

Zum Umfang der Aufklärungspflicht bei Standardunterschreitungen

BGH, Urteil vom 13.8.2025 – 5 StR 55/25

mit einer Anmerkung von Johannes Porzelle*

A. Sachverhalt

Gegenstand des Urteils ist der Tod des seinerzeit 18-jährigen Geschädigten D. A. , Sohn der Nebenklägerin Am. und Vater der Nebenklägerin T. , der am 27. Mai 2016 im Rahmen einer durch den Angeklagten A. als Anästhesist betreuten Vollnarkose ein Lungenödem erlitt und hieran verstarb. Die Narkose war für Zwecke einer umfangreichen Zahnsanierung eingeleitet worden, die an diesem Tag durch die Angeklagte M. ambulant in ihrer Zahnarztpraxis durchgeführt wurde.

1. Das Landgericht hat folgende Feststellungen und Wertungen getroffen:

Der Geschädigte litt aufgrund einer starken kariösen Schädigung seiner Zähne unter ständigen Zahnschmerzen, war aber bereits längere Zeit nicht mehr bei einem Zahnarzt gewesen, weil er große Angst vor einer Zahnbehandlung hatte. Auf Initiative seiner Mutter fand er sich jedoch zu einer Behandlung unter Vollnarkose bereit, wie sie von der Angeklagten M. angeboten wurde. Hierzu fanden in deren Praxis drei Beratungs- und Erörterungstermine statt, wobei der Geschädigte nur am ersten teilnahm, an dem seine Zähne mit dem zahnmedizinischen Spiegel und anhand von Röntgenbildern untersucht wurden, während er eine weitergehende Klärung mit Instrumenten verweigerte. Alles Weitere überließ der zu diesem Zeitpunkt noch 17-jährige Geschädigte seiner Mutter. Die

* Johannes Porzelle, LL.M.oec., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter bei FS-PP Berlin (Fachanwälte für Strafrecht am Potsdamer Platz) und Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Kontakt: johannes.porzelle@jura.uni-halle.de.

Angeklagte rechnete vorläufig mit einer zahnärztlichen Behandlungsdauer von sechs Stunden; einschließlich Ein- und Ausleitung der Narkose sowie einer Aufwachphase ging sie von einem zeitlichen Bedarf von etwa acht Stunden aus.

Der Angeklagte A., den die Angeklagte M. als sehr erfahrenen Anästhesisten einschätzte, erklärte sich bereit, die Narkose vorzunehmen. Er teilte dabei mit, dass auch bei einer Behandlung von etwa sechs Stunden eine Vollnarkose bei einem jungen, gesunden Patienten kein besonderes Risiko beinhalte. Bei der Durchführung der Behandlung am 27. Mai 2016 verwendete der Angeklagte ein Narkosegerät mit kleinem Tubus. An apparativer Überwachung setzte er ein am Finger angeschlossenes Pulsoxymeter ein, dagegen weder ein EKG-Messgerät noch ein Kapnometer. Jedenfalls zu Beginn der Narkose überwachte er den Blutdruck mittels Blutdruckmessgerät. Das von dem Angeklagten eingesetzte Narkosegerät zeigte zudem auf einer runden Uhr das Atemzugvolumen und das Atemminutenvolumen an. Ein Beatmungsgerät führte der Angeklagte nicht mit.

Der Angeklagte A. teilte nicht mit, dass die von ihm bei der Narkose vorgesehene und verwendete apparative Ausstattung nicht den schon damals geforderten Mindestanforderungen an einen anästhesiologischen Arbeitsplatz entsprach. Er informierte auch nicht darüber, dass kein begleitendes und geschultes Personal eingesetzt werden würde, obwohl dies nach den zum Behandlungszeitpunkt geltenden Richtlinien erforderlich gewesen wäre. Über die bestehenden Mindestanforderungen hatten die Nebenklägerin Am. und der Geschädigte auch aus anderen Quellen keine Erkenntnisse; ihnen waren lediglich die „allgemeinen Narkoserisiken“ aufgrund früherer Eingriffe unter Vollnarkose bekannt. Hätten sie um die geplante Unterschreitung medizinischer Standards gewusst, hätte der Geschädigte eine Behandlung unter diesen Umständen abgelehnt.

Die morgens gegen 9 Uhr begonnene Behandlung unter Narkose verlief zunächst komplikationslos. Die Sauerstoffversorgung wurde während der Narkose durch spontanes, natürliches Atmen und, soweit vom Angeklagten A. für erforderlich erachtet, durch manuelles Beatmen über einen nasalen Tubus durchgeführt. Der Angeklagte protokollierte zwischen 8:10 Uhr und 14 Uhr auf einem von ihm mitgebrachten Vordruck in Abständen von etwa zehn Minuten Messwerte für Blutdruck,

Sauerstoffsättigung und Sinusrhythmus. Ab spätestens 14 Uhr nahm der Angeklagte keine laufenden Aufzeichnungen im Narkoseprotokoll mehr vor, weil das Seitenende erreicht war und er keinen weiteren Vordruck bei sich führte.

Nach Reinigung der Zähne des Geschädigten wurde deutlich, dass ein größerer Sanierungsbedarf gegeben war als ursprünglich gedacht. Die Angeklagte M. wollte die Behandlung jedoch trotzdem, weil vom Geschädigten vorher so gewünscht, in einer Sitzung abschließen und bat gegen 15 Uhr eine bei ihr angestellte Zahnärztin, sie bei der Zahnbehandlung am Patienten abzulösen, während sie selbst Laborarbeiten durchführte.

Nach achteinhalb Stunden Behandlung stellte der Angeklagte gegen 17:30 Uhr aufgrund eines Alarmsignals des Pulsoxymeters fest, dass die Sauerstoffsättigung und Pulsfrequenz des Geschädigten abfielen, woraufhin er diesem Atropin verabreichte. Der Zustand stabilisierte sich zunächst vermeintlich wieder. Der Angeklagte äußerte, dass es gut wäre, nun zum Schluss zu kommen, und begann damit, die Narkose auszuleiten. Etwa zehn Minuten später verschlechterte sich der Zustand des Geschädigten jedoch erneut. Auf Aufforderung des Angeklagten betätigte die Angeklagte M. um 18:10 Uhr den Notruf. Ein von den Sanitätern angeschlossenes EKG-Gerät zeigte eine Nulllinie (Asystolie) an. Auf Aufforderung einer Notärztin ergänzte der Angeklagte A. die Narkosedokumentation freihändig auf der blanken Rückseite des Narkoseprotokolls. Der Geschädigte wurde ins Krankenhaus gebracht, wo aber trotz durchgängiger Reanimation letztlich um 19:50 Uhr der Tod festgestellt wurde.

