
Datum: 20.04.2026
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 39/25
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2026:0420.3U39.25.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 111 O 20/23
Nachinstanz: Bundesgerichtshof , VI ZR 153/26

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 09.01.2025 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

- I. Die Klägerin macht Ansprüche auf materiellen und immateriellen Schadenersatz wegen behaupteter Aufklärungs- und Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Resektion ihrer 1. und 2. Rippe rechts, durchgeführt von dem Beklagten zu 2), im Haus der Beklagten zu 1) geltend. 1
- Das Landgericht hat die Klage nach Anhörung der Klägerin und des Beklagten zu 2), Vernehmung der Zeugen Dr. K. P. und Dr. G. R. sowie Einholung eines Sachverständigengutachtens abgewiesen. Die Klägerin sei nicht fehlerhaft behandelt worden. Die Operation am 29.08.2018 sei indiziert und rechtmäßig gewesen. 3

Dazu hat es im Wesentlichen ausgeführt, aufgrund der Erläuterungen des Sachverständigen habe es keinen Zweifel daran, dass bei der Klägerin präoperativ ein Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) auf der rechten Seite vorgelegen habe. Die Indikation für die Rippenresektion auf der rechten Seite ergebe sich aus den Beschwerden im Bereich des rechten Arms, die auf ein Thoracic-Outlet-Syndrom zurückzuführen seien. Die Klägerin habe vor der Operation tägliche Lähmungserscheinungen des rechten Arms, Kopfschmerzen, Schwindel und eine absolut eingeschränkte Armhaltung beschrieben. Diese Angaben passten zu der Diagnose TOS, die klinisch gestellt werde. Ein MRT-Befund aus dem Jahr 2015, wonach ein TOS nicht bestehe, spreche nicht gegen die Diagnose, weil er mit dem klinischen Befund nicht vereinbar sei und im Jahr 2015 ein TOS links mit Erfolg operiert worden sei. 4

Bei der Vorstellung im Mai 2018 seien konservative Behandlungsmethoden besprochen worden. Um hierfür Zeit zu haben oder schlicht abzuwarten, sei ein späterer Operationstermin angesetzt worden. Eine zwischenzeitliche Besserung sei bis zur Operation im August 2018 aber nicht eingetreten. Das TOS könne nur operativ behandelt werden. 5

Es seien keine Befunderhebungsfehler feststellbar. Weitere präoperative Untersuchungen zum Umfang oder zur Lage der Engstelle seien nicht geboten gewesen. Die genaue Lage der Engstelle sei radiologisch nicht eindeutig festzulegen, weil die anatomischen Strukturen in diesem Bereich eng aneinander lägen. Im Übrigen sei die Anatomie der Klägerin aus der ersten Operation 2015 grundsätzlich bekannt gewesen. Da im Jahr 2018 keine andere Operationsmethode zur Verfügung gestanden habe, hätte eine weitere Befunderhebung an der Operationsmethode nichts ändern können. 6

Die Behandlung sei lege artis ausgeführt worden, wie sich aus der Anhörung des Beklagten zu 2) und den Ausführungen des Sachverständigen ergebe. Es sei nicht fehlerhaft gewesen, zunächst die zweite und im Anschluss die erste Rippe zu resezieren, weil beide Rippen die Gefäß-Nervenstrukturen einengten und die Engstelle nur durch Entfernung beider Rippen habe entlastet werden können. Es sei auch deshalb notwendig gewesen, die zweite Rippe zu entfernen, weil nur so die Gefäß-Nervenstrukturen richtig frei hätten präpariert werden können. Auch wenn unterstellt werde, dass die erste Rippe zur Zeit der Operation noch keine erkennbare Einengung verursacht hätte, sei es notwendig gewesen, sie zu entfernen. Denn es wäre möglich gewesen, dass es sonst postoperativ zu einer Einengung gekommen wäre. Insofern habe der Handlungsplan während der Operation an die jeweilige Anatomie angepasst werden müssen. Eine andere Operationsmethode habe zum damaligen Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung gestanden. 7

Es lägen auch keine Aufklärungsdefizite vor, weil bei dem Aufklärungsgespräch am Tag vor dem Eingriff der erwartbare Operationsverlauf besprochen, wesentliche Umstände nicht ausgespart worden seien und es keine echte Behandlungsalternative gegeben habe. Die Operationserweiterung auf die Entfernung zweier Rippen sei für die ohnehin schon seltene Operation eines TOS kein typischer Verlauf, über den hätte aufgeklärt werden müssen. Sie bringe keine zusätzlichen Risiken im Vergleich zur Resektion nur einer Rippe mit sich, führe insbesondere nicht zu einer Instabilität der Brustwand. In Bezug auf die Operationserweiterung griffen außerdem die Grundsätze zur hypothetischen Einwilligung. Beide Rippen seien tatsächlich an der Einengung der Gefäß-Nervenstruktur beteiligt gewesen. Die Klägerin sei im Vorfeld der Operation durch die Beschwerden stark beeinträchtigt gewesen. Eine ähnliche Symptomatik habe sie bereits 2015 erfolgreich operieren lassen. Sie habe eine Operation auf der rechten Seite gewünscht, um ein entsprechendes Ergebnis zu erzielen. Wesentliche Nachteile seien nicht zu erwarten gewesen; lediglich das Risiko dauerhafter postoperativer Schmerzen werde allenfalls ganz 8

geringfügig erhöht, was zur Überzeugung der Kammer angesichts der erheblichen Beschwerden vor dem Eingriff keine Bedeutung für die Entscheidung der Klägerin gehabt hätte.

Die postoperativ aufgetretenen Beschwerden - frozen shoulder mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit des rechten Arms - seien nicht als typische Folge einer TOS- Operation bekannt, sondern auf postoperativen Bewegungsmangel zurückzuführen. 9

Mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten Berufung verfolgt die Klägerin ihre erstinstanzlichen Klageanträge vollumfänglich weiter. Sie rügt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Tatsachenfeststellungen der landgerichtlichen Entscheidung. 10

Unter Bezugnahme auf einen Aufsatz im Deutschen Ärzteblatt vom 28.10.2022 (Anlage zur Berufungsbegründung, Bl. 190ff eA OLG) ist sie der Ansicht, dass wesentliche Befunde nicht erhoben worden seien, obwohl dies (auch zur Differenzierung des Subtyps des TOS) erforderlich gewesen seien. Es sei - entgegen der Darstellung des Sachverständigen - nicht richtig, dass die Diagnose vor allem klinisch gestellt werde. Die Diagnostik im Jahr 2015 habe sich auf ungenaue Tests (Adson-Test, Wright-Test), eine Durchblutungsmessung und ein Kernspin (nativ und mit Kontrastmittel) beschränkt. Es hätten weitere Untersuchungen, namentlich Dopplersonographie, CT-Angiographie, digitale Subtraktionsangiografie, MR-Angiografie und MRT durchgeführt werden müssen. Es habe mangels dieser Untersuchungen und nur aufgrund der im Jahr 2015 durchgeführten Diagnostik keine Grundlage für die Operation auf der rechten Seite im Jahr 2018 bestanden. Aus dem Befunderhebungsfehler ergebe sich eine Beweislastumkehr. 11

Mangels ausreichender Befunde habe keine Indikation bestanden, die den operativen Eingriff rechtfertige. 12

Sie ist unter Bezugnahme auf den vorgenannten Aufsatz weiter der Meinung, dass - entgegen den Ausführungen des Sachverständigen - durchaus erfolgversprechende Behandlungsalternativen, nämlich Physiotherapie, Steroid-Injektionen und Streckübungen der Skalenusmuskulatur bestanden hätten. Eine motorische Symptomatik, die eine primär konservative Therapie ausgeschlossen hätte, sei nicht dokumentiert. 13

Es sei davon auszugehen, dass die Operation nicht lege artis durchgeführt und die zweite Rippe versehentlich entfernt worden sei. Die Feststellungen des Landgerichts, die Operation sei lege artis ausgeführt, sei nicht damit in Einklang zu bringen, dass - durch ihre Mutter als Zeugin unter Beweis gestellt - der Beklagte zu 2) gegenüber ihren Eltern nach der Operation angegeben habe, dass er sich „verzählt“ habe. Außerdem habe der Beklagte zu 2) den intraoperativen Verlauf gegenüber der Gutachterkommission anders beschrieben. Zudem hätte der intraoperative Befund Anlass geben müssen, die präoperativ unterbliebene differenzierte klinische und bildgebende Diagnostik nachzuholen, um sich über die Natur der Strukturen und die davon ausgehenden Beeinträchtigungen zu vergewissern. 14

Das Landgericht habe ihr rechtliches Gehör verletzt, weil es ihre Eltern nicht als Zeugen zu dem Telefonat mit dem Beklagten zu 2) nach der OP angehört habe. 15

Es bestehe auch ein Aufklärungsdefizit, weil sie über die bestehenden echten Behandlungsalternativen und die Möglichkeit der Operationserweiterung nicht aufgeklärt worden sei. Sie hätte in die Operation nicht eingewilligt, wenn sie von der Entfernung beider Rippen, von der unzureichenden Befunderhebung und den Alternativbehandlungen gewusst hätte. 16

Daraus, dass sich die Symptome nach dem Eingriff nicht verbessert haben, sei zu schließen, dass weder die Rippen noch eine Einengung für ihre Beschwerden verantwortlich gewesen sei.	17
Die Klägerin beantragt,	18
das am 09.01.2025 verkündete Urteil des Landgerichts Münster, Az.: 111 O 20/23, abzuändern und	19
1. die Beklagten zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe 40.000,00 Euro nicht unterschreiten sollte, zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.	20
2. festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, ihr allen materiellen Schaden und den weiteren immateriellen Schaden aus der fehlerhaften Behandlung/Aufklärung im Jahr 2018 zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder auf sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden.	23
3. die Beklagten zu verurteilen, an sie vorprozessual entstandene Rechtsanwaltskosten in Höhe von 2.613,24 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	24
Die Beklagten beantragen,	25
die Berufung zurückzuweisen.	26
Sie verteidigen das angefochtene Urteil unter Wiederholung und Vertiefung ihres Vortrags aus I. Instanz.	27
Ein Befunderhebungsfehler liege nicht vor. Man dürfe sich nicht allein auf klinische Tests verlassen. Dopplersonographische Untersuchungen seien Standard. Es erfolge auch eine Bildgebung mit CT oder MRT, um anatomische Strukturen zu erkennen und andere Ursachen auszuschließen; die Einengung zwischen Schlüsselbein und Rippen könne damit aber grundsätzlich nicht erkannt werden. Die Diagnostik im Jahr 2015 anhand der klinischen Beschwerden und der dopplersonographischen Befunde sei eindeutig und ausreichend gewesen. Der Erfolg der Operation im Jahr 2015 bestätige die Richtigkeit der beidseitig gestellten Diagnose eines kombinierten arteriellen und neurogenen TOS. Die durchgeführte Diagnostik habe den Standards entsprochen, die in dem von der Klägerin zitierten Artikel beschrieben seien, obwohl der Artikel erst im Jahr 2022 veröffentlicht wurde.	28
Eine Indikation für die Operation sei daher gegeben gewesen und es sei bereits im Jahr 2015 besprochen worden, dass bei Beschwerdezunahme auch eine Operation auf der rechten Seite erforderlich werden könne.	29
Es habe keine echte Behandlungsalternative bestanden. Bei dem präoperativen Ambulanzbesuch sei bereits über Alternativen zur Operation und deren Zeitpunkt gesprochen worden. Die Klägerin sei bereits bei ihrem Orthopäden in Behandlung gewesen, ohne dass sich eine Besserung gezeigt habe. Eine muskuläre Belastung als Grund für die Zunahme der Beschwerden sei möglich gewesen. Die Klägerin habe über viel Arbeitsaufwand im Studium	30

mit viel sitzender Haltung am Schreibtisch berichtet. Sie habe einen hohen Leidensdruck gehabt und sich eine baldige Operation gewünscht. Der Termin für den Eingriff sei in zeitliche Entfernung gelegt worden; die Beschwerden hätten sich jedoch nicht zurückgebildet. Eine Bildgebung des Orthopäden habe keinen pathologischen Befund und keinen Hinweis auf eine andere Genese der Beschwerden gezeigt. Die Klägerin habe sich ambulant zur Operationsplanung vorgestellt. Sie sei darauf hingewiesen worden, dass die Ursache der Beschwerdezunahme nicht eindeutig nachweisbar sei und nach einer erfolgreichen Operation weiterhin Beschwerden verbleiben und neue hinzutreten könnten. Die Engstelle hätte durch Physiotherapie nicht beeinflusst werden können. Zudem habe sich in den mehr als zwei Monaten bis zum Operationstermin keine Besserung ergeben.	
Der Eingriff sei lege artis durchgeführt worden. Es sei so vorgegangen worden, wie im Operationsbericht beschrieben. In dem Telefonat mit den Eltern der Klägerin habe der Beklagte zu 2) berichtet, dass er - anders als erwartet - zwei statt einer Rippe habe entfernen müssen. Von einer Verwechslung oder einem Fehler habe er nicht gesprochen, hierzu habe er keinen Anlass gehabt.	31
Es sei gerechtfertigt gewesen, die Operation fortzusetzen. Die Voraussetzungen einer hypothetischen Einwilligung seien gegeben.	32
Es läge kein Aufklärungsdefizit vor. Die Klägerin sei sachgerecht und umfassend aufgeklärt worden.	33
Sie sind der Ansicht, das geforderte Schmerzensgeld sei der Höhe nach nicht angemessen. Sei bestreiten die von der Klägerin behaupteten unerträglichen Schmerzen nach dem Aufwachen und die weiteren Beschwerden, die - so behaupten sie - auf der Grunderkrankung beruhen würden.	34
Der Senat hat die Klägerin und den Beklagten zu 2) persönlich angehört und ergänzend Beweis erhoben durch Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. B. T.. Zum Ergebnis der persönlichen Anhörung und der Beweisaufnahme wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 20.04.2026 (Bl. 370ff eA OLG) und den Berichterstattevermerk vom 22.04.2026 (Bl. 374ff eA OLG) verwiesen.	35
II. Die Berufung ist unbegründet. Das angefochtene Urteil beruht weder auf einer Rechtsverletzung noch rechtfertigen die gemäß §§ 531, 529 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen eine andere, für die Klägerin günstigere Entscheidung (§ 513 ZPO). Der Klägerin stehen Ansprüche auf materiellen oder immateriellen Schadenersatz im Zusammenhang mit der Resektion der 1. und 2. Rippe rechts weder gemäß §§ 630a, 249, 278, 280, 253 Abs. 2 BGB noch gemäß §§ 823 Abs. 1, 831, 249, 253 Abs. 2 BGB zu, weil sie wirksam in die Operation vom 29.08.2021 eingewilligt hat und auch die Operationserweiterung rechtmäßig gewesen ist und weil sie nicht bewiesen hat, fehlerhaft behandelt worden zu sein.	36
1. a) Der Vortrag der Klägerin ist gem. § 531 Abs. 2 ZPO ausgeschlossen, soweit die Berufungsbegründung dahingehend verstanden werden kann, dass nunmehr hinsichtlich Diagnostik und Indikation der Operation im Jahr 2015 eigenständige Behandlungsfehler gerügt werden sollen. Etwaige Behandlungsfehler des Jahres 2015 sind nicht Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens gewesen; sie sind streitig. Die Klägerin hat die Zulassungsvoraussetzungen nicht dargelegt.	37
Der Vortrag der Klägerin ist ebenfalls gem. § 531 Abs. 2 ZPO ausgeschlossen, soweit die Berufungsbegründung infrage stellt, ob die Befunderhebung betreffend die Sicherung der	38

Diagnose TOS und damit auch die Indikationsstellung unzureichend gewesen ist. Die Berufung führt schon nicht aus, was die angeführte ergänzende Befunderhebung zur Abklärung der Diagnose TOS erbracht hätte bzw. was im Rahmen ergänzender Untersuchungen festgestellt worden wäre. Es wird auch nicht behauptet, dass tatsächlich kein TOS vorgelegen hat. Letztlich ist insofern die Angriffsrichtung der Berufung eine ganz andere als in erster Instanz. Denn erstinstanzlich ist im Hinblick auf die unterlassene präoperative Befunderhebung (wie weiterhin auch in der Berufung) nur beanstandet worden, dass der Operateur sich nicht über die genaue Lage der anatomischen Strukturen im zu operierenden Bereich vergewissert habe. Dass tatsächlich ein TOS vorgelegen hat bzw. die Diagnose eines TOS unzutreffend gewesen ist, ist erstinstanzlich nicht infrage gestellt worden. Die Klägerin hat auch insoweit die Zulassungsvoraussetzungen für ihren neuen, streitigen Vortrag nicht dargelegt.

b) Unabhängig davon steht allerdings fest, dass der Eingriff medizinisch indiziert gewesen ist. 39
Das Landgericht hat zurecht angenommen, dass die Klägerin 2018 präoperativ an einem TOS rechts gelitten hat und eine operative Therapie durch Resektion der Rippe(n) indiziert gewesen ist. Die dagegen gerichteten Angriffe der Berufung bleiben auch in der Sache ohne Erfolg.

Wenn nichts bzw. nichts Abweichendes vereinbart ist, hat die Behandlung im Regelfall nach 40
den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards, also nach der lex artis, zu erfolgen (BeckOGK/U. Walter, 1.9.2025, BGB § 630a Rn. 39). Ob der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, der zu einer Gesundheitsschädigung des Patienten geführt hat, beantwortet sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat. Der Arzt schuldet seinem Patienten neben einer sorgfältigen Diagnose die Anwendung einer Therapie, die dem jeweiligen Stand der Medizin entspricht (BGH, Urteil vom 21.01.2025, VI ZR 204/22, Rn. 12ff).

Aufgrund der erst- und zweitinstanzlich durchgeführten Beweisaufnahme steht fest, dass die 41
Beklagten den medizinischen Standard eingehalten haben, indem sie fachlich korrekt bereits im Jahr 2015 ein TOS beidseits und fortbestehend im Jahr 2018 ein TOS rechts mit nunmehr behandlungsbedürftiger Symptomatik diagnostiziert und im Jahr 2018 ein operatives Vorgehen auch betreffend die rechte Seite als indiziert angesehen haben. Dies folgt zur Überzeugung des Senats aus den erstinstanzlichen Ausführungen des Sachverständigen, die er in seiner ausführlichen Befragung im Senatstermin bestätigt und ergänzt hat und die im Einklang mit dem Ergebnis des Schlichtungsverfahrens vor der Gutachterkommission (Bescheid vom 12.07.2021, Anlage K 4, Bl. 31ff eA LG) und den dort eingeholten Gutachten (Prof. Dr. W. Y., vom 06.02.2019, Anlage K 3, Bl. 20ff eA LG; Dr. I. N. vom 28.09.2020, Anlage K 5, Bl. 40ff eA LG, Dr. C. U., vom 10.05.2021, Anlage K 5, Bl. 35ff eA LG) stehen.

Danach wird ein TOS - eine Krankheit, bei der Nerven und Blutgefäße im oberen Thorax 42
durch Rippen und Gewebestrukturen eingeengt werden - vor allem aufgrund der klinischen Untersuchung diagnostiziert. Dabei haben die unstreitig von der Klägerin im Jahr 2015 geschilderten Beschwerden - seit zwei Jahren unter Belastung regelmäßig auftretende, thorakale Stiche links mit Taubheitsgefühl und Schmerzen im linken Arm - zunächst für ein TOS links gesprochen. Die Diagnose ist bereits 2015 durch einen dopplersonographischen Durchblutungstest in Form eines sogenannten Fingerszillogramms (Bl. 43f KU eA OLG) für beide Körperseiten objektiviert und bestätigt worden. Denn dieses hat bei der Klägerin am

20.01.2015 eine Nulllinie, also jeweils eine unterbrochene Durchblutung, am Finger rechts in 5 von 6 Positionen und eine Nulllinie am Finger links in 6 von 6 Positionen angezeigt. Damit ist dem Sachverständigen zufolge bewiesen, dass bereits im Jahr 2015 die Pathologie eines TOS beidseits vorhanden gewesen ist, mögen sich klinische Beschwerden, die eine Behandlung erfordern, wie im Fall der Klägerin, zunächst nur auf einer Seite zeigen. Eine MRT-Untersuchung zum Nachweis der Enge ist dagegen, wie der Sachverständige überzeugend erläutert hat, nicht erforderlich und entspricht nicht dem medizinischen Standard. Bildgebende Untersuchungen werden allerdings durchgeführt, um andere Erkrankungen, beispielsweise einen Tumor, als Ursache der Symptomatik auszuschließen. Sie dienen jedoch weder dem Nachweis einer Engstelle, noch der konkreten Situation der anatomischen Strukturen, weil die Engstelle an sich im MRT nicht erkennbar ist. In Anbetracht dessen hatten die Beklagten bereits im Jahr 2015 die erforderlichen Befunde erhoben, um fachgerecht ein TOS beidseits zu diagnostizieren. Durch die vorhandene Bildgebung (Kernspin vom 29.06.2013 und MRT vom 27.02.2015, Bl. 19, 32 weitere KU Kläger eA LG) wie auch durch die neurologischen Untersuchungen des Dr. X. (Arztbriefe vom 30.07.2013 und 20.03.2015, Bl. 20f, 33 weitere KU Kläger eA LG) und vorangegangene kardiologische Untersuchungen (Arztbriefe vom 06.02.2013 und 05.01.2015, Bl. 20f, 24f KU Kläger eA LG) ist eine andere Erkrankung als Ursache der Beschwerden der Klägerin ausgeschlossen worden.

Die Beklagten haben auch im Jahr 2018 fachlich korrekt an dieser Diagnose festgehalten und ein TOS rechts aufgrund der klinisch zunehmenden Beschwerdesymptomatik diagnostiziert, nachdem die Klägerin im Jahr 2015 mit Erfolg an der linken Seite operiert worden ist und danach zunehmend über Taubheit, Parästhesien und Lähmungserscheinungen des rechten Arms mit ausstrahlenden Schmerzen geklagt hat. Ein weiteres MRT oder sonstige weitere Bildgebung haben die Beklagten hierzu nicht veranlassen müssen. Auch dies folgt aus den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, der - wie bereits oben dargelegt - erläutert hat, dass die Pathologie des TOS bereits durch das Fingeroszillogramm im Jahr 2015 für beide Seiten nachgewiesen worden ist und sich hieran anatomisch (ohne einen operativen Eingriff) schon in Anbetracht des relativ kurzen Zeitablaufs von nur etwa drei Jahren seit der erstmaligen Diagnosestellung auch mit Blick auf ein etwaiges Wachstum der jungen Klägerin nichts ändert. Die Pathologie bleibt anatomisch bestehen. Zudem sind aufgrund der (externen) Bildgebung aus dem Jahr 2015 und aus Mai 2018 (MRT der Halswirbelsäule, Bl. 40 weitere KU Kläger eA LG) andere Pathologien, namentlich ein Prolaps oder eine Spinalkanalstenose, ausgeschlossen gewesen. 43

Die Beklagten haben schließlich aufgrund der fachgerecht gestellten Diagnose eines TOS rechts nunmehr auch die Indikation zur operativen Behandlung der rechten Seite im Einklang mit dem medizinischen Fachstandard gestellt. Hierzu hat der Sachverständige erklärt, dass die Indikation zur Operation eines TOS durch die vom Patienten beklagte Beschwerdesymptomatik begründet wird. Wie der Sachverständige weiter überzeugend erläutert hat, hat im Fall der Klägerin das TOS im Sinn der anatomischen Pathologie bereits im Jahr 2015 vorgelegen und ist behandlungsbedürftig geworden, als diese Pathologie der Klägerin auch rechts Beschwerden bereitet hat. Denn während das TOS im Jahr 2015 bei der Klägerin rechts noch asymptomatisch gewesen ist, hat sich dies im weiteren Verlauf geändert. Die Klägerin hat 2018 nunmehr über symptomatische Beschwerden in Form von Taubheit, Parästhesien und Lähmungserscheinungen des rechten Arms sowie Schmerzen geklagt. Dies hat die Indikation zur Operation begründet, wie der Sachverständige unter Berücksichtigung des von der Klägerin vorgelegten, im Jahr 2022 veröffentlichten Artikels im Deutschen Ärzteblatt unmissverständlich klargestellt hat, obwohl der Artikel erst vier Jahre nach dem Eingriff veröffentlicht worden ist. Weitere Untersuchungen, insbesondere 44

bildgebende Verfahren, sind danach auch zur Indikationsstellung zur Operation nicht mehr erforderlich gewesen, weil sich eine Änderung der Indikation und des Behandlungsregimes hieraus nicht ergeben hätte. Behandlungsalternativen, die gleichwertige Chancen, aber andersartige Risiken bieten, haben nicht bestanden, weil die anatomisch gegebene Engstelle nur operativ beseitigt werden kann. Daher sind auch Physiotherapie oder eine Spritzen Therapie keine echten Behandlungsalternativen gewesen, weil sie die Engstelle nicht ursächlich beseitigen. Hinzukommt bei der Spritzen Therapie, dass diese wegen des Infektionsrisikos nicht auf Dauer angewendet werden kann. Andere operative Methoden haben zu diesem Zeitpunkt nicht zur Verfügung gestanden. Überdies steht zur Überzeugung des Senats nach Anhörung der Klägerin fest, dass sie sämtliche, ihr mögliche bewegungsorientierte, konservative Maßnahmen präoperativ ausgeschöpft hat. Denn auf Vorhalt der Dokumentation (Bl. 6ff weitere KU Kläger eA LG), wonach Dr. A. ihr seit 2016 wegen zunehmender Beschwerden auch des rechten Arms Physiotherapie verordnet und Empfehlungen für körperliche Betätigung (u.a. 3-4 mal wöchentlich leichte sportliche Betätigung, Fitness- und Krafttraining) gegeben hat, hat die Klägerin im Senatstermin angegeben, dass sie alles getan habe, was ihr möglich gewesen sei, sich hierdurch aber nichts wesentlich verbessert habe. Sie hat auch eingeräumt, dass der Operationstermin bewusst auf einen späten Zeitpunkt gelegt worden sei, um zu schauen, wie sich die Beschwerden entwickeln. Dies passt zu den Angaben des Beklagten zu 2), wonach er erwogen habe, dass sich die Beschwerden durch eine Überlastung verschlimmert haben könnten, und daher noch abgewartet werden sollte, ob sie im weiteren Zeitablauf eventuell wieder rückläufig werden. Dass sich die Klägerin in Anbetracht dieses mehrjährigen Beschwerdeverlaufs mit regelmäßigen Konsultationen ihres niedergelassenen Orthopäden und von ihm ausgesprochenen konservativen Behandlungsempfehlungen im August 2018 erneut einer Operation - nunmehr der rechten Seite - unterzogen hat, lässt nach Ansicht des Senats nur den Schluss zu, dass aus ihrer Sicht und auch objektiv etwaige konservative Maßnahmen ausgeschöpft gewesen sind.

2. Der Eingriff ist entsprechend dem medizinischen Fachstandard durchgeführt worden und im Zuge dessen sind fachgerecht die erste und zweite Rippe reseziert worden. Dies hat das Landgericht auf Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen und der persönlichen Anhörung des Beklagten zu 2) zutreffend festgestellt.

45

Der Sachverständige hat bereits erstinstanzlich erläutert, dass normalerweise nur die erste Rippe reseziert werde, man aber dem Operateur zugestehen müsse, seinen Handlungsplan während der Operation an die Verhältnisse der Patientin anzupassen. Es hätten hier offensichtlich sehr beengte Verhältnisse vorgelegen. Da beide Rippen die Gefäß-Nervenstrukturen einengten, sei es plausibel, dass der Operateur beide Rippen reseziert habe. Die genaue Lage der Engstelle könne radiologisch nicht eindeutig festgelegt werden. Die erste Rippe habe außerdem auch dann entfernt werden müssen, wenn sie zurzeit der Operation noch keine erkennbare Einengung verursacht hätte, weil es postoperativ zu einer Einengung hätte kommen können und weil die Gefäß-Nervenstrukturen nicht hätten richtig frei präpariert werden können. Hieran hat der Sachverständige im Senatstermin in Übereinstimmung mit dem Ergebnis des Schlichtungsverfahrens der Gutachterkommission und den dort eingeholten Gutachten festgehalten und keine Fehler bei der Operation festgestellt. Ausdrücklich hat er dabei bestätigt, dass es weder zur Vorbereitung der Operation noch während der Operation erforderlich gewesen ist, sich durch weitere Bildgebung über die vorhandenen, anatomischen Strukturen und ihre Lage zu vergewissern. Er hat dies nachvollziehbar damit begründet, dass - wie bereits dargelegt - weitere Untersuchungen keinen Einfluss auf die Operationsdurchführung gehabt hätten, weil die Lage der Engstelle radiologisch nicht abgebildet werden kann. Daher kann durch ein MRT oder ein

46

Röntgenbild präoperativ auch nicht bestimmt werden, ob eine oder zwei Rippen entfernt werden müssen. So wird ein MRT präoperativ (lediglich) deshalb durchgeführt, um andere Pathologien auszuschließen, und nicht, um die anatomischen Strukturen zu bestimmen. Die genaue Situation stellt sich - wie der Sachverständige weiter im Detail erklärt hat - erst in der Operation durch eine Sicht- und Tastprüfung dar, wenn der Operateur die Rippen freilegt und die Gefäßstrukturen sehen kann. Im Fall der Klägerin hat sich dabei ausweislich des Operationsberichtes ergeben, dass beide Rippen entfernt werden mussten.

Der Senat folgt der Einschätzung des Sachverständigen, der dabei die Ausführungen der Klägerin im Schriftsatz vom 26.01.2026 berücksichtigt und den Operationsbericht (Anlage K 2, Bl. 16f eA LG) zugrunde gelegt hat, der den glaubhaften Angaben des Beklagten zu 2) zufolge wenige Tage nach der Operation zeitnah zu dieser fertiggestellt worden ist. 47

Die Klägerin hat die Indizwirkung des Operationsberichtes und die diesbezüglichen Bekundungen des Beklagten zu 2) als Grundlage für die sachverständigen Bewertungen nicht mit Erfolg angegriffen. Eine ärztliche Dokumentation indiziert in der Regel, dass darin genannte Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden (KG Berlin, Urteil vom 10.01.2013, 20 U 225/10, Rn. 7). Der Operationsbericht ist lediglich ein vom Tatrichter bei seiner Überzeugungsbildung zu würdigendes Beweismittel (BGH, Urteil vom 16.04.2013, VI ZR 44/12, Rn. 10). Der Beweisgegner muss nicht die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation widerlegen. Ihm obliegt nicht der Beweis des Gegenteils. Vielmehr genügt es, wenn er Umstände dartut, die bleibende Zweifel daran begründen, dass das Dokumentierte der Wahrheit entspricht, das Beweisergebnis also keine Überzeugung i.S.v. § 286 ZPO rechtfertigt. So verhält es sich insbesondere, wenn der Beweisgegner Umstände aufzeigt, die den Indizwert - die abstrakte Beweiskraft - der Dokumentation infrage stellen. Ein Indizienbeweis ist nur überzeugungskräftig, wenn andere Schlüsse aus den Indiztatsachen ernstlich nicht in Betracht kommen. Die Hilfstatsache reicht für den Nachweis der Haupttatsache dann nicht aus und ist unerheblich, wenn das Indiz für sich allein und im Zusammenhang mit weiteren Indizien sowie dem sonstigen Sachverhalt nicht den ausreichend sicheren Schluss auf die Haupttatsache zulässt (BGH, Urteil vom 05.12.2023, VI ZR 108/21, Rn. 18). 48

Die Klägerin hat keine Umstände dargetan, die bleibende Zweifel an der Richtigkeit der Dokumentation begründen. Sie dringt schon mit ihrer Ansicht nicht durch, dass die Feststellung des Landgerichts nicht damit in Einklang zu bringen sei, dass - durch ihre Mutter als Zeugin unter Beweis gestellt - der Beklagte zu 2) gegenüber ihren Eltern nach der Operation angegeben habe, dass er sich „verzählt“ habe (Berufungsbegründung S. 7/Bl. 185 eA OLG). Denn der Vortrag „verzählt“ ist in der Berufung neu und gem. § 531 Abs. 2 ZPO präkludiert. Erstinstanzlich hat die Klägerin mit der Klage vorgetragen, der Beklagte zu 2) habe ihrer Mutter erzählt, er habe „versehentlich zwei Rippen entfernt“ (Klage S. 5/Bl. 6 eA LG). Im Schriftsatz vom 20.11.2024 (Bl. 349f eA LG) hat sie dann unter Vorlage einer schriftlichen Stellungnahme ihrer Eltern vom 15.11.2024 vorgetragen, der Operateur habe sich „verschätzt“. „Verzählt“ ist aber von der Bedeutung her etwas anderes als „versehentlich“ und als „verschätzt“. Dieser neue Vortrag ist nicht zuzulassen. Er ist streitig (Berufungserwiderung S.8/Bl. 317 eA OLG). Die Klägerin hat die Voraussetzungen des § 531 Abs. 2 ZPO nicht dargelegt. 49

Ferner ist ihr erstinstanzliches Beweisangebot zu „versehentlich“ bzw. „verschätzt“ als vermeintliche Äußerungen des Beklagten zu 2) nicht unter Verletzung rechtlichen Gehörs übergangen worden. Denn insoweit ist ihr Vortrag unerheblich. So würde es die Richtigkeit des Operationsberichtes nicht in Frage stellen, wenn - als zutreffend angenommen - der 50

Beklagte zu 2) den Eltern der Klägerin in einem Telefonat berichtet hätte, er habe sich „verschätzt“. Denn das bedeutet nichts anderes, als dass er die Situation ursprünglich anders eingeschätzt hat, als sie sich dann tatsächlich dargestellt hat. Das entspricht inhaltlich dem Operationsbericht, in dem es heißt: „Tastbar zeigt sich jetzt, dass die Gefäße scheinbar von der gut tastbaren Rippe eingeengt werden, dahinter ist noch ein weiterer fragwürdiger, weniger prominenter Tastbefund vorhanden, aufgrund dieser sich darstellenden Situation erfolgt die Resektion der Rippe, die mit für die Einengung verantwortlich ist in dieser Lage, obwohl vom Tastbefund nicht eindeutig klar ist, ob es sich um die 1. oder um die 2. Rippe handelt. (...) Erst nach komplettem Entfernen dieser Rippe und erneutem Tasten zeigt sich dann, dass tatsächlich noch eine weitere komplette Rippe apikal vorhanden ist.“ Unerheblich ist ferner, was die Mutter der Klägerin über den Inhalt eines Telefonats mit dem Beklagten zu 2) berichtet hat. Der Inhalt des Gesprächs zwischen der Klägerin und ihrer Mutter erbringt keinen Beweis für den Inhalt des Gesprächs zwischen dem Beklagten zu 2) und der Mutter. Es taugt auch nicht als Indiz, weil schon nach dem klägerischen Vortrag die Angaben der Mutter widersprüchlich sind. Dem Inhalt des Telefonats zwischen der Klägerin und ihrer Mutter zufolge soll der Beklagte zu 2) „versehentlich“ gesagt haben, der schriftlichen Stellungnahme der Mutter zufolge soll er „verschätzt“ gesagt haben. Das sind Formulierungen, die nicht gleichbedeutend sind. Der Senat kann schließlich nicht feststellen, dass der Beklagte zu 2) den intraoperativen Operationsverlauf vorgerichtlich gegenüber der Gutachterkommission anders beschrieben habe. Im Vergleich sind den Äußerungen des Beklagten zu 2) - wiedergegeben im gutachterlichen Bescheid (Bl. 32 eA LG) - und dem Operationsbericht keine inhaltlichen Abweichungen zu entnehmen.

Im Übrigen kommt es bei der objektiven Feststellung eines Behandlungsfehlers nicht darauf an, wie der handelnde Arzt seinen Eingriff selbst beurteilt. Diese Bewertung fällt in fachlicher Hinsicht ausschließlich in die Kompetenz des medizinischen Sachverständigen. 51

Die Klägerin hat nach alledem erst recht nicht bewiesen, dass die zweite Rippe versehentlich bzw. aufgrund einer Verwechslung der anatomischen Strukturen entfernt worden ist. 52

3. Die Beklagten haben keine Pflicht verletzt, medizinisch gebotene Befunde zu erheben. Es ist den Ausführungen des Sachverständigen zufolge nach dem medizinischen Fachstandard zu keinem Zeitpunkt der Behandlung erforderlich gewesen, weitere Befunde zu erheben, weder um das TOS zu diagnostizieren, noch die Indikation zur Operation zu stellen oder die Operation durchzuführen. Denn die Pathologie des TOS ist durch das Fingeroszillogramm nachgewiesen worden und weitere Bildgebung ist mangels Darstellbarkeit der Engstelle nur zum Ausschluss anderer Erkrankungsursachen, nicht aber zur Bestimmung der anatomischen Strukturen erforderlich und hat hier vorgelegen. Wegen der Einzelheiten wird auf die obigen Ausführungen (II. 1. und 2.) verwiesen. 53

4. Schließlich ist der Eingriff vom 29.08.2018 auch nicht rechtswidrig erfolgt. 54

Die Klägerin ist, wie das Landgericht insoweit unangegriffen festgestellt hat, am Tag vor der Operation aufgeklärt worden. Den noch erstinstanzlich erhobenen Einwand, über die Operationsrisiken nicht aufgeklärt worden zu sein, hat die Klägerin in der Berufung nicht weiterverfolgt. Auf der Basis der medizinischen Bewertung des Sachverständigen steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Aufklärung weder im Hinblick auf etwaig bestehende konservative Behandlungsmethoden noch im Hinblick auf die Operationserweiterung defizitär gewesen ist. Die Operationserweiterung ist von einer mutmaßlichen Einwilligung der Klägerin gedeckt. 55

a) Das Landgericht hat die rechtlichen Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung zutreffend bestimmt. Es hat festgestellt, dass echte Behandlungsalternativen, über die hätte aufgeklärt werden müssen, nicht bestanden haben. Die dagegen gerichteten Angriffe der Berufung bleiben ohne Erfolg.

Der Sachverständige hat im Senatstermin mit überzeugender Begründung daran festgehalten, dass Behandlungsalternativen mit gleichwertigen Chancen aber unterschiedlichen Risiken nicht bestanden haben und dass namentlich Physiotherapie und Spritzen Therapie nicht als gleichwertige Behandlungsoptionen anzusehen sind. Der Senat ist ferner davon überzeugt, dass die Klägerin sämtliche konservative, bewegungsorientierte Maßnahmen erfolglos ausgeschöpft hatte. Auf die obigen Ausführungen zur Indikation des Eingriffs (II. 1.) wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen.

57

b) Das Landgericht hat ferner ein Aufklärungsdefizit hinsichtlich der Operationserweiterung verneint, weil der erwartbare Operationsverlauf besprochen, wesentliche Umstände nicht ausgespart worden seien, die Operationserweiterung kein typischer Verlauf sei und keine zusätzlichen Risiken mit sich bringe. Die Einwände der Berufung greifen auch hier nicht durch, weil über die Möglichkeit einer Operationserweiterung von einer auf zwei Rippen nicht aufgeklärt werden musste.

58

Bei intraoperativen Operationserweiterungen wird hinsichtlich der Aufklärungsbedürftigkeit danach differenziert, ob die Erweiterung vor dem Eingriff vorhersehbar war oder nicht. War die Erweiterung vorhersehbar, muss der Patient schon vor dem Eingriff entsprechend aufgeklärt werden. Vorhersehbar ist die Notwendigkeit einer Operationserweiterung jedoch nicht schon dann, wenn eine solche lediglich möglich oder nicht sicher auszuschließen ist. Es müssen vielmehr hinreichende Anhaltspunkte für eine konkrete intraoperative Operationserweiterung vorliegen, der Arzt muss Hinweise auf die ernsthafte Möglichkeit einer Operationserweiterung haben (OLG Köln, Beschluss vom 01.06.2015, 5 U 18/15, Rn. 10). Solche Hinweise auf die ernsthafte Möglichkeit einer Operationserweiterung haben anknüpfend an die Ausführungen des Sachverständigen im Fall der Klägerin nicht bestanden. Denn es ist bei dem ohnehin schon seltenen Krankheitsbild sehr selten und damit auch sehr unwahrscheinlich, dass die zweite Rippe ebenfalls entfernt werden muss. Es handelt sich dabei auch nicht um eine typische Komplikation, so dass hierüber aus fachlich-medizinischer Sicht des Sachverständigen nicht aufgeklärt werden muss.

59

c) Der Beklagte zu 2) hat zudem die weitere Rippe auch ohne ausdrückliche Einwilligung der Klägerin reseziieren dürfen, weil die Erweiterung und Fortführung der Operation unaufschiebbar gewesen ist und dem mutmaßlichen Willen der Klägerin entsprochen hat, § 630 d Abs. 1 S. 4 BGB.

60

Eine Maßnahme ist nur unaufschiebbar, solange und soweit sie unmittelbar erforderlich ist, um das Leben des Patienten in einer Notsituation zu retten, seine Gesundheit zu verbessern oder seine Leiden zu erleichtern (Rehborn/Gescher in: Erman BGB, Kommentar, 17. Auflage 2023, § 630d BGB, Rn. 24). Eine Operationserweiterung ist zulässig, wenn der Eingriff objektiv angezeigt war, um gesundheitliche Gefahren abzuwenden, die in ihrer Schwere deutlich über das hinausgehen, was der Eingriff an Beeinträchtigungen mit sich bringt, und bei Abbruch des Eingriffs - zum Zweck der erweiterten Aufklärung - ernsthaft mit zusätzlichen gefährlichen Komplikationen gerechnet werden musste, die bei sofortiger Operationserweiterung nicht entstehen würden (Rehborn/Gescher in: Erman BGB, Kommentar, 17. Auflage 2023, § 630d BGB, Rn. 26). Der Arzt ist zur Operationserweiterung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, wenn ein Abbruch der Operation medizinisch unvertretbar ist und ein entgegenstehender Wille nicht ernstlich angenommen werden kann

61

(BeckOK BGB/Katzenmeier, 77. Ed. 1.2.2026, BGB § 630d Rn. 25). Gemessen daran ist anknüpfend an die Darlegungen des Sachverständigen im Senatstermin die Operationserweiterung unaufschiebbar im Sinn der Vorschrift gewesen. Der Sachverständige hat sich unter Zugrundelegung der im Operationsbericht beschriebenen anatomischen Gegebenheiten mit engen strukturellen Verhältnissen dahingehend festgelegt, dass es erforderlich gewesen ist, beide Rippen zu entfernen. Er hat - in Übereinstimmung mit den im Rahmen des Schiedsverfahrens eingeholten Sachverständigengutachten - das im Operationsbericht dargestellte Vorgehen der Resektion zunächst der anatomisch zweiten und dann der anatomisch ersten Rippe als fachlich korrekt bezeichnet, weil dem Bericht zufolge die Rippen nah beieinander gelegen haben. Dabei wäre es, wie er betont hat, nicht lege artis gewesen, die Operation abubrechen und die anatomisch erste Rippe zu belassen, weil diese erste Rippe das Hauptproblem des Krankheitsbildes der Klägerin darstellt und daher - wenn sich der Patient für ein operatives Vorgehen entscheidet - im Rahmen einer Operation auch immer entfernt werden muss. Es wäre daher behandlungsfehlerhaft gewesen, die an der Einengung beteiligte anatomisch zweite Rippe zu belassen, und es wäre weiter behandlungsfehlerhaft gewesen, die anatomisch erste Rippe zu belassen. Dabei sind zur Überzeugung des Senats die abzuwendenden gesundheitlichen Gefahren über die möglichen Beeinträchtigungen einer Eingriffserweiterung hinausgegangen. Die Klägerin hatte sich wegen regelmäßig auftretender Taubheit, Parästhesien und Lähmungserscheinungen des rechten Arms sowie Schmerzen zu einer Operation entschlossen. Es musste dann bei Entfernung von zwei Rippen statt nur einer zwar mit einer Zunahme der (ohnehin zu erwartenden) resektionsbedingten Schmerzen gerechnet werden. Dem Sachverständigen zufolge ist es aber unwahrscheinlich gewesen, dass durch die Entfernung beider Rippen die Stabilität des Brustkorbes beeinträchtigt wird. Besondere andersartige oder erheblich weitergehende Risiken sind folglich von der Operationserweiterung nicht zu erwarten gewesen und haben einer möglichen Besserung der schon lange anhaltenden und die Klägerin belastenden Beschwerden gegenübergestanden. Die Wahrscheinlichkeit für eine Besserung wäre dagegen sehr gering gewesen, wenn die weitere Rippe verblieben und vom Operateur nicht entfernt worden wäre. Zudem hätte ein zweizeitiges Vorgehen, also eine Fortsetzung der Operation nach erneuter Aufklärung und ausdrücklicher Einwilligung der Klägerin, nur Nachteile und keine Vorteile mit sich gebracht. Der Sachverständige hat dazu erläutert, dass bei dem Alter der Klägerin zwar das Narkoserisiko minimal gewesen wäre, aber bei einem Re-Eingriff das Risiko von Verwachsungen und ein viel größeres Risiko einer Infektion besteht.

Der Senat ist weiter überzeugt, dass die Erweiterung der Operation dem mutmaßlichen Willen der Klägerin entsprochen hat. Maßstab für den mutmaßlichen Willen ist nicht eine objektive Interessenabwägung, sondern die Frage, wie sich der Betroffene selbst in der konkreten Situation entscheiden würde, wenn er gefragt werden und über sich selbst bestimmen könnte. Der Inhalt des mutmaßlichen Willens ist deshalb primär aus subjektiven Kriterien, d.h. aus den persönlichen Umständen des Betroffenen und seinen individuellen Interessen, Wünschen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen zu ermitteln. Maßgeblich ist die Einschätzung ex ante, bezogen auf den Zeitpunkt des Eingriffs (Staudinger/Gutmann (2021) BGB § 630d, Rn. 246f). Der Senat hat dabei berücksichtigt, dass die Klägerin sich nach (erneut) mehrjährigem Beschwerdeverlauf nunmehr auf der rechten Seite unter einem nicht unerheblichen Leidensdruck mit regelmäßig auftretenden Taubheitsgefühlen, Parästhesien, Lähmungserscheinungen und Schmerzen zu einer Operation mit Resektion einer Rippe und den sich daraus ergebenden Chancen und Risiken entschlossen hatte. Sie hatte gute Erfahrungen mit der Operation der linken Körperseite im Jahr 2015 gemacht, auch wenn dies - wie der Krankenakte ihres Orthopäden (Bl. 6ff weitere KU Kläger) zu entnehmen ist - nicht zu einer vollständigen Rückbildung aller Beschwerden geführt hat. Da in der Situation ex ante

keine wesentlichen Nachteile aus der Entfernung der zweiten Rippe zu erwarten gewesen sind, sich also - wie bereits oben dargestellt - keine besonderen oder weitergehenden Risiken ergeben hätten, eine Beschwerdebesserung aber von der Resektion beider Rippen abhängig gewesen ist, hätte die Klägerin der Operationserweiterung zugestimmt.

5. Die von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung beantragte Frist zur schriftlichen Stellungnahme zum Ergebnis der Beweisaufnahme ist nicht zu bewilligen gewesen. Das Beweisergebnis ist - wie gemäß §§ 279 Abs. 3, 285 Abs. 1 ZPO vorgesehen - in der mündlichen Verhandlung umfassend mit den Parteien erörtert worden. In diesem Rahmen hatte die Klägerin umfassend Gelegenheit zur Stellungnahme. Eine weitergehende schriftliche Stellungnahme ist zur Gewährung rechtlichen Gehörs gemäß Art. 103 Abs. 1 GG nicht geboten gewesen. Die Anhörung der Parteien sowie die mündliche Erläuterung des Sachverständigen Prof. Dr. T. ist weder besonders komplex gewesen noch haben sie im Vergleich zur I. Instanz neue Aspekte erbracht, zu denen die Klägerin sich nicht ohne fachkundigen Rat in der mündlichen Verhandlung hätte äußern können (vgl. dazu BGH, Urteil vom 28.07.2011, VII ZR 184/09, R. 6; Greger in: Zöller, ZPO, 36. Auflage 2025, § 285 ZPO, Rn. 2).

63

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 543 ZPO bestehen nicht. Die Rechtssache hat weder grundsätzliche Bedeutung noch erfordern die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts.

64