Vollstreckbare/Auszugsweise/Ausfertigung

Landgericht Lüneburg
Geschäfts-Nr.:
2 O 422/08

Verkündet am:
28.07.2010
Waterstradt, Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes!

Urteil

In dem Rechtsstreit

[redacted]

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte Kirchhoff, Dr. Kirchhoff und Kollegen, Wilhelmstraße 9, 35781 Weilburg,
Geschäftszeichen: 421/06B03

gegen

[redacted]

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte zu 1, 2, 3: Rechtsanwältinnen Dr. Soyke und Dr. Schröder, Neuer Jungfernstieg 5, 20354 Hamburg,
Geschäftszeichen: 105/09

wegen Arzthaftung

hat die 2. Zivilkammer des Landgerichts Lüneburg durch die Vorsitzende Richterin am Landgericht Dopatka, den Richter am Landgericht Dr. Petershagen und den Richter Kramer auf die mündliche Verhandlung vom 30.06.2010

für **R e c h t** erkannt:

I. Es wird festgestellt, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, der Klägerin die materiellen Schäden, die ihr aus der fehlerhaften Antibiotika-

Therapie ihres Ehemannes [redacted] bei der Beklagten zu 1) und dem dadurch verursachten Tod ihres Ehemannes entstanden sind oder entstehen werden, zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Dritte oder Sozialversicherungsträger übergegangen sind.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Kosten des Rechtsstreits werden gegeneinander aufgehoben.

III. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Beklagten dürfen die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des auf Grund des Urteils zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin zuvor Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Tatbestand

Die Klägerin macht eigene Ansprüche aufgrund einer fehlerhaften medizinischen Versorgung und des daraus resultierenden Todes ihres Ehemannes geltend, insbesondere mit der Begründung, die Beklagten zu 2) und zu 3) hätten im Rahmen einer Operation eine Sepsis bei ihrem Ehemann verursacht und diese fehlerhaft diagnostiziert sowie behandelt, was zum Tode ihres Ehemannes (im Folgenden: Patient) geführt habe.

Der verstorbene Patient begab sich im Dezember 2004 erstmals in die Herz-Kreislauf-Klinik [redacted] mit einem Engegefühl in der Brust. Die kardiologische Abteilung der Beklagten zu 1) stellte eine schwere koronare Mehrgefäß-Erkrankung fest. Die Behandlung des Patienten, auch in der Folgezeit, erfolgte durch die Beklagten zu 2) und zu 3).

Der Patient wurde am 04.02.2005 am offenen Herzen operiert. Es wurden fünf Bypässe gelegt. Am Tag der Operation erhielt der Patient jeweils um 8:00 und um 11:30 Uhr 2 x 2 g des Antibiotika Cefazolin.

Nachdem der Patient am Tag nach der Operation zunächst in guter Verfassung war, trat bei ihm am späten Nachmittag Atemnot und Vorhofflimmer auf, infolgedessen er in ein künstliches Koma versetzt wurde. Als Antibiotikum wurde ihm um 14:00 Uhr 1 x 2 g Ceftriaxon verabreicht.

Eine Untersuchung des Bronchialsekrets am 06.02.2005 brachte keinen Befund. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Patient Fieber und eine Röntgenaufnahme zeigte Lungenödeme, so dass die Verdachtsdiagnose Pneumonie gestellt wurde. Um 2:00 Uhr und um 10:00 Uhr erhielt der Patient jeweils 2 x 2 g Ceftriaxon erhalten, um 16:00 Uhr und 24:00 Uhr jeweils 2 x 1 g Zienam.

Auch an den Folgetagen wies der Patient Fieber von 38°C auf. Am 07.02.2005 wurde die Antibiotikadosis zunächst erhöht und jeweils um 8:00 Uhr, um 16:00 Uhr sowie um 24:00 Uhr 3 x 1 g Zienam verabreicht. Am 08.02.2005 wurde den behandelnden Ärzten mitgeteilt, dass eine am 06.02.2005 in Auftrag gegebene Blutuntersuchung Coli-Bakterien gezeigt habe. Die Dosis sowie die Verabreichungshäufigkeit wurde reduziert auf 2 x 1 g Zienam jeweils um 8:00 Uhr und um 20:00 Uhr.

Diese Antibiotikagabe wurde auch an den folgenden Tagen beibehalten. Am 10.02.2005 ab 14:00 Uhr bis zum 11.02.2005 setzte eine Entfieberung des Patienten ein und die Herz-Kreislauf-Situation stabilisierte sich. Die Beklagten zu 2) und 3) gingen daher von der Wirksamkeit ihrer Antibiose aus.

Am 12.02.2005 wurde die Antibiotikadosis zunächst weiter auf 1 x 1 g Zienam um 8:00 Uhr reduziert. An diesem Tage entnommenes Lungensekret war bei einer Analyse negativ. Die mikrobiologische Untersuchung hatte keinen Keimnachweis ergeben. Um 12:00 Uhr wurde dem Patienten 1 x 160 mg Gentamycin, um 13:00 Uhr und um 24:00 Uhr 2 x 4 g Cefazolin verabreicht.

Am 13.02.2005 erfolgte eine Antibiotikagabe um 5:00 Uhr mit 1 x 4 g Cefazolin.

Am 14.02.2005 korrigierte die Mikrobiologie Celle ihren Befund vom 08.02.2005 und teilte mit, dass die befundeten Coli-Bakterien auf eine von außen kommende Verunreinigung der Probe zurückzuführen seien. Der Patient hat um 11:00 Uhr 2 x 4 g

Cefazolin, um 12:00 Uhr 1 x 160 mg Gentamycin und um 19:00 Uhr noch mal 2 x 4 g Cefazolin erhalten.

In einer am 15.02.2005 entnommenen Blutprobe wurde durch die Abteilung für Labormedizin des Allgemeinen Krankenhauses Celle das Propioni-bacterium species nachgewiesen. Zu diesem Zeitpunkt litt der Patient unter 40°C Fieber und musste zu 100 % beatmet werden. Um 3:00 Uhr hat der Patient 3 x 4 g Cefazolin erhalten, um 10:00 Uhr 1 x 400 mg Targozid. Um 11:00 Uhr wurden dem Patienten wieder 3 x 4 g Cefazolin verabreicht und um 12:00 Uhr 1 x 160 mg Gentamycin. Die letzte Antibiotikagabe an diesem Tag erfolgte um 19:00 Uhr mit 3 x 4 g Cefazolin.

Ab dem 16.02.2005 konnte das Fieber zunächst deutlich abgesenkt und die künstliche Beatmung auf 40 % reduziert werden. Am 16.02.2005 wurde der Labormedizin Blut des Patienten übermittelt, mit der Fragestellung, ob eine Staphylokokken-Sepsis vorliege. Dem Patienten wurde um 10:00 Uhr 1 x 400 mg Targocid und um 12:00 Uhr 1 x 160 mg Gentamycin sowie 1 x 1 g Zienam verabreicht. Um 14:00 und um 19:00 Uhr hat der Patient jeweils 2 x 4 g Cefazolin erhalten.

Am 17.02.2005 erfolgte eine zweite Bronchoskopie, die den Nachweis Koagulase negativen Staphylokokken im Bronchialsekret und Entereococcus faecium, jeweils multible resistent, ergab. Der Beklagte zu 2) wurde am 21.02.2005 um 14:07 Uhr informiert. In den Tagen nach dem 17.02.2005 verschlechterte sich der Gesundheitszustand des Patienten. So musste am 19.02.2005 ein Luftröhrenschnitt durchgeführt werden, zur Erleichterung und Gewährleistung der Beatmung.

Am 17.02.2005 hat der Patient um 3:00 Uhr 2 x 4 g Cefazolin erhalten, um 9:00 Uhr 2 x 600 mg Zyvoxid. Um 12:00 Uhr erfolgte die Gabe von 1 x 160 mg Gentamycin, um 13:00 Uhr von 1 x 1 g Zienam. Weitere 2 x 4 g Cefazolin hat der Patient um 19:00 Uhr erhalten, sowie noch einmal 2 x 600 mg Zyvoxid um 21:00 Uhr.

Die letztmalige Gabe von 1 x 4 g Cefazolin ist um 3:00 Uhr am 18.02.2005 erfolgt. Im Anschluss wurde die Antibiotikatherapie ausschließlich noch mit Zyvoxid und Zienam durchgeführt. Um 9:00 und um 21:00 Uhr hat der Patient jeweils 2 x 600 mg Zyvoxid sowie um 12:00 und um 24:00 Uhr jeweils 2 x 500 mg Zienam erhalten. Diese Therapie

wurde auch am 19.02.2005 beibehalten. Am 20.02.2005 variierte die Gabe lediglich in den Uhrzeiten. Zienam wurde dann am 21.02.2005 nur noch 1 x mit 500 mg um 10:00 Uhr verabreicht. Zyvoxid hat der Patient sowohl am 21.02.2005 als auch am 22.02.2005 jeweils mit 2 x 600 mg um 8:00 Uhr und um 20:00 Uhr erhalten.

Der Patient verstarb am 23.02.2005. Laut Sektionsprotokoll ist die Todesursache ein frischer Herzinfarkt, während die Todesbescheinigung des Beklagten zu 2) als todesursächlich eine fulminante Sepsis ausweist.

Die Klägerin behauptet, dass die Ursache für das Versterben ihres Ehemannes eine Infektion mit multiplen resistenten Krankenhauskeimen gewesen sei, die zu einer Sepsis und letztlich zum Tode geführt habe. Dem Beklagten zu 2) habe sich bereits am 05.02.2005 eine Infektion mit Krankenhauskeimen aufdrängen müssen. Weitere diagnostische Maßnahmen seien angezeigt gewesen und der Patient hätte mit einem Breitbandantibiotika oder einer Kombination von Antibiotika behandelt werden müssen. Bei einer dem medizinischen Standard entsprechenden Therapie, jedenfalls ab dem 08.02.2005 wäre der Tod des Patienten vermieden worden.

Die Klägerin macht geltend, dass sie die aus dem Tode ihres Ehemannes resultierenden Lasten nicht auf Dauer allein tragen könne. Sie sei psychisch so angeschlagen, dass nicht absehbar sei, wie lange sie noch erwerbsfähig sein werde. Die im Raume stehenden Schäden ließen sich in weiten Teilen noch nicht konkret beziffern.

Die Klägerin beantragt,

> festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche materiellen und immateriellen Schäden, die aus den ärztlichen Versäumnissen während der Behandlung des Ehemannes [redacted] in der Zeit zwischen Dezember 2004 und dem 23.02.2005 in der Herz-Kreislauf-Klinik [redacted] und dem resultierenden Tod des [redacted] am 23.02.2005

entstanden sind oder entstehen werden, zu ersetzen haben, soweit die Ansprüche nicht auf Dritte übergegangen sind.

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Sie behaupten, dass ein Herzinfarkt zum Tode des Patienten geführt habe, der in keinem Zusammenhang mit der Sepsis gestanden habe. Die Antibiotikagabe sei ordnungsgemäß gewesen und es seien kontinuierlich mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt worden.

Wegen der Einzelheiten des weiteren Vorbringens der Parteien wird Bezug genommen auf die zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung.

Die Kammer hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 02.07.2009 (Bl. 262 ff. d.A.) durch das Einholen eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. med. van de Loo, welches dieser in der mündlichen Verhandlung vom 30.06.2010 erläutert hat. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten vom 02.11.2009 (Bl. 283 ff. d.A.) sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 30.06.2010 (Bl. 364 ff. d.A.) Bezug genommen. Die Akten der Staatsanwaltschaft Lüneburg mit dem Aktenzeichen 5105 Js 4711/05 waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

Die Klage war abzuweisen, soweit die Klägerin die Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für immaterielle Schäden begehrt, denn insoweit ist die Klage unzulässig (I.). Im Übrigen ist die Klage in dem sich aus dem Tenor ergebenden Umfang begründet (II.).

I.

Hinsichtlich der Feststellung der Ersatzpflicht für immaterielle Schäden fehlt das für eine Feststellungsklage gemäß § 256 Abs. 1 ZPO erforderliche Feststellungsinteresse, weil diesbezüglich eine Leistungsklage möglich gewesen wäre (Zöller/Greger, 26. Auflage, § 256 Rn. 7a; BGH, Az. III ZA 20/52, Rz. 3; zitiert nach Juris), die eine endgültige Klärung des Streitstoffes bereits in diesem Prozess ermöglicht hätte. Der Ehemann der Klägerin ist bereits am 23.02.2005 verstorben, so dass eine weitere Entwicklung des immateriellen Schadens - aus der sich ein Feststellungsinteresse ergeben könnte - ausgeschlossen ist. Der Klägerin war möglich, den immateriellen Schaden zu beziffern und mit einer Leistungsklage geltend zu machen. Dies wäre vorliegend auch geboten gewesen. Die Klägerin wurde auf die Bedenken der Kammer in Hinblick auf das Feststellungsinteresse bereits mit der Klagezustellung hingewiesen (Bl. 80 d.A.). Ein erneuter Hinweis ist durch die Kammer in der mündlichen Verhandlung vom 30.06.2010 erfolgt. Eine Umstellung der Klageanträge ist jedoch dennoch bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung unterblieben.

Entgegen der Auffassung der Klägerin folgt ein Feststellungsinteresse auch nicht aus dem Zweck der Verjährungsunterbrechung. Gerade auch hier setzt ein Feststellungsinteresse voraus, dass künftige Schadensfolgen möglich sind, ihr Eintritt aber ungewiss ist (Zöller/Greger, 26. Auflage, § 256 Rn. 8a; BGH NJW 2001, 1431 [1432]).

II.

Die in Hinblick auf die Feststellung der Ersatzpflicht für materielle Schäden zulässige Feststellungsklage ist gemäß den §§ 823 Abs. 1, 831 S.1, 844 BGB begründet, denn die Beklagten zu 2) und zu 3), die bei der Beklagten zu 1) angestellt sind, haben fahrlässig den Tod des Patienten widerrechtlich verursacht. Die therapeutische Versorgung des Patienten bei der Beklagten zu 1) durch die ihn behandelnden Ärzte entsprach schuldhaft nicht dem medizinischen Standard. Diese fehlerhafte medizinische Behandlung war ursächlich für dessen Tod.

1.

Für die Kammer steht nach der Beweisaufnahme zu ihrer Überzeugung fest, dass die therapeutische Versorgung des Ehemannes mit Antibiotika durch die behandelnden

Ärzte nicht dem medizinischen Standard entsprochen hat, was dessen Tod zur Folge hatte, mithin das Leben des Ehemannes der Klägerin widerrechtlich verletzt wurde, § 823 Abs. 1 BGB. Die Antibiotikatherapie im Zeitraum vom 06.02.2005 bis zum 12.02.2005 war unzureichend und damit behandlungsfehlerhaft, weil zum einen das Medikament Zienam nur in unzureichender Dosierung verabreicht wurde und zum anderen eine Kombination mit einem weiteren Antibiotika, zum Abdecken eines breiteren Erregerkreises, unterblieben ist.

Behandlungsfehlerhaft wurde dem verstorbenen Ehemann der Klägerin im Zeitraum vom 06.02.2005 um 16:00 Uhr bis zum 12.02.2005 um 8:00 Uhr das Antibiotika Zienam nur in einer für die Wirksamkeit unzureichenden Dosierung verabreicht. In diesem Zeitraum wurde dem verstorbenen Ehemann der Klägerin 2 x täglich allein das Antibiotika Zienam jeweils mit einer Dosis von 2 x 1 g gegeben. Lediglich am 07.02.2005 erfolgte eine dreimalige Gabe von jeweils 3 x 1 g. An 12.02.2005 wurde Zienam lediglich mehr 1 x mit einer Dosis von 1 x 1 g verabreicht.

Die gewählte Art und Weise der Dosierung von Zienam war - nach den Ausführungen des Sachverständigen, denen sich die Kammer insoweit anschließt - behandlungsfehlerhaft, weil bei diesem Medikament für einen ausreichenden Wirkspiegel die 3- bis 4-malige tägliche Gabe erforderlich ist. Der Sachverständige hat in seiner Anhörung ausgeführt, dass das Medikament Zienam zwar das Mittel der Wahl gewesen sei, aber ein Wirkspiegel im therapeutischen Bereich in der Regel dessen 3- bis 4-malige tägliche Gabe erfordere. Danach wäre die Gabe dieses Antibiotikums 3 x 1 g oder 4 x 500 mg erforderlich gewesen. Diese Dosis werde in den Leitlinien empfohlen. Die Gabe, Frequenz und die Dosierung von Zienam in dem Zeitraum vom 06.02.2005 - 12.02.2005 war nach seinen schriftlichen Ausführungen dem Sachverständigen nicht ausreichend und stellte einen Abweichung vom medizinischen Standard dar, weil das Medikament nicht häufig genug und damit nicht ausreichend dosiert gewesen sei. Mündlich erläuterte der Sachverständige hierzu noch einmal anschaulich und für die Kammer sehr gut nachvollziehbar unter Bezugnahme auf das Werk "Antibiotikatherapie" von Simon/Stiller, dass der Patient mit der ihm verabreichten Dosis bei 2-maliger täglicher Gabe faktisch lediglich zweimal 4 bis 6 Stunden behandelt worden sei, was insbesondere auf die Halbwertszeit des Medikaments zurückzuführen sei. Daraus resultiere, dass der Patient in diesen Tagen 12 Stunden unbehandelt

geblieben sei. Die Folge einer solchen unzureichenden Therapie sei, dass lediglich die schwachen Keime abgetötet, die resistenteren jedoch überleben würden. Das sei deshalb problematisch, weil sich resistenteren Keime dadurch (noch) besser entwickeln könnten.

Mit den Einwänden und Bedenken der Beklagten hat sich der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung ausgiebig auseinander gesetzt und diese für die Kammer nachvollziehbar und überzeugend entkräftet. Insbesondere hat der Sachverständige nochmals eingehend unter Bezugnahme auf den Kurvenverlauf der Plasmakonzentration von Imipenem (Handelsname u.a. für Zienam) bei Simon/Stiller "Antibiotikatherapie" den notwendigen Wirkspiegel von Zienam erläutert.

Ein weiterer Behandlungsfehler im Rahmen der Antibiotikatherapie in dem Zeitraum vom 06.02.2005 bis zum 12.02.2005 ist ferner darin zu sehen, dass nicht ein zusätzliches Medikament zur Ergänzung des Wirkspektrums gegeben worden ist. Der Sachverständige hat hierzu in seinem Gutachten ausgeführt, dass entsprechend den interdisziplinären Empfehlungen z.B. der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. eine frühzeitigere kombinierte Antibiotikatherapie, spätestens ab 06.02.2005, hätte erfolgen sollen. In der Intensivtherapie sei nur noch über eine große Breite der Medikation eine Wirkung zu erzielen. Diese Form der Therapie sei vorliegend jedoch erst ab dem 12.02.2005 versucht worden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen empfehlen die Leitlinien bei der hohen Wahrscheinlichkeit einer Staphylokokkeninfektion eine kombinierte Therapie, so etwa die zusätzliche Gabe von 2 x 1 g Vancomycin. Dementsprechend kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, dass bei Anstieg der Entzündungszeichen die antibiotische Therapie möglichst früh auf Zienam in Kombination mit Vancomycin hätte umgestellt bzw. gegenüber der ursprünglichen Gabe von Cefazolin oder Ceftriaxon hätte erweitert werden müssen. Dies wäre wegen der hohen Wahrscheinlichkeit der Kontamination des Operationsfeldes perioperativ mit Staphylokokken indiziert gewesen. Das in Frage kommende Erregerspektrum sei allein mit Zienam und ohne Vancomycin nicht ausreichend abgedeckt gewesen. Die Hinzunahme von Vancomycin sei aus Sicht des Sachverständigen spätestens am 06.02.2005 erforderlich gewesen. Auch diesen ebenfalls gut nachvollziehbaren sowie schlüssigen und in sich stimmigen Ausführungen

des Sachverständigen schließt sich die Kammer aus eigener gewonnener Überzeugung an.

Zwar könne nach den Ausführungen des Sachverständigen in seinem Gutachten das Abweichen von Leitlinien gerechtfertigt sein. Die Beklagten haben aber hierfür weder etwas vorgetragen noch sind sonst rechtfertigende Gründe ersichtlich. Auch der Sachverständige konnte der Akte keine Umstände entnehmen, die das fehlerhafte Vorgehen in Hinblick auf die Antibiotikatherapie hätten rechtfertigend erklären könne." Dies wurde in der mündlichen Verhandlung von dem Sachverständigen nochmals erläutert und bekräftigt.

2.

Die Beklagten konnten nicht beweisen, dass der Tod des Patienten nicht auf die fehlerhafte Antibiotikatherapie zurückzuführen ist. Dieser Beweis obliegt den Beklagten, da der den Beklagten zu 2) und zu 3) unterlaufene Behandlungsfehler als grob einzustufen ist, woraus eine Beweislastumkehr resultiert (BGH NJW 2004, 2011 [2013]).

a)

Die unzureichende Dosierung des Medikaments Zienam und der Verzicht auf eine Kombination mit einem weiteren Antibiotika zur Abdeckung eines breiteren Erregerspektrums erscheinen aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich und dürfen einem Arzt schlichtweg nicht passieren. Dies folgt bereits daraus, dass die Antibiotikatherapie, ohne rechtfertigende Gründe, in Abweichung von bestehenden Empfehlungen und Leitlinien sowie von den Grundsätzen einer Antibiotikabehandlung durchgeführt wurde.

Die Ausführungen des Sachverständigen veranlassen die Kammer nicht zu einer anderen Beurteilung. In seinem schriftlichen Gutachten führt der Sachverständige zwar aus, dass er es nicht für gerechtfertigt halte, vorliegend von einem Fehler zu sprechen, der einem Arzt schlichtweg nicht unterlaufen dürfe. Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass die antibiotische Therapie unter dem hohen Druck der zunehmenden Verschlechterung des Zustandes des Ehemanns der Klägerin stattgefunden habe und dass die Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie innerhalb der ersten 10 Tage nicht

möglich gewesen sei. Zudem würden die widersprechenden Keimnachweise eine gezielte Therapie erschwert haben.

Dieser Einschätzung vermag die Kammer aber nicht zu folgen, denn in der mündlichen Verhandlung hat der Sachverständige auf Nachfragen der Kammer keine Gründe benennen können, die eine eindeutig zu niedrige Dosierung von Zienam hätten rechtfertigen können. Vielmehr sprechen die mündlichen Ausführungen des Sachverständigen dafür, dass den Beklagten hier ein Fehler unterlaufen ist, der einem Arzt schlichtweg nicht unterlaufen darf.

Die behandelnden Ärzte haben dem Patienten nicht etwa lediglich ein im konkreten Fall nur unzureichend wirksames Antibiotika gegeben, sondern ein Medikament in einer Dosis verabreicht, die für eine ausreichende Wirksamkeit ungeeignet war. Die behandelnden Ärzte hätte schlichtweg wissen müssen, dass bei dem gewählten Antibiotika Zienam eine 3- bis 4-malige tägliche Gabe erfolgen muss, um die erforderliche Wirksamkeit zu erreichen. Dies gilt für die Kammer unabhängig von dem Druck bei der konkreten Situation und der konkreten Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie durch die behandelnden Ärzte. So wie die Therapie durchgeführt wurde, war sie objektiv unzureichend und nicht genügend wirksam. Auch die widersprechenden Keimnachweise können eine fehlerhafte Dosierung des Medikaments Zienam und den Verzicht auf eine Kombinationstherapie weder rechtfertigen noch verständlich machen. Gerade bei ungewissem Keimbefund ist eine ausreichend wirksame Therapie erforderlich. Sowohl mit der unzureichenden Dosierung des Medikaments Zienam wie auch mit Verzicht auf eine Kombination mit einem weiteren Antibiotikum haben die behandelnden Ärzte nicht nur Empfehlungen und Leitlinien missachtet, sondern auch die Grundsätze einer Antibiotikatherapie. Der Sachverständige hat hierzu in der mündlichen Verhandlung als Grundregeln einer Antibiotikagabe genannt: Antibiotika müssten so früh wie möglich gegeben sowie so hart (oberhalb des Wirkspiegels, ohne toxisch zu wirken) und lang anhaltend (in jedem Fall länger als ein Tag) dosiert werden. Auch gerade daraus folgt für die Kammer, dass bei einer Antibiotikatherapie stets eine ausreichende, insbesondere eine empfohlene Dosierung objektiv unabdingbar ist, und in diesem Fall ebenso das Abdecken eines möglichst breiten Erregerspektrums zwingend indiziert war. Beides ist vorliegend völlig unverständlich unterblieben. Solche Fehler dürfen einem Arzt in der hier zu beurteilenden Situation nicht unterlaufen, da mit

Sicherheit ausreichend Zeit gegeben war die notwendige Dosierung des Zienam in der Fachliteratur zu prüfen, bevor die Entscheidung getroffen wurde, die Dosis herabzusetzen. Die Bestimmung einer ausreichenden Dosierung ist nicht in gleichem Maße komplex wie die Auswahl eines bestwirksamen Antibiotikums bei ungewissem Keimbefund, insbesondere wenn diesbezüglich Richtlinien und Empfehlungen bestehen. Deshalb hat der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung letztlich keinen vernünftigen Grund benennen können, der aus seiner Sicht die reduzierte Gabe von Zienam nach einem Tag hätte rechtfertigen können.

b)
Selbst wenn zu Gunsten der Beklagten davon ausgegangen würde, dass ihnen kein grober Fehler unterlaufen ist, wäre die Klage begründet, denn die Kammer ist nach den Ausführungen des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung, deren Gegenstand auch das Sektionsprotokoll von Dr. Schulz vom 28.02.2005 sowie die staatsanwaltschaftlich veranlassten Gutachten des Prof. Dr. Klima vom 24.06.2005 und 25.11.2005 waren, davon überzeugt, dass die Sepsis den Tod des Patienten verursacht hat.

Der Sachverständige hat in seiner Anhörung nachvollziehbar und überzeugend erläutert, warum die Feststellungen des Sektionsberichts und die Gutachten des Prof. Dr. Klima einer Sepsis als Todesursache nicht entgegenstehen. Auf Vorhalt der Seite 16 des Sektionsberichts (Bl. 47 d. Ermittlungsakten), wonach der Befund einer fulminanten Sepsis im Rahmen der Sektion nicht hätte bestätigt werden können, erläuterte der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung, dass Keime bei Benutzung einer Herz-Lungen-Maschine durch den gesamten Körper gespült und deshalb sehr schnell in alle Gefäße gelangen würden. Die Sepsis führe zu einer systemischen Reaktion, die in den ersten Tagen zu einer dramatischen Veränderung aller Gefäße führe. Die Gefäße erweiterten sich mit der Folge, dass Flüssigkeit durch die Gefäßwände in das Gewebe gelange. Dies führe zu den im Rahmen der Obduktion festgestellten Wassereinlagerungen. Mithin seien die festgestellten massiven Wassereinlagerungen ein deutliches Zeichen einer Sepsis. Dass der die Obduktion durchführende Arzt das Wasser in den Gefäßen dagegen als Zeichen einer Herzleistungsschwäche bewertet habe, hat der Sachverständige im Rahmen seiner Anhörung darauf zurückgeführt, dass sich ein Gerichtsmediziner mit den

Krankheitsbildern berufsbedingt nicht so gut auskenne wie ein klinisch tätiger Arzt. Dementsprechend werde in dem Sektionsbericht auch eingeräumt, dass zu den Auswirkungen des Infekts durch einen klinischen Fachgutachter Stellung genommen werden müsse.

Auch das bei dem Ehemann der Klägerin nach der Operation aufgetretene Vorhofflimmern könne nach dem Sachverständigen ein frühes Zeichen einer Sepsis gewesen sein. Soweit in dem Gutachten von Prof. Dr. Klima auf Seite 5 (Bl. 79 d. Ermittlungsakten) ausgeführt ist, dass Todesursache mit größter Wahrscheinlichkeit eine Bypassthrombose gewesen sei, hat der Sachverständige überzeugend dargelegt, dass eine Bypassthrombose ohne Sepsis nicht zwingend und damit schicksalhaft zum Tode habe führen müssen. Im Bereich des Bypasses könne es zu einer Thrombose kommen, wenn durch die medikamentöse Veränderung/Erhöhung der Fließgeschwindigkeit des Blutes dieses im operierten Bereich, wo quasi neue Strukturen geschaffen worden seien, nicht wie gewünscht fließe. Wo Blut nicht "richtig" fließe, könne es gerinnen. Dort wo es gerinne, könne es zu Thrombosen kommen. Einer Thrombosierung infolge einer Bypassoperation könne mittels der Kathetertechnik wirksam entgegengewirkt werden.

Ganz anders sei die Situation zu beurteilen, wenn es zu einer Sepsis assoziierten Thrombose komme. Die Sepsis führe zu einem Multiorganversagen. Das bedeute, dass u. a. die Funktionen der Nieren, des Herzens, der Leber und auch die Gerinnungsfunktionen zunehmend gestört würden, so dass es zu Thrombosen kommen könne. Der hier beschriebene Krankheitsverlauf spreche dafür, dass die Sepsis die Thrombose herbeigeführt habe. Denn, so der Sachverständige, in der Person dieses Patienten habe es keine Voraussetzungen gegeben, die dafür hätten sprechen können, dass es 18 Tage nach der Operation zu einem Verschluss haben kommen müssen. Daher sei aus seiner Sicht als Todesursache letztlich die Sepsis anzusehen. Diesen gut nachvollziehbaren und in sich stimmigen Ausführungen des Sachverständigen schließt sich die Kammer an.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 92 Abs. 1 S. 1 ZPO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus den §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.

Dopatka Kramer Dr. Petershagen

Ausgefertigt
Lüneburg, - 3. Aug. 2010
Justizamtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

LANDGERICHT 10 LÜNEBURG