

Mit dem Formular „Ausführliche Belehrung über im Rahmen von Lebendspender-Transplantationen auftretende Risiken“ (Anlage K6, Bl. 53 f. d. A.) wurden der Kläger und seine Ehefrau am ■■■■■2016 über die geplante Transplantation informiert.

In der Zeit vom ■■■■ – ■■■■2016 fanden Voruntersuchungen des Klägers im Hause der Beklagten zu 5. statt. Der am ■■■■2016 gemessene Kreatinin-Wert betrug 1.2 mg/dl. Die Kreatinin-Clearance ergab einen Wert von 112 ml/min. Für die Laborwerte vom ■■■■2016 im Einzelnen wird auf die Anlage K11 (Bl. 152 f. d. A.) verwiesen. Eine Cystatin-C-Messung vom ■■■■2016 ergab einen Wert von 0,91 mg/l und eine Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) von 105,3 ml/min; für die Einzelheiten wird auf die Anlage B24 (Bl. 558 ff. d. A., dort Bl. 561-R d. A.), verwiesen.

Am ■■■■2016 wurden der Kläger und seine Ehefrau durch die Beklagte zu 1), den Beklagten zu 2. und den Beklagten zu 6) zur Spende aufgeklärt, wobei dem Aufklärungsgespräch die „Patienteninformation und Einverständniserklärung zu Lebendnierenspende“ zugrunde lag. Für die Einzelheiten wird auf den vorgenannten Aufklärungsbogen (Anlage K12, Bl. 154 ff. d. A., sowie Teil der Anlage B5, dort Bl. 409-R ff. d. A.) Bezug genommen.

Bei weiteren Voruntersuchungen im Zeitraum vom ■■■■■ – ■■■■■2016 wurden am ■■■■■2016 ein Kreatinin-Wert von 1.3 mg/dl, eine Glomeruläre Filterungsrate (GFR) von 57 ml/min und ein Creatininkinase-Wert von 227 U/l beim Kläger festgestellt. Für die Einzelheiten wird auf den Befundbericht vom ■■■■■2016 (Anlage K10, Bl. 149 ff. d. A.) verwiesen.

Bezüglich der chirurgischen Risiken erfolgte die Aufklärung des Klägers anhand des eines standardisierten Aufklärungsbogens „Operation von Tumoren der Nieren/ableitenden Harnwege“ am ■■■■■2016; für die Einzelheiten wird auf die Anlage K13 (Bl. 160 ff. d. A.) Bezug genommen.

Am ■■■■■2016 erfolgte die Transplantation; für die Einzelheiten der Operation wird auf den Operationsbericht (Anlage B1, Bl. 395 d. A.) verwiesen.

Am ■■■■■2016 stellte sich der Kläger in der ambulanten Sprechstunde der Beklagten zu 1) vor. Ein Befund des MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR vom ■■■■■2016 ergab eine GFR von 76,8 ml/min und einen Cystatin C-Wert von 1,22 mg/l (Bl. 226 d. A.). Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Arztbrief vom ■■■■■2016 (Bl. 227 f. d. A.) Bezug genommen.

Am ■■■■■2017 stellte sich der Kläger wiederum in der ambulanten Sprechstunde der Beklagten zu 1) vor. Die Laborwerte ergaben einen Kreatininwert von 1.8 mg/dl und eine GFR von 39 ml/min. Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Arztbrief vom ■■■■■2017 (Bl. 229 ff. d. A.) verwiesen.

Vom ■■■■■2017 unterzog sich der Kläger einer stationären Rehabilitation in der Fachklinik Bad Heilbrunn; für die Einzelheiten wird auf den Arztbrief vom ■■■■■2017 (Bl. 232 ff. d. A.) Bezug genommen.

Die Unfallkasse Hessen veranlasste eine internistische Begutachtung des Klägers durch Dr. G. Rexroth; für das Ergebnis wird auf die Stellungnahme vom ■■■■■2017 (Anlage K17, Bl.

271 ff. d. A.) und die undatierte ergänzende Stellungnahme (Anlage K18, Bl. 281 ff. d. A.) verwiesen.

Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes des Klägers bei der Beklagten zu 5) vom ■■■■■2018 bis ■■■■■2018, bei welchem in anderer gesundheitlicher Angelegenheit eine Behandlung durch den Beklagten zu 3) erfolgte, wurden ein Kreatinin-Wert von 1.9 mg/dl und eine GFR von 37 ml/min gemessen. Für die Einzelheiten wird auf den Arztbrief vom ■■■■■2018 (Bl. 247 f. d. A.) Bezug genommen.

Bei einer kardiologischen Untersuchung des Klägers am ■■■■■2018 durch Dr. med. ■■■■■ schilderte der Kläger sporadisch auftretendes Herzrasen gepaart mit niedrigen Blutdruckwerten; es wurde u. a. die Diagnose „V. a. spezifische supraventrikuläre Tachykardien“ gestellt und als Blutdruckmedikation das Präparat Carvedilol 12,5 mg empfohlen. Für die Einzelheiten wird auf den Arztbrief vom ■■■■■2018 (Bl. 251 f. d. A.) verwiesen.

Aufgrund Vergleichs vor dem Sozialgericht Fulda vom ■■■■■2019 wurde ab dem ■■■■■2017 beim Kläger ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 festgestellt, wobei als Gesundheitsstörung berücksichtigt wurden: Psychische Störung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Bluthochdruck, Verlust einer Niere mit Funktionsstörung der anderen Niere, Funktionsstörung des linken Schultergelenks. Für die Einzelheiten wird auf die Ausführungsbenachrichtigung des Hessischen Amtes für Versorgung und Soziales vom ■■■■■2019 (Bl. 332 d. A.) Bezug genommen.

Nach kardiologischer Untersuchung am ■■■■■2019 wurde durch Dr. med. ■■■■■ u. a. eine AV-Knoten Reentry Tachykardie diagnostiziert; die Herzklappen wurden funktionell und morphologisch als unauffällig beurteilt. Weiter wurde eine durch muskuläre Ermüdung vorzeitig reduzierte Belastbarkeit festgestellt. Für die Einzelheiten wird auf den Arztbrief vom ■■■■■2019 (Bl. 255 f. d. A.) verwiesen.

Mit seiner Klage, welche den Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) am ■■■■■2022, dem Beklagten zu 4) am ■■■■■2020 und – nach entsprechender Klageerweiterung – dem Beklagten zu 6) am ■■■■■2020 zugestellt worden ist, verlangt der Kläger die Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes, nach Auffassung des Klägers 100.000,00 Euro, sowie materiellen Schadensersatz und Feststellung der weiteren Schadensersatzverpflichtung der Beklagten für Schäden aufgrund der Nierentransplantation.

Der Kläger behauptet, er sei als Spender nicht geeignet gewesen, da er bereits vor der Spende an einer chronischen Nierenerkrankung gelitten habe, was sich daraus ergebe, dass bei ihm – insoweit unstrittig – anlässlich einer Laboruntersuchung am ■■■■■2016 im Hause der Beklagten zu 5) ein GFR-Wert von lediglich 57 ml/min, ein Kreatinin-Wert von 1.3 mg/dl sowie ein Creatininkinase-Wert von 227 U/l festgestellt wurden und auch am ■■■■■2016 bereits ein Kreatinin-Wert von 1.2 mg/dl vorlag. Hiernach habe bereits vor der Transplantation mit medizinischer Gewissheit festgestanden, dass sich sein GFR nach Transplantation in etwa bei 40 und darunter einpendeln werde, wie es auch tatsächlich erfolgt sei. Die fehlende Eignung als Spender ergebe sich weiter daraus, dass bei ihm bereits präoperativ ein Bluthochdruck, welcher habe medikamentös behandelt werden müssen, sowie Herzrhythmusstörungen und Herzklappeninsuffizienz vorgelegen hätten, was die Beklagten auch festgestellt hätten. Aufgrund des bereits am ■■■■■2016 festgestellten pathologischen GFR-Wertes sei es völlig unverständlich, dass der GFR am Tag der Spende nicht mehr

bestimmt worden sei, ebenso wie die Harnsäure; dies hätte sich angesichts des zuvor erhobenen Wertes mehr als aufgedrängt und hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit erneut einen pathologischen Wert ergeben.

Zudem sei entgegen transplantationsmedizinischen Standards die leistungsfähigere rechte Niere entnommen worden, obgleich sich bereits aus der Testung im Rahmen der Voruntersuchung am ■■■■■2016 eine bessere Funktion der rechten als der linken Niere ergeben habe.

Ferner rügt der Kläger die Aufklärung.

Weiter behauptet der Kläger, bei ihm sei es infolge der Lebendnierenspende zu einer mittleren bis schweren chronischen Nierenerkrankung gekommen bzw. die bereits vorhandene Erkrankung sei weiter vertieft worden und der Kläger leide unter den typischen Folgen einer solchen Niereninsuffizienz in Form von Müdigkeit, Abgeschlagenheit, der Ausbildung eines massiven Leistungsabfalles, Konzentrationsschwächen, kognitiven Störungen wie z. B. Gedächtnisverlust. Insoweit behauptet der Kläger, aufgrund der Transplantation ein Spende-assoziiertes Chronisches Fatigue-Syndrom erlitten zu haben. Zudem sei es nach der Spende wiederholt zu gravierenden Herzrhythmusstörungen gekommen, die teilweise notärztlichen Einsatz erfordert hätten. Aufgrund des für den Kläger völlig unerwarteten Verlaufs seiner Leistungsfähigkeit nach der Spende sei es zur Ausbildung einer reaktiven Depression, teilweise bis hin zur Suizidalität, gekommen.

Wegen seiner reduzierten Leistungsfähigkeit habe er einen Verdienstaufschlag sowie einen Haushaltsführungsschaden bezüglich seines Haushalts und des Haushalts seiner Mutter erlitten.

Der Kläger beantragt:

1. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen genaue Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird nebst Zinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem ■■■■■2019 zu bezahlen.
2. Die Beklagten werden weiterhin als Gesamtschuldner verurteilt an den Kläger für die Zeit vom ■■■■■2016 bis zum ■■■■■2019 entgangenen Verdienstaufschlag i. H. v. 51.907,46 € nebst Zinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem ■■■■■2019 zu bezahlen.
3. Die Beklagten werden weiterhin als Gesamtschuldner verurteilt an den Kläger für die Zeit vom ■■■■■2019 bis zum ■■■■■2020 eine Abschlagszahlung auf zu erwartenden Verdienstaufschlag i. H. v. 14.400,00 € nebst Zinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem ■■■■■2019 zu bezahlen.
4. Die Beklagten werden weiterhin als Gesamtschuldner verurteilt an den Kläger eine monatliche Abschlagszahlung auf zu erwartenden Verdienstaufschlag, beginnend mit dem ■■■■■2020, in Höhe von jeweils 1.800,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz zu bezahlen bis längstens zur Vollendung des 67. Lebensjahres.
5. Die Beklagten werden weiterhin als Gesamtschuldner verurteilt an den Kläger für die Zeit vom ■■■■■2016 bis ■■■■■2020 den rückständigen Haushaltsführungsschaden i. H. v. 14.817,00 € nebst Zinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem ■■■■■2019 zu bezahlen.

6. Die Beklagten werden weiterhin als Gesamtschuldner verurteilt an den Kläger eine monatliche Haushaltsführungsschadensrente i. H. v. 330,00 € monatlich nebst Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz, beginnend mit dem ■■■■■2020 zu bezahlen.
7. Es wird festgestellt, dass die Beklagte als Gesamtschuldner verpflichtet sind dem Kläger jeden weiteren materiellen und immateriellen Schaden aus der Lebendnierenspende vom ■■■■■2016 zu ersetzen soweit die Ansprüche nicht auf Dritte übergegangen sind.
8. Die Beklagten werden weiterhin als Gesamtschuldner verurteilt dem Kläger vorgerichtliche anwaltliche Kosten in Höhe von 7.083,48 € nebst Zinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Klageerhebung zu erstatten.

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Sie behaupten, aus den seit ■■■■■ 2015 durchgeführten ausführlichen Voruntersuchungen habe sich keine Kontraindikation hinsichtlich einer Nierenlebendspende durch den Kläger ergeben. Die Nierenfunktion des Klägers sei anhand einer Kreatinin-Clearance, eines Cystatin-Wertes und einer nuklearmedizinisch-szintigraphischen Untersuchung genauestens geprüft und untersucht worden und alle drei Untersuchungen hätten eine im Normalbereich liegende Nierenfunktion ergeben. Ebenso hätten die Kernspintomographie mit der Angiographie der abdominellen Aorta und der Nierenarterien beidseits normale Nieren gezeigt, es hätten beim Kläger keine anamnestischen Hinweise auf eine Nierenerkrankung vorgelegen, der sonographische Befund sei normal gewesen und es hätten sich keinerlei Eiweißnachweise im Urin, keine Zellen, insbesondere keine Erythrozyten gefunden. Die vorliegenden präoperativen Blutdruckwerte vom ■■■■■2013, ■■■■■2015 und ■■■■■2016 hätten keine Hypertonie gezeigt; weiter hätten sich in den vorliegenden Langzeit-EKGs von 2012, 2013 sowie 2015 keine Anhaltspunkte für einen auffälligen Befund hinsichtlich Herzrhythmusstörungen ergeben.

Auch die Entscheidung zur Entnahme der rechten Niere sei beanstandungsfrei, da die festgestellte Nierenseitenanteiligkeit von 54 % : 46 % absolut den normalen statistischen Schwankungen unterliege, bei jedem Patienten mehrfach pro Tag variieren könne und auch noch im Rahmen der der Messungenauigkeit einer Szintigraphie liege. Der Wert von 54 % : 46 % sei also kein Kriterium für die Beurteilung einer Niere als besser oder schlechter. Entscheidend sei, dass beidseits ein regelrechter Zeitaktivitätsverlauf bei der MAG-III-Szintigraphie mit einem fachärztlichen befundeten szintigraphischen Normalbefund zu verzeichnen gewesen sei. Nachdem sich in der kernspintomographischen Untersuchung auf der linken Seite eine Doppelnierenarterienversorgung mit einer sehr kaliberschwachen unteren Nierenarterie gezeigt habe, hätte hiernach die Gefahr bei der dann notwendigen Rekonstruktion der Nierenarterien bestanden, dass zum einen die untere Nierenarterie zuthrombosierte, und zwar mit konsekutiver Durchblutungsstörung des unteren Nierenanteils sowie des Harnleiters, zum anderen hätte sogar die obere Hauptarterie beim Aneinandernähen beider Nierenarterien gefährdet werden können.

Weiter behaupten die Beklagten, die Aufklärung des Klägers auf der Grundlage des Aufklärungsbogens „Ausführliche Belehrung über im Rahmen von Lebendspender-Transplantationen auftretende Risiken“ vom ■■■■■ 2016, des Aufklärungsbogens „Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Lebendnierenspende“ vom ■■■■■ 2016

sowie des Aufklärungsbogens „Operation von Tumoren der Nieren/ableitenden Harnwege“ vom ■■■■2016 sei zutreffend und ausreichend gewesen. Insbesondere seien die Angaben zum Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers und der Dringlichkeit des Handlungsbedarfs zutreffend gewesen und die Lebendspende-Nierentransplantation habe das beste Behandlungsverfahren dargestellt. Es sei ausreichend und zutreffend über Alternativen zur Lebendnierenspende aufgeklärt worden. Ebenso seien die Angaben zu einer Abnahme der Nierenfunktion und zum Risiko einer Niereninsuffizienz/Dialysepflichtigkeit – konkret „Niereninsuffizienz/ Dialysepflichtigkeit (nicht zu erwarten)“ – vollständig und zutreffend gewesen. Bei der geplanten Transplantation seien keine weiteren Risiken und mit dem Eingriff verbundene Gefahren ernsthaft in Betracht gekommen, auf welche sich die Aufklärung hätte erstrecken müssen. Auch die Angaben zum Risiko eines sog. Chronic-Fatigue-Syndroms infolge der Lebendnierenspende seien zutreffend gewesen und es sei völlig unklar, ob es einen Zusammenhang zwischen der Lebendnierenspende und diesem Syndrom gebe.

Im Übrigen behaupten die Beklagten, der Kläger hätte sich dem Eingriff auch bei zutreffender Aufklärung über dessen Risiken unterzogen; dies ergebe sich aus einem Schreiben des Klägers vom ■■■■2017 an die Beklagte zu 1). Für die Einzelheiten jenes Schreibens wird auf die Anlage K26 (Bl. 329 f. d. A.) verwiesen.

Demgegenüber behauptet der Kläger, die in der Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Lebendnierenspende enthaltene Behauptung, dass infolge der Spende erst nach mehr als 20 Jahren Einnierigkeit eine Abnahme der Nierenfunktion festgestellt werde, die etwa 10 % über das altersentsprechende Maß hinausgehe, sei falsch. Gleiches gelte für die im Bogen „Ausführliche Belehrung über im Rahmen von Lebendspender-Transplantationen auftretende Risiken“ enthaltene Behauptung, dass im weiteren Verlauf die verbliebene Niere beim Spender weitestgehend die Arbeit der anderen Niere übernehme und auch mit feinen Funktionsanalysen nach einer Anpassungszeit von längstens 6 Monaten kein schwerwiegender Nachteil in der Nierenfunktion festgestellt werden könne und dies auch im weiteren Verlauf bleibe. Vielmehr sei es so, dass die Nierenfunktion unmittelbar nach der Spende um ca. 50 % abnehme und sich dann auf ca. 70 % des Vorniveaus erhole, sodass der Spender unmittelbar zeitnah und kausal mit einer dauerhaften, irreversiblen Abnahme der Nierenfunktion um 30 % zu rechnen habe, was den Beklagten habe bekannt sein müssen.

Ebenso sei die im Aufklärungsbogen „Operation von Tumoren der Nieren/ableitenden Harnwege“ handschriftlich aufgenommene Angabe „Niereninsuffizienz/Dialysepflichtigkeit (nicht zu erwarten)“ falsch und unvollständig gewesen, da bereits zum Zeitpunkt der Spende bekannt gewesen sei, dass es sehr wohl bei Lebendnierenspendern im Vergleich zu ähnlich Gesunden zu einer auffälligen Erhöhung der späteren Dialysepflichtigkeit komme. Zudem gebe es weitere erhebliche Risiken für eine Spende, über welche der Kläger hätte informiert werden müssen, so insbesondere das Risiko von Lungenatelektasen, eines Harnwegsinfekts, einer Lungenentzündung, eines Hautempyems und einer Blasenfunktionsstörung.

Der Kläger behauptet, wäre ihm die vorbenannten Umstände sowie sein präoperativer Nierenwert und das Risiko des Müdigkeitssyndroms bekannt gewesen, hätte er der Spende nicht zugestimmt und auch seine Ehefrau hätte ihre Einwilligung nicht erteilt.

Die Kammer hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Privatdozenten Dr. Manfred Stangl sowie dessen ergänzender mündlicher Anhörung. Für das

Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten vom ■■■■■2021 (Bl. 606 ff. d. A.), die schriftliche Stellungnahme des Sachverständigen vom ■■■■■2022 (Bl. 706 ff. d. A.) sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom ■■■■■2022 (Bl. 799 ff. d. A.) verwiesen.

Zur Ergänzung des Vorbringens der Parteien wird auf die vorbereitenden Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist vollumfänglich zulässig. Die Kammer entscheidet durch Grundurteil, soweit der immaterielle und materielle Schadensersatzanspruch des Klägers nach Grund und Betrag streitig ist. Im Hinblick auf den Feststellungsantrag ergeht ein Teilurteil.

Der Kläger hat gegen die Beklagten als Gesamtschuldner nach §§ 280 Abs. 1, 630a ff. BGB in Verbindung mit dem Behandlungsvertrag bzw. nach § 823 Abs. 1 BGB und § 823 Abs. 2 BGB iVm § 229 StGB einen Schadensersatzanspruch wegen immaterieller und materieller Schäden, die er aufgrund der Lebendnierenspende vom ■■■■■2016 erlitten hat oder zukünftig noch erleiden wird. Denn die Organentnahme war unzulässig, da der Kläger zuvor nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden war und es damit an einer wirksamen Einwilligung fehlt.

Zwar sieht es die Kammer nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und dem gesamten Inhalt der mündlichen Verhandlung nicht als erwiesen an, dass die Beklagten vorliegend gegen § 8 Abs. 1 S. Nr. 1 lit. b) TPG verstießen, weil der Kläger nach ärztlicher Beurteilung nicht als Spender geeignet gewesen wäre oder im Zeitpunkt der Spende bereits voraussehbar gewesen wäre, dass er über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt werden würde. Die Kammer folgt hierbei der Einschätzung des Sachverständigen PD Dr. Manfred Stangl. Dieser verfügt als Leiter Nierentransplantation, Pankreastransplantation, Nierenlebendspende des Transplantationszentrum München der LMU mit rund 800 durchgeführten Nierenlebendspenden in den letzten 27 Jahren unzweifelhaft über die geforderte besondere Sachkunde. Die Ausführungen des Sachverständigen beruhen auf einer zutreffenden Tatsachengrundlage, sind in sich schlüssig und widerspruchsfrei sowie gut nachvollziehbar und bieten auch sonst keine Anhaltspunkte für Zweifel an ihrer Richtigkeit. Insoweit bestehen auch keine Unvollständigkeiten, Unklarheiten oder Zweifel, die eine Ergänzung des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen, dessen nochmalige mündliche Anhörung oder die Einholung eines Obergutachtens eines anderen Sachverständigen gemäß § 412 Abs. 1 ZPO gebieten könnten.

Der Sachverständige hat die Behauptung des Klägers, er sei als Spender nicht geeignet gewesen, weil er bereits vor der Spende an einer chronischen Nierenerkrankung gelitten habe, nicht bestätigt. Vielmehr ist der Sachverständige zu der Einschätzung gelangt, dass die vor der Spende ermittelten Laborwerte, insbesondere auch diejenigen vom ■■■■■2016 und vom ■■■■■2016, keinen Hinweis auf eine eingeschränkte Nierenfunktion ergeben hätten.

Hierzu hat der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten, seiner Stellungnahme vom ■■■■■2022 und seiner ergänzenden mündlichen Anhörung ausgeführt, dass für die Entscheidung zur Nierenspende letztlich nur die gemessene GFR vom ■■■■■2016 (Kreatinin-Clearance) und die anhand des gemessenen Cystatin-C berechnete GFR vom ■■■■■2016 (Cystatin-C-Clearance) maßgeblich gewesen seien und diese eine normale Nierenfunktion gezeigt hätten. Diese Einschätzung hat der Sachverständige damit begründet, dass es zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Lebendnierenspende in Deutschland noch keine Guidelines bezüglich der Abklärung des Nierenspenders gegeben habe und sich die Transplantationszentren daher an die KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) 2012 Clinical Practice Guideline gehalten hätten. Weiter hat der Sachverständige nachvollziehbar dargelegt, dass der Goldstandard die gemessene GFR sei und dass diese besser zu beurteilen sei als die geschätzte GFR anhand der CKD-EPI, da Letztere von einer standardisierten Körperoberfläche ausgehe. Vor diesem Hintergrund hält die Kammer auch die Einschätzung des Sachverständigen ohne Weiteres für nachvollziehbar, wonach die am ■■■■■2016 anhand der sog. MDRD-Formel errechnete GFR von 57 ml/min nicht aussagekräftig sei, da die Formel im Rahmen einer Studie zum Einfluss einer proteinreduzierten Diät auf den Verlauf einer chronischen Nierenerkrankung evaluiert worden sei und für die Beurteilung der Spenderfähigkeit eines potentiellen Nierenspenders nicht geeignet sei.

Soweit der Kläger demgegenüber unter Berufung auf die im Jahr 2017 veröffentlichte KDIGO-Leitlinie für Spender und einen darin enthaltenen Verweis auf die o. g. KDIGO-Leitlinie 2012 die Einschätzung des Sachverständigen in Zweifel gezogen und den Standpunkt vertreten hat, hierin werde zur Beurteilung der Eignung als Nierenspender für die Ermittlung der GFR ausdrücklich nicht nur eine Messung (mGFR), sondern auch eine Berechnung (eGFR) auf der Basis des Blutserums mit Hilfe der sog. CKD-EPI-Formel empfohlen, und bei deren Anwendung hätte sich die fehlende Eignung des Klägers als Spender gezeigt, vermag die Kammer dem nicht zu folgen. Denn dem Wortlaut der Leitlinie im betreffenden Abschnitt (Kapitel 5, Ziff. 5.3 und 5.4, s. insoweit die Wiedergabe in englischer Sprache in der Anlage K21, Bl. 295 ff. d. A., und in der Stellungnahme des Sachverständigen vom ■■■■■2022, Bl. 706 f. d. A., sowie die Wiedergabe in deutscher Sprache im Schriftsatz des Klägervertreters vom ■■■■■2022, Bl. 734-R d. A.) kann keineswegs entnommen werden, dass für die abschließende Beurteilung der GFR des Spenders zwingend eine geschätzte GFR zur Anwendung kommen soll. Vielmehr wird lediglich für die Erstbeurteilung der GFR des Spenders eine Schätzung der GFR (eGFR) auf der Basis des Serumkreatinins empfohlen und sodann wird empfohlen, die GFR durch eine oder mehrere der im Weiteren aufgezählten Messungen (zwei Verfahren mit dem Resultat einer mGFR, zwei Verfahren mit dem Resultat einer eGFR) zu bestätigen. Zu den insoweit aufgeführten Messungen gehört explizit auch die gemessene Kreatinin-Clearance, welche die Beklagten vorliegend vorgenommen haben. In der Leitlinie finden sich auch keine Vorgaben oder Ausführungen dazu, ob von den aufgeführten Verfahren etwa eines gegenüber den anderen im Vergleich vorzugswürdig sei, vielmehr wird allein auf die Verfügbarkeit abgestellt. Nach alldem entsprach die Vorgehensweise der Beklagten zur Ermittlung der GFR des Klägers den KDIGO-Empfehlungen.

Vor diesem Hintergrund überzeugt ebenfalls die Einschätzung des Sachverständigen, dass auch der Kreatinin-Wert von 1.3 mg/dl, der Harnsäure-Wert von 7,5 mg/dl und der Creatininkinase-Wert von 227 U/l am ■■■■■2016 sowie der Kreatinin-Wert von 1.2 mg/dl am ■■■■■2016 keine Aussagekraft hinsichtlich einer eingeschränkten Nierenfunktion des Klägers entfaltet hätten und die Beklagten aufgrund dieser Werte auch nicht veranlasst gewesen

wären, am Tag der Spende nochmals die GFR oder den Harnsäurewert zu bestimmen. So hat der Sachverständige zum einen dargelegt, die Creatinkinase sei bei eingeschränkter Nierenfunktion nicht erhöht, vielmehr werde der Wert zum Ausschluss einer Herz- oder Skelettmuskelerkrankung erhoben. Eine derart milde Erhöhung wie hier könne bereits durch vermehrte Muskularbeit an den Tagen vor der Bestimmung oder durch eine intramuskuläre Injektion ausgelöst werden. Zum anderen hat der Sachverständige hinsichtlich des Kreatininwertes aufgrund des Umstands, dass am ■■■■■2016 und ■■■■■2016 der gleiche Wert wie am ■■■■■2016 bestand (1.2 mg/dl), nachvollziehbar dargelegt, dass mit diesem Wert am ■■■■■2016 eine GFR von 112 ml/min gemessen worden war und damit kein Hinweis vorgelegen habe, dass sich die GFR signifikant verschlechtert haben könne. Weiter hat der Sachverständige ausgeführt, die Harnsäure sei nur am ■■■■■2016 geringfügig gegenüber dem Normwert erhöht gewesen (7,5 mg/dl gegenüber Normwert 7,1 mg/dl); eine einmalige Erhöhung der Harnsäure weise per se noch nicht auf eine Nierenerkrankung hin und einem geringfügig erhöhten Harnsäurespiegel liege in aller Regel eine diätetische Ursache zugrunde.

Des Weiteren sieht es die Kammer auch nicht als erwiesen an, dass der Kläger wegen des bei ihm bestehenden Bluthochdrucks oder wegen einer Herzrhythmusstörung oder einer Herzklappeninsuffizienz erkennbar kein geeigneter Spender gewesen wäre. Hinsichtlich des Bluthochdrucks hat der Sachverständige ausgeführt, dass nach den (zeitnah nach der streitgegenständlichen Spende, nämlich im Jahr 2017 veröffentlichten) Empfehlungen der KDIGO auch bei einem bestehenden Bluthochdruck eine Nierenlebendspende möglich sei, sofern ein normaler Blutdruck unter einer Medikation von einem bis zwei Antihypertensiva erreicht werden könne. Einen derartigen Fall hat der Sachverständige nach den konkreten Umständen bejaht und insoweit gut nachvollziehbar und auf zutreffender Tatsachengrundlage dargelegt, dass die vom Kläger zum Zeitpunkt der Spende eingenommene Medikation von 5 mg Bisoprolol täglich eine sehr milde antihypertensive Therapie darstelle und sich in beiden Langzeitblutdruckmessungen vom ■■■■■2013 und vom ■■■■■2015 ein normaler systolischer Blutdruck, ein normaler Mitteldruck, ein normaler diastolischer Druck und eine normale Nachtabsenkung gezeigt habe. Diese Einschätzung des Sachverständigen deckt sich im Übrigen auch mit dem weiteren Verlauf; so war der Bluthochdruck des Klägers ausweislich des Berichts des Hausarztes Dr. ■■■■■ vom ■■■■■2017 (Anlage K16, Bl. 266 ff. d. A.) bei einer Medikation von 2,5 mg Bisoprolol täglich gut eingestellt. Wenn jedoch nach den aktuellen Leitlinien ein Bluthochdruck unter diesen Voraussetzungen keine Kontraindikation für eine Nierenlebendspende darstellt, ist nicht ersichtlich, weshalb dies zum Zeitpunkt der Spende des Klägers hätte anders beurteilt werden sollen.

Der Kläger hat weiter auch nicht zur Überzeugung der Kammer bewiesen, dass er wegen Herzrhythmusstörungen und Herzklappeninsuffizienz erkennbar nicht als Nierenlebendspender geeignet gewesen wäre. Zwar enthält der Arztbrief vom ■■■■■2016 als weitere Diagnosen: „Gelegentliche Herzrhythmusstörungen, unklare Herzklappeninsuffizienz“. Worauf diese Angaben beruhen, ist allerdings unklar. Der Sachverständige hat, wiederum auf Grundlage der KDIGO-Empfehlungen, in seiner Stellungnahme vom ■■■■■2022 ausgeführt, dass Herzrhythmusstörungen keine Kontraindikation für eine Spende darstellen und sich der Befund anhand der vorliegenden unauffälligen Langzeit-EKG-Messungen auch nicht nachvollziehen lasse. Dafür, dass beim Kläger zum Zeitpunkt der Spende tatsächlich eine Herzklappeninsuffizienz bestanden hätte, liegen keinerlei greifbare Anhaltspunkte vor. Insbesondere weist der Befund der radiologisch-nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis vom ■■■■■2015 (Bl. 571 d. A.) einen regelrechten Herz- und Lungenbefund aus und auch die vorliegenden Untersuchungen nach der Spende – so etwa die kardiologische Untersuchung

durch Dr. med. ■■■■■ am ■■■■■2019 – ergaben keinen auffälligen Befund hinsichtlich der Herzklappen.

Schließlich hat der Sachverständige ein fehlerhaftes Vorgehen auch nicht etwa darin gesehen, dass dem Kläger die rechte Niere entnommen wurde, obgleich sich bei der Nierenszintigraphie vom ■■■■■ bzw. ■■■■■2016 eine Leistungsverteilung von 46 % auf der linken Seite und 54 % auf der rechten Seite ergeben hatte. Insoweit hat der Sachverständige – ebenfalls gut nachvollziehbar – auf die anatomischen Verhältnisse beim Kläger abgestellt, nämlich darauf, dass für die linke Niere eine Zweigefäß-Versorgung und für die rechte Niere eine normale Eingefäß-Versorgung vorgelegen habe. Bei einer Zweigefäß-Versorgung mit kaliberschwacher zusätzlicher kaudaler Arterie bestehe die Gefahr, dass das Gefäß beim Empfänger thrombosiere, was letztlich den Transplantationserfolg gefährde. In seiner mündlichen Anhörung hat der Sachverständige insoweit auch klarstellt, dass für den Spender durch den Umstand, dass ihm die Niere mit der Zweigefäß-Versorgung belassen werde, kein erhöhtes Risiko verbunden sei, weil eine Thrombose des verengten Gefäßes folgenlos bliebe, da der Harnleiter bei ihm noch durch viele kleine Gefäße mit Blut versorgt werde, welche jedoch bei einer Transplantation wegen ihres geringen Durchmessers von weniger als 1 mm nicht anastomosiert werden könnten. Darüber hinaus hat der Sachverständige darauf verwiesen, dass bei der Messung der Nierenfunktion mittels seitengetrennter Nierenperfusionsszintigraphie (hier 46:54 %) eine Messungengenauigkeit von $\pm 5\%$ bestehe, sodass die Nierenfunktion auf beiden Seiten praktisch ausgeglichen gewesen sei.

Der Kläger kann Ansprüche gegen die Beklagten jedoch auf eine mangelhafte Aufklärung stützen, die zur Folge hat, dass keine wirksame Einwilligung des Klägers gemäß § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit. b) TPG in die Spende vorlag.

Zwar scheidet die Wirksamkeit der Einwilligung nicht bereits daran, dass die Aufklärung im vorliegenden Fall entgegen der Regelung in § 8 Abs. 2 S. 3 iVm § 5 Abs. 2 S. 1 und 2 TPG nicht in Anwesenheit eines Arztes erfolgte, der weder an der Entnahme noch der Übertragung der Organe des Klägers beteiligt war und auch nicht Weisungen eines Arztes unterstand, der an diesen Maßnahmen beteiligt war (sog. weiterer Arzt). Diese Vorgabe soll die formale Unabhängigkeit der Aufklärung absichern, mittelbar eine Selbstkontrolle der an der Transplantation beteiligten Mediziner bewirken und hierdurch der Objektivität des Aufklärungsvorgangs dienen (BGH NJW 2019, 1076, 1079, beck-online). Nach dem eigenen Vorbringen der Beklagten – so insbesondere den Angaben der Beklagten zu 2) und zu 6) in ihrer informatorischen Anhörung – führten die Beklagte zu 1) und der Beklagte zu 6) das Aufklärungsgespräch zur Lebendniere spende mit dem Kläger. Weder die Beklagte zu 1) als eine der beiden Leiter des Transplantationszentrums der Beklagten zu 5) noch der zu jenem Zeitpunkt bei der Beklagten zu 5) angestellte, als Oberarzt unter dem Beklagten zu 3) tätige Beklagte zu 6) erfüllten diese Voraussetzungen. Der Verstoß gegen § 8 Abs. 2 S. 3 TPG führt zwar nicht per se zur Unwirksamkeit der Einwilligung; an das Fehlen eines neutralen Zeugen ist jedoch regelmäßig eine erkennbare Beweiskepsis gegenüber einer ordnungsgemäßen Aufklärung zu knüpfen (so mit überzeugender Begründung BGH NJW 2019, 1076, 1079, beck-online).

Vorliegend war die Aufklärung auch inhaltlich unzureichend. Nach § 8 Abs. 1 S. 1 lit. c, Abs. 2 S. 1 und 2 TPG ist der Spender unter anderem durch einen Arzt über die Maßnahmen, die dem Schutz des Spenders dienen, sowie den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organ- oder Gewebeentnahme für seine Gesundheit aufzuklären. Dabei sollen die vom Gesetzgeber bewusst streng formulierten inhaltlichen

Aufklärungsvorgaben den Spender davor bewahren, sich selbst einen größeren Schaden zuzufügen. Insoweit ist maßgeblich, dass bei einer Organspende – im Unterschied zu einem Heileingriff – die Ablehnung der Zustimmung für den Spender gerade nicht die Gefahr einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit sich bringt, sondern die Möglichkeit, sein gesundes Organ zu behalten; daher kann für den potentiellen Spender jedes Risiko von Bedeutung sein und er soll durch die Regelungen des § 8 TPG möglichst weitgehend vor Gesundheitsgefährdungen geschützt werden (vgl. BGH NJW 2019, 1076, 1081). Diesen Maßstäben genügte die Aufklärung des Klägers nicht.

Denn die Beklagten haben nicht bewiesen, dass sie den Kläger zutreffend und ausreichend über den tatsächlichen Umfang der Abnahme der Nierenfunktion infolge einer Nierenlebendspende aufgeklärt haben. Die „Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Lebendnierenspende“ vom ■■■■■2016 als Niederschrift über die Aufklärung im Sinne des § 8 Abs. 2 S. 4 TPG enthält hierzu unter dem Punkt „Informationen zu späten Risiken nach einer Lebendnierenspende“ die Angabe: „Nach mehr als 20 Jahren Einnierigkeit wird eine Abnahme der Nierenfunktion festgestellt, die etwa 10 % über das altersentsprechende Maß hinausgeht. Strittig ist zudem, ob eine Organspende häufiger als üblich zu einem Bluthochdruck führt. Eine Untersuchung an 3124 Patienten aus 48 Behandlungszentren zeigte, dass die einseitige Entnahme einer Niere bei einem gesunden Menschen nicht zu einer Einschränkung der Nierenfunktion führt, jedoch zu einer möglicherweise leichten Erhöhung des Blutdruckes.“ Mit diesen Angaben wurde die mit einer Nierenlebendspende verbundene Abnahme der Nierenfunktion weder ihrem Umfang nach zutreffend noch ausreichend konkret dargestellt und das Risiko, durch den mit der Nierenlebendspende einhergehenden Verlust der Nierenfunktion gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erleiden, nicht ausreichend aufgezeigt.

So hat der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten in Verbindung mit seiner Stellungnahme vom ■■■■■2022 ausgeführt, dass es durch die mit der Spende verbundene Entnahme der Niere zunächst zu einer Reduktion der Nierenfunktion um die Hälfte komme und dass es im postoperativen Verlauf zu einer Hypertrophie der verbleibenden Niere komme, welche 15 – 40 % des Verlusts wieder ausgleiche. Auf der Basis der vor der Spende ermittelten Werte des Klägers ist der Sachverständige zu der Einschätzung gelangt, dass hiernach beim Kläger eine Nierenfunktion von letztlich ca. 59 % der Ausgangsfunktion zu erwarten gewesen sei, mithin ein Verlust von 40 % der vorherigen Nierenleistung, und eine GFR von ca. 66 ml/min, was einer milden chronischen Nierenerkrankung entspreche. Dass mit einer Spende ein derart erheblicher Verlust an Nierenleistung einhergeht und dass die Nierenfunktion nur noch in einem Umfang verbleibt, dem bei einem Nichtspender grundsätzlich ein Krankheitswert beigemessen wird, stellt eine gesundheitliche Folge dar, die für einen potentiellen Nierenlebendspender im Hinblick auf eine Entscheidung über eine Spende durchaus relevant ist. Dies gilt umso mehr unter Berücksichtigung des klägerseits vorgelegten Auszugs aus dem Thieme Lehrbuch für Nephrologie (Anlage K14, Bl. 168 d. A.), dessen Richtigkeit der Sachverständige bestätigt hat. Hiernach sind Patienten bei leicht eingeschränkter Nierenfunktion häufig symptomlos oder klagen über uncharakteristische Beschwerden wie Leistungsschwäche und Müdigkeit. Dies bedeutet jedoch zum einen im Umkehrschluss, dass es insoweit durchaus symptomatische Patienten gibt; zum anderen kann auch das Risiko der vorgenannten unspezifischen Beschwerden für einen potentiellen Spender für seine Entscheidung über die Spende von Bedeutung sein.

All dies lässt sich den Angaben zum Nierenfunktionsverlust in der Niederschrift der Aufklärung vom ■■■■■2016 jedoch nicht entnehmen. Die dortigen Angaben suggerieren, dass es erst über einen beträchtlichen Zeitraum hinweg und auch nur zu einem deutlich geringeren Leistungsverlust – nämlich lediglich rund 10 % – kommt. Darüber hinaus hat der Sachverständige in seiner ergänzenden Anhörung angegeben, der in der Niederschrift genannte Wert von 10 % für die Abnahme der Nierenfunktion sei etwas zu gering und er nenne seinen Patienten als Wert 10 – 20 %, dies habe man auch bereits im Jahr 2016 gewusst. Hiernach stellte die in der Niederschrift dokumentierte Aufklärung über den Umfang des Nierenfunktionsverlusts die zu erwartenden gesundheitlichen Folgen sowie insoweit mit der Spende verbundene Risiken verharmlosend und unzureichend dar. Dass dem Kläger im Aufklärungsgespräch darüberhinausgehende Informationen erteilt worden wären, haben die Beklagten nicht substantiiert dargelegt und bewiesen. Insbesondere hatte der Beklagte zu 6) keine Erinnerungen an das konkrete Aufklärungsgespräch mit dem Kläger.

Vor diesem Hintergrund bedarf die Frage, ob die Aufklärung hinsichtlich des Risikos eines Chronic Fatigue Syndroms sowie hinsichtlich der weiteren vom Kläger gerügten Risiken des Eingriffs (Lungenatelektasen, Harnwegsinfekt, Lungenentzündung, Hautemphysem, Blasenfunktionsstörung) ausreichend war, keiner Entscheidung.

Inhaltliche Mängel der Selbstbestimmungsaufklärung führen zu einer Unwirksamkeit der Einwilligung. Für den Einwand der hypothetischen Einwilligung ist kein Raum. Andernfalls würde der Schutzzweck der besonders ausgestalteten Aufklärungspflicht nach § 8 Abs. 2 S. 1 und 2 TPG unterlaufen. Dies ergibt sich systematisch aus § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit. b TPG, wonach die ordnungsgemäße Aufklärung des Lebendorganspenders nach § 8 Abs. 2 S. 1 und 2 TPG Voraussetzung für die Zulässigkeit der Organentnahme ist. Maßgeblich ist, dass die Situation bei einer Lebendspende für den Spender grundlegend anders ist als für einen Patienten, der über die Einwilligung in einen Heileingriff zu entscheiden hat: Bei einer Ablehnung der Spende geht der Lebendspender nicht die Gefahr einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands ein, sondern behält sein gesundes Organ. Die Aufklärungsvorgaben sollen daher den Spender „vor sich selbst schützen“. Der Gesetzgeber wollte eine echte Freiwilligkeit gewährleisten (vgl. BGH NJW 2019, 1076; NJW 2020, 2334, jeweils beck-online).

Zwar kann in Ausnahmefällen nach dem sog. Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ein Missbrauch der durch Aufklärungsmängel geschaffenen Rechtsposition in Betracht kommen (vgl. BGH NJW 2019, 1076, beck-online). Hierfür fehlt es jedoch im vorliegenden Fall an ausreichenden Anhaltspunkten. Allein der Brief des Klägers vom ■■■■■2017 an die Beklagte zu 1) reicht hierfür nicht aus. Denn dieser Brief spiegelt letztlich die besondere Konfliktsituation wider, in der sich ein Nierenlebendspender regelmäßig befindet, weil er das Leiden einer ihm nahestehenden Person wahrnimmt und sich in einer solchen Situation sittlich zur Organspende verpflichtet fühlt; eben dieser besondere Hintergrund hat den Gesetzgeber veranlasst, durch die besondere gesetzliche Ausgestaltung der Aufklärung und Einwilligung in eine Organspende eine echte Freiwilligkeit der Spende zu gewährleisten (vgl. auch BGH NJW 2019, 1076, 1081, beck-online).

Die Beklagten haften damit dem Grunde nach wegen der fehlenden Einwilligung für den Eingriff vom ■■■■■2016 selbst und für sämtliche sich daraus ergebenden Folgen. Der Primärschaden des Klägers besteht hier im Verlust der Niere, hierdurch hat der Kläger einen Körper- und Gesundheitsschaden erlitten.

Die Kammer entscheidet vor Durchführung des Betragsverfahrens nach §§ 304 Abs. 1, 301 Abs. 1 ZPO durch (Teil-) Grund- und Teilurteil. Die Voraussetzungen für den Erlass eines Grundurteils sind erfüllt. Ein Grundurteil darf nur ergehen, wenn ein Anspruch nach Grund und Höhe streitig ist, alle Fragen, die zum Grund des Anspruchs gehören, erledigt sind und wenn nach dem Sach- und Streitstand der Anspruch mit hoher Wahrscheinlichkeit in irgendeiner Höhe besteht (BGH NJW-RR 2007, 305, beck-online). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Insbesondere ergibt sich eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Anspruch des Klägers in irgendeiner Höhe besteht, daraus, dass mit dem rechtswidrigen Eingriff selbst sowie dem Verlust der Niere als solchem bereits ein Körper- und Gesundheitsschaden verbunden ist. Die Frage, inwieweit die vom Kläger geltend gemachten weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf der Nierenspende beruhen, bleibt dem Betragsverfahren vorbehalten.

Dem Grundurteil sind nur der Höhe nach summenmäßig beschränkte Ansprüche auf Zahlung von Geld oder auf die Leistung vertretbarer Sachen zugänglich (BGH NJW 2000, 664, 665). Darunter fällt nicht der Feststellungsantrag des Klägers, über den im Zusammenhang mit einem Grundurteil durch Teilurteil entschieden werden muss (vgl. BGH NJW 2009, 2814, 2815).

Nach dem Vorstehenden kann der Kläger auch die Feststellung der Schadensersatzverpflichtung der Beklagten für weitere materielle und immaterielle Schäden aufgrund des Eingriffs vom ■■■■■2016 verlangen.

Die Kostenentscheidung war dem Schlussurteil vorzubehalten.

Latsch
Vizepräsident des
Landgerichts

Leitschuh
Richter am Landgericht

Schickling-Mengel
Richterin am Landgericht

Beglaubigt
Fulda, 11.11.2022

Aap
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle