

Leitsatz:

1. Vor einer relativ indizierten Operation ist die Aufklärung nur dann auf eine konservative Behandlungsalternative zu erstrecken, wenn diese eine echte Wahlmöglichkeit darstellt, d.h. hiermit nicht lediglich eine kurzzeitige Beschwerdelinderung, sondern zumindest eine Besserung der Grunderkrankung erreicht werden kann.

2. Voraussetzung für eine wirksame Grundaufklärung ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten, d.h. die Fähigkeit, die ärztliche Information autonom zu verarbeiten und auf dieser Grundlage eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen zu können. Ob diese Voraussetzungen vorgelegen haben, ist im Arzthaftungsprozess ggf. von Amts wegen zu prüfen.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Urteil vom 3. Februar 2026, Az.: 4 U 1258/24



Oberlandesgericht

Dresden

Zivilsenat

Aktenzeichen: **4 U 1258/24**
Landgericht Zwickau, 1 O 846/19

IM NAMEN DES VOLKES

ENDURTEIL

In dem Rechtsstreit

K..... L....., ...

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigter:

Rechtsanwalt H..... K....., ...

gegen

1. R..... V..... Klinikum G..... gGmbH, ...
vertreten durch den Geschäftsführer

- Beklagter und Berufungsbeklagter -

2. H.....-B.....-Klinikum gemeinnützige GmbH, ...
vertreten durch den Geschäftsführer

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

3. Dr. med. T..... B....., ...

- Beklagter und Berufungsbeklagter -

Prozessbevollmächtigte zu 1 und 3:

Rechtsanwälte S..... & H....., ...

Prozessbevollmächtigte zu 2:

Rechtsanwälte R..... & Partner mbB, ...

wegen Schadensersatz aus stationärer Heilbehandlung

hat der 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Dresden durch

Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht S.....,
Richterin am Oberlandesgericht P..... und
Richterin am Oberlandesgericht Z.....

aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 20.01.2026 am 03.02.2026

für Recht erkannt:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts Zwickau vom 23.8.2024 wird auf ihre Kosten zurückgewiesen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin kann die Vollstreckung wegen der Kosten durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des jeweils beizutreibenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Beschluss:

Der Streitwert wird auf bis zu 300.000,- EUR festgesetzt.

G R Ü N D E:

I.

Die Klägerin begehrt Schmerzensgeld und die Feststellung der Erstattungspflicht für weitere Schäden gestützt auf die Behauptung von Behandlungsfehlern durch die Beklagten zu 1) und 3) im Jahr 2013 und durch die Beklagte zu 2) im Jahr 2014.

Die am 24.03.1971 geborene Klägerin litt seit ca. 2002 an Rückenschmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich, die im Jahre 2012 zunahmen. Sie war deswegen konservativ u.a. mit Physiotherapie, Akkupunktur und Medikamenten erfolglos behandelt worden. Auch eine Rehabilitationsbehandlung in der Klinik B..... Anfang 2013 blieb ohne Erfolg. Dort wurde der Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung geäußert und als mögliche Ursache hierfür eine berufliche und private Stressbelastung gesehen. Im Abschlussbericht vom 14.6.2013 heißt es u.a.: "Neben der regelmäßigen psychologischen Begleitung während der Reha wurde der ausführlich vorgedachte Versuch einer medikamentösen Schmerzdistanzierung zunächst mit Amitriptylin, zuletzt mit Citalopram unternommen, letztlich jedoch erfolglos. Zwischenzeitlich verstärkte Beschwerden konnten durch die Verordnung von Valeron 50, 3-mal 1, Novaminsulfon 500, 4-mal 1 und Diclofenac 75 i.m. nicht positiv beeinflusst werden.". Bei ihrer Erstvorstellung im MVZ G..... im Juni 2013 gab die Klägerin Kribbelparästhesien, Schmerzen und Taubheit im linken Fuß sowie Schmerzen in der Wirbelsäule über die Leiste entlang des linken Beines ausstrahlend bis zum Fuß an. Der Beklagte zu 3) diagnostizierte auf der Grundlage der Untersuchung der Klägerin und der vorliegenden MRT-Befunde der Lendenwirbelsäule vom März 2012 und vom 09.07.2013 eine hochgradig aktivierte erosive Osteochondrose im Segment LWK 5/SWK 1. Die Klägerin wurde durch den Beklagten zu 3) am 20.09.2013 (Anlage B1) aufgeklärt, Inhalt und Umfang dieser Aufklärung sind zwischen den Parteien streitig. Sie wurde anschließend im Klinikum der Beklagten zu 1) am 25.09.2013 von dem Beklagten zu 3) operiert. Dabei wurde die Bandscheibe im Segment LWK 5/SWK 1 von ventral entfernt und anschließend ein selbstverschraubender ALIF-Cage in das Bandscheibenfach eingebracht. Die postoperative Röntgenkontrolle zeigte eine regelrechte Lage der Implantate. Die Klägerin wurde am 30.09.2013 entlassen, es folgte eine Anschlussheilbehandlung in der Orthopädie der A..... Fachklinik K..... vom 15.10. bis 11.11.2013. Auch im Anschluss hieran beklagte die Klägerin

lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein sowie zunehmende Taubheit in zwei Zehen, ferner Gefühlsstörungen in der Oberschenkelinnenseite links und im Genitalbereich. Am 08.11.2013 trat bei ihr eine spontane Harninkontinenz auf, die zu einer notfallmäßigen Vorstellung im Klinikum G..... am 11.11.2013 führte. Das dort erstellte CT zeigte kein klinisches Korrelat zu den Beschwerden. Während der anschließenden stationären Aufenthalte der Klägerin in der Neurologie der P..... Z..... vom 12. bis 16.11.2013 und vom 29.11. bis 03.12.2013, wurde ein somatoformes Syndrom mit psychogener Harninkontinenz, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie ein depressives Syndrom diagnostiziert.

Am 10.12.2013 stellte sich die Klägerin bei Dr. G..... im MVZ C..... vor, der eine MRT-Untersuchung des Beckens sowie eine urologische Abklärung der Harninkontinenz veranlasste und mit der Klägerin die Möglichkeit einer weiteren Operation im Segment LWK 5/SWK 1 besprach. Ausweislich der Dokumentation wurde der Klägerin am 07.01.2014 mitgeteilt, dass der operative Eingriff auch keinen Erfolg haben und es sogar zu einer Verschlechterung kommen könne. Die Klägerin wurde am 23.01.2014 stationär bei der Beklagten zu 2) aufgenommen, ausweislich des bei den Behandlungsunterlagen befindlichen und von der Klägerin unterzeichneten Bogens wurde am 24.01.2014 um 16.00 Uhr mit ihr ein Aufklärungsgespräch geführt. Die Operation fand am 27.01.2014 statt. Die postoperative Röntgenkontrolle zeigte eine korrekte Lage der Implantate. Am 13.02.2014 erfolgte eine Anschlussheilbehandlung im Fachklinikum Bx..... Dort wurde festgehalten, dass die Restbeschwerden und Funktionseinschränkungen nicht in einem regulären zeitlichen Zusammenhang mit den durchgeführten Operationen stünden, sondern eine deutliche Schmerzchronifizierung und negative Konditionierung anzunehmen seien. Die multimodale Schmerztherapie bei der Beklagten zu 2) vom 16.06. bis 04.07.2014 zeigte trotz Erhöhung der Opiatmedikation keine Schmerzreduktion und bei Ausschleichen der Medikation keine Verschlimmerung der Schmerzen. Im Dezember 2019 erfolgte in der P..... Z..... die Entfernung der Spondylodese. Eine Besserung der Beschwerden wurde hierdurch nicht erzielt.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass es für die Operation vom 25.09.2013 keine medizinische Indikation gegeben habe. Die Diagnose einer hochgradigen Bandscheibenschädigung und Osteochondrose sei unzutreffend gewesen. Die Beklagten zu 1) und 3) hätten eine somatoforme Schmerzstörung als eigentliche Ursache der Beschwerden in Betracht ziehen und diesem nachgehen müssen. Auch für die Spondylodese vom 27.01.2014 habe es keine Indikation gegeben. Die fehlende Indikation für die beiden Eingriffe habe der MDK-Gutachter Dr. Gr..... bestätigt. Zudem seien beide Eingriffe fehlerhaft ausgeführt worden. Des Weiteren sei sie vor beiden Eingriffen nicht ordnungsgemäß über die Risiken und die Behandlungsalternativen aufgeklärt worden. Zudem habe sie sich am 24.01.2014 durch die zahlreichen Medikamente in einem Dämmerzustand befunden und schon deswegen sei die Aufklärung nicht ordnungsgemäß gewesen. Die unnötigen und fehlerhaften Eingriffe hätten zu Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein und die linke Leiste, zur Taubheit der Zehen, zu schmerzhaften Einschränkung der Lendenwirbelsäule, Harninkontinenz und Gefühlsstörungen geführt. Den Beklagten sei die Verdachtsdiagnose der somatoformen Schmerzstörung bekannt gewesen.

Das Landgericht hat ein Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. K..... (Neurochirurgie) eingeholt und hierauf gestützt die Klage mit Urteil vom 23.08.2024 abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie beanstandet, dass das Landgericht kein Obergutachten eingeholt habe. Der MDK-Gutachter und der gerichtliche bestellte Gutachter seien zu entgegenstehenden Ergebnissen mit jeweils dezidiert gegenläufiger Begründung gekommen. Dies hätte zur Einholung eines Obergutachtens führen müssen. Darüber hinaus sei vom gerichtlichen Sachverständigen der Befundbericht des MRT vom 09.07.2013 nicht beachtet worden. Dort sei von einer „ganz diskreten Bandscheibenprotrusion“ die Rede. Eine Indikation für die beiden Operationen habe nicht bestanden. Ausführungen zum Facharztstandard seien dem gerichtlichen Gutachten nicht zu entnehmen. Ebenso fehlten Hinweise zur medizinischen Literatur. Entgegen den Ausführungen des Landgerichts hätten dem MDK-Gutachter auch die erforderlichen Behandlungsunterlagen vorgelegen. Des Weiteren sei die Klägerin nicht über gebotene medizinische Behandlungsalternativen, insbesondere die multimodale Schmerztherapie aufgeklärt worden. Die durch die ärztlichen Vorbehandler festgestellte psychosomatische Schmerzsymptomatik habe keine Beachtung gefunden, obwohl sie den Beklagten bekannt gewesen sei. Es fehle eine Aufklärung über Behandlungsalternativen. Schließlich sei das Landgericht über den Vortrag der Klägerin, dass sie zum Zeitpunkt der Aufklärung vor der 2. Operation nicht einwilligungsfähig gewesen sei, weil sie unter Einfluss starker Medikamente gestanden habe, hinweggegangen. Eine Anhörung der Klägerin zur bestrittenen Risikoaufklärung sei unterblieben. Des Weiteren sei unklar geblieben, warum in der ersten Operation nicht schon die gebotene Versteifung durchgeführt worden sei. Dadurch hätte die zweite Operation vermieden werden können. Der Sachverständige habe dazu keine Angaben gemacht. Zudem habe es das Landgericht verfahrensfehlerhaft unterlassen, dem Antrag der Klägerin auf körperliche Untersuchung durch den Sachverständigen nachzugehen.

Die Klägerin beantragt:

1.

Die Beklagten zu 1) bis 3) werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an die Klägerin ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, welches 125.000,00 € nicht unterschreiten soll, nebst Zinsen i. H. v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.09.2013 zu zahlen.

2.

Es wird festgestellt, dass die Beklagte zu 1) verpflichtet ist, der Klägerin sämtliche weiteren materiellen sowie immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr in Folge der fehlerhaften Behandlung bei der Beklagten zu 1) im Zeitraum vom 24.09.2013 bis 30.09.2013 entstanden sind oder entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden.

3.

Es wird festgestellt, dass die Beklagte zu 2) verpflichtet ist, der Klägerin sämtliche weiteren materiellen sowie immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr in Folge der fehlerhaften Behandlung bei der Beklagten zu 2) im Zeitraum vom 23.01.2014 bis 13.02.2014 entstanden sind oder entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden.

4.

Es wird festgestellt, dass der Beklagte zu 3) verpflichtet ist, der Klägerin sämtliche weiteren materiellen sowie immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr in Folge der fehlerhaften Behandlung bei dem Beklagten im Zeitraum vom 24.06.2013 bis 11.11.2013 entstanden sind oder entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigen das landgerichtliche Urteil.

Zur Ergänzung des Sach- und Streitstands wird auf das angefochtene Urteil und die im Berufungsverfahren gewechselten Schriftsätze Bezug genommen. Der Senat hat ergänzend Zeugenbeweis erhoben und den Beklagten zu 3) informatorisch angehört. Für das Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 20.1.2026 Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung der Klägerin bleibt in der Sache ohne Erfolg. Das Landgericht hat unter Bezugnahme auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. K..... mit zutreffenden Erwägungen, auf die der Senat im Wesentlichen Bezug nimmt, einen Behandlungsfehler verneint (1.). Im Anschluss an die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat kommt auch eine Haftung der Beklagten wegen eines Aufklärungsversäumnisses nicht in Betracht (2.).

1. Der Klägerin steht gegen die Beklagten zu 1) bis 3) kein Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz gemäß §§ 630 a ff., 280, 278, 823, 253 Abs. 2 BGB wegen der Operationen vom 25.9.2013 und 27.1.2014 zu. Zwar ist die Prüfungskompetenz des Berufungsgerichts hinsichtlich der erstinstanzlichen Tatsachenfeststellungen nicht auf Verfahrensfehler und damit auf den Umfang beschränkt, in dem eine zweitinstanzliche Tatsachenfeststellung der Kontrolle durch das Revisionsgericht unterliegt. Auch verfahrensfehlerfrei getroffene Tatsachenfeststellungen sind für das Berufungsgericht nach § 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO nicht bindend, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Feststellungen unvollständig oder unrichtig sind. Dabei können sich Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit der entscheidungserheblichen Feststellungen auch aus der Möglichkeit unterschiedlicher Wertung ergeben, insbesondere daraus, dass das Berufungsgericht das Ergebnis einer erstinstanzlichen Beweisaufnahme anders würdigt als das Gericht der Vorinstanz. Besteht aus der für das Berufungsgericht gebotenen Sicht eine gewisse - nicht notwendig überwiegende - Wahrscheinlichkeit dafür, dass im Fall der Beweiserhebung die erstinstanzliche Feststellung keinen Bestand haben wird, ist es zu einer erneuten Tatsachenfeststellung verpflichtet (vgl. BGH, Urteil vom 14.02.2017, Az.: VI ZR 434/15 - juris; Senat, Urteil vom 2. Juni 2020 – 4 U 242/20 –, Rn. 12, juris). Solche Zweifel liegen hier indes nicht vor.

a) Im Anschluss an die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. K..... hat das Landgericht zutreffend ausgeführt, dass die Operation am 25.09.2013 nicht wegen einer psychischen Überlagerung der unstreitig bei ihr bestehenden Osteochondrose kontraindiziert und damit behandlungsfehlerhaft gewesen wäre. Der Sachverständige hat die

Operationsindikation aus der langen Krankheitsgeschichte der Klägerin und dem damit korrespondierenden sichtbaren Befund einer erosiven Osteochondrose abgeleitet. Die Klägerin habe bereits seit 2002 an Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule gelitten, 2012 seien zunehmende Beschwerden mit Bewegungseinschränkungen hinzugekommen und 2013 zusätzlich Kribbeln, Taubheit am Bein entlang bis hin zum Fuß. Die MRT-Bildgebung vom 09.07.2013 habe er selbst ausgewertet und dort sei für ihn deutlich sichtbar der Befund einer erosiven Osteochondrose, einer reaktiven Veränderung und einer aktivierten Osteochondrose im Bereich LWK 5/SWK 1 gegeben. Dies sei nach seiner Einschätzung eine klare Operationsindikation. Die erosive Osteochondrose lasse sich aus dem Bildanhang, den er seinem Gutachten beigelegt habe, deutlich erkennen. Die Bildgebung lasse sich mit den zusätzlichen beklagten Beschwerden problemlos in Einklang bringen. Die Aufhellung in der Bildgebung deute auf entzündliche und/oder degenerative Veränderungen hin. Hinzu komme, dass bereits über viele Jahre der Schmerzzustand der Klägerin erfolglos behandelt worden sei. Der Operationsbericht vom 25.09.2013 habe die Indikation - auch wenn es darauf letztendlich nicht ankomme - bestätigt. Daraus ergebe sich, dass im zentralen Bandscheibenfach keine Bandscheibenteile mehr vorhanden gewesen seien und die Bandscheibenreste entfernt werden mussten. Ziel der Operation sei die Erhöhung des Zwischenwirbelfaches mit späterer Fusion.

Entgegen der Auffassung der Klägerin war dieser Eingriff auch nicht deshalb behandlungsfehlerhaft, weil bei ihr eine psychosomatische Schmerzsymptomatik bestand. Es kann insofern offenbleiben, ob den Behandlern der Beklagten zu 1) und dem Beklagten zu 3) die Vordiagnose einer somatoformen Schmerzstörung des Klinikums B..... bekannt war. Nach der auch für den Senat ohne weiteres nachvollziehbaren Einschätzung des Sachverständigen mögen modifizierende Faktoren wie zum Beispiel psychische Gegebenheiten bei der Beschwerdesymptomatik mitspielen, sind hier aber für die Indikation nicht entscheidend gewesen. Angesichts des eindeutigen morphologischen Befundes vom 09.07.2013 und der angegebenen Beschwerdesymptomatik habe mit "größter Wahrscheinlichkeit" ein Ursachenzusammenhang zwischen den morphologischen Auffälligkeiten und diesen Beschwerden bestanden. Im Verlauf der Zeit sei es auch zu einer Zunahme der Veränderungen der erosiven Osteochondrose gekommen. Bereits im März 2012 habe sich ein subchondrales Ödem im Zwischenwirbelfach gezeigt, darüber hinaus hätten eine Höhenminderung und eine Spondylarthrose bestanden. Im Verlauf sei es zu einer Verschlechterung gekommen, die sich aus der MRT-Bildgebung vom 09.07.2013 ergeben habe.

Die auf die entgegenstehenden Ausführungen des MDK-Gutachters Dr. Gr..... in den Gutachten vom 22.01.2018 und 16.03.2023 (Anlagenheft der Klägerin) gestützte Berufung gebietet keine ergänzende Beweisaufnahme. Der MDK-Gutachter stützt sich im Wesentlichen auf den Befundbericht über die MRT-Untersuchung der LWS vom 09.07.2013, in dem von einer "ganz diskreten Bandscheibenprotrusion im Segment LWK 5/SWK 1 ohne Raumforderungszeichen" gesprochen wird, hat indes im Gegensatz zum gerichtlichen Sachverständigen diese Bilder nicht selbst befundet. Seine Einschätzung, dass Verschleißerscheinungen auch asymptomatisch sein könnten, trifft abstrakt, nicht jedoch bezogen auf die Klägerin zu, die an starken Beschwerden litt, die sich trotz einer umfangreichen konservativen Therapie nicht gebessert hatten. Wie der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. K..... überzeugend ausgeführt hat, korrespondierte der MRT-Befund vom 09.03.2013 mit diesen Beschwerden; der Sachverständige hat daraus den Schluss gezogen, dass auch eine daneben bestehende somatoforme Schmerzstörung diese Indikation nicht in Zweifel gezogen hätte. Dass eine Osteochondrose in dem Befund vom

9.3.2013 nicht erwähnt wird, erklärt sich zwanglos dadurch, dass der Arbeitsauftrag für den Radiologen auf einen "NPP", d.h. einen Bandscheibenvorfall bezogen war. Auch in diesem Bericht sind aber "arthrotische Veränderungen der Facettengelenke" beschrieben, die vom Sachverständigen für die Osteochondrose angeführte "Höhenminderung" hat auch der MDK-Gutachter eingeräumt. Es trifft auch nicht zu, wie die Berufungsbegründung meint, dass sich der Sachverständige für seine Einschätzung allein auf die Bildgebung gestützt hätte, vielmehr hat er in der Anhörung vor dem Landgericht gerade ausgeführt, es komme auf die Zusammenschau der "langen Krankengeschichte", insbesondere der Verschlechterung seit 2012 mit den angegebenen Beschwerden bei periradikulärer Ausstrahlung an, die Klägerin habe zudem schon vor der Operation über "Missempfindungen und Taubheit im linken Fuß und Bein" geklagt.

Im Übrigen nimmt der MDK-Gutachter auch nicht in den Blick, dass bereits zahlreiche und umfangreiche konservative Behandlungsmethoden erfolglos geblieben waren. Der Sachverständige hat es auch angesichts dieser Vorbehandlungen als „falsch“ bezeichnet, einen Patienten mit seit vielen Jahren bestehenden Schmerzzuständen, die erfolglos behandelt worden seien und die sich durch einen zeitnahen MRT-Befund erklären ließen, auf psychische oder psychosomatische Behandlungen zu verweisen, auch weil eine psychiatrische Behandlung erhebliche Zeit in Anspruch nehmen und ihr Erfolg ungewiss sei. Entgegen der Behauptung in der Berufungsbegründung hat sich der Sachverständige für diese Einschätzung auch auf die im Gutachten aufgeführte medizinische Literatur gestützt. Die Einschätzung des MDK-Gutachters hält der Senat auf dieser Grundlage mit dem Landgericht für widerlegt.

b) Im Anschluss an die vom Landgericht zugrunde gelegten Ausführungen des Sachverständigen Prof. K..... ist der operative Eingriff vom 25.09.2013 auch entsprechend dem damals und auch heute gültigem Facharztstandard durchgeführt worden. In dem ausführlichen Operationsbericht seien wesentliche Details der Operation geschildert worden und es sei an keiner Stelle zu erkennen, dass gegen medizinische Standards verstoßen worden sei. Die Lage des ALIF Cages und der Schrauben sei adäquat mittels intraoperativer Durchleuchtung evaluiert worden. Nach Einschätzung des Sachverständigen ist auch die Operationsmethode nicht zu beanstanden. Die Frage der anzuwendenden Operationstechnik sei im Fluss. Insbesondere sei nicht zu beanstanden, dass nicht schon bei der Erstopoperation vom 25.09.2013 zusätzlich eine Stabilisierung von dorsal eingebracht worden sei. Es gebe zwar Studien, die von besseren Ergebnissen berichteten, wenn beide Methoden kombiniert würden, andererseits aber auch medizinische Stimmen, die Vorteile darin sähen, wenn lediglich ein selbststabilisierender ALIF-Cage eingebracht werde. Der Nachteil einer Kombinationsmethode liege darin, dass ein größerer Eingriff mit zwei gesonderten Zugängen erforderlich sei. Vorliegend habe auch keine Wurzelkompression vorgelegen. Daher sei es kein Fehler, dass nicht noch zusätzlich eine dorsale Stabilisierung vorgenommen worden sei. Dies hält der Senat für einleuchtend, die Berufung macht hiergegen keine substantiierten Einwände geltend.

c) Auch den operativen Eingriff vom 27.01.2014 hat das Landgericht gestützt auf den Sachverständigen Prof. K..... mit zutreffenden Erwägungen nicht als kontraindiziert angesehen. Obwohl der Ersteingriff vier Monate zurückgelegen habe, habe immer noch keine knöcherne Fusion stattgefunden. Die Bildgebung zeige eindeutig, dass es zwar einerseits keine Dislokation des Implantates gegeben habe, aber eben auch keine knöcherne Durchbauung. Mithin habe eine sogenannte Mikroinstabilität vorgelegen, weil die knöcherne Fusion gefehlt habe. Deshalb sei es nachvollziehbar und richtig, dass hier eine

Stabilisierung mittels einer dorsalen Spondylodese eingebracht worden sei. Schließlich habe die Klägerin über eine erhebliche Beschwerdesymptomatik geklagt, so dass auch ein entsprechender Leidensdruck vorhanden gewesen sei, um die knöcherne Fusion durch eine Stabilisierungsoperation zu ermöglichen. Diese habe dazu gedient, die vorhandene Schmerzsymptomatik zu reduzieren. Zwar wäre auch ein bloßes Nichtstun in Betracht gekommen, allerdings wäre es dann bei der Schmerzsymptomatik geblieben und es hätte das Risiko einer Verschlechterung bestanden.

Auch insoweit kann dahinstehen, ob den Behandlern der Beklagten zu 2) die somatoforme Schmerzstörung bekannt gewesen ist, denn nach der Einschätzung des Sachverständigen wäre dies kein Grund gewesen, mit dem stabilisierenden Eingriff abzuwarten oder gar von diesem abzusehen. Es sei nachvollziehbar, dass die Behandler im Jahr 2014 davon ausgegangen seien, dass die dorsale Spondylodese zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik führen könne.

d) Nach Einschätzung des Sachverständigen ist dem Operationsbericht vom 27.01.2014 zu entnehmen, dass die damals und auch heute noch gültigen medizinischen Standards und Regeln eingehalten worden seien. Es finde sich keinerlei Hinweis für ein ärztliches Fehlverhalten. Der operative Eingriff sei lege artis durchgeführt worden. Diese Feststellung, gegen die die Berufung nichts Substantiiertes einwendet, hat das Landgericht seiner Beweiswürdigung zutreffend zugrunde gelegt. Unabhängig hiervon ist der Klägerin aber auch der Beweis dafür, dass die von ihr angeführten Beschwerden auf die operativen Eingriffe vom 25.09.2013 und/oder vom 27.01.2014 zurückzuführen sind, nicht gelungen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen handelt es sich bei den aufgeführten Symptomen vielmehr um solche, die der Grunderkrankung zuzuordnen sind, wobei hier aber auch die verifizierte somatoforme Schmerzstörung zu berücksichtigen sei.

2. Ohne Erfolg rügt die Klägerin auch eine fehlende Aufklärung über Behandlungsalternativen bei beiden Operationen. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordert die Unterrichtung über Alternativen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen aufweisen. Besteht danach eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dann muss diesem nach entsprechend vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Wege die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will (vgl. Senat, Urteil vom 15.10.2024 - 4 U 100/24, Rdnr. 24 - juris; vgl. Senat, Urteil vom 09.01.2024, 4 U 2225/22 - juris; vgl. BGH, Urteil vom 15.03.2005 - VI ZR 313/03 - juris). Maßgeblich für das Vorhandensein aufklärungspflichtiger Behandlungsalternativen ist insoweit - wie es auch in § 630 e Abs. 1 BGB formuliert ist - das Bestehen wesentlicher Unterschiede (vgl. Senat, Urteil vom 15.10.2024 - 4 U 100/24 - juris; vgl. OLG Hamm, Urteil vom 04.06.2014 - 3 O 63/13 - juris). Da dem Patienten stets die Entscheidung darüber zusteht, ob und in welchem Umfang er einem ihm angeratenen ärztlichen Heileingriff mit den damit verbundenen Chancen und Risiken für seinen Körper und seine Gesundheit zustimmen will, muss der Arzt diesen auch über die Möglichkeit aufklären, von einer Operation zunächst abzusehen und die Entwicklung weiter zu beobachten (vgl. etwa OLG Naumburg, MDR 2008, 745). Je weniger dringlich sich der Eingriff - nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht - in zeitlicher und sachlicher Hinsicht für den Patienten darstellt, desto weitgehender ist das Maß und der Genauigkeitsgrad der Aufklärungspflicht. Daher ist bei einer nur relativ indizierten Operation regelmäßig auch eine gleichzeitige Aufklärung über die Möglichkeit einer abwartenden Behandlung oder des Nichtstuns geboten

(OLG Hamm, Urteil vom 15. Dezember 2017 - I-26 U 3/14 -, Rn. 31, juris vgl. Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 8. Aufl. Rdn. C9 m.w.N.). Auch bei einer nur relativen Indikation setzt dies aber voraus, dass das Abwarten eine echte Wahlmöglichkeit darstellt (Senat, Beschluss vom 16. Januar 2025 – 4 U 657/24 –, Rn. 24, juris st. Rspr).

aa) Vorliegend erscheint bereits zweifelhaft, ob in der Situation der Klägerin vor der Operation 25.9.2013 noch ernstzunehmende Behandlungsalternativen bestanden. Nach den Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. K..... war dies bereits nicht der Fall. Er hat eingeschätzt, dass er in seiner Klinik solche Alternativen nicht angeboten hätte. Es habe nur das Nichtstun und die Fortführung der bisherigen konservativen, aber erfolglos gebliebenen Therapie gegeben. Was eine eventuelle modulare Schmerztherapie angehe, so sei nach Aktenlage umfangreich konservativ behandelt worden. Dies ergebe sich aus dem Arztbrief des Reha-Klinikums B..... Es seien eine ganze Vielzahl von erfolglos angewendeten Therapieansätzen ausgeführt. Das Nichtstun hätte an ihren erheblichen Schmerzen nichts geändert. Die Klägerin habe nach ihren Angaben im Juni 2013 eine psychotherapeutische Behandlung begonnen. Die Beklagten hätten daher nicht auf eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung hinwirken müssen, da diese stattgefunden habe. Bei der bestehenden Beschwerdeproblematik der Bildgebung hätte man keineswegs noch das Ende der psychotherapeutischen Behandlung abwarten müssen, die offensichtlich noch bis 2015 oder 2016 andauert habe. Das Zuwarten wäre nach seiner Einschätzung sogar medizinisch fehlerhaft gewesen. Nach den Angaben des Sachverständigen wäre aller Voraussicht nach auch die konservative Behandlung in Form einer Facetteninfiltrationstherapie, die Thermoverödungstherapie sowie eine modulare Schmerztherapie erfolglos geblieben. Aufgrund des Umstandes, dass die Schmerzen seit langer Zeit bestanden und sich bereits chronifiziert hätten und der Zustand auch schlechter geworden sei, könne man davon ausgehen, dass weitere konservative Therapieansätze im Jahr 2013 erfolglos geblieben wären.

bb) Im Anschluss an die informatorische Anhörung der Klägerin und des Beklagten ist den Beklagten zu 1) und 3) insofern kein Versäumnis anzulasten. Vielmehr ist nach den glaubhaften Angaben des Beklagten zu 3) in der mündlichen Verhandlung vom 20.1.2026 davon auszugehen, dass die Klägerin in mehreren Terminen über die aufgrund der unstreitig bei ihr bestehenden Osteochondrose bestehenden Behandlungsoptionen, d.h. über die Möglichkeit, entweder zu operieren oder von einer Behandlung auch weiterhin abzusehen und die Schmerzen zu ertragen, aufgeklärt wurde. Der Senat geht auch mit der für § 286 ZPO hinreichenden Gewissheit davon aus, dass die Klägerin weder bei der Erstvorstellung bei dem Beklagten zu 3) im MVZ am 24.6.2013 noch bei den Folgeterminen auf die in der Zeit vom 8.5.2013 bis 5.6.2013 erfolgte orthopädische Rehabilitation im Klinikum B..... und die dort zutage getretene Notwendigkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen hat, wofür auch die Verneinung von Gemütsleiden im bei den Behandlungsunterlagen befindlichen und von der Klägerin unterschriebenen Aufklärungsbogen spricht. Wie der Sachverständige Prof. K..... in der mündlichen Anhörung vor dem Landgericht nachvollziehbar ausgeführt hat, bestand aber ohne einen solchen richtungsweisenden Befund keine Veranlassung, rein vorsorglich eine psychosomatische Ursache für die Beschwerden abzuklären, die sich in orthopädischer Sicht durch eine Vergleichsbetrachtung der MRT-Befunde aus dem Jahr 2012 und vom 9.7.2013 erklärten. Ebenso wenig war der Beklagte zu 3) angesichts dessen gehalten, über eine psychosomatische Behandlung als ernsthaft in Betracht zu ziehende Behandlungsalternative aufzuklären, über die die Klägerin überdies bereits durch den Reha-Entlassungsbericht des Klinikums B..... vom 14.6.2013 in Kenntnis gesetzt war (vgl. zum Entfallen der

Aufklärungsverpflichtung bei Vorkenntnissen des Patienten Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht., Teil C, Rn. 112; OLG Brandenburg Hinweisbeschluss v. 11.2.2020 – 12 U 155/18, BeckRS 2020, 6171 Rn. 18, beck-online). Auch die Fortführung der in B..... begonnenen Schmerztherapie oder die von der Berufungsbegründung geforderte "modulare Schmerztherapie" hätte bestenfalls die bei der Klägerin bestehenden Symptome lindern können, an der Grunderkrankung und der hierdurch hervorgerufenen Überlastung der Gelenke jedoch nichts geändert, sondern nach Einschätzung des Sachverständigen die Gefahr einer Verschlechterung und Chronifizierung beinhaltet. Eine aufklärungspflichtige Behandlungsalternative liegt aber nicht vor, wenn die den Beschwerden zugrunde liegende Grundproblematik mit einer konservativen Behandlung nicht gebessert werden, sondern hiermit allein eine kurzzeitige Beschwerdelinderung erreicht werden könnte (Staudinger/Gutmann (2021) BGB § 630e, Rn. 89; Senat, Beschluss vom 14. Februar 2018 – 4 U 82/18 –, Rn. 11, juris).

bb) Auch für den operativen Eingriff am 17.01.2014 hat der Sachverständige keine echte Behandlungsalternative gesehen. Zwar wäre auch ein abwartendes Vorgehen in Betracht gekommen, dann aber mit dem Risiko einer Verschlechterung und Persistenz der Schmerzsymptomatik. Allerdings hat das Landgericht gleichwohl zu Unrecht von der Zeugenvernehmung des das Aufklärungsgespräch führenden Zeugen Dr. G..... abgesehen, obwohl die Klägerin behauptet hatte, sie habe sich in einem bewusstseinsgetrübten Zustand befunden und sei daher nicht aufklärungsfähig gewesen. Jeder behandelnde Arzt ist verpflichtet, dem Patienten hinsichtlich der von ihm übernommenen Behandlungsaufgabe aufzuklären (vgl. Senat, Urteil vom 15.10.2024 - 4 U 100/24 - juris). Grundsätzlich ist dem Patienten durch die vor jedem ärztlichen Eingriff zu erfolgende Aufklärung eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schweregrad der in Betracht stehenden Behandlung sowie den damit verbundenen Belastungen und Risiken zu vermitteln (vgl. Senat, Beschluss vom 27.05.2024 - 4 U 2057/23, Rn. 47 - juris). Diese Aufklärung soll kein medizinisches Detailwissen vermitteln, sondern dem Patienten eine ergebnisbezogene Entscheidungsgrundlage geben. Der Patient muss „im Großen und Ganzen“ wissen, worin er einwilligt (vgl. Senat, Beschluss vom 27.05.2024 - 4 U 2057/23, Rn. 47 - juris). Voraussetzung hierfür ist aber, dass der Patient einwilligungsfähig, d.h. in der Lage ist, die ärztlichen Sachinformationen zu verstehen, autonom zu verarbeiten und auf dieser Grundlage eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen zu können, ob er in den Eingriff einwilligt“ (OLG Koblenz, Urteil vom 1.10.2014 – 5 U 463/14 – juris). Die Einwilligungsfähigkeit muss ggf. von Amts wegen festgestellt werden (vgl. BVerfG, Beschluss vom 26.7.2016 – 1 BvL 8/15 Rn 86), sie steht wie das Aufklärungsgespräch insgesamt zur Beweislast des Arztes. Grundsätzlich stellt aber das vom Patienten unterzeichnete Aufklärungs- oder Einwilligungsformular ein wesentliches Indiz für den Inhalt der dem Patienten erteilten Aufklärung - in positiver wie auch in negativer Hinsicht – dar (vgl. Senat, Beschluss vom 10.11.2023 - 4 U 906/23, Rn 9 - juris). Dies gilt auch für die Einwilligungsfähigkeit. Im Anschluss an die vom Senat vorgenommene Vernehmung des Zeugen Dr. G..... ist indes davon auszugehen, dass die Einwilligungsfähigkeit der Klägerin bei dem Aufklärungsgespräch vom 24.1.2014 gegeben, jedenfalls etwaige Einschränkungen für den Zeugen, der an die Klägerin selbst aufgrund zahlreicher Gespräche auch nach Ablauf von mehr als zehn Jahren noch prägnante Erinnerungen hatte, nicht erkennbar waren. Der Zeuge Dr. G..... hat glaubhaft ausgesagt, die Klägerin in mehreren Gesprächen über die bei ihr bestehende Situation und die nun noch in Betracht zu ziehenden Möglichkeiten aufgeklärt zu haben. Die Klägerin habe dabei durchweg schmerzgeplagt gewirkt, für ihn hätte jedoch kein Anlass zu Zweifeln an ihrer Einwilligungsfähigkeit bestanden, obwohl er sich aufgrund seiner ärztlichen Erfahrung durchaus zutraue, etwaige Einschränkungen zu erkennen.

Anhand des Aufklärungsbogens habe er die Klägerin über die Operationsrisiken – die sich bei der Klägerin ohnehin nicht verwirklicht haben – und über die seiner Meinung nach in Betracht zu ziehenden Alternativen aufgeklärt. Dies sei nicht nur durch Übergabe und Unterzeichnung des Bogens, sondern ausdrücklich auch mündlich geschehen. Da ihm bekannt gewesen sei, dass die Klägerin bereits langjährig konservativ behandelt worden sei, habe er eine Schmerztherapie auch im Hinblick auf den orthopädischen Befund nicht für erfolgversprechend eingeschätzt und nehme an, hierüber auch nicht aufgeklärt zu haben. Hierzu war er indes auch nicht verpflichtet; zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die o.a. Ausführungen Bezug genommen. Die Aussage des Zeugen Dr. G..... deckt sich im Übrigen mit der Behandlungsdokumentation des MVZ C....., wonach der MRT-Befund und die mögliche Operation mit der Klägerin und ihrem Ehemann am 07.01.2024 besprochen und darauf hingewiesen wurde, dass die Operation auch keinen Erfolg haben kann oder sogar zu einer Verschlechterung des Zustandes führen kann. Im Anschluss hieran hält der Senat es für erwiesen, dass der Klägerin die gebotene Grundaufklärung zuteilgeworden ist und sie diese auch trotz einer ggf. bestehenden medikamentenbedingten Konzentrationseinschränkung aufnehmen konnte.

cc) Unabhängig davon ist auch nicht ersichtlich, dass bei der Klägerin durch die Operation vom 27.1.2014 ein über den Eingriff hinausgehender Schaden hervorgerufen worden wäre. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist in den Fällen, in denen der Patient aus einem Aufklärungsversäumnis des Arztes Ersatzansprüche ableitet, die Behauptungs- und Beweislast auf beide Prozessparteien verteilt. Auch bei ungenügender Aufklärung über Behandlungsalternativen muss der Patient beweisen, dass sein Gesundheitsschaden auf der Behandlung beruht. Der Beweis, dass der ohne rechtswirksame Einwilligung vorgenommene ärztliche Eingriff bei dem Patienten auch zu einem Schaden geführt hat, ist ebenso wie im Fall des Behandlungsfehlers Sache des Patienten. Es besteht kein Sachgrund, bei Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht den Arzt insoweit beweismäßig schlechter zu stellen. Dieser Grundsatz gilt sowohl bei der Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht über die Risiken eines Eingriffs als auch über bestehende Behandlungsalternativen (BGH NJW-RR 2025, 790 Rn. 27, beck-online; NJW 2012, 850; Senat, Beschluss vom 05.02.2024 - 4 U 1376/23 - juris; Urteil vom 15.10.2024 - 4 U 100/24, Rn 32 - juris). Für die von der Klägerin nach der Operation beklagten Beschwerden, lassen sich indes keine objektiven Ursachen feststellen. Benachbarte Strukturen und Nerven wurden ausweislich der bildgebenden Befunde nicht verletzt. Der Sachverständige Prof. K..... hat ebenso wie der MDK-Gutachter Dr. Gr..... keinen Zusammenhang zwischen der Operation und den von der Klägerin behaupteten Schäden gesehen. Beide führen diese vielmehr auf die Grunderkrankung und die zwischenzeitlich bei der Klägerin eingetretene psychische Dekompensation zurück.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

S.....

P.....

Z.....