Der Tod des Geschädigten beruhte auf der Narkose, während der es, bedingt durch den engen Beatmungstubus, bei der Spontanatmung zu einem Atemwegsunterdruck und in der Folge zu einem schweren Lungenödem gekommen war. Neben der Überwachung der Sauerstoffsättigung durch das eingesetzte Pulsoxymeter hätte die Überwachung des Kohlendioxids in der Ausatemluft mittels Kapnometer nach den Feststellungen des Landgerichts „das beste Parameter“ dargestellt, einen solchen Unterdruck frühzeitig zu bemerken. Indes vermochte es nicht mehr aufzuklären, ob der Tod bei Einsatz eines Kapnometers hätte verhindert werden können.

Dem Angeklagten A. war bewusst, dass der anästhesiologische Eingriff ohne Einsatz qualifizierten Assistenzpersonals sowie ohne Einsatz eines EKG-Geräts, eines Kapnometers und einer maschinellen Beatmungs-

möglichkeit standardwidrig war und dass er dies nicht mitgeteilt hatte. Er ging jedoch im Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten davon aus, die Behandlung trotzdem durchführen zu können, ohne dass sich die einer Vollnarkose inhärenten Risiken realisieren würden. Es war für ihn aber vorhersehbar, dass der Eingriff zu einer Verwirklichung der typischerweise bei einer Vollnarkose bestehenden Risiken und infolgedessen zu einem Versterben des Patienten führen konnte. Ihm war es möglich wie auch zumutbar, über die Standardwidrigkeit seiner personellen und apparativen Ausstattung zu informieren.

Die Angeklagte M. erkannte nicht, dass die von dem Angeklagten eingesetzte apparative und personelle Ausstattung die Mindestanforderungen unterschritt. Sie vertraute darauf, dass der Angeklagte die Narkoseaufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllen werde. [...]

B. Aus den Gründen

II. Die Revision des Angeklagten A. dringt, soweit sie sich gegen den Schuldspruch richtet, nicht durch. Die Sachrüge sowie eine Verfahrensrüge führen jedoch insgesamt zur Aufhebung des Rechtsfolgenausspruchs.

1. Die auf die Sachrüge gebotene Überprüfung des Urteils deckt einen Rechtsfehler allein im Strafausspruch auf.

a) Der Schuldspruch wegen Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) hat dagegen Bestand. Die rechtsfehlerfreien Feststellungen tragen sowohl die Verurteilung wegen vorsätzlicher Körperverletzung als auch die Zurechnung der fahrlässig verursachten Todesfolge.

aa) Der Angeklagte A. hat sich der vorsätzlichen Körperverletzung (§ 223 Abs. 1 StGB) schuldig gemacht, indem er den Geschädigten in eine Vollnarkose versetzte. [...]

(2) Der Angeklagte handelte hierbei rechtswidrig, da sein Vorgehen nicht durch eine wirksame Einwilligung des Geschädigten gedeckt war. Insofern gilt:

Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt die Aufklärung über den Verlauf des Eingriffs, seine Erfolgsaussichten, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen mit wesentlich anderen Belastungen voraus, um das aus der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG) abgeleitete Selbstbestimmungsrecht des

Patienten sowie sein Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs 2 Satz 1 GG) zu wahren. Inhaltlich ist der Patient daher über die Chancen und Risiken der Behandlung im „Großen und Ganzen“ aufzuklären, ihm muss ein zutreffender Eindruck von der Schwere des Eingriffs und von der Art der Belastungen vermittelt werden, die für seine körperliche Integrität und seine Lebensführung auf ihn zukommen können (BGH, Urteil vom 22. Dezember 2010 – 3 StR 239/10 mwN, NStZ 2011, 343).

Diesen Anforderungen hat der Angeklagte A. nicht genügt. Zwar wusste der Geschädigte nach den Feststellungen jedenfalls aufgrund früherer Eingriffe unter Vollnarkose um die „allgemeinen Narkoserisiken“. Ohne weitergehende Aufklärung bezog sich seine Einwilligung aber nur auf eine *lege artis*, das heißt nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführte Heilbehandlung (BGH, Urteile vom 19. November 1997 – 3 StR 271/97, BGHSt 43, 306; vom 5. Juli 2007 – 4 StR 549/06, NStZ-RR 2007, 340). Um sein Selbstbestimmungsrecht wirksam ausüben zu können, wäre es für den Geschädigten aber essentiell gewesen, auch über die gesteigerten Risiken informiert zu werden, die sich aus der vom Angeklagten geplanten Standardunterschreitung ergaben (vgl. zu Fällen einer schon zum Zeitpunkt der Aufklärung vorgesehenen Standardunterschreitung BGH, Urteil vom 22. Dezember 2010 – 3 StR 239/10, NStZ 2011, 343 für eine im Krankenhaus etablierte Behandlung von Wundheilungsstörungen mittels Zitronensaft; BGH, Urteil vom 7. Juli 2011 – 5 StR 561/10, BGHSt 56, 277 für die Durchführung einer Operation unter Vollnarkose ohne Anästhesisten; BGH, Urteil vom 5. Juli 2007 – 4 StR 549/06, NStZ-RR 2007, 340 für eine Operation ohne Assistenzpersonal; BGH, Urteil vom 23. Oktober 2007 – 1 StR 238/07, NStZ 2008, 150 für eine unzureichende Narkoseüberwachung allein durch den behandelnden Arzt; BGH, Beschluss vom 20. Dezember 2007 – 1 StR 576/07, NStZ 2008, 278 für die regelmäßige Weiterverwendung angebrochener Flaschen eines Narkosemittels durch einen Narkosearzt; vgl. ferner auch – dort im Ergebnis offen bleibend – BVerfG, Beschluss vom 23. März 2020 – 2 BvR 1615/16 Rn. 69, NJW 2020, 1877 für eine mangelhafte Praxisorganisation; aus dem Schrifttum Kudlich/Neelmeier, NJW 2021, 1185, 1188; LK-StGB/Grünewald, 13. Aufl., § 223 Rn. 89 f.; zu Risiken aus der Sphäre des behandelnden Arztes Valerius medstra 2024, 275, 277 f.; zum Zivilrecht vgl. auch Staudinger/Gutmann, BGB, Neubearbeitung 2021, § 630e Rn. 95, 101; MüKo-BGB/Wagner, 9. Aufl., § 630e Rn. 32, 45).

bb) Die Voraussetzungen einer Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) sind nach den Feststellungen ebenfalls erfüllt. Insbesondere ist der erforderliche spezifische Gefährdungs Zusammenhang zwischen dem Grundtatbestand der Körperverletzung und dem Todeserfolg (vgl. nur BGH, Urteile vom 30. Juni 1982 – 2 StR 226/82, BGHSt 31, 96; vom 30. Oktober 2008 – 4 StR 235/08; NStZ-RR 2009, 78; TK-StGB/Sternberg-Lieben, 31. Aufl., StGB § 227 Rn. 3) gegeben, da sich mit einem Lungenödem gerade eine typische Folge einer Vollnarkose – mithin der Erfüllung des Tatbestands der Körperverletzung – als todesursächlich erwiesen hat.

Soweit der Bundesgerichtshof in Fällen ärztlicher Heileingriffe mit unwirksamer Einwilligung zusätzlich für erforderlich erachtet hat, dass das verwirklichte Risiko vom Schutzzweck der verletzten Aufklärungspflicht erfasst wird (BGH, Urteile vom 29. Juni 1995 – 4 StR 760/94, NStZ 1996, 34; vom 7. Juli 2011 – 5 StR 561/10, BGHSt 56, 277; vgl. ferner BGH, Urteil vom 23. Oktober 2007 – 1 StR 238/07, MedR 2008, 435; zur vergleichbaren Wertung im Zivilrecht BGH, Urteil vom 15. Februar 2000 – VI ZR 48/99, BGHZ 144, 1; aus dem Schrifttum Widmaier in FS Roxin 2011, 439, 446 f.; kritisch Valerius, medstra 2024, 275, 281 f.), ist auch dies gegeben. In dem Tod des Geschädigten hat sich gerade die der Vollnarkose innewohnende Gefahr realisiert, auf deren – durch die Standardunterschreitung erhöhtes – Ausmaß er durch den Angeklagten nicht genügend hingewiesen worden ist (vgl. Spickhoff/Knauer/Brose, Medizinrecht, 4. Aufl., 2022, StGB § 227 Rn. 4).

Zwar vermochte das Landgericht nicht festzustellen, dass der Tod des Geschädigten mit Sicherheit vermieden worden wäre, wenn der Angeklagte ein Kapnometer eingesetzt hätte. Bei der Bewertung des Zurechnungszusammenhangs zwischen einer Vollnarkose und dem Tod des Patienten lässt sich die potentielle Wirkung dieser und weiterer, ebenfalls unterlassener Kontrollmaßnahmen aber nicht trennen vom sedierenden Effekt der Betäubung, welcher die Notwendigkeit einer lückenlosen Überwachung gerade begründet. Dass sich diese spezifische Gefahr einer Narkose im Tod des Geschädigten erfüllt hat, ist durch das Landgericht festgestellt worden. Sie liegt im Schutzbereich der verletzten Aufklärungspflicht, weil auch hier keine Trennbarkeit besteht zwischen den allgemeinen Narkoserisiken und den Risiken einer mangelhaften Überwachung, über die der Geschädigte nicht informiert worden war und die wiederum maßgeblichen Einfluss auf das allgemeine Narkoserisiko hatten.

cc) Entgegen der Revision liegt kein Rechtsfehler darin, dass sich das Landgericht nicht weitergehend als geschehen mit der Möglichkeit eines Erlaubnistatbestandsirrtums befasst hat. [...]

b) Der Strafausspruch kann auch eingedenk des eingeschränkten revisionsgerichtlichen Prüfungsmaßstabs (st. Rspr.; vgl. BGH, Urteil vom 14. April 2022 – 5 StR 313/21, StV 2023, 522 f. mwN) keinen Bestand haben, weil die Bestimmung des Strafrahmens einen Rechtsfehler zum Nachteil des Angeklagten aufweist.

Die Strafkammer hat im Rahmen ihrer rechtlichen Bewertung ausgeführt, dass es den Angeklagten nicht entschuldige, „soweit ihm bei Begehung der Tat die Einsicht gefehlt habe, Unrecht zu tun, weil er aufgrund der Einschätzung seiner persönlichen Fähigkeiten kein erhöhtes Risiko“ gesehen habe. Denn das Unrechtmäßige seines Verhaltens habe er in zumutbarer Weise erkennen können. Damit hat das Landgericht das Vorliegen eines vermeidbaren Verbotsirrtums – offenbar aufgrund einer Fehlvorstellung des Angeklagten über den für die Aufklärungspflicht des Arztes im Rahmen einer rechtfertigenden Einwilligung anzuwendenden rechtlichen Maßstab – nicht ausgeschlossen. Der damit im Raum stehende vermeidbare Verbotsirrtum würde aber dazu führen, dass die Strafe nach § 49 Abs. 1 StGB gemildert werden kann; ein Urteil muss erkennen lassen, dass sich der Tatrichter dieser Milderungsmöglichkeit bewusst gewesen ist und sie geprüft hat (BGH, Beschlüsse vom 24. Juli 1996 – 2 StR 294/96 mwN; vom 15. November 2012 – 3 StR 295/12, NZWiSt 2013, 113). Folglich hätte sich die Strafkammer mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob der hier allein aufgrund allgemeiner Zurechnungsgesichtspunkte angewandte Strafraumen für minder schwere Fälle der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 Abs. 2 StGB) noch gemäß § 17 Satz 2 iVm § 49 Abs. 1 StGB zu mildern gewesen wäre.

Letztlich lässt sich dem Urteil nicht entnehmen, ob das Landgericht überhaupt vom Vorliegen eines Verbotsirrtums ausgegangen ist. Weil auch die Feststellungen hierzu unklar sind, unterliegen sie der Aufhebung (§ 353 Abs. 2 StPO).

2. Mit seinen Verfahrensrügen erzielt der Angeklagte lediglich einen Teilerfolg in Bezug auf das Unterbleiben einer Kompensationsentscheidung wegen möglicher überlanger Verfahrensdauer. [...]

III. Die vom Generalbundesanwalt vertretene Revision der Staatsanwaltschaft, die den Freispruch der Angeklagten M. angreift, hat Erfolg. [...]

2. Die Wertung des Landgerichts, wonach die Angeklagte das sorgfaltswidrige Handeln des Angeklagten A. auch nicht erkennen musste, mit der es die auch in Fällen eines Erlaubnistatbestandsirrtums verbleibende Möglichkeit einer Bestrafung aus einem Fahrlässigkeitstatbestand (vgl. nur BGH, Beschluss vom 21. November 2019 – 4 StR 166/19 Rn. 13 mwN, NStZ 2020, 725) – hier aus § 222 StGB – verneint hat, hält dagegen rechtlicher Nachprüfung nicht stand.

a) Im Ansatz zutreffend ist das Landgericht hierbei von dem so genannten Vertrauensgrundsatz ausgegangen, wonach ein Arzt in der Regel auf die korrekte Vorarbeit eines Kollegen oder – bei arbeitsteiliger Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen – auf die Sorgfalt des fachfremden Kollegen vertrauen darf, ohne die ärztliche Leistung seiner Kollegen jeweils selbst überprüfen zu müssen (BGH, Urteil vom 4. Oktober 1999 – 5 StR 712/98, NJW 2000, 885, 887). Vielmehr sollen sich im Interesse eines geordneten Ablaufs der Operation die dabei beteiligten Fachärzte grundsätzlich auf die fehlerfreie Mitwirkung des Kollegen aus der anderen Fachrichtung verlassen können (BGH, Urteil vom 2. Oktober 1979 – 1 StR 440/79, NJW 1980, 649). Überwachungspflichten der Beteiligten untereinander würden dagegen dem Sinn der Arbeitsteilung bei einem gleichberechtigten Zusammenwirken entgegenlaufen (BGH, Urteil vom 13. Oktober 2021 – 2 StR 418/19 Rn. 34 f., BGHSt 66, 270). Dabei gilt dieser Grundsatz nur, solange keine Anhaltspunkte für ernste Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Arbeit des Kollegen erkennbar sind (vgl. BGH, Urteil vom 19. November 1997 – 3 StR 271/97, BGHSt 43, 306; MüKo-StGB/Duttge, 5. Aufl., § 15 Rn. 148; Sternberg-Lieben in Hilgendorf/Kudlich/Valerius, Handbuch des Strafrechts Band 6, 2022, § 52 Rn. 92; zum Gebot wechselseitiger Information und Koordination vgl. zudem BGH, Urteil vom 13. Oktober 2021 – 2 StR 418/19 Rn. 71, BGHSt 66, 270).

b) Das Landgericht ist in Anwendung dieser Grundsätze davon ausgegangen, dass die Angeklagte M. auf eine sorgfaltsgemäße Durchführung der Narkose durch den Angeklagten A. habe vertrauen dürfen, obwohl dieser auf den Einsatz eines EKG-Geräts, eines Kapnometers, eines Beatmungsgeräts sowie auf personelle Assistenz verzichtete. Hierzu hat sich das Landgericht darauf gestützt, dass von einem Zahnarzt keine Kenntnis der essenziellen apparativen Ausstattung eines Anästhesisten bei ambulanter Vollnarkose zu erwarten sei. Der hierzu gehörte Sachverständige habe zwar ausgeführt, dass ein Zahnarzt bei einem fehlenden EKG-

Messgerät skeptisch werden müsse, habe dies aber insoweit relativiert, als die Überwachung allein mittels Pulsoxymeter bei einer Kurzzeithnarkose machbar sei. Zudem habe der Sachverständige als Grund für die Erkennbarkeit der Notwendigkeit eines EKG-Messgeräts auf die technische Sicherheit des eingesetzten Pulsoxymeter abgestellt, dessen Befestigung am Patienten mittels Fingerclip sich lösen könne. Dies verdeutliche, dass es „primär um das Vorhandensein überhaupt einer (funktionierenden) Überwachung der Vitalparameter“ gehe. Auch der fehlende Einsatz geschulten Personals habe für die Angeklagte nicht offensichtlich werden müssen, da auch bei vorherigen Vollnarkosen in ihrer Praxis weder durch den Angeklagten A. noch durch andere Anästhesisten weitere Kräfte zugezogen worden seien. Die ebenfalls fehlende mechanische Beatmungsmöglichkeit schließlich sei hier ohnehin „nur aufgrund der spezifischen Umstände der Behandlung indiziert“ gewesen.

Diese Bewertung hält einer rechtlichen Überprüfung nicht stand, da das Landgericht hierfür relevante tatsächliche Umstände außer Betracht gelassen hat.

aa) So hat die Strafkammer insbesondere nicht erkennbar berücksichtigt, dass die Narkose des Geschädigten sich schon nach der Planung der Angeklagten von der Einleitung bis zur Aufwachphase über acht Stunden erstrecken sollte. Anhand der Feststellungen wird deutlich, dass es sich hierbei – auch nach eigener Einschätzung der Angeklagten M. – um eine außergewöhnliche zeitliche Ausdehnung handelte. Denn sie äußerte im dritten Beratungstermin vor der Behandlung gegenüber der Nebenklägerin Am. , dass noch mit einem Anästhesisten abgestimmt werden müsse, ob die erforderliche Behandlungsdauer unter Vollnarkose „medizinisch vertretbar“ sei. Die Nebenklägerin ihrerseits war „erschrocken“ und „besorgt“ über die „lange Dauer“ der geplanten Vollnarkose, sodass sie vor der Behandlung mindestens einmal mit dem Angeklagten A. telefonierte.

Es liegt auf der Hand, dass mit der zeitlichen Dimension einer Narkose nicht nur die Belastung für die Physis des Patienten, sondern auch die Anforderungen an das Durchhaltevermögen des die Narkose allein überwachenden Anästhesisten wachsen. Illustriert wird dies nicht nur durch die besorgte Reaktion der medizinisch nicht vorgebildeten Nebenklägerin, sondern auch dadurch, dass in der Hauptverhandlung ausweislich der Urteilsgründe mehrfach die – sich für diese Situation jedem Laien stellende – Frage der Durchführbarkeit von Toilettengängen thematisiert

wurde. Dass mit der Beanspruchung des Anästhesisten die Gefahr menschlicher Fehlleistungen und damit zugleich die Bedeutung der technischen Ausrüstung sowie der Unterstützung durch Assistenzpersonal steigt, drängt sich auf.

Bei der Entscheidung darüber, ob bei der Angeklagten ernsthafte Zweifel an einer ausreichenden apparativen und personellen Ausstattung der Anästhesie hätten entstehen müssen, hätte daher die außergewöhnliche Dauer der Vollnarkose berücksichtigt werden müssen. Stattdessen ist die Strafkammer bei ihrer Argumentation teilweise explizit vom Gegenteil einer zeitlich überschaubaren Anästhesie („Kurzzeitnarkose“) ausgegangen. Soweit im Übrigen auf frühere, komplikationslos verlaufene Behandlungen unter Vollnarkose in der Praxis der Angeklagten abgestellt wurde, ist nicht ersichtlich, dass sich darunter solche mit einer vergleichbar langen Ausdehnung befanden. Hiergegen spricht vielmehr, dass sich die Angeklagte über die medizinische Vertretbarkeit der achtstündigen Dauer im vorliegenden Fall erst noch informieren musste. Allenfalls hinsichtlich der fehlenden Verfügbarkeit eines Beatmungsgeräts hat die Strafkammer möglicherweise auf die zeitliche Dimension der Narkose abgestellt, als sie darauf hingewiesen hat, dass dieses Gerät „nur“ aufgrund der „spezifischen Umstände“ der Behandlung indiziert gewesen sei. Selbst in diesem Fall hat sie aber der damit verbundenen, sich aufdrängenden Risikosteigerung keine gefahrmindernden Umstände entgegengesetzt.

bb) Die Notwendigkeit, den zeitlichen Umfang der Narkose als offen zutage tretenden Risikofaktor in den Blick zu nehmen, bestand hier umso mehr, als die Angeklagte die jahrelang unbehandelten Zähne des Geschädigten zuvor nur mittels eines zahnmedizinischen Spiegels und anhand von Röntgenbildern hatte untersuchen können. Die Prognose des Sanierungsbedarfs und damit zugleich der Dauer der Behandlung beruhte demnach – für die Angeklagte ersichtlich – auf einer nur vorläufigen Erkenntnisgrundlage. Wie unsicher die bisherige Einschätzung war, zeigte sich hier während der Behandlung des Geschädigten darin, dass erst jetzt die Notwendigkeit deutlich umfangreicherer Maßnahmen als zunächst erwartet erkennbar wurde. Entsprechend hatte die Behandlung bei Auftreten erster Probleme schon deutlich länger als geplant, nämlich bereits achteinhalb Stunden, andauert.

cc) In diesem Zusammenhang wäre zudem zu prüfen gewesen, ob die Angeklagte im Zusammenwirken mit dem Angeklagten A. dem Gebot wechselseitiger Information und Koordination (vgl. BGH, Urteil vom 13. Oktober 2021 – 2 StR 418/19 Rn. 71, BGHSt 66, 270) ausreichend Rechnung trug. Das Landgericht hat sich schon nicht eindeutig zu der Frage verhalten, ob, wann und mit welchem Inhalt die Angeklagte den Anästhesisten nach Beginn der Behandlung über deren von ihr nunmehr vorgesehene zeitliche Verlängerung informierte. In den Urteilsgründen wird hierzu allein die – von der Strafkammer insgesamt als glaubhaft befundene – Einlassung der Angeklagten M. referiert, wonach sie sich nach Feststellung eines umfassenderen Behandlungsbedarfs überlegt habe, „so zügig wie möglich zu arbeiten und notfalls einen weiteren Termin anzusetzen“, was sie auch dem Angeklagten A. mitgeteilt habe. In dessen eigener Einlassung, soweit im Urteil wiedergegeben, findet diese zeitlich nicht näher verortete Mitteilung keine Entsprechung. Zur Kommunikation unter den behandelnden Ärzten im Verlauf des Eingriffs beschränken sich die Urteilsgründe im Übrigen auf die Feststellung, dass der Angeklagte A. gegenüber der die Angeklagte M. gegen 15 Uhr am Patienten ablösenden Zahnärztin mitgeteilt habe, dass man sich „noch im zeitlichen Rahmen befinde“. Dabei wird nicht mitgeteilt, wann er dies in der langen Phase bis zum nächsten im Urteil genannten Ereignis – dem Alarmsignal des Pulsoxymeters um 17:30 Uhr – äußerte.

Insgesamt bleibt somit offen, zu welchem Zeitpunkt dem Angeklagten A. im Verlauf der Behandlung welcher zusätzliche zeitliche Bedarf für die weitere Anästhesie mitgeteilt wurde. Dies wäre angesichts der mit der Dauer der Betäubung steigenden Risiken und des Umstands, dass der Angeklagte A. für die Planung seiner Vorkehrungen nur vom ursprünglich mitgeteilten zeitlichen Horizont hatte ausgehen können, zu erörtern gewesen.

3. Die Sache bedarf somit neuer Verhandlung und Entscheidung. Die für den Freispruch der Angeklagten M. relevanten Feststellungen waren schon deshalb aufzuheben, weil die Angeklagte diese nicht hat überprüfen lassen können.

Das neu zur Entscheidung berufene Tatgericht wird sein Augenmerk stärker als bisher geschehen auch auf die Frage zu richten haben, ob die Behandlung durch die Angeklagte M. jenseits der unzureichenden Narkoseüberwachung und des damit verbundenen Aufklärungsdefizits

während ihres gesamten Verlaufs durch eine wirksame Einwilligung des Geschädigten gedeckt war.

Nach den bisherigen Feststellungen liegt dies zwar nahe, soweit die Zahnbehandlung in ihrer ursprünglich vorgesehenen Dimension in Rede steht. Dabei musste insbesondere nicht über Umstände aufgeklärt werden, die dem Geschädigten – wie etwa hinsichtlich der „allgemeinen“ Narkoserisiken der Fall – ohnehin bereits bekannt waren. Zudem bestand für den volljährigen Geschädigten, der sich „so wenig wie möglich“ mit dem Eingriff befassen wollte, grundsätzlich die Möglichkeit, auf Teile der an sich gebotenen Aufklärung ganz oder, wie hier geschehen, zugunsten einer „Aufklärung“ seiner Mutter zu verzichten (vgl. zur Einschränkung der ärztlichen Aufklärungspflicht bei vorhandenem Vorwissen und bei Aufklärungsverzicht LK-StGB/Grünwald, 13. Aufl., § 223 Rn. 93 mwN).

Dass die erteilte Einwilligung die deutliche zeitliche und naheliegend auch inhaltliche Ausdehnung des Eingriffs nach Entdeckung des – im Urteil nicht näher konkretisierten – „größeren“ Behandlungsbedarfs ebenfalls abzudecken vermochte, versteht sich dagegen nicht von selbst (vgl. zur Reichweite der Einwilligung bei Operationserweiterungen TK StGB/Sternberg-Lieben, 31. Aufl., § 223 Rn. 97). Inwieweit der Geschädigte über die Vorläufigkeit der bisherigen Einschätzung des Sanierungsumfangs informiert worden war und einer möglichen Behandlung weiterer Zahndefekte zugestimmt hatte, wird im Urteil nicht mitgeteilt. Daneben bestand beim Geschädigten zwar der Wunsch, die Behandlung in nur einem Termin durchzuführen. Dass er willens war oder bei entsprechender Information jedenfalls gewesen wäre, für die Erreichung dieses Ziels auch Risikosteigerungen hinsichtlich der Narkose in Kauf zu nehmen, wird durch die bisherigen Feststellungen jedoch nicht belegt.

Sollte sich anhand der Feststellungen des neuen Tatgerichts insoweit ein Einwilligungsdefizit ergeben, wird für die Angeklagte M. wie im ersten Rechtsgang schon für den Angeklagten A. geschehen die Möglichkeit etwaiger Irrtümer über tatsächliche oder rechtliche Voraussetzungen einer (hypothetischen) Einwilligung zu prüfen sein (vgl. auch hierzu TK StGB/Sternberg-Lieben aaO). Dabei wird gegebenenfalls auch darüber zu entscheiden sein, inwieweit dem Umstand indizieller Wert beizumessen ist, dass die Angeklagte M. der Mutter des Geschädigten noch

mittags und damit nach Sichtbarkeit der erhöhten Behandlungsnotwendigkeit mitteilen ließ, dass „alles nach Plan“ verlaufe.

C. Würdigung von Johannes Porzelle

I. Der BGH thematisiert mit den Ausführungen zur Aufklärung bei Standardunterschreitungen und mit der Konkretisierung des Vertrauensgrundsatzes zwei prägende Aspekte des Arzthaftungsrechts. Die diesbezüglich getroffenen Aussagen wirken sich – allein, weil anzunehmen ist, dass andere Gerichte sich zukünftig daran orientieren werden – direkt auf die zu beachtenden Anforderungen im klinischen Alltag aus. Das Urteil dürfte damit insbesondere bei der Ärzteschaft auf Interesse stoßen und zeitigt somit praktische Bedeutung. Um Raum für eine tiefergehende Auseinandersetzung zu haben, widmen sich die nachfolgenden Ausführungen ausschließlich der Aufklärungsthematik.

II. Blickt man auf die höchstrichterlichen Ausführungen zur Aufklärung bei standardunterschreitenden Heilbehandlungen und auf die vorinstanzliche Entscheidung des LG Hamburg, bleibt eine Frage offen. Denn in der BGH-Entscheidung heißt es:

„Um sein Selbstbestimmungsrecht wirksam ausüben zu können, wäre es für den Geschädigten essentiell gewesen, auch über die gesteigerten Risiken informiert zu werden, die sich aus der Standardunterschreitung ergeben.“¹

Da sich diese – wie im konkreten Fall durch ihre Realisierung im Tod des Patienten deutlich ersichtlich – als gravierend erweisen, liegt diese Aussage auf einer Linie mit der etablierten Rechtsprechung, dass der Umfang der Aufklärung bei schwerwiegenden Folgen weit zu ziehen ist, selbst wenn sich die Eintrittswahrscheinlichkeit nur als gering darstellt.² Demgegenüber verlangte das LG Hamburg darüber hinaus noch:

„Die Einwilligung ist jedenfalls unwirksam, weil über den aufklärungsbedürftigen Umstand, dass bei der personellen und apparativen Ausstattung während des Eingriffs vom üblichen medizinischen Standard abgewichen werden soll und dadurch ein vermeidbares Risiko entsteht, nicht aufgeklärt wurde.“³

¹ BGH, Urt. v. 13.8.2025 – 5 StR 55/25 –, juris, Rn. 23.

² BGH NJW 2005, 1716, 1717 m.w.N.

³ LG Hamburg, Urt. v. 12.7.2024 – 602 Ks 2/23 –, juris, Rn. 242.

Eine wirksame Einwilligung kann nach der Auffassung des LG Hamburg also nur erteilt werden, wenn im Aufklärungsgespräch der Fakt der Standardunterschreitung thematisiert wurde. Da der BGH diese Anforderung nicht aufgreift, bleibt aber offen, ob er dies ebenso für notwendig hält. Für den Arzt stellt sich deshalb folgende Frage: Besteht eine Aufklärungspflicht darüber, dass die angebotene Behandlung den fachlichen Standard unterschreitet oder genügt es, wenn der Patient über die Risiken der konkreten Maßnahme in Kenntnis gesetzt wird, ohne dass es eines expliziten Hinweises über den Fakt der Standardunterschreitung bedarf?

Geht man der Frage nach, warum das LG Hamburg einen expliziten Hinweis für erforderlich hält, lässt sich erkennen, dass es sein Ergebnis mit einem Vergleich der standardunterschreitenden Maßnahmen mit ärztlichen „Außenseiter- und Neulandmethoden“ begründet.⁴ Bei diesen sei anerkannt,⁵ dass über die Standardwidrigkeit aufzuklären sei, damit der Patient eine selbstbestimmte Entscheidung darüber treffen könne, ob er das damit einhergehende besondere Risiko eingehen möchte. Dieser Maßstab müsse bei Standardabweichungen aus anderen Gründen ebenfalls gelten.⁶

Dieser Vergleich überzeugt jedoch nicht. Für „Außenseiter- und Neulandmethoden“ ist charakteristisch, dass die Risiken mangels hinreichend genauer Erforschung (noch) nicht (vollständig) bekannt sind.⁷ Es fehlt eine gefestigte empirische Basis für die Risikoeinschätzung. Dem Arzt bleibt somit schlicht nichts anderes übrig, als dem Patienten mitzuteilen, dass es sich um eine Methode handelt, die den Standard nicht erfüllt und mit ihr bisher ungeahnte Gefahren einhergehen können. Der Hinweis auf die Standardwidrigkeit verkörpert somit gewissermaßen das Surrogat für die konkrete Risikoquantifizierung, die bei diesen Methoden wegen der Unbekanntheit der Risiken unmöglich ist.

Bei einer Standardunterschreitung aus anderen Gründen liegen die Gefahren hingegen mitunter offen auf der Hand, können dem Patienten mitgeteilt werden und lassen sich kalkulieren. Durch die stetige Fortentwicklung der medizinischen Möglichkeiten können Methoden, die

⁴ LG Hamburg, Urt. v. 12.7.2024 – 602 Ks 2/23 –, juris, Rn. 242.

⁵ Zitiert werden: BGH NJW-RR 2021, 886 Rn. 11; NJW 2011, 1088, 1089 Rn. 12; 2007, 2774, 2775 Rn. 24.

⁶ LG Hamburg, Urt. v. 12.7.2024 – 602 Ks 2/23 –, juris, Rn. 243.

⁷ BGH MedR 2021, 897, 898; Gutmann, in Staudinger BGB, 2021, § 630e Rn. 34; Wagner, in Münchener Kommentar BGB, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630e Rn. 37.

ehemals als Standard anerkannt waren, im Zuge des Fortschritts überholt worden sein, sodass sich der Standard infolge einer Etablierung der neuen Möglichkeiten nach oben verschoben hat. Diese Methoden liegen deshalb – projizierte man den Fortschritt auf eine flache Ebene – *hinter* diesem. Bei Außenseiter- und Neulandmethoden fehlt es hingegen an einer hinreichenden Erprobung. Dafür bieten sie aber in bestimmten Konstellationen (Außenseitermethoden) oder potenziell in der Zukunft grundsätzlich (Neulandmethoden) erhöhte Erfolgchancen und verkörpern damit ein Konzept, das gewissermaßen *vor* der üblichen Vorgehensweise liegt und perspektivisch noch zum Standard werden kann.

Es ist gut möglich, dass auch den BGH die Argumentation des LG Hamburg nicht vollends überzeugt. Dies würde jedenfalls erklären, weshalb er mit keinem Wort die Parallele zu den nicht gänzlich erprobten Maßnahmen zieht. Stattdessen lässt er es mit einem Verweis auf andere Entscheidungen höchstrichterlicher Strafsenate bewenden.⁸

III. Da die Argumentation des LG Hamburg nicht überzeugt, der dahinterstehende Gedanke aus Patientensicht jedoch durchaus nachvollziehbar erscheint, sei dies zum Anlass genommen, die Reichweite der Aufklärungspflicht zu beleuchten.

Telos der Aufklärung ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können.⁹ Dafür ist er auch auf Risiken hinzuweisen, die mit dem Eingriff einhergehen und im Falle ihres Eintretens erhebliche Belastungen seiner körperlichen Befindlichkeit, vor allem seiner weiteren Lebensführung, nach sich ziehen können; ob die Risikodichte einen bestimmten Grad erreicht, ist hingegen nicht ausschlaggebend.¹⁰ Im Sinne dieses Individualinteresses läge es, ihm mitzuteilen, dass es dem konkreten Arzt – bspw. mangels verfügbarer technischer Geräte – nicht möglich ist, die Behandlung entsprechend der fachlichen Standards durchzuführen. Mithilfe dieser Information kann er entscheiden, ob er alternativ in einer anderen Klinik bzw. Praxis behandelt werden möchte, in der die Standards eingehalten werden können. In praktischer Hinsicht hätte dies jedoch mitunter drastische Auswirkungen auf das kollektive Interesse an einem funktionierenden

⁸ Zwei der zitierten Entscheidungen (BGH NJW 2011, 1088; NStZ 2008, 150) beschäftigten sich jedoch auch mit Außenseitermethoden, sodass auch der BGH eine Vergleichbarkeit der Konstellationen wohl nicht völlig ablehnt.

⁹ BT-Drs. 17/10488, S. 24; *Spickhoff*, in Spickhoff Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630e BGB Rn. 1.

¹⁰ *Sternberg-Lieben*, in Tübinger Kommentar StGB, 31. Aufl. 2025, § 223 Rn. 81.

Gesundheitssystem. So ist infolge derartiger Mitteilungen zu befürchten, dass Praxen und Kliniken, die nicht offensichtlich die aktuellsten Methoden anbieten können, aus Angst um verminderte Chancen und erhöhte Risiken gemieden werden und stattdessen ein „Run“ auf vermeintlich modernere Einrichtungen erfolgt.¹¹ Gerade in ländlichen Regionen mit begrenzten Ressourcen drängt es sich auf, dass angesichts der ständigen Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten nicht alle Maßnahmen zur Verfügung stehen, die innerhalb kurzer Zeit zum fachlichen Standard avanciert sind. Die stetige Bereitstellung der neuesten Technik ist zur Einhaltung des Standards zwar nicht zwingend geboten.¹² Es erscheint aber gut denkbar, dass auch bei einer Fortentwicklung des Standards, mit der keine oder nur eine geringfügige Veränderung der Chancen und Risiken einhergeht, die Aufrüstung der technischen Möglichkeiten übersprungen und auf den nächsten „großen“ Fortschritt gewartet wird. Dem Patienten dann mitzuteilen, dass sich inzwischen ein anderes Verfahren etabliert hat, ihm jedoch nur eine andere Methode angeboten werden kann, würde jedoch keine signifikanten Vorteile für ihn mit sich bringen, sondern allenfalls Bedenken hinsichtlich der vorgeschlagenen Behandlung bei ihm hervorrufen. Um sowohl das Individualinteresse des Patienten als auch das Kollektivinteresse an einem funktionierenden Gesundheitssystem bestmöglich zu wahren, erscheint eine Pflicht zur Aufklärung über den Umstand der Abweichung vom Standard somit nur dann als geboten, wenn sich daraus drastische Unterschiede ergeben, die aller Voraussicht nach Einfluss auf die Entscheidungsfindung des Patienten haben.

Neben den Erwägungen zu den betroffenen Interessen gibt ein Blick ins Gesetz Aufschluss über die Reichweite der Aufklärung. Mangels spezifischer strafrechtlicher Regelungen ist dafür § 630e BGB zu betrachten.¹³ In dieser zivilrechtlichen Norm wurden die Entwicklungen der Rechtsprechung zur Aufklärung kodifiziert.¹⁴ Dabei lag es im Interesse des

¹¹ Dies insbesondere deshalb, weil zuletzt auch öffentlichkeitswirksam über die Auswirkungen und die Häufigkeit der Abweichung von bestehenden Standards im Kontext von Narkosen berichtet wurde. Siehe dazu <https://www.medstra-online.de/99047.htm> (zuletzt abgerufen am 12.11.2025) mit Verweis auf weitere Quellen.

¹² Zudem ist dies angesichts des in § 12 I SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots auch nicht immer möglich, vgl. MüKo/BGB-Wagner, § 630a Rn. 165.

¹³ Mit § 228 StGB findet sich im StGB zwar eine Norm, die Vorgaben zur Einwilligung macht. Sie beschränkt aber nur die Reichweite der Rechtfertigung und macht keinerlei Vorgaben zu den Voraussetzungen einer Einwilligung und damit auch nicht zur Aufklärung. Vgl. Knauer/Brose, in Spickhoff Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 228 StGB Rn. 1.

¹⁴ BT-Drs. 17/10488, S. 24.

Gesetzgebers¹⁵ und ist inzwischen in der Rechtswissenschaft anerkannt,¹⁶ dass die Norm auch für das Strafrecht bedeutsam ist.¹⁷ In der Vorschrift selbst findet sich *kein* Hinweis darauf, dass über den Umstand der Standardunterschreitung aufzuklären ist. Neben anderen inhaltlichen Aspekten ist der Patient über die zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme in Kenntnis zu setzen. Dass der Arzt dem Patienten diese im Hinblick auf die standardunterschreitende Maßnahme zu erläutern hat, steht allerdings auch nicht in Frage. Auf Alternativmaßnahmen (und damit auch auf Maßnahmen, die den Standard einhalten würden) ist gem. § 630e I 3 BGB nur hinzuweisen, wenn sie medizinisch gleichermaßen indiziert und üblich sind sowie zu *wesentlich* unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Diese Bestimmung erweist sich auch im Hinblick auf die Mitteilung über die Standardunterschreitung einer Maßnahme als sinnvoll. Sollten die realisierbaren (bspw. technischen) Möglichkeiten zu gänzlich anderen Risiken und Chancen führen und damit *begründet* hinter dem fachlichen Standard zurückstehen, ist es im Lichte des Selbstbestimmungsrechts geboten, dass der Patient über die Standardunterschreitung in Kenntnis gesetzt wird. Schließlich kann die Behandlung mit risikoreicheren Methoden drastische Auswirkungen auf seine Gesundheit und sein Leben haben. Unterscheiden sich die Chancen und Risiken der verfügbaren Methode aber nur unwesentlich von denen des fachlichen Standards, erschließt sich hingegen nicht, warum der Arzt verpflichtet sein sollte, den Patienten zu beunruhigen, indem er ihm mit dieser Aussage den Eindruck vermittelt, es würde sich um eine wesentlich schlechtere Maßnahme handeln.¹⁸

IV. Resümierend ist festzuhalten, dass die Problematik komplexer ist, als es das LG Hamburg im vorinstanzlichen Urteil angenommen hat. Es geht zu weit, die Einwilligung schon deshalb als unwirksam aufzufassen, weil nicht über den Umstand aufgeklärt wurde, dass eine Abweichung vom

¹⁵ Stellungnahme des Bundesrates, BT-Drs. 17/10488, S. 42.

¹⁶ Grünwald, in Leipziger Kommentar StGB, Bd. 11, 13. Aufl. 2023, § 223 Rn. 76; Hardtung, in Münchener Kommentar StGB, Bd. 4, 5. Aufl. 2025, § 223 Rn. 94.

¹⁷ Es sei aber darauf hingewiesen, dass die zivilrechtlich normierten Anforderungen angesichts der unterschiedlichen Zielsetzungen aber nicht ohne Weiteres auf das Strafrecht übertragen werden können: Während das Zivilrecht einen angemessenen Schadensausgleich anstrebt, ist das Strafrecht auf den Schuldausgleich sowie die Prävention gerichtet; TK/StGB-Sternberg-Lieben, § 223 Rn. 66 m.w.N.

¹⁸ So i.E. wohl auch MüKo/BGB-Wagner, § 630e Rn. 45, der für eine wirksame Einwilligung nur eine Aufklärung über die durch die Standardunterschreitung erhöhten Risiken verlangt.

Standard erfolgt. Stattdessen muss im Einzelfall darauf geblickt werden, ob die Alternativmethode auch *wesentlich* vom fachlichen Standard abweicht, indem sie etwa entweder gänzlich andere Chancen und Risiken für den konkreten Patienten mit sich bringt oder ein anderes Nutzen-Risiko-Verhältnis¹⁹ aufweist. In diesen Fällen bietet die Information der Standardunterschreitung einen echten Mehrwert für den Patienten. In allen anderen Fällen sollte es im Kollektivinteresse an einem funktionierenden Gesundheitssystem genügen, wenn über die Risiken der konkreten Maßnahme aufgeklärt wird. In Bezug auf den der Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalt ändert sich im Ergebnis wohl nichts, da sich die Standardunterschreitung als wesentlich darstellte, sodass es eines Hinweises darauf bedurft hätte. In anderen Konstellationen könnte die hier vertretene Sichtweise aber zu abweichenden Ergebnissen führen. Eine Bewertung der *Wesentlichkeit* einer möglichen Abweichung vom Standard dürfte sich aus praktischer Sicht dann möglichst einfach vornehmen lassen, wenn bestehende Mindeststandards verbindlich geregelt sind. Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) u.a. das Bundesgesundheitsministerium dazu aufgefordert haben.²⁰ Ziel sollte schließlich sowohl aus Arzt- als auch aus Patientensicht sein, dass eine Aufklärung zwar alles Nötige enthält, zugleich jedoch möglichst nicht verunsichert.

¹⁹ Dieses Kriterium wird bereits im Kontext von § 630e I 3 BGB als Abweichung angesehen, die ein Patienteninteresse an der Aufklärung über Behandlungsalternativen begründet und somit „wesentlich“ ist; MüKo/BGB-Wagner, § 630e Rn. 28 m.w.N.

²⁰ <https://tinyurl.com/mvb8xdtc> (zuletzt abgerufen am 12.11.2025).