

dürften, die den Anforderungen an einen anerkannten fachlichen Standard i. S. v. § 630a Abs. 2 BGB entsprechen (vgl. Tillmanns, A&R 2020, 11, 15f.). Der Gesetzgeber hat mit dem von ihm gewählten Maßstab, wonach die fachlichen Standards anerkannt sein müssen, mit Blick auf die von ihm konstatierte dynamische Weiterentwicklung der telemedizinischen Möglichkeiten sachnotwendig eine gewisse Übergangszeit in Rechnung gestellt (zu bereits laufenden Modellprojekten vgl. Tillmanns, A&R 2020, 11 und 16 m. w. N.). Dies ist angesichts des hohen Schutzzguts, das dem grundsätzlichen Werbeverbot i. S. v. § 9 HWG zugrunde liegt (vgl. oben Rdnr. 41), sachlich gerechtfertigt.

[57] Soweit die Revision geltend macht, solange noch kein fachlicher Standard etabliert sei, müsse es ausreichen, dass für die zu bewerbende Fernbehandlung praktisch relevante Anwendungsfälle bestünden oder solche denkbar seien, was regelmäßig bei einer Erstanamnese von „Alltagsleiden“ wie grippalen Infekten, Verdauungsbeschwerden, Hauterkrankungen usw. anzunehmen sei, kann dem nicht zugestimmt werden. Mit einer solchen Auslegung wird in der Sache auf das vom Gesetzgeber ausdrücklich geforderte, einen angemessenen Gesundheitsschutz des Patienten sicherstellende Tatbestandsmerkmal verzichtet, wonach „anerkannte Standards“ für die Frage maßgeblich sein sollen, ob eine Fernbehandlung beworben werden darf. Die von der Revision vertretene Auslegung ist auch nicht sachgerecht. Bereits der Begriff des „Alltagsleidens“ ist schillernd und lässt ohne weitere Konkretisierung etwa durch die Aufstellung von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, einen hinreichend tragfähigen medizinischen Bezug zu der Frage vermissen, ob ein solches Leiden allein mithilfe von Kommunikationsmitteln diagnostiziert und behandelt werden kann oder ob der Arzt darüber hinaus auch weitere Sinneseindrücke wie Abtasten oder Abhören benötigt, um beispielsweise einen grippalen Infekt von einer Covid-19-Infektion, ein Verdauungsproblem von einem Blinddarmdurchbruch oder eine Hautreizung von Hautkrebs zu unterscheiden.

[58] [...]

[63] (2) Auf der Grundlage seiner rechtsfehlerfrei getroffenen Feststellungen ist das Berufungsgericht zutreffend davon ausgegangen, dass die streitgegenständliche Werbung nicht auf Fernbehandlungen begrenzt ist, für die nach allgemeinen fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.

[64] Wie dargelegt wurde (dazu Rdnrn. 53f.), richtet sich die Beurteilung des Vorliegens eines anerkannten fachlichen Standards nach den für § 630a Abs. 2 BGB maßgeblichen Grundsätzen. Danach gibt ein fachlicher Standard Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann. Er repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat (BGH, NJW 2015, 1601, Rdnr. 7 m. w. N.). Bei der Bestimmung des anerkannten fachlichen Standards sind die Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §§ 92, 136 SGB V zu berücksichtigen. Weiterhin können sich fachliche Standards auch unabhängig davon bilden (zu den Einschätzungen der Bewertungsausschüsse gemäß § 87 SGB V vgl. Kuhn/Hesse, GesR 2017, 221, 224; Tillmanns, A&R 2020, 11, 15). Die Ermittlung des jeweils maßgeblichen Standards ist grundsätzlich Sache des Tatgerichts (BGH, Urt. v. 27. 3. 2007 – VI ZR 55/05 –, BGHZ 172, 1, Rdnr. 17; Urt. v. 15. 4. 2014 – VI ZR 382/12 –, NJW-RR 2014, 1053, Rdnr. 13; BGH, NJW 2015, 1601, Rdnr. 8), das gebe-

nenfalls einen Sachverständigen hinzuzuziehen hat (vgl. BGH, Beschl. v. 31. 5. 2016 – VI ZR 305/15 –, NJW 2016, 3785, Rdnr. 13; Beschl. v. 8. 11. 2016 – VI ZR 512/15 –, VersR 2017, 316, Rdnr. 12).

[65] Das Berufungsgericht hat keine Feststellungen dazu getroffen, dass die von der Bekl. beworbene umfassende Fernbehandlung nach diesen Grundsätzen den allgemeinen fachlichen Standards entspricht. Dass es dabei Vortrag der insoweit darlegungs- und beweisbelasteten Bekl. unberücksichtigt gelassen hat, ist nicht ersichtlich und wird von der Revision auch nicht geltend gemacht.

[66] [...]

<https://doi.org/10.1007/s00350-022-6277-8>

Anmerkung zu BGH, Urt. v. 9. 12. 2021 – I ZR 146/20 (OLG München)

Katja Kuck und Maren Freymuth

Insbesondere die folgenden Aspekte und Fragestellungen, mit denen sich der BGH in seiner Entscheidung befasst hat, bedürfen einer Kommentierung:

I. Keine Akzessorietät zwischen berufsrechtlicher (Un-)Zulässigkeit und heilmittelrechtlichen Werbeverbot

Nach den Ausführungen des BGH ist die berufsrechtliche Unzulässigkeit der Fernbehandlung keine Voraussetzung für das heilmittelrechtliche Werbeverbot. Die Rechtsauffassung der Revision, dass § 9 HWG a. F. so auszulegen sei, dass eine berufsrechtlich zulässige Fernbehandlung generell nicht dem Werbeverbot der Norm unterfalle, wurde vom BGH explizit abgelehnt. Somit dürfte nunmehr feststehen, dass eine Akzessorietät zwischen einer berufsrechtlichen (Un-)Zulässigkeit der Fernbehandlung und der Rechtmäßigkeit der Werbung für eine Fernbehandlung nicht besteht. Insoweit führte der BGH unter anderem an, dass der Sinn und Zweck des Werbeverbots gegen die Abhängigkeit des heilmittelrechtlichen Werbeverbots von der berufsrechtlichen Unzulässigkeit der beworbenen Fernbehandlung spricht. Nach den gerichtlichen Ausführungen zielt dieser Sinn und Zweck auf den Schutz der öffentlichen Gesundheit ab und muss daher unabhängig von der berufsrechtlichen Zulässigkeit sein, da die Werbung für sich genommen bereits eine Gesundheitsgefahr begründen kann. Es bestehe das Risiko, dass ein Kranker sich aufgrund einer beworbenen Fernbehandlung an einen unseriösen Anbieter wendet, der keinen berufsrechtlichen Regelungen unterliegt, und hierdurch für den Kranken wertvolle Zeit verloren wird. Der BGH ist insoweit zu der Einschätzung gelangt, dass durch die Annahme der Notwendigkeit einer berufsrechtlichen Unzulässigkeit der beworbenen Fernbehandlung gerade die „*besonders gesundheitsgefährdende Werbung durch berufsrechtlich nicht reglementierte Personen außerhalb der freiberuflich tätigen Ärzteschaft privilegiert würde*“¹.

II. § 9 HWG als abstrakter Gefährdungstatbestand

Klarheit besteht nun auch insofern, als dass es sich bei dem heilmittelwerberechtlichen Werbeverbot um einen abs-

1) BGH, Urt. v. 9. 12. 2021 – I ZR 146/20.

Dr. iur. Katja Kuck, Rechtsanwältin und Partnerin, GÖRG Partnerschaft von Rechtsanwälten mbB, Kennedyplatz 2, 50679 Köln, Deutschland

Maren Freymuth, Rechtsanwältin, GÖRG Partnerschaft von Rechtsanwälten mbB, Kennedyplatz 2, 50679 Köln, Deutschland

traktan Gefährdungstatbestand handelt². Zutreffend hat der BGH diese Einordnung damit begründet, dass sich Werbung unabhängig von einer konkreten Behandlungssituation an eine Vielzahl nicht näher individualisierter Personen richtet. Für diese Einschätzung des BGH spricht auch, dass es im Rahmen des Werberechts regelmäßig auf die Verkehrsauffassung ankommt. Das Allgemeine ist somit maßgeblich. Diese rechtliche Einordnung steht in einer Linie mit dem grundsätzlichen Werbeverständnis des BGH.

In diesem Zusammenhang hat der BGH zudem die Annahme der Vorinstanz bestätigt, dass eine einschränkende Auslegung des Werbeverbots auch nicht zur Verhinderung eines etwaigen unverhältnismäßigen Eingriffs in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) sowie die Meinungsfreiheit (Art. 5 Abs. 1 GG) des Werbenden geboten ist. Der BGH argumentierte hierbei ebenfalls damit, dass es sich bei dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung um ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut handelt. Hierdurch können auch empfindliche Grundrechtseingriffe gerechtfertigt sein.

III. Ausnahmeregelung des § 9 S. 2 HWG

Die für die Praxis wesentlichsten Kernfragen, mit denen der BGH sich in seiner Entscheidung befasst hat, betreffen die Ausnahmeregelung des § 9 S. 2 HWG. Bislang war unklar, wie die Begrifflichkeit der sogenannten allgemein anerkannten fachlichen Standards zu verstehen und auszulegen ist. Die Entscheidung des BGH hat insoweit jedoch nur wenig Licht in das Dunkle gebracht.

Im Kern hat der BGH sich darauf beschränkt, auszuführen, dass der Begriff unter Rückgriff auf den entsprechenden Begriff gemäß § 630a Abs. 2 BGB und die dazu mit Blick auf die vom Arzt zu erfüllenden Pflichten aus einem medizinischen Behandlungsvertrag entwickelten Grundsätze auszulegen ist³. Bei der Bestimmung der anerkannten fachlichen Standards können dann sowohl die Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften als auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §§ 92, 136 SGB V Berücksichtigung finden. Das Problem, dass solche Leitlinien zum jetzigen Zeitpunkt kaum existieren, wurde vom BGH zwar erkannt. Hierzu wurde jedoch lediglich ausgeführt, dass mit der Schaffung des § 9 S. 2 HWG der Weiterentwicklung telemedizinischer Möglichkeiten durch die dynamische Ausbildung und Anpassung von Standards Rechnung getragen werden soll.

Dem Verteidigungsvorbringen der Revision, dass es – solange noch kein fachlicher Standard etabliert sei – ausreichen müsse, dass für die zu bewerbende Fernbehandlung praktisch relevante Anwendungsfälle bestehen oder denkbar seien, was regelmäßig bei einer Erstanamnese von „Alltagsleiden“, wie etwa grippalen Infekten etc. anzunehmen sei, erteilte der BGH hingegen eine klare Absage. Hierdurch werde auf den vom Gesetzgeber geforderten angemessenen Gesundheitsschutz der Patienten verzichtet. Zudem sei der Begriff des „Alltagsleidens“ schillernd und lasse ohne weitere Konkretisierung die Frage offen, ob das jeweilige Leiden telemedizinisch diagnostiziert und behandelt werden kann, oder ob es hierfür weiterer Sinneseindrücke benötigt, um eine leichte Erkrankung (z. B. eine Hautreizung) von einer schweren Erkrankung (z. B. Hautkrebs) zu unterscheiden.

IV. Fazit und Ausblick

Der BGH hat deutlich gemacht, dass er sich mit Blick auf die Etablierung anerkannter fachlicher Standards an einer „gewissen Übergangszeit“ angesichts des hohen Schutzguts des § 9 HWG nicht stört. Für die Praxis der im Bereich der Telemedizin tätigen Unternehmen bedeutet das Urteil jedoch weiterhin das Bestehen erheblicher Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Bewerbung ihrer Produkte. Es ist weiterhin unklar, welche Anforderungen konkret erfüllt sein müssen, damit das Merkmal der anerkannten fachli-

chen Standards als erfüllt angesehen werden kann und die Ausnahme des § 9 S. 2 HWG greift⁴. Diese Ungewissheit ist für die Anbieter von Telemedizin insbesondere aufgrund der lauterkeitsrechtlichen Vorschrift des § 3a UWG sowie des Bußgeldtatbestandes des § 15 Abs. 1 Nr. 7 HWG stark risikobehaftet⁵.

Zudem kann es nicht Aufgabe der im Bereich der Telemedizin tätigen Unternehmen sein, für Rechtsfortbildung und die Etablierung etwaiger zulässiger Fallgruppen im Rahmen des § 9 S. 2 HWG dadurch zu sorgen, dass sie trotz der bestehenden Rechtsunsicherheiten für ihre Fernbehandlungstools werben und es insoweit darauf ankommen lassen, dass die Gerichte sich mit ihrem konkreten Fall beschäftigen. Dieses Szenario scheint der BGH jedoch zumindest in Kauf zu nehmen, wenn er von einem dynamischen Prozess spricht. So führt er unter anderem aus, dass die Ermittlung des jeweils maßgeblichen Standards grundsätzlich Sache des Tatgerichts ist, das gegebenenfalls einen Sachverständigen hinzuzuziehen hat.

Da das ärztliche Berufsrecht eine ausschließliche Fernbehandlung erst seit kurzem – und dann auch nur im Einzelfall – zulässt, existieren zum aktuellen Zeitpunkt nur wenige einschlägige Leitlinien für den Bereich der Telemedizin⁶. Und die wenigen, bereits bestehenden Leitlinien schaffen in rechtlicher Hinsicht nur wenig Klarheit für die Praxis. So existiert zwar bereits seit Oktober 2020 eine Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft sowie des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen mit dem Titel „Teledermatologie“⁷. Diese enthält Empfehlungen zu den Möglichkeiten einer teledermatologischen Diagnose und Behandlung konkreter Erkrankungen. Die Empfehlungen sind jeweils konsensbasiert, fußen also auf einer Zustimmung der abstimmenden medizinischen Experten, die an der Leitlinie mitgewirkt haben. Der erreichte Konsens wird mittels einer Prozentzahl angegeben. 100 % stehen hierbei für „starken Konsens“, die Angabe >75 % bedeutet schlicht „Konsens“. Die ausgeschriebenen Empfehlungen wiederum beinhalten entweder die Formulierung „soll“, „sollte“, „kann“ oder „kann nicht“, woraus sich der Grad der Empfehlung ablesen lässt. Es ist jedoch bereits sehr fraglich, wie mit der Angabe „>75 %“ praktisch umgegangen werden soