Diagnose verspätet gestellt – wie wird der Behandlungsablauf aufgearbeitet?

Eine verspätet gestellte Diagnose ist nicht automatisch ein Behandlungsfehler. Ärztinnen und Ärzte müssen nicht jede Erkrankung sofort erkennen. Entscheidend ist vielmehr, ob die Behandlung im konkreten Zeitpunkt dem anerkannten medizinischen Facharztstandard entsprach. Maßgeblich ist also nicht allein, dass sich eine Diagnose später als falsch herausgestellt hat, sondern ob sie aus damaliger Sicht noch vertretbar war.

1. Der Ablauf wird Schritt für Schritt rekonstruiert

Zunächst wird der gesamte Behandlungsverlauf chronologisch zusammengestellt: Welche Beschwerden bestanden wann? Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? Welche Befunde lagen vor? Welche Diagnose wurde gestellt, welche Behandlung eingeleitet und wie entwickelte sich der Gesundheitszustand danach?

Dafür sind insbesondere die vollständige Patientenakte, Arztbriefe, Laborwerte, Röntgen- und MRT-Bilder, Befundberichte, Medikationspläne sowie die eigene Erinnerung des Patienten wichtig. Patienten haben grundsätzlich das Recht, unverzüglich Einsicht in ihre vollständige Behandlungsakte zu nehmen und Abschriften zu verlangen; die erste Abschrift ist unentgeltlich.

Die Dokumentation muss die wesentlichen medizinischen Maßnahmen und Ergebnisse enthalten, insbesondere Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Befunde, Therapien und deren Wirkungen. Sie soll eine sachgerechte Weiterbehandlung ermöglichen und nachvollziehbar machen, wie der Behandlungsverlauf aus medizinischer Sicht eingeschätzt wurde.

2. Diagnosefehler oder unzureichende Untersuchung?

Rechtlich wird häufig zwischen zwei Konstellationen unterschieden. Ein Diagnoseirrtum liegt vor, wenn die erhobenen Befunde falsch bewertet oder interpretiert wurden. Eine objektiv falsche Diagnose genügt dafür jedoch noch nicht. Ein Fehler kommt insbesondere dann in Betracht, wenn die Diagnose für einen gewissenhaften Arzt nicht mehr vertretbar war oder eindeutige Symptome nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

Anders kann der Fall zu beurteilen sein, wenn notwendige Untersuchungen von vornherein unterblieben sind. Wurde beispielsweise eine naheliegende gefährliche Erkrankung trotz entsprechender Symptome nicht durch weitere Diagnostik ausgeschlossen, kann ein Befunderhebungsfehler vorliegen. Das gilt auch dann, wenn sich die zunächst eingeschlagene Behandlung als wirkungslos erweist oder neue, mit der Erstdiagnose nicht vereinbare Beschwerden auftreten.

3. Welche Folgen hatte die Verzögerung?

Anschließend wird geprüft, ob die verspätete Diagnose den konkreten Gesundheitsschaden verursacht oder zumindest verschlimmert hat. Entscheidend ist die medizinische Frage, ob bei rechtzeitiger richtiger Diagnose eine andere Behandlung möglich gewesen wäre und ob dadurch Beschwerden, Operationen, Komplikationen oder eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs vermieden worden wären. Grundsätzlich muss der Patient sowohl den Behandlungsfehler als auch dessen Ursächlichkeit für den Schaden darlegen und beweisen.

Bei einem **groben Behandlungsfehler** oder einer grob fehlerhaft unterlassenen Befunderhebung kann sich die Beweislage zugunsten des Patienten verändern. § 630h Abs. 5 Bürgerliches Gesetzbuch sieht unter bestimmten Voraussetzungen eine Vermutung der Ursächlichkeit vor, wenn ein rechtzeitig erhobener Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu weiteren gebotenen Maßnahmen geführt hätte.

4. Was sollten Patienten tun?

Patienten sollten den Verlauf mit Beschwerden und Arztkontakten in einer eigenen Darstellung festhalten.

5. Tiefergehende rechtliche Erörterung

Bei der rechtlichen Aufarbeitung einer verspäteten Diagnose ist zunächst zu bestimmen, welche konkrete ärztliche Pflicht verletzt worden sein soll. Der Bundesgerichtshof unterscheidet zwischen dem Diagnoseirrtum und dem Befunderhebungsfehler. Ein Diagnoseirrtum liegt danach vor, wenn der Arzt vorhandene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb die aus fachärztlicher Sicht gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nicht ergreift. Ein Befunderhebungsfehler ist demgegenüber gegeben, wenn medizinisch gebotene Befunde überhaupt nicht oder nicht rechtzeitig erhoben werden. Der Bundesgerichtshof hat diese Abgrenzung in seinem Urteil vom 26. Januar 2016 – VI ZR 146/14 – ausdrücklich herausgearbeitet.

Für die Praxis bedeutet dies: Hat der Arzt die erforderlichen Untersuchungen durchgeführt, die Befunde jedoch fehlerhaft bewertet, steht zunächst die Frage im Mittelpunkt, ob die Fehleinschätzung noch vertretbar war. Hat der Arzt dagegen eine naheliegende Verdachtsdiagnose nicht durch die gebotenen weiteren Untersuchungen abgeklärt, liegt der Schwerpunkt der Pflichtverletzung regelmäßig in der unterlassenen Befunderhebung. Der Bundesgerichtshof hat im Verfahren VI ZR 146/14 deshalb keinen bloßen Diagnoseirrtum angenommen. Der Arzt hatte sich angesichts konkreter Symptome mit einer vergleichsweise harmlosen Diagnose begnügt, obwohl weitere Untersuchungen nach dem medizinischen Standard erforderlich gewesen wären. Nach den Feststellungen des Gerichts hätten diese Untersuchungen mit deutlich über 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit einen reaktionspflichtigen Befund ergeben.

Die Rechtsprechung stellt damit nicht allein auf die später tatsächlich gestellte Diagnose ab, sondern auf die ex-ante-Perspektive. Zu fragen ist, welche Informationen dem behandelnden Arzt im jeweiligen Zeitpunkt zur Verfügung standen und welche Reaktion von einem gewissenhaften Arzt desselben Fachgebiets erwartet werden konnte. Der medizinische Standard wird also nicht rückblickend aus dem späteren Krankheitsverlauf abgeleitet. Vielmehr ist zu untersuchen, ob bereits damals bestimmte Symptome, Risikofaktoren oder Befunde eine weitergehende Differentialdiagnostik nahelegten. Das OLG Dresden hat hierzu im Urteil vom 23. Januar 2025 – 4 U 1288/24 – betont, dass der sogenannte „Korridor des medizinischen Standards“ von der konkreten Behandlungssituation abhängt. Für die Frage, ab wann etwa eine weiterführende Bildgebung erforderlich wird, sind unter anderem der klinische Befund, der konkrete Verlauf, die Temperatur, Laborwerte und die konkreten Beschwerden maßgeblich.

Diese Betrachtung verhindert zugleich eine nachträgliche Überspannung ärztlicher Pflichten. Eine spätere richtige Diagnose beweist für sich genommen noch nicht, dass die frühere Behandlung fehlerhaft war. Der Arzt hat bei der Diagnosestellung regelmäßig einen gewissen Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum, weil Krankheitsbilder untypisch verlaufen können

und Symptome nicht immer eindeutig sind. Der Bundesgerichtshof verlangt deshalb für die Annahme eines groben Diagnosefehlers einen fundamentalen Diagnoseirrtum. Ein solcher liegt nicht bereits bei jeder objektiv falschen Diagnose vor, sondern nur dann, wenn die Fehleinschätzung aus medizinischer Sicht nicht mehr verständlich erscheint und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Diese hohe Schwelle hat der Bundesgerichtshof unter anderem im Urteil vom 9. Januar 2007 – VI ZR 59/06 – hervorgehoben; sie wird auch in der obergerichtlichen Rechtsprechung ausdrücklich berücksichtigt.

Das OLG Koblenz hat im Urteil vom 20. Oktober 2009 – 5 U 733/09 – darauf hingewiesen, dass gerade der Zeitpunkt der Befunderhebung entscheidend ist. Die Beurteilung darf nicht allein auf spätere bildgebende Erkenntnisse gestützt werden, sondern muss das gesamte klinische Bild berücksichtigen, das sich dem Arzt damals bot. Die Einschätzung des Sachverständigen ist dabei eine wesentliche Grundlage, die wertende Entscheidung, ob die Grenze des Vertretbaren überschritten wurde, bleibt jedoch Aufgabe des Gerichts. Für die Aufarbeitung eines konkreten Behandlungsverlaufs ist daher genau herauszuarbeiten, welche Befunde tatsächlich vorhanden waren und ob die spätere Diagnose bereits bei der damaligen Befundlage zwingend oder lediglich möglich beziehungsweise differentialdiagnostisch erwägenswert war.

Besondere Bedeutung kommt den Verlaufskontrollen zu. Eine zunächst vertretbare Arbeitsdiagnose kann im weiteren Verlauf ihre Grundlage verlieren, wenn die eingeleitete Behandlung keine Wirkung zeigt, die Beschwerden fortbestehen oder neue Symptome hinzutreten, die mit der ursprünglichen Diagnose nicht vereinbar sind. In diesem Zeitpunkt kann eine erneute Befunderhebung geboten sein. Die ärztliche Pflicht erschöpft sich nicht notwendigerweise in der einmaligen Bewertung der Ausgangsbefunde. Vielmehr kann sich aus dem weiteren Verlauf die Pflicht ergeben, die Erstdiagnose zu überprüfen und andere, zunächst weniger wahrscheinliche Erkrankungen abzuklären. Die Rechtsprechung fasst den maßgeblichen Gesichtspunkt dahin zusammen, dass entscheidend ist, ob bestimmte Symptome differentialdiagnostisch eine bestimmte Erkrankung dringend nahelegen und deshalb durch weitere Untersuchungen ausgeschlossen werden müssen.

Ein Beispiel für diese Abgrenzung bildet das Urteil des OLG Karlsruhe vom 17. Februar 2016 – 7 U 32/13. Dort lag der Schwerpunkt nicht in der bloßen Fehlinterpretation vorhandener Befunde, sondern darin, dass einer sich aufdrängenden Verdachtsdiagnose mit den üblichen differentialdiagnostischen Untersuchungen nicht nachgegangen worden war. Nach den Feststellungen des Gerichts kamen mehrere Krankheitsbilder in Betracht, sodass durch weitere Untersuchungen zusätzlicher Aufschluss hätte gewonnen werden können. Für die rechtliche Bewertung einer verspäteten Diagnose ist daher nicht nur zu fragen, ob die zunächst gestellte Diagnose falsch war, sondern auch, ob sie angesichts der konkreten Umstände ausreichend abgesichert war.

Die Einordnung als Befunderhebungsfehler kann für die Beweisführung erhebliche Konsequenzen haben. Nach § 630h Abs. 5 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) wird die Ursächlichkeit eines Behandlungsfehlers vermutet, wenn der Behandelnde einen medizinisch gebotenen Befund nicht rechtzeitig erhoben oder gesichert hat, dieser Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und das Unterlassen dieser Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre. Diese gesetzliche Regelung beruht auf der zuvor vom Bundesgerichtshof entwickelten Rechtsprechung zur unterlassenen Befunderhebung und ist inhaltlich durch die höchstrichterliche Rechtsprechung weiter konkretisiert worden. Der Bundesgerichtshof hat im Urteil vom 4. Juni 2024 – VI ZR 108/23 – ausdrücklich bestätigt, dass die hierzu entwickelten Grundsätze fortgelten.

Die Beweiserleichterung setzt allerdings mehrere Prüfungsschritte voraus. Zunächst muss feststehen, dass eine medizinisch gebotene Untersuchung oder Befundsicherung unterblieben ist. Sodann muss mit hinreichender Wahrscheinlichkeit angenommen werden können, dass die Untersuchung einen reaktionspflichtigen positiven Befund erbracht hätte. Schließlich muss die gebotene Reaktion auf diesen Befund als grob fehlerhaft einzustufen sein. Der Bundesgerichtshof hat im Urteil vom 23. März 2004 – VI ZR 428/02 – klargestellt, dass die Wahrscheinlichkeit eines solchen Befundes unabhängig von der späteren Kausalitätsfrage zu beurteilen ist. Sie darf also nicht bereits deshalb verneint werden, weil der Gesundheitsschaden möglicherweise auch auf einem anderen Ursachenverlauf beruhen könnte.

Gerade diese Trennung ist für die Aufarbeitung wichtig. Die Frage, ob die versäumte Untersuchung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen positiven Befund ergeben hätte, ist zunächst eigenständig zu beantworten. Erst anschließend ist zu prüfen, ob dieser Befund zu weiteren Maßnahmen geführt hätte und ob diese Maßnahmen den konkreten Gesundheitsschaden verhindert oder vermindert hätten. Eine vorschnelle Vermengung beider Prüfungsschritte kann dazu führen, dass die Beweiserleichterung zu Unrecht abgelehnt wird. In der Rechtsprechung wird die „hinreichende Wahrscheinlichkeit“ bei dieser Fallgruppe regelmäßig als überwiegende Wahrscheinlichkeit verstanden, also als eine Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 Prozent.

Die Beweislastumkehr ist jedoch keine unwiderlegbare Fiktion. Auch wenn ihre Voraussetzungen vorliegen, bleibt der Behandlungsseite grundsätzlich die Möglichkeit, den Gegenbeweis zu führen. Dies hat der Bundesgerichtshof im Urteil vom 26. Januar 2016 – VI ZR 146/14 – ausdrücklich betont. In diesem Verfahren hätte ein weiterer Sachverständiger klären müssen, ob der Gesundheitsschaden möglicherweise durch eine andere Ursache eingetreten war. Das Berufungsgericht durfte diese alternative Ursache nicht allein deshalb unberücksichtigt lassen, weil bereits eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten angenommen worden war.

Darüber hinaus ist zwischen dem Primärschaden und weiteren Folgeschäden zu unterscheiden. Die Beweislastumkehr nach § 630h Abs. 5 BGB bezieht sich grundsätzlich auf die durch den Behandlungsfehler unmittelbar verursachte Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit. Der Bundesgerichtshof hat im Urteil vom 5. November 2013 – VI ZR 527/12 – klargestellt, dass die Beweiserleichterung für sogenannte Sekundärschäden nur unter zusätzlichen Voraussetzungen eingreift, insbesondere wenn es sich um typische Folgen des Primärschadens handelt. Bei einer verspäteten Diagnose muss daher gesondert geprüft werden, ob die Verzögerung etwa den Eintritt einer bestimmten Erkrankung verursacht hat und ob weitere Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsschäden oder psychische Folgen wiederum auf dieser Primärverletzung beruhen.

Für die Anspruchsprüfung bedeutet dies, dass der Behandlungsablauf in mehreren Ebenen aufgearbeitet werden muss: Zunächst ist der medizinische Ablauf zeitlich zu rekonstruieren. Sodann ist für jeden maßgeblichen Zeitpunkt zu bestimmen, welche Befunde vorlagen und welche Diagnostik nach dem Facharztstandard geboten war. Erst danach kann die Pflichtverletzung eingeordnet werden, nämlich als vertretbarer Diagnoseirrtum, einfacher Diagnosefehler, fundamentaler Diagnoseirrtum oder Befunderhebungsfehler. Auf dieser Grundlage ist schließlich zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 630h Abs. 5 BGB erfüllt sind und welche konkreten Gesundheitsschäden der verspäteten Diagnose rechtlich zugerechnet werden können.

Die Rechtsprechung macht zugleich deutlich, dass die behandelnden Ärzte nicht allein durch ihre eigene nachträgliche Einschätzung festlegen können, ob ein Behandlungsfehler vorlag. Die Frage, ob der medizinische Facharztstandard eingehalten wurde, ist im Prozess grundsätzlich durch einen geeigneten gerichtlichen Sachverständigen zu klären; die rechtliche Bewertung und die Einordnung als einfacher oder grober Behandlungsfehler obliegt jedoch dem Gericht. Das KG Berlin hat hierzu hervorgehoben, dass die Einschätzung der behandelnden Ärzte zwar eine wichtige Erkenntnisquelle sein kann, aber nicht ohne Weiteres die sachverständige Prüfung des medizinischen Standards und des Kausalzusammenhangs ersetzt.

Im Ergebnis ist eine verspätete Diagnose daher nicht schematisch nach der Zeitspanne zwischen ersten Beschwerden und endgültiger Diagnose zu beurteilen. Entscheidend ist vielmehr, ob an einer bestimmten Stelle des Behandlungsgeschehens eine medizinisch gebotene Untersuchung unterblieb, ein vorhandener Befund unvertretbar fehlinterpretiert, eine notwendige Verlaufskontrolle nicht durchgeführt oder auf einen auffälligen Befund nicht angemessen reagiert wurde. Erst die Verbindung dieser medizinischen Feststellungen mit den gesetzlichen Beweisregeln des § 630h BGB und der dazu entwickelten Rechtsprechung ermöglicht eine belastbare Beurteilung, ob ein Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld besteht.