

haupt möglich ist.¹¹⁷ Der Patient muss „im Großen und Ganzen“ wissen, worin er einwilligt.¹¹⁸ Dazu brauchen ihm die Risiken nicht medizinisch exakt und nicht in allen denkbaren Erscheinungsformen dargestellt werden, vielmehr genügt ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums.¹¹⁹ Die Aufklärung soll dem Kranken kein medizinisches Entscheidungswissen vermitteln, sondern ihm aufzeigen, was der Eingriff für seine persönliche Situation bedeuten kann.¹²⁰ Nicht notwendig ist die Aufklärung über operationstechnische Details eines Eingriffs, mitunter kann insofern allerdings die Abgrenzung zur aufklärungspflichtigen Behandlungsalternative Schwierigkeiten bereiten.¹²¹ Über drohende gesundheitsschädliche Nebenwirkungen ärztlicher Heilmaßnahmen ist er prinzipiell ebenso ins Bild zu setzen wie über mögliche Gesundheitseinbußen im Zuge der Behandlung. Indessen kommt es maßgeblich auf die Art der möglicherweise eintretenden Folgen an, die Größe der Gefahr ihres Eintritts im gegebenen Fall und auf das Gewicht des Risikos im Verhältnis zu den Folgen, die für den Patienten im weiteren Verlauf seiner Erkrankung zu erwarten wären, wenn die vorgesehene Behandlung unterbliebe.¹²² Auch die berufliche und private Lebensführung des Patienten, seine erkennbaren Entscheidungspräferenzen sind zu berücksichtigen. Es gilt das Prinzip der **patientenbezogenen Information**.¹²³

Der Gesetzgeber geht vom „mündigen Patienten“ aus, der auf Grundlage verlässlicher Informationen „eigenverantwortlich und selbstbestimmt entscheiden“ kann. Er will einen gesetzlichen Rahmen schaffen, der Patienten „auf Augenhöhe“ mit dem Behandelnden bringt.¹²⁴ Das Leitbild des „mündigen Patienten“ trägt dem Bedürfnis nach Rechtssicherheit Rechnung, entspricht letztlich aber einem **formalistischen Autonomiekonzept**. Keine Berücksichtigung findet, dass die Fähigkeit eines Patienten zu freien Entscheidungen in der Praxis je nach Gesundheitszustand und institutionellem Umfeld variieren kann. Autonomie im Rechtssinn ist nicht an Autonomie im Fähigkeitssinn gebunden.¹²⁵

¹¹⁷ BGH NJW 1986, 780; 1990, 2929 f.; BGHZ 166, 336 (339) = NJW 2006, 2108 (Blutspende); BGH NJW 2020, 1358 (1360) mwN = MedR 2020, 379 (381) mAnm Jansen; Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 258; rechtsvergleichend ders., International Medical Malpractice Law, Rn. 602 ff.

¹¹⁸ BGHZ 90, 103 (105 f.) = NJW 1984, 1397 (1398); BGHZ 102, 17 (23) = NJW 1988, 763 (764); BGHZ 144, 1 (7) = NJW 2000, 1784 (1786); BGHZ 166, 336 (339) = NJW 2006, 2108 (2109); BGH NJW 2011, 375 = MedR 2011, 244 mAnm Jaeger; BGH NJW-RR 2017, 533 (534); BGH NJW 2019, 1283 (1284); 2023, 149 (150) = MedR 2023, 293 (294); 2025, 1559 (1559 f.); v. Pentz MedR 2011, 222 (225); Laufs in Laufs/Kern Arztr-HdB § 59 Rn. 5; Hager in Staudinger BGB § 823 Rn. I 83; Spickhoff in Soergel BGB § 823 Anh. I Rn. 95 u. 119.

¹¹⁹ BGH NJW 1991, 2346 f.; 1992, 754 (755); BGHZ 144, 1 (7) = NJW 2000, 1784 (1785 ff.).

¹²⁰ Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 403; Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 258; Wagner in MüKoBGB § 630e Rn. 4, 17.

¹²¹ Frahm NJW 2022, 2899 (2901).

¹²² Laufs in Laufs/Kern Arztr-HdB § 59 Rn. 5; Schieman in Erman, 13. Aufl. 2011, BGB § 823 Rn. 138: „Die Elemente der Beurteilung stehen in einer komparativen Wechselbeziehung zueinander.“

¹²³ Laufs in Laufs/Kern Arztr-HdB § 60 Rn. 2; Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 404; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 7; Wagner in MüKoBGB § 630e Rn. 17; Voigt in NK-BGB § 630e Rn. 2, 4; Giesen FS Skapski, 45 (61): „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gebietet es [...], dass die Aufklärung für den jeweiligen Patienten quasi ‚maßgeschneidert‘ sein muss.“; Dorneck et al. MedR 2019, 431: Weiterentwicklung des informed consent zum Konzept eines contextual consent.

¹²⁴ BT-Drs. 17/10488, 9.

¹²⁵ Birnbacher MedR 2012, 560 (563). Die „imperfekte Autonomie“ (Damm MedR 2002, 375 ff.; ders. MedR 2010, 451 ff.) aber macht nach Ansicht von Höfling in Schumpelick/Vogel, Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel, 2006, 390 (393) eine Rückbesinnung auf eine „Ethik der Fürsorge“ unabdingbar, ohne überkommene Modelle von ärztlichem Paternalismus wiederzubeleben; s. auch

1. Dringlichkeit der Behandlung

28 Nach der Rechtsprechung sind Umfang und Genauigkeitsgrad der Aufklärung **umgekehrt proportional zur Dringlichkeit** und zu den Heilungsaussichten eines Eingriffs.¹²⁶ Je weniger dringlich der Eingriff sich nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht in zeitlicher und sachlicher Hinsicht für den Patienten darstellt, desto intensiver hat die Aufklärung zu sein.¹²⁷ So unterliegen nicht zwingend indizierte Eingriffe mit zweifelhaften Heilungsaussichten, nicht unmittelbar Heilzwecken dienende diagnostische Eingriffe, therapeutische oder wissenschaftliche Versuche in steigender Linie genaueren Aufklärungsanforderungen als medizinisch zwingende Eingriffe zur Abwehr einer erheblichen Gesundheitsgefahr.¹²⁸

Besonders strenge Anforderungen stellen die Gerichte bei **medizinisch nicht indizierten Eingriffen**.¹²⁹ Den Operateur trifft die Pflicht, dem Patienten oder Klienten das Für und Wider mit allen Konsequenzen vollständig, detailliert und eindrücklich vor Augen zu führen, damit dieser in Kenntnis aller Umstände, vornehmlich der prognostischen, seinen Entschluss fassen kann.¹³⁰ Eine besondere Verantwortung des Arztes besteht auch bei **altruistisch motivierten Eingriffen**, etwa bei einer **Blutspende**¹³¹, auch wenn sozial erwünschtes Verhalten dadurch erschwert wird. Das gilt in besonderem Maße für die **Lebendorganspende**, bei der aufgrund der speziellen Konfliktsituation des Spenders jede Risikoinformation von Relevanz ist.¹³² Aufklärungspflichtig sind hier nicht nur die Folgen und Risiken der Organentnahme für den Spender, sondern auch das – erhöhte – Risiko eines Transplantatverlusts beim Empfänger.¹³³ Für den sonst im Falle unzureichender Aufklärung möglichen Einwand hypothetischer Einwilligung¹³⁴ ist bei der Lebendorganspende kein Raum, das besondere Regelungsregime des Transplantationsgesetzes sieht diesen Einwand nicht vor. Der Einwand ist auch nicht nach dem allgemein schadensersatzrechtlichen Gedanken des rechtmäßigen Alternativverhaltens beachtlich, weil dies

Maio, Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin, 201 ff., 214 ff., sowie die Ausführungen in → Rn. 75 ff.

¹²⁶ BGH NJW 1980, 1905 (1907) u. 2751 (2753); 1991, 2349; 1997, 1637 (1638); 1998, 1784 (1785); 2009, 1209 (1210) = MedR 2010, 181; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 8 f.; Achterfeld in Narr Ärztliches Berufsrecht D-VI 5 Rn. 6.

¹²⁷ S. auch § 8 MBO-Ä 1997 in der Neufassung 2024: „Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären“.

¹²⁸ v. Pentz MedR 2011, 222 (225 f.); Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 8 f.; Brüggemeier, Haftungsrecht, 499 f.; zum Aufklärungserfordernis bei einer Placebobehandlung Katzenmeier MedR 2018, 367 (369 ff.).

¹²⁹ BGH NJW 1991, 2349 (Faltenbeseitigung); OLG Oldenburg VersR 1998, 854 (855); 2001, 1381 (Bauchdecken-Reduktionsplastik); OLG Düsseldorf VersR 1999, 61 (Brustimplantat); OLG Frankfurt a. M. MedR 2006, 294 (295) (Bauchdeckenstraffung): „schonungslose Aufklärung“; OLG Hamm VersR 2006, 1509 f. (Fettabsaugung): „Patient muss vom Arzt vor unüberlegten und vor übereilten Schritten gewarnt und gegebenenfalls geschützt werden“; OLG Köln MedR 2010, 716 (717) (Augen-Laser-OP); OLG Dresden NJW-RR 2020, 149 (Gesäßstraffung); aus der Lit. Lorz, Arzthaftung bei Schönheitsoperationen, 2007, 90 ff.

¹³⁰ Ähnlich hohe Anforderungen wie bei kosmetischen Operationen gelten nach OLG Hamm BeckRS 2019, 35114 bei der Wunschsectio ohne medizinische Indikation.

¹³¹ BGHZ 166, 336 (340) = NJW 2006, 2108 f. mAnm Spickhoff NJW 2006, 2075 = MedR 2006, 588 (589) mAnm Gödicke, 568: Aufklärung auch über sehr seltene, aber schwere Komplikationen.

¹³² BGHZ 221, 55 (70 f.) = BGH NJW 2019, 1076 (1081) = JZ 2019, 517 mAnm Spickhoff = MedR 2019, 554 mAnm J. Prütting und Bespr. Kreße MedR 2019, 529; s. auch BGH BeckRS 2019, 1867; OLG Düsseldorf VersR 2016, 1567 (1568 f.) mAnm Süß; OLG Hamm VersR 2016, 1572.

¹³³ BGHZ 221, 55 (69 f.) = NJW 2019, 1076 (1080).

¹³⁴ → Rn. 70 ff.; → § 11 Rn. 154 f.

dem Schutzzweck der erhöhten Aufklärungsanforderungen bei Lebendorganspenden (§ 8 Abs. 2 S. 1 und 2 TPG) widerspräche.¹³⁵

Umgekehrt gilt: Je dringlicher sich der Eingriff nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht darstellt, umso eher können therapeutische Gesichtspunkte das Maß der ärztlichen Aufklärungslast begrenzen.¹³⁶ Duldete eine Maßnahme keinen Aufschub und drohen andernfalls erhebliche Gefahren für die Gesundheit des Patienten, kann die Aufklärungspflicht im Einzelfall ausnahmsweise sogar ganz entfallen, s. auch § 630e Abs. 3 BGB.¹³⁷ Zu beachten bleibt aber, dass auch eine vitale oder absolute Indikation keineswegs schlechthin von den Aufklärungspflichten entbindet, sondern nur den Genauigkeitsgrad und die Intensität der Aufklärung im Einzelfall verringern kann.¹³⁸

2. Spezifische Risiken

Die Anforderungen an den Umfang der Aufklärung steigen mit den Risiken, die mit dem Eingriff verbunden sind. In erster Linie maßgeblich ist die Schwere **möglicher Schäden infolge des Eingriffs** für die Lebensführung des Patienten sowie der Umstand, dass ein Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet, erst in zweiter Linie die Häufigkeit erfahrungsgemäß auftretender Schadensfolgen.¹³⁹ Die früher einseitige Betonung der Komplikationsdichte¹⁴⁰ ist von der Rechtsprechung weitgehend aufgegeben worden, da die Gerichte erkannten, dass Risikostatistiken für das Maß der Aufklärung von nur geringem Wert sind, weil sie die Risiken meist zu eng nach medizinischen Verwirklichungsformen und -graden aufschlüsseln, nicht zwischen vermeidbaren und unvermeidbaren Risiken unterscheiden, vor allem für die in Betracht stehende konkrete Behandlungssituation, auf die es allein ankommt, wenig aussagekräftig und damit für die Rechtspraxis insgesamt zu schematisch sind.¹⁴¹ Erforderlich ist die Vermittlung einer zumindest ungefähren Vorstellung von **Risikohöhe** und Ausmaß der mit der Behandlung verbundenen

¹³⁵ BGHZ 221, 55 (70 ff.) = NJW 2019, 1076 (1080 f.); v. Pentz MedR 2019, 351 (359); insoweit krit. Spickhoff JZ 2019, 522 (523 f.); J. Prütting MedR 2019, 559 ff.; auch Kreße MedR 2019, 529 (536); festhaltend BGH VersR 2020, 773 (774).

¹³⁶ BGH NJW 1982, 2121 (2122); OLG Saarbrücken VersR 1988, 95 (97); Tempel NJW 1980, 609 (612); Lepa FS Geiß, 449 (454); Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 10; zurückhaltend Laufs in Laufs/Kern ArztR-HdB § 59 Rn. 6; abl. Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 271 u. 279: „Die Formel lautet [...] gerade nicht: Je bedrohlicher die Krankheit, desto geringer die Aufklärungspflicht; sie lautet vielmehr: Je bedrohlicher die Krankheit, desto stärker die Verantwortung des Arztes, dem – ansprechbaren – Patienten unverzüglich und in der gebotenen Kürze alle für den gemeinsamen Entschluss erheblichen Fakten zu vermitteln und ihn so an der Entscheidung über seine Zukunft zu beteiligen“, offenbar im Anschluss an das Sondervotum der Richter Zeidler, Hirsch, Niebler und Steinberger in BVerfG NJW 1979, 1930 (1932); krit. auch Gutmann in Staudinger BGB § 630e Rn. 54; Hager in Staudinger BGB § 823 Rn. I 86; Francke, Ärztliche Berufsfreiheit und Patienteninformation, 178 f.; Francke/Hart, Charta der Patientenrechte, 130.

¹³⁷ Wegen des hohen Stellenwerts der Selbstbestimmung gelten strenge Anforderungen, BT-Drs. 17/10488, 25; s. auch → Rn. 38 ff.

¹³⁸ BGHZ 90, 103 (106 ff.) = NJW 1984, 1397 (1398 f.); OLG Oldenburg GesR 2017, 559; Nüßgens in RGRK-BGB § 823 Anh. II Rn. 121; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 11; Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 412; gegen jegliche Einschränkung Gutmann in Staudinger BGB § 630e Rn. 55.

¹³⁹ Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 42; vgl. etwa OLG Naumburg NJW 2010, 1758 f.

¹⁴⁰ Vgl. BGHZ 29, 46 (60) = NJW 1959, 811 (814); BGHZ 29, 176 (182) = NJW 1959, 814 (815).

¹⁴¹ BGHZ 126, 386 (389) = NJW 1994, 3012 (3013); BGHZ 144, 1 (5) = NJW 2000, 1784 (1785 ff.); BGH NJW 2010, 3230 f. = MedR 2011, 242 ff. mAnm Jaeger; NJW 2023, 149 (150) mAnm Vogeler = MedR 2023, 293 (294); OLG Nürnberg MedR 2024, 47 (50); v. Pentz MedR 2011, 222 (225); Laufs in Laufs/Kern ArztR-HdB § 60 Rn. 3; Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 406; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 43.

Gefahren.¹⁴² Etwaige Risikobeschreibungen des Arztes (gelegentlich, selten, sehr selten etc.) müssen sich nicht an den Häufigkeitsdefinitionen des Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA), die in Medikamentenbeipackzetteln Verwendung finden, orientieren.¹⁴³ Entscheidend ist vielmehr der allgemeine Sprachgebrauch im konkreten Kontext.¹⁴⁴ Bei Vorliegen verlässlicher Quantifizierungen sind unbestimmte Häufigkeitsangaben aber zu präzisieren, um Unsicherheit zu beseitigen oder wenigstens zu vermindern.¹⁴⁵

- 31 Entscheidend ist das Gewicht, das mögliche, nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegende Risiken für den Entschluss gerade dieses Patienten haben.¹⁴⁶ Nach inzwischen fester Spruchpraxis hat der Arzt „auch über **seltene Risiken** [...] aufzuklären, wo sie, wenn sie sich verwirklichen, die Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit **für den Eingriff spezifisch**, für den Laien überraschend sind.“¹⁴⁷ Der BGH hat es stets abgelehnt, sich auf ein festes Zahlenverhältnis zwischen Komplikationsdichte und Aufklärungspflicht festzulegen.¹⁴⁸ So gibt es keine allgemeine Grenzlinie, jenseits derer die Aufklärungspflicht über Risiken entfielen, und so ist auch bei „extrem seltenen Risiken eines Eingriffs“¹⁴⁹ oder einer Risikodichte, die sich nur im Promillebereich bewegt,¹⁵⁰ darüber aufzuklären, wenn es sich um ein spezifisches Risiko des Eingriffs handelt.¹⁵¹
- 32 Der Grundsatz kann freilich nur für Risiken Geltung beanspruchen, die **im Zeitpunkt der Behandlung bekannt** waren.¹⁵² Kannte der behandelnde Arzt das betreffende Risiko nicht und musste er es auch nicht kennen, etwa weil es nur in anderen Spezialgebieten der medizinischen Wissenschaft diskutiert wurde, entfällt eine Haftung mangels Verschuldens.¹⁵³ Eine Aufklärungspflicht kann aber auch dann bestehen, wenn bei der konkreten

¹⁴² BGH NJW 1992, 2351 (2352) = MedR 1992, 277; NJW 2019, 1283 (1284 f.) = VersR 2019, 1021 mAnm Süß = MedR 2020, 128 mAnm Walter; NJW 2023, 149 (150) = MedR 2023, 293 (294); OLG Brandenburg BeckRS 2025, 3166 Rn. 18.

¹⁴³ BGH NJW 2019, 1283 (1284 f.) = VersR 2019, 1021 mAnm Süß = MedR 2020, 128 mAnm Walter; OLG Frankfurt MedR 2018, 486 mAnm Gödicke; OLG Koblenz BeckRS 2017, 151434 Rn. 31; aA OLG Nürnberg MedR 2016, 344 (346); LG Bonn NJW 2015, 3461; Ziegler/Ziegler NJW 2019, 398 (400 ff.).

¹⁴⁴ BGH NJW 2019, 1283 (1284 f.) = VersR 2019, 1021 mAnm Süß = MedR 2020, 128 mAnm Walter; OLG Nürnberg MedR 2024, 47 (50).

¹⁴⁵ Hart FS Plagemann, 359 (366 ff.); für eine Empiriebasierung – Nennung konkreter relativer Häufigkeiten statt Verwendung vager Begriffe – auch Drechsler JR 2020, 47 (50 f.); Gutmann in Staudinger BGB § 630e Rn. 44.

¹⁴⁶ BGH NJW 1977, 337 (338).

¹⁴⁷ BGH NJW 1984, 1395 (1396) u. 1397 (1398); 1990, 1528; BGHZ 126, 386 (389 ff.) = NJW 1994, 3012 f. = MedR 1995, 25 (26 ff.); MedR 2005, 159; BGHZ 166, 336 (343) = NJW 2006, 2108 (2109) = MedR 2006, 588 (589); OLG Köln MedR 2011, 161 (162); OLG Hamm MedR 2014, 309 (311); weitere Nachweise bei Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 407 ff.; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 43a f., 50 ff.; Stellungnahme zu dieser Rspr. in → Rn. 87 f.

¹⁴⁸ Vgl. BGHZ 126, 386 (389) = NJW 1994, 3012 f.; BGHZ 144, 1 (5) = NJW 2000, 1784 (1785 ff.); s. auch NJW 2007, 217 (218 f.).

¹⁴⁹ BGH NJW 1980, 633 (634); OLG Karlsruhe VersR 1988, 93 (94); OLG Düsseldorf NJW 1989, 2334 (2335); OLG Koblenz NJW 1999, 3419 (3420 f.); OLG Koblenz MedR 2004, 501; OLG Köln VersR 2008, 1072 (1073).

¹⁵⁰ BGHZ 126, 386 (389) = NJW 1994, 3012 (3013); BGH NJW 1996, 779 (781) = MedR 1996, 215 (216); ebenso für den Fall einer im öffentlichen Interesse liegenden Behandlung (Impfung) BGHZ 144, 1 (5 f.) = NJW 2000, 1784 (1785 ff.); zust. Spickhoff NJW 2001, 1757 (1761); zurückhaltend Deutsch JZ 2000, 902 (903); ders. VersR 1998, 1053 (1057); s. aber auch ders. FS Laufs, 753 (761 ff.).

¹⁵¹ Anders die meisten ausländischen Rechtsordnungen, insb. das englische, französische, wohl auch das italienische Recht, selbst wenn dort in letzter Zeit die Aufklärungspflichten verstärkt worden sind, vgl. Fischer/Lilie, Ärztliche Verantwortung im europäischen Rechtsvergleich, 43 f.

¹⁵² BGH NJW 2018, 3652 (3654).

¹⁵³ Begründeter Nichtannahmebeschluss des BGH, abgedruckt zu OLG Düsseldorf VersR 1996, 377 f. (HIV-Risiko von Bluttransfusionen); BGH NJW 2011, 375 (376) = MedR 2011, 244 (246)

Behandlungsmethode noch keine Schadensfälle bekannt geworden sind, aber bei ähnlichen Heilmaßnahmen schon über entsprechende Risiken berichtet worden ist.¹⁵⁴ Nicht aufklärungspflichtig sind eingriffsspezifische Risiken, die so außergewöhnlich und unvorhersehbar sind, dass sie für den Entschluss des Patienten, ob er in den medizinischen Eingriff einwilligt, keine Bedeutung haben.¹⁵⁵ Auch darf der Arzt **allgemeine Operationsrisiken**, wie sie mit jedem größeren Eingriff verbunden sind (zB Wundinfektionen, Narbenbrüche, Thrombosen, Embolien) im Regelfall als bekannt voraussetzen.¹⁵⁶ Wenn aber der Patient ersichtlich den Eingriff für ganz ungefährlich hält, ist auch darüber näher aufzuklären.¹⁵⁷

Generell sind alle behandlungsspezifischen Risiken – des Zwischenfalls oder der sonstigen Schadensfolge – Gegenstand der Risikoaufklärung, deren Kenntnis bei dem **konkreten Patienten** nicht vorausgesetzt werden kann, die aber für seine Entscheidung über die Behandlungszustimmung ernsthaft ins Gewicht fallen können.¹⁵⁸ Das Informationsbedürfnis des einzelnen Kranken wird nicht begrenzt durch die bisweilen herangezogene Leitfigur des „verständigen Patienten“.¹⁵⁹ Diese soll nicht das Recht des Patienten kürzen oder gar ersetzen, vielmehr die Umsetzung seines Selbstbestimmungsrechts für den Normalfall praktikabel gestalten.¹⁶⁰ Einem im konkreten Fall geäußerten Informationsbedürfnis hat der Arzt stets nachzukommen: Der individuelle Patient geht dem „verständigen“ Patienten vor.¹⁶¹ 33

3. Behandlungsalternativen

Nach dem Grundsatz der **Therapiefreiheit** ist die Wahl der konkreten Behandlungsmethode primär Sache des Arztes.¹⁶² Solange dieser eine Therapie anwendet, die dem aktuellen medizinischen Standard entspricht, muss er dem Patienten im Allgemeinen nicht 34

mAnm Jaeger; NJW 2018, 3652 (3654); Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 46; Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 435; Frahm/Walter, Arzthaftungsrecht, Rn. 422 u. 459. Näher zum Verschuldenserfordernis bei der Aufklärungspflichtverletzung Hausch VersR 2009, 1178 ff.

¹⁵⁴ BGH NJW 2010, 3230 (3232) = MedR 2011, 242 (243 f.) mAnm Jaeger. Der Arzt darf sich nicht darauf verlassen, dass der verwendete Aufklärungsbogen alle aufklärungspflichtigen Risiken aufführt, OLG Köln VersR 2008, 1072 (1073).

¹⁵⁵ BGH NJW 1991, 2346; OLG Düsseldorf VersR 1992, 1230; OLG Hamm VersR 1993, 1399 (1400); MedR 2006, 215 (217); OLG Frankfurt BeckRS 2016, 2524 Rn. 80; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 45; Hager in Staudinger BGB § 823 Rn. I 89; krit. zur Unbestimmtheit der Kriterien Hausch VersR 2009, 1178 (1187).

¹⁵⁶ BGH NJW 1996, 788; 1986, 780; OLG Köln VersR 1995, 543; OLG Oldenburg VersR 1998, 769 (770); zum Risiko nosokomialer Infektionen Bollweg/Wächter FS Hart, 1 (9); zum Letalitätsrisiko OLG Nürnberg MedR 2002, 29 (30); OLG Hamm MedR 2005, 659 (660); Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 459; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 47; abw. Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 263; Francke/Hart, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 28.

¹⁵⁷ BGHZ 116, 379 (382 f.) = NJW 1992, 743 (744) für den Fall, dass sich Komplikationen in eine für den Laien überraschende Richtung entwickeln und diesen schwer belasten können; nach OLG Karlsruhe MedR 1985, 79 (81) ist jedenfalls unterhalb eines gewissen Bildungsniveaus eine Aufklärung über die mit einer Vollnarkose verbundenen Risiken erforderlich.

¹⁵⁸ Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 49.

¹⁵⁹ Vgl. etwa BGHZ 29, 46 = NJW 1959, 811; BGH VersR 1973, 244 (245); dazu Steffen MedR 1983, 88 ff.; Brüggemeier, Deliktsrecht, Rn. 719 ff.; rechtssoziologisch Limbach, Der verständige Rechtsgenosse, 1977.

¹⁶⁰ Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 269, Fn. 376; Nüßgens in RGRK-BGB § 823 Anh. II Rn. 112.

¹⁶¹ Steffen MedR 1983, 88 (89); Francke/Hart, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 28; dies., Charta der Patientenrechte, 128; Brüggemeier, Haftungsrecht, 497; Damm MedR 2007, 1 (8).

¹⁶² Zur Therapiefreiheit des Arztes → § 10 Rn. 83 ff.; dort auch zu Aufklärungspflichten als unausweichlichem Korrelat in → Rn. 94 ff.; s. auch → § 1 Rn. 63 ff., → § 2 Rn. 4.

ungefragt erläutern, welche Alternativen theoretisch in Betracht kommen und mit welchen Vorzügen oder Nachteilen diese jeweils verbunden sind.¹⁶³ Stehen jedoch für den konkreten Behandlungsfall mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmethoden mit **unterschiedlichen Risiken und Erfolgchancen** zur Verfügung, besteht mithin für den Patienten eine **echte Wahlmöglichkeit**, dann gebietet es das Selbstbestimmungsrecht des Kranken, dass ihm durch eine entsprechende vollständige Aufklärung die Entscheidung darüber überlassen bleibt, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will.¹⁶⁴ Dabei sind dem Patienten die für eine selbstbestimmte Abwägung erforderlichen Informationen an die Hand zu geben.¹⁶⁵

Über Behandlungsalternativen ist demnach dann aufzuklären, wenn die alternative Methode entweder bei gleichwertiger Heilungs- oder Erfolgsaussicht eine **geringere Risikobelastung** des Patienten aufweist oder bei nach Art und Richtung gleichwertigen Belastungen und Risiken eine **größere Heilungs- oder Erfolgsaussicht** verspricht,¹⁶⁶ vgl. auch § 630e Abs. 1 S. 3 BGB. Die Lebensumstände und Erwartungshaltung des Patienten an die Behandlung sind einzubeziehen.¹⁶⁷ Die Unterschiede zwischen den Behandlungsalternativen müssen von gewissem Gewicht sein, lediglich geringfügig niedrigere Komplikationsraten reichen für die Annahme einer echten Alternative nicht aus.¹⁶⁸ Ergeben sich im Laufe der Behandlung Umstände, die zu einer entscheidenden Veränderung der Einschätzung der mit den verschiedenen Behandlungsmethoden verbundenen Risiken

¹⁶³ BGHZ 102, 17 (22) = NJW 1988, 763 (764 f.); KG VersR 1993, 189 (190); OLG Koblenz BeckRS 2016, 825; OLG Hamm MedR 2017, 814 (816 f.) für die Psychotherapie; OLG Dresden NJW-RR 2025, 983 (985); Frahm/Walter, Arzthaftungsrecht, Rn. 435; Mansel in Jauernig BGB § 630e Rn. 2; krit. Damm NJW 1989, 737 (741 ff.); Francke, Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte, 192: Vorenthalten von Information über bestehende Alternativen als verfassungsrechtlich nicht zu tolerierende ärztliche Vernunftthoheit; s. auch Francke/Hart, Charta der Patientenrechte, 125 f., 228 f.; Giesen, Arzthaftungsrecht, Rn. 217 ff.

¹⁶⁴ BGHZ 106, 391 (394 ff.) = NJW 1989, 1533 (1534 f.) mAnm Deutsch NJW 1989, 2313 = MedR 1989, 188 (190); BGH NJW 2005, 1718 ff. = MedR 2005, 599 (600); BGHZ 168, 103 (108) = NJW 2006, 2477 (2478) (Neulandmethode Robodoc) mAnm Katzenmeier NJW 2006, 2738; BGH NJW-RR 2019, 17 (18 f.) (Entbindung); BGH NJW-RR 2025, 790 (792) = MedR 2025, 698 (700) mAnm Vogeler; Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 423 mwN; Laufs in Laufs/Kern ArztR-HdB § 60 Rn. 5; zur Psychiatrie Kammeier/Zinkler MedR 2025, 973 ff. Nach BVerfG NJW 2020, 905 (910 f.) = MedR 2020, 563 mAnm Duttge und mAnm Kreß gilt Entsprechendes für den begleiteten Suizid.

¹⁶⁵ Streng OLG Hamm NJW 2024, 1885 = MedR 2025, 36 (39 f.) mkritAnm Vogeler: nicht nur Mitteilung von tatsächlichen Informationen, sondern auch Darlegung des notwendigen Abwägungsprozesses.

¹⁶⁶ Aufklärung über konservative oder operative Behandlung: BGH NJW 2000, 1788 (Band-scheibe); OLG Hamm VersR 2001, 461 (462) (Hysterektomie); OLG Köln VersR 2006, 124 (125) (Tumorverdacht); OLG Hamm MedR 2025, 36 (39) mAnm Vogeler (Wirbelsäule) – Aufklärung über versch. Entbindungsmethoden: BGHZ 106, 153 (157) = NJW 1989, 1538 (1539 ff.); BGH NJW 1992, 741 (742); 1993, 1524 (1525) u. 2372 (2374); 2004, 3703 (3704) (Risiko-Zwillingsschwangerschaft); BGH MedR 2012, 252 (253) mAnm Schmidt-Recla; MedR 2015, 721 mAnm Spickhoff; Lorz MedR 2021, 822 (823) (elektive sekundäre Sectio); einschränkend OLG Karlsruhe MedR 2003, 229 (230); OLG Frankfurt NJW-RR 2006, 1171; OLG Stuttgart VersR 2007, 1417 (1418); Bender NJW 1999, 2706 ff. – Aufklärung über die Möglichkeit einer Eigenblutspende vor Operation statt Bluttransfusion, BGHZ 116, 379 (382 f.) = NJW 1992, 743; s. aber auch OLG Köln VersR 1997, 1534 (1535); OLG Zweibrücken MedR 1999, 224 (225); zur Alternativaufklärung bei Arzneimitteln und Impfstoffen s. Hart in Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler/Strötchen HK-AKM Aufklärung bei der Arzneimittelbehandlung Nr. 643 Rn. 43; ders. MedR 2021, 317 (322 ff.); ders. MedR 2023, 515 (519); ders. MedR 2024, 299 (302 f.).

¹⁶⁷ OLG Köln BeckRS 2021, 10843 Rn. 53 ff. – Vorzug von Schmerzfreiheit vor Funktionalität.

¹⁶⁸ BGH NJW 2005, 1718; OLG Hamm BeckRS 2016, 5935 Rn. 26; OLG Dresden BeckRS 2024, 28979 Rn. 20.

und Vorteile führen, ist der Patient diesbezüglich erneut aufzuklären.¹⁶⁹ Bei Entbindungen ist über die Alternative einer Sectio bereits dann – vorgezogen – aufzuklären, wenn aufgrund konkreter Umstände die ernsthafte Möglichkeit besteht, dass im weiteren Verlauf eine Konstellation eintritt, die als relative Indikation für eine Schnittentbindung zu werten ist.¹⁷⁰ Als invasiver operativer Eingriff erfordert die Sectio aber zumindest eine relative Indikation, sie ist nicht allein aus Gründen der Selbstbestimmung der Patientin als Alternative in Betracht zu ziehen, folglich ist die reine Wunschsectio nicht aufklärungspflichtig.¹⁷¹

Nicht erforderlich ist, dass die **wissenschaftliche Diskussion** über bestimmte Risiken der Behandlungsalternative bereits abgeschlossen ist und zu allgemein akzeptierten Ergebnissen geführt hat. Es reicht aus, dass ernsthafte Stimmen in der medizinischen Wissenschaft auf bestimmte Gefahren hinweisen und diese als gewichtige Warnungen berücksichtigt werden müssen.¹⁷² Die Formulierung in § 630e Abs. 1 S. 3 BGB ist durch Verwendung des Begriffs „üblich“ zumindest unscharf, weil die Alternative entweder standardgemäß sein muss oder dem Standard des Heilversuchs zu entsprechen hat.¹⁷³

Die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsalternativen entfällt, wenn eine an sich gegebene Alternative im konkreten Fall nicht in Betracht kommt.¹⁷⁴ Keine Information ist erforderlich bezüglich Alternativverfahren, die sich zum Zeitpunkt der Behandlung noch in der Erprobungsphase befinden, die sich noch nicht als Standardverfahren durchgesetzt haben und somit noch nicht als „Verfahren der Wahl“ gelten.¹⁷⁵ Anders verhält es sich jedoch, wenn der Patient nach **neuen Verfahren** fragt, unter Umständen auch dann, wenn ein noch in der Erprobung stehendes Verfahren für den Patienten die einzige Heilungs- oder gar Überlebenschance bietet.¹⁷⁶

Will der Arzt vom medizinischen Standard abweichen und eine **neue, noch nicht allgemein eingeführte Methode** mit noch nicht abschließend geklärten Risiken anwenden, muss er den Patienten darüber aufklären, dass es sich um eine neue Methode handelt, die noch nicht lange praktiziert wird, deren Wirksamkeit statistisch noch nicht abgesichert ist und bei der **unbekannte Risiken** nicht auszuschließen sind. Erforderlich ist zudem, dass der Patient intensiv über konkret in Betracht kommende Standardmethoden aufgeklärt wurde. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, sorgfältig abzuwägen, ob er sich nach der herkömmlichen Methode mit bekannten Risiken behandeln lassen möchte oder nach der neuen Methode unter besonderer Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren.¹⁷⁷ Nicht jede

¹⁶⁹ BGH NJW-RR 2015, 591 = MedR 2015, 721 mAnm Spickhoff; NJW-RR 2016, 1359 = MedR 2017, 383 mAnm Schmidt-Recla (Aufklärung über verschiedene Entbindungsmethoden).

¹⁷⁰ BGH NJW-RR 2019, 17 (18 f.) = VersR 2018, 1510 (1512) mAnm Hager JA 2019, 304; v. Pentz MedR 2019, 351 (356).

¹⁷¹ OLG Köln BeckRS 2025, 5486 Rn. 27.

¹⁷² BGH NJW 1996, 776 = JZ 1996, 518 mAnm Giesen; s. auch BGHZ 144, 1 (10) = NJW 2000, 1784 (1786) = JZ 2000, 898 mAnm Deutsch.

¹⁷³ Hart GesR 2012, 385 (386).

¹⁷⁴ BGH NJW 1992, 2353; s. auch OLG Düsseldorf NJW 1996, 1599 (1600); OLG Koblenz VersR 2009, 70 (71); OLG Dresden VersR 2002, 440 (441); OLG Oldenburg BeckRS 2018, 40340 Rn. 37: Beurteilung ex post. Darstellung der Rechtsprechungsgrundsätze von Greiner FS Geiß, 411 ff.

¹⁷⁵ BGH VersR 1988, 495; OLG Nürnberg MedR 2002, 29 (31); Laufs in Laufs/Kern ArztR-HdB § 130 Rn. 35 f.; Mansel in Jauernig BGB § 630e Rn. 2; Schumacher MedR 2019, 786 (791); aA Gutmann in Staudinger BGB § 630e Rn. 83.

¹⁷⁶ Schelling/Erlinger MedR 2003, 331 (334); so i. E auch Schumacher MedR 2019, 786 (791).

¹⁷⁷ BGHZ 168, 103 (109) (Robodoc) = NJW 2006, 2477 (2478 f.) mAnm Katzenmeier NJW 2006, 2738 (2740); krit. Buchner VersR 2006, 1460: Hinweis „ins Blaue hinein“ ermöglicht überforderten Patienten keine verständige Entscheidung; BGHZ 172, 254 (260 ff.) (Racz-Katheter) = NJW 2007, 2774 (2775) = MedR 2008, 87 (88 f.) mAnm Spickhoff; Vogeler MedR 2008, 697 (704 ff.); BGH NJW 2020,

Neuerung innerhalb einer anerkannten Methode stellt eine aufklärungsbedürftige Neulandmethode dar, es kann sich auch bloß um eine (nicht gesondert aufklärungspflichtige) **Varianz** eines etablierten Prinzips handeln. Entscheidend ist, ob der Behandler bei Anwendung der Methode ex ante mit der ernsthaften Möglichkeit rechnen musste, dass mit ihr weitere, unbekannte Risiken verbunden sein könnten.¹⁷⁸

Auch ein Arzt, der ein **noch nicht zugelassenes Medikament** mit ungeklärten Risiken anwenden will, hat den Patienten nicht nur über die fehlende Zulassung, sondern auch darüber aufzuklären, dass unbekannte Risiken derzeit nicht auszuschließen sind.¹⁷⁹ Beim zulassungsüberschreitenden Einsatz von Medikamenten ist der Patient darüber aufzuklären, dass es sich um einen **Off-Label-Use** mit möglicherweise unbekanntem Nebenwirkungen handelt.¹⁸⁰ Beim Einsatz einer nicht dem medizinischen Standard entsprechenden **Gesundheits-App** sind die technischen Besonderheiten und Risiken zu verdeutlichen.¹⁸¹ Bei dem Einsatz von **Placebos** in der therapeutischen Praxis besteht ein Aufklärungsdilemma, da mit der wahrheitsgemäßen Information des Patienten über den Einsatz eines Placebos die potentielle Wirkung dieser Therapie unterminiert und der Eintritt möglichen Nutzens gemindert oder verhindert werden kann,¹⁸² dies befreit den Arzt aber nicht von der Aufklärungspflicht.¹⁸³

- 37 Bezüglich Informationen über den personellen und sachlichen **Ausstattungsstandard** der konkreten Behandlungssituation im Vergleich zu anderen Versorgungsstätten verfolgt die Rechtsprechung eine eher restriktive Linie.¹⁸⁴ Insoweit bieten öffentlich abrufbare Qualitätsberichte Informationen.¹⁸⁵ Von dem Behandelnden ist der Patient aufzuklären, wenn sich das Risiko durch die Wahl besserer Behandlungsbedingungen signifikant kleiner halten lässt,¹⁸⁶ nicht aber allgemein darüber, dass in einem Kreiskrankenhaus die Behandlungsbedingungen

1358 (1360) = MedR 2020, 379 (381) mAnm Jansen; BGH NJW-RR 2021, 886 (Bandscheibenendoprothese) = MedR 2021, 897 mAnm Hart = GuP 2021, 198 mAnm Vogeler (Medizinprodukt); s. auch Katzenmeier ZMGR 2022, 135 (137); zu Außenseitermethoden aus strafrechtlicher Sicht BGH MedR 2011, 809 (811) (Zitronensaft); zur Aufklärung bei Einsatz von KI Katzenmeier MedR 2021, 859 (861); Eichelberger ZfPC 2023, 209 (210 f.); Hart MedR 2024, 299 (305 f.).

¹⁷⁸ OLG Oldenburg NJW-RR 2023, 453 (454).

¹⁷⁹ BGHZ 172, 1 (13 ff.) (Arzneimittel-Heilversuch) = NJW 2007, 2767 (2770) = JZ 2007, 1108 mAnm Katzenmeier = MedR 2007, 653 mAnm Hart MedR 2007, 631 (633); s. auch OLG Hamm MedR 2017, 812 (813) (Flüssigembolisat), dazu Gödicke MedR 2017, 770 ff.; Pannenbecker PharmR 2025, 353 (359 f.).

¹⁸⁰ BGH NJW 2025, 2542 (2544) bei ärztlicher Zwangsmaßnahme: „besonderen Abstimmungsbedarf mit dem Patienten“; OLG Hamm BeckRS 2020, 1805 Rn. 40 (nrkr); zur Aufklärung beim Einsatz von Cytotec (Misoprostol) im Bereich der Geburtshilfe LG Berlin VersR 2021, 973 mBespr Graf/Johannes/Laforge VersR 2021, 939.

¹⁸¹ Reitebuch, Mobile Health Applications, 2022, 261.

¹⁸² Vgl. zu den versch. Lösungsansätzen Katzenmeier MedR 2018, 367 (369 ff.); Reichmann, Die Placeboapplikation, 2015, 167 ff.; A. Wolf, Placebos und Behandlungsvertrag, 2025, 310 ff.

¹⁸³ Katzenmeier MedR 2018, 367 (369 ff., 372 f.) unter Bezugnahme auf jüngere Erkenntnisse der medizinischen Forschung; Drechsler MedR 2020, 271 ff.; Gutmann in Staudinger BGB § 630e Rn. 99; aA Wagner in MüKoBGB § 630e Rn. 87 und § 630a Rn. 160.

¹⁸⁴ Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Rn. C 37; Wellner FS Jaeger, 161 (164 f.). Zu den etwa von Francke/Hart, Charta der Patientenrechte, 181 ff.; Hart MedR 1996, 60 (69); ders. MedR 1999, 47 ff. erhobenen Forderungen nach mehr Patienteninformation über medizinische Qualitätsfragen vgl. Katzenmeier MedR 1997, 498 f.; Hanika MedR 1999, 149 (160 f.); Pflüger MedR 2000, 6 ff.; Schelling, Die ärztliche Aufklärung über die Qualität der Behandlung, 49 ff.

¹⁸⁵ Nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V fasst der G-BA Beschlüsse über Inhalte, Umfang und Datenformate eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser; zur Qualitätssicherung → § 10 Rn. 69 f.

¹⁸⁶ BGH NJW 1978, 2337 (insoweit nicht abgedruckt in BGHZ 72, 132); BGHZ 88, 248 (251 f.) = NJW 1984, 655; BGH VersR 1988, 179; OLG Stuttgart VersR 1989, 519 (521); OLG Braunschweig MedR 1989, 147; Pauge/Offenloch/Gödicke, Arzthaftungsrecht, Rn. 423; Frahm/Walter, Arzthaft-