluss seiner schriftlichen Ausführungen die Frage, ob ein grober Behandlungsfehler vorliege, ausdrücklich der Beurteilung eines klinisch tätigen Nephrologen mit großer Erfahrung bei der Behandlung von nierentransplantierten Patienten hat überlassen wollen. Eben um einen sol-

chen handelt es sich jedoch bei dem vom Senat beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. L, der Leiter des Transplantationszentrums der Y ist.

III. 134

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. 135

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711 136

IV. 137

Die Revision ist nicht zuzulassen. Der Rechtssache kommt weder grundsätzliche Bedeutung zu noch ist eine Entscheidung des Revisionsgerichts wegen der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich (§ 543 ZPO). 138