LG München II, Endurteil v. 17.02.2026 – 1 O 1981/23 Hei

**Titel:**

## Behandlungsfehler, Aufklärungspflicht, Einwilligung des Patienten, Sachverständigengutachten, Facharztstandard, Beweislastumkehr, Dokumentationspflicht

**Schlagworte:**

Behandlungsfehler, Aufklärungspflicht, Einwilligung des Patienten, Sachverständigengutachten, Facharztstandard, Beweislastumkehr, Dokumentationspflicht

## Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

## Tatbestand

1
Der Kläger macht Schadensersatz im Zusammenhang mit einer am 05. 02. 2018 im Klinikum der Beklagten am linken Schultergelenk implantierten Totalendoprothese (TEP) wegen behaupteter Behandlungsfehler und seines Erachtens unzureichender Aufklärung geltend.

2
Der Kläger ist von Beruf Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Trainer und Schauspieler; er ist Linkshänder. Bei einem Biathlontraining im Jahr 2004 stürzte der Kläger und zog sich eine Schulterluxation links mit Knochenabriss und Labrumriss zu. Die primäre Versorgung mit Refixation und Labrumverschraubung erfolgte im I. S. in M.. Am 06.01.2019 stürzte der Kläger auf den linken Arm mit der Folge einer stark eingeschränkten Beweglichkeit. Eine orthopädische Abklärung ergab ein offenbar bereits zuvor schleichend aufgetretenes „Auswandern“ der Schraube in das Gelenk mit massiver Zerstörung (Arthrose) der Schulter und darüber hinaus offenbar auch eine Einklemmung der Schraube. Der Kläger stellte sich am 16. 01. 2019 in der Schulterabteilung der Beklagten zur Beratung und gegebenenfalls weitergehenden Therapie vor. Dort wurde zur Durchführung einer Schulter-Totalendoprothese links geraten. Hierfür begab sich der Kläger am 04.02.2019 in stationäre Behandlung bei der Beklagten. Am 15.01.2019 fand das Aufklärungsgespräch mit dem bei der Beklagten tätigen Anästhesisten Dr. F. statt. Hierbei wurde der in den Behandlungsunterlagen (PDF S. 88-93) befindliche anästhesiologische Aufklärungsbogen verwendet, den der Kläger unterzeichnete. Der Kläger wurde im mündlichen Aufklärungsgespräch unter anderem über das Risiko einer Nervschädigung aufgeklärt. Außerdem wurde ihm das Verfahren der Regionalanästhesie, insb. die Anlage eines Plexuskatheters erläutert und erörtert, ob der Katheter im wachen oder schlafenden Zustand gelegt werden sollte. Der Kläger äußerte, dass er gerne wach sei, aber die Ärzte das so machen sollten, wie es für sie am besten und sichersten machbar sei. Am 05.02.2019 wurde der Kläger operiert, wobei zunächst die Allgemeinanästhesie durch den Chefarzt Dr. K. und anschließend die Regionalanästhesie durch den Zeugen Dr. F. eingeleitet wurden.

3
Der Kläger behauptet, nach dem Eingriff anhaltende Sensibilitätsstörungen (Taubheitsgefühle, Kribbeln) im Daumen und in den Fingerkuppen der anderen Finger der linken Hand sowie eine An- und Abspreizungschwäche in D4 und D5 sowie eine unkontrollierbare Krampfneigung im Daumen sowie eine Kraftminderung in den vorgenannten drei Fingern erlitten zu haben. In der Folge könne er seinen Aufgaben als Arzt, konkret als Operateur, bei der Vornahme von Injektionen an der Wirbelsäule/Rückenmarkskanal etc., nicht mehr nachkommen sowie seine früheren Hobbys, insbesondere das Saxophon- und Violoncellospielen, Gleitschirmfliegen, Motorradfahren, Tennis, Tischtennis, Squash, Handball und vergleichbare Sportarten nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausüben. Als Schauspieler könne er Rollen mit bestimmten körperlichen Anforderungen nicht mehr annehmen. Auch seine Tätigkeit als Trainer und Personal Coach sei infolge der dauerhaft verbliebenen Sensibiltätsstörungen, Kraftminderung und

Krampfneigung eingeschränkt. Der Kläger macht Verdienstausfallschäden als Orthopäde/Unfallchirurg, Notarzt/Rettungs- und Transportmediziner sowie als Trainer/Personal-Coach und als Schauspieler sowie einen Haushaltsführungsschaden geltend.

4
Er rügt Behandlungs- und Aufklärungsfehler. Er behauptet insbesondere, im Zuge der Operation sei es behandlungsfehlerhaft zu einer Nervschädigung gekommen. Der Plexuskatheter sei behandlungsfehlerhaft in narkotisiertem Zustand und vorwerfbar an falscher Stelle, nämlich im Bereich C7/C8 anstatt im Bereich C5/C6, gelegt worden oder nachträglich verrutscht. Auch eine intraoperative Nervschädigung durch Umlagerungen sei nicht auszuschließen. Postoperativ seien eine gebotene zeitnahe anästhesiologische Kontrolle und ein gebotenes neurologisches Konsil unterblieben.

5
Der Kläger sei zudem in Hinblick auf die unterschiedlichen Risiken, die mit der Anlage des Plexuskatheters in entweder wachem oder schlafendem Zustand verbunden seien, nicht aufgeklärt worden.

6
Der Kläger behauptet, am OP-Tag sei postoperativ der gesamte linke Arm einschließlich Hand und Fingern taub, schmerzfrei, aber auch nicht zu bewegen gewesen. Das linke Augenlid des Klägers sei hängend gewesen. Am 06. 02. 2019 sei ein fast vollständiger Verlust der Beweglichkeit der linken Hand festzustellen gewesen. Er habe Schmerzen, Kribbeln und Brennen in der Hand sowie im Unterarm links verspürt.

7
Der Kläger beantragt,

I. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes angemessenes Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 70.000,00 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz der EZB seit 29. 05. 2021 zu bezahlen (immaterieller Schadensersatz).

II. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger einen Betrag in Höhe von 746.629,76 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz der EZB seit 29. 05. 2021 zu zahlen (materieller Schadensersatz).

III. Die Beklagte wird verurteilt an den Kläger einen Betrag in Höhe von 9.165,08 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz der EZB seit Rechtshängigkeit zu zahlen (vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten).

IV. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger sämtliche weiteren zukünftigen materiellen und im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, welche diesem aus der fehlerhaften Behandlung in der Zeit v. 04. 02. 2019 b. 22. 02. 2019 in der Klinik der Beklagten entstanden sind und/oder noch entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden (Feststellungsantrag).

8
Die Beklagte beantragt,

Die Klage wird abgewiesen.

9
Die Beklagte behauptet, die Behandlung bei der Beklagten sei lege artis erfolgt. Es seien keine Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen könnten. Der Plexuskatheter sei korrekt platziert worden. Eine postoperative ärztlichanästhesiologische Kontrolle sei zeitnah erfolgt. Die präoperative Aufklärung sei vollständig und korrekt gewesen und habe dem Facharztstandard entsprochen. Insbesondere sei dem Kläger erläutert worden, dass es aus wissenschaftlicher Sicht keine bessere oder sicherere Reihenfolge bei der Einleitung der Anästhesieverfahren gibt. Die Beklagte beruft sich zudem auf hypothetische Einwilligung.

10
Die Kammer hat Beweis erhoben durch uneidliche Einvernahme der Zeugen Dr. K. und Dr. F. und ein anästhesiologisches Sachverständigengutachten eingeholt. Hinsichtlich des Ergebnisses der

Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. N. vom 13. 01. 2025 sowie auf die Sitzungsprotokolle vom 29. 07. 2025 und 18. 12. 2025 verwiesen. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die gewechselten Schriftsätze jeweils nebst Anlagen verwiesen sowie auf die Protokolle vom 29. 07. 2025 und 18. 12. 2025 Bezug genommen.

## Entscheidungsgründe

11
Die zulässige Klage ist unbegründet. Dem Kläger stehen Schadensersatzansprüche gegen die Beklagte weder unter vertraglichen noch unter deliktischen Gesichtspunkten zu, weil ein auf einem Behandlungsfehler beruhender Schaden nicht nachgewiesen ist und die Aufklärung nicht zu beanstanden ist.

12
Die Kammer hat sich sachverständig durch A.-A. A. beraten lassen. Die Sachverständige ist Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der … Die Sachverständige verfügt über hohe klinischpraktische Erfahrung sowie über eine herausragende wissenschaftliche Expertise. Im vorliegenden Fall ist sie nach gründlicher Auswertung der Behandlungsunterlagen zu überzeugenden und ausführlich begründeten Ergebnissen gekommen.

I.

13
Die Aufklärung des Klägers vor dem Eingriff vom 04. 02. 2018 war umfassend und inhaltlich zutreffend. Der Kläger wurde anästhesiologisch vollständig und korrekt aufgeklärt. Er hat nach mündlicher Aufklärung durch den einvernommenen Zeugen Dr. F. dem Eingriff in Vollnarkose unter Anlage eines Plexuskatheters zugestimmt und dabei die Wahl des Verfahrens, insbesondere die Reihenfolge der Anästhesieeinleitung den Ärzten überlassen, wobei er den Weg wünschte, der für die Behandler am besten und sichersten zu machen sei.

14
1. Die Kammer ist überzeugt, dass der Kläger so aufgeklärt wurde, wie es der Zeuge Dr. F. geschildert hat. Dessen Darstellung entspricht im Wesentlichen auch der Darstellung des Klägers in der mündlichen Verhandlung. Der Kläger wurde insbesondere – wie er selbst in der mündlichen Verhandlung angegeben hat – auch über das mögliche Risiko einer Nervenschädigung aufgeklärt und die Alternativen einer Plexuskatheteranlage im wachen und im schlafenden Zustand wurden mit ihm erörtert. Auf die Angabe hin, er überlasse die Wahl den Ärzten insbesondere dem Chefarzt und wünsche den Weg, der für diese am besten und am sichersten machbar sei, wurde ihm erläutert, aus welchen Gründen die vorherige Allgemeinanästhesie seitens der Anästhesisten bevorzugt werde.

15
2. Hierdurch vermochte der Kläger wirksam in die Anlage des Plexuskatheters einzuwilligen.

16
Eine nähere Erläuterung von Vor- und Nachteilen sowie Risiken des einen oder anderen Verfahrens war nicht geboten. Sofern sie nicht gewichtige Unterschiede in Bezug auf Chancen und Risiken des Eingriffs mit sich bringen, müssen einzelne technische Behandlungsschritte, die alternativ in Betracht kommen und insgesamt gleichermaßen indiziert sind wie das beabsichtigte Vorgehen, dem Patienten nicht erläutert werden (§ 630e Abs. 1 S. 3 BGB; OLG Oldenburg VersR 1997, 579); vorliegend bestehen keine Evidenzen für das Bestehen wesentlicher Unterschiede zwischen der Anlage des Plexuskatheters im wachen Zustand und in Narkose, insbesondere Unterschiede bezüglich der Risiken gibt es nicht (Protokoll vom 29. 07. 2025, S. 9) – zumindest aber nicht mehr, seit die Lage des Plexuskatheters mittels Ultraschalltechnik kontrolliert werden kann, wie es hier auch vorgesehen war und geschehen ist.

17
Weitere Erläuterungen sind freilich dann geboten, wenn ein Patient darum bittet. Das war jedoch gerade nicht der Fall. Vielmehr sagte der Kläger, er überlasse den Ärzten die Wahl und erklärte sich dadurch mit beiden Alternativen einverstanden.

18

Demgemäß beurteilt die Sachverständige zutreffend die Aufklärung als ausreichend, wie sie vom Kläger und vom Zeugen Dr. F. bekundet wurde und von der Kammer zugrundegelegt wird.

19
3. Zuletzt ist die Kammer davon überzeugt, dass der Kläger in die Anlage des Plexuskatheters nach Herstellung der Allgemeinanästhesie jedenfalls auch dann eingewilligt hätte, wenn er noch umfassender aufgeklärt worden wäre. Der Kläger war als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ohnehin über die wichtigsten Aspekte im Bilde. Gleichwohl hat er sich – im Vertrauen auf die hohe Versorgungsqualität in der Klinik der Beklagten und in Kenntnis des Umstands, dass solche Therapieverfahren die wenigsten Komplikationen haben, mit denen die Behandler am besten vertraut sind – entschieden, die Entscheidung in die Hände der Beklagten zu legen. Noch weitergehende Informationen hätten daher zu keiner anderen Entscheidung des Klägers geführt.

II.

20
Dem Kläger stehen auch keine Ansprüche gegen die Beklagte unter Behandlungsfehlergesichtspunkten zu.

21
1. Ein Behandlungsfehler liegt nicht in dem Umstand begründet, dass der Plexuskatheter nach Einleitung der Allgemeinanästhesie am narkotisierten Patienten erfolgte und nicht im wachen Zustand. Beide Verfahren sind nach dem Facharztstandard etabliert. Es gibt keine wesentlichen Unterschiede, insbesondere was die Risiken angeht, dies jedenfalls dann, wenn wie hier eine Ultraschallkontrolle zur Kontrolle der Lage des Plexuskatheters zum Einsatz kommt. Im vorliegenden Fall kamen sowohl das Verfahren der Nervenstimulation wie auch eine Ultraschallkontrolle zum Einsatz. Von der Durchführung einer Ultraschallkontrolle ist vorliegend auszugehen. Der Zeuge Dr. F. hat glaubhaft ausgeführt, dass eine solche Kontrolle durchgeführt wurde und sich im Ultraschall die erwartetet Ausbreitung des Lokalanästhetikums gezeigt habe, woraus abgeleitet werden konnte, dass der Plexuskatheter an der richtigen Stelle im Bereich C5/C6 lokalisiert war. Anhaltspunkte dafür, dass diese Kontrolle entgegen den Angaben des Zeugen unterblieben ist, bestehen nicht. Derartiges ergibt sich insbesondere nicht daraus, dass es in den Behandlungsunterlagen keine archivierten Sonografieaufnahmen gibt. Nach den Ausführungen der Sachverständigen N. entsprach eine Archivierung derartiger Aufnahmen weder damals noch heute dem Facharztstandard bzw. war eine solche nach dem Facharztstandard nicht zu fordern. Aus deren Fehlen können demgemäß keine für die Beklagte nachteiligen Schlussfolgerungen abgeleitet werden.

22
2. Ein Behandlungsfehler bei der ursprünglichen Platzierung des Plexuskatheters kann ebenfalls nicht festgestellt werden. Die Katheterlage ist direkt nach Anlage kontrolliert worden; hier war zu erkennen, dass der Katheter richtig liegt (Protokoll 29. 07. 2025, S. 12). Auch am intraoperativen Schmerzmittelbedarf ist zu erkennen, dass der Katheter richtig lag (Protokoll vom 29. 07. 2025 S. 10 und 12). Sämtliche Schritte, die nach dem Facharztstandard bei einer korrekten Katheteranlage vorzunehmen und zu dokumentieren sind, sind im vorliegenden Fall in der Dokumentation festgehalten (Protokoll 17. 02. 2026, S. 10).

23
3. Ein sonstiger intraoperativer Behandlungsfehler ist ebenfalls nicht feststellbar. Zwar hat die Sachverständige isolierte Symptome einer C8-Ulnarisschädigung bestätigt (Protokoll vom 29. 07. 2025 S. 10), die auf einer intraoperativen Lagerung oder einer Extension beruhen können. Insbesondere ist vorstellbar, dass durch das dokumentierte dreimalige Drehen des Patienten intraoperativ an der C8-Wurzel etwas ausgelöst worden sein kann, das die aufgetretenen Symptome erklären kann. Bei einer vorbestehenden Vulnerabilität – wie sie hier vorlag, aber von der man zum Zeitpunkt der Operation nichts wusste – kann es in bis zu 20% der Fälle zu einer Ulnaris- und Medianusschädigung kommen. Allerdings ist damit ein Behandlungsfehler nicht belegt. Vielmehr gehören Nervenschäden durch Lagerung bzw. Änderungen der Lagerung während der Operation gerade zu den eingriffsspezifischen aufgeklärten Risiken, die auch bei behandlungsfehlerfreiem Vorgehen nicht zuverlässig verhindert werden können. Gleiches gilt für einen etwaigen Zug an der Extremität während der Operation, durch Dehnung oder Druck, durch die die Symptomatik ebenfalls entstanden sein könnte (Protokoll 29. 07. 2025 S. 13). Es steht darüber hinaus auch nicht fest, dass die Symptomatik überhaupt durch intraoperative Lagerungsmanöver mit entsprechenden körperlichen Einwirkungen entstanden ist.

24
Dem Kläger kommen auch keine Beweiserleichterungen zugute, insbesondere nicht unter dem Gesichtspunkt eines voll beherrschbaren Risikos (§ 630h Abs. 1 BGB); soweit ein Zusammenhang eines Schadens mit dem operativen Vorgehen und der Lagerung des Klägers möglich erscheint – fest steht ein solcher Zusammenhang ohnedies nicht –, handelte es sich nicht um einen Lagerungsschaden im klassischen Sinn, sondern um eine unvermeidliche Schädigung infolge von Zug an der Extremität, welcher bei einem derartigen Eingriff Bestandteil des regelhaften operativen Vorgehens ist. Eine Beweislastumkehr unter dem Gesichtspunkt voll beherrschbarer Risiken kommt in solchen Konstellationen stets nur dann in Betracht, wenn – wie hier nicht – ein Zusammenhang zwischen dem Schaden und der Lagerung des Patienten feststeht (OLG München, Urt. v. 15.06.2023 – 1 U 4225/22, S. 12); zudem scheidet sie nach allgemeiner Auffassung auch dann aus, wenn – wie hier – als Schadensursache auch eine gesteigerte Empfindlichkeit etwa infolge einer unbekannten Vorschädigung in Betracht kommt (BGH NJW 1995, 1618), was hier der Fall war (Prot. v. 20.01…, S. 8).

25
Soweit die Sachverständige im Zusammenhang mit der postoperativen Behandlung ein früheres anästhesiologisches Konsil mit Ausleitversuch oder Bolusgabe unter Ultraschall bereits am 07. 02. 2018 für wünschenswert gehalten hätte, um festzustellen, ob der Plexuskatheter noch korrekt sitzt, weil der Patient immer noch Boli benötigte und die Schmerzmedikation durch Zugabe von Opioiden sogar erhöht wurde, begründet dies mangels definitiven Behandlungsfehlers und kausalen Schadens keine Haftung der Beklagten. Die zunächst in der Dokumentation nicht ohne Weiteres zu findenden und den einzelnen Akteuren aus den ärztlichen und pflegerischen Teams der unterschiedlichen Fachbereiche zuzuordnenden (S. 17 des Gutachtens der Frau Prof. Dr. N. vom 13. 01. 2025) Einträge über die postoperative Betreuung hat der Zeuge … K. nachvollziehbar anhand der Dokumentation erläutert (S. 6-8 des Protokolls vom 29. 07. 2025), so dass am Ende dieser Behandlungsverlauf nachvollziehbar und plausibel erschien (S. 10 ff. des Protokolls vom 29. 07. 2025). Zwar ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Katheter postoperativ ab einem bestimmten Zeitpunkt „falsch“ lag in dem Sinne, dass er überflüssig und funktionslos war und hätte gezogen werden können (Protokoll 29. 07. 2025, S. 13). Jedoch ist es nach den Ausführungen der Sachverständigen höchst unwahrscheinlich, dass durch einen verrutschten Katheter eine C8-Schädigung entsteht (Protokoll 29. 07. 2025 S. 12). Zum anderen hätte eine solche frühere Befunderhebung zu keiner Änderung der Therapie geführt und hatte mithin keine Auswirkungen auf das Schadensbild (Protokoll 29. 07. 2025, S. 11/12; Protokoll 17. 02. 2026, S. 2). Einzige therapeutische Folge einer früheren Kenntnis der Ursache wäre gewesen, dass man mit Kräftigungsübungen beginnt. Derartige Übungen hat der Kläger aber ohnehin durchgeführt (Protokoll 29. 07. 2025, S. 12; Protokoll 17. 02. 2026, S. 3). Am Akutverlauf hätte eine frühere Diagnostik mittels Auslassversuch somit nichts verändert. Die persistierenden neurologischen Symptome hätten – wenn sie durch die ISK-Anlage verursacht gewesen sein sollten, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr verhindert oder verringert können. Weder für eine ISK-Schädigung noch für eine Schädigung durch das operative Vorgehen gibt es evidenzbasierte wirksame Behandlungsmethoden (Protokoll 29. 07. 2025, S. 10). Durch Lagerung bzw. Zug eingetretene Medianus- oder Ulnaris-Schäden können postoperativ nicht mehr behoben werden (Protokoll 29. 07. 2025, S. 11). Die Untersuchung hätte allein der Klarheit und Vermeidung einer belastenden Unsicherheit für den Patienten gedient (Protokoll 29. 07. 2025, S. 11) und wäre unter diesem Gesichtspunkt zwar wünschenswert gewesen, war aber nach dem Facharztstandard nicht zwingend geboten. Die in Anbetracht der dokumentierten Befunde ex ante definitiv gebotenen Maßnahmen erfolgten insgesamt zeitgerecht (Protokoll 29.07.2025, S. 12; Protokoll 17.02.2026, S. 4-7). Bei der Prüfung der gebotenen Maßnahmen stellt die Kammer auf den dokumentierten Verlauf ab; abgesehen von der allgemein gebotenen Zurückhaltung bei der Annahme eines vom dokumentierten Geschehen abweichenden Behandlungsverlaufs (vgl. LG München II NJW-RR 2024, 641 – Gründe sind v.a. die auf Behandlerseite schnell verblassende Erinnerung an Routinehandlungen sowie die Überlagerung der Erinnerung mit Emotionen, die sich auf Patientenseite angesichts eines unerwünschten gesundheitlichen Verlaufs einstellen), sind Dokumentationsfehler nicht ersichtlich. Die klageseits behauptete vollkommene Lähmung des Armes unmittelbar postoperativ steht im Einklang mit der – korrekten – Wirkung des Katheters (Protokoll 17. 02. 2026, S. 5) und im weiteren Verlauf war der Arm ausweislich mehrerer Einträge in der Dokumentation gerade nicht mehr vollständig gelähmt (Protokoll 17. 02. 2026, S. 5). Soweit der Kläger am Ende der mündlichen Verhandlung vom 17. 02. 2026 die Frage aufgeworfen hat, ob nicht noch ein von ihm als Zeuge zum Ausmaß der Lähmung benannter Anästhesiepfleger zu vernehmen sei, ist festzustellen, dass der Kläger schriftsätzlich keinen Zeugen zum

Beweis der Tatsache angeboten hat, dass zu einem konkreten Zeitpunkt die Lähmungssituation anders gewesen wäre als dokumentiert. Durchaus angeboten wurde seitens des Klägers (S. 5 des Schriftsatzes vom 21.04.2025) die Einvernahme des Zeugen Dr. A. zum Beweis seiner Behauptung, die „operierte linke Schulter und der linke Arm“ seien „taub“ gewesen. Damit wird aber zum einen keine motorische, sondern eine sensible Einschränkung behauptet, zum anderen fehlt jeder Vortrag, inwiefern dieser Zeuge Angaben zum Ausmaß der Taubheit sowie zu ihrer Dauer machen können soll. In der mündlichen Verhandlung vom 17.02.2026 hat der Kläger (nur) von einer Visite des Dr. A. noch am Operationstag selbst berichtet (Protokoll 29. 07. 2025, S. 3). Wie ausgeführt, hat die Sachverständige eine direkt postoperative vollständige Taubheit als regelhaft im Hinblick auf das über den Katheter bei Ausleitung der Narkose verabreichte Medikament Ropivacain eingeordnet (Protokoll 17. 02. 2026, S. 5). Dass irgendwelche Zeugen Angaben machen können, die von der Dokumentation abweichen, steht mithin nicht im Ansatz im Raum und wird vom Kläger auch nicht einmal andeutungsweise konkreter ausgeführt.

26
Soweit die Sachverständige die Frage aufgeworfen hat, ob die Kommunikation mit dem Kläger ausreichend war, steht eine unzureichende Information zum einen nicht fest (namentlich kommen dem Kläger keine Beweiserleichterungen zugute, denn die Inhalte solcher Gespräche sind nicht notwendiger Bestandteil der Dokumentation, Protokoll 17. 02. 2026, S. 7) und im Übrigen wäre dem Kläger auch insoweit kein Schaden aus einem etwaigen dahingehenden Versäumnis erwachsen.

27
5. Gleiches gilt für das von der Sachverständigen genannte frühere neurologische Konsil. Ein früheres neurologisches Konsil hätte keinen therapeutisch relevanten Erkenntniswert gehabt (Protokoll 29. 07. 2025, S. 11).

28
Der Rechtsstreit ist entscheidungsreif.

29
Der Einholung eines neurologischen Gutachtens bedurfte es nicht, denn die Beurteilung von Behandlung und Aufklärung zur Frage der Fehler(freiheit) oblag der anästhesiologischen Sachverständigen. Auch fällt die Frage, welche neurologischen Schäden durch anästhesiologisches Arbeiten grundsätzlich hervorgerufen werden können, gleichermaßen in anästhesiologisches Fachgebiet (Protokoll 17. 02.2026, S. 8).

30
Auch zur Beantwortung der Frage, ob ein früheres neurologisches Konsil keinen therapeutisch relevanten Erkenntniswert gehabt hätte, war die Einholung eines neurologischen Gutachtens nicht veranlasst. Klageseits beantragt wurde die Einholung eines neurologischen Gutachtens lediglich zu der Frage, ob die Schäden intraoperativ – insbesondere durch fehlerhafte Katheteranlage – entstanden sind (S. 2 des Schriftsatzes vom 13.02.2026; hierauf kommt es jedoch nicht an, weil dies zum einen nicht auf einen Behandlungsfehler schließen lässt, zudem die Korrektheit der Katheteranlage ausschließlich in anästhesiologisches Fachgebiet fällt sowie die anästhesiologische Sachverständige eine originär fehlerhafte Katheteranlage ausgeschlossen hat), sowie dazu, dass es sich bei dieser behaupteten intraoperativen Schädigung um einen groben Behandlungsfehler handelt (a.a.O.; insoweit ist aber nach dem Grundsatz der fachgleichen Begutachtung nicht ein Neurologe zur Beurteilung berufen), aber nicht für die Frage, ob ein früheres neurologisches Konsil andere therapeutische Folgen gehabt hätte. Im Übrigen ist auch zu dieser Frage die anästhesiologische Sachverständige berufen: Die postoperative Schmerztherapie lag in anästhesologischer Hand und hierzu gehörte auch die Beobachtung, ob Veränderungen im Bereich von Sensibilität und Motorik auf die regelhafte Wirkung des Schmerzkatheters zurückzuführen sind, oder ob es Auffälligkeiten gab, die weitere Maßnahmen erforderlich machten. Bei der Prüfung dieser Frage war anästhesiologischer Facharztstandard zugrundezulegen, denn diese Behandlung des Klägers erfolgte unter anästhesiologischem Regime (§ 630a Abs. 2 BGB; vgl. zur Fachrichtung der auszuwählenden Sachverständigen auch BGH VersR 2018, 935 (937)). Demzufolge stellte sich die Frage, ob aus anästhesiologischer Sicht Umstände erkennbar waren, die die frühere Hinzuziehung eines Neurologen erforderlich machten. Insoweit ist also entscheidend, ob nach anästhesiologischem Kenntnisstand davon auszugehen war, dass ein neurologisches Konsil Befunde mit therapeutisch relevantem Erkenntniswert hervorbringen würde. Dies war vorliegend nicht der Fall. Die Sachverständige hat hierzu ausgeführt, dass

es zwar Nervenschäden gibt, bei denen binnen Stunden reagiert werden muss, wenn beispielsweise Druck auf einen Nerven ausgeübt wird, welcher keinen Raum hat, auszuweichen, von einer solchen Situation aus anästhesiologischer Sicht (und diese ist nach den vorstehenden Ausführungen maßgeblich bei der Beurteilung, ob ein neurologisches Konsil eingeholt werden muss) jedoch vorliegend nicht auszugehen war. Vielmehr stand lediglich eine Beeinträchtigung peripherer Nerven im Raum, bei der man nicht früher interveniert hätte (Protokoll vom 17. 2. 2026 S. 2, ebenso schon Protokoll vom 29. 7. 2025 S. 13: „Periphere Schäden sind allerdings nicht so zeitkritisch wie zentrale Nervenschäden“).

31
Die Nebenentscheidungen ergeben sich aus den §§§ 91, 709 ZPO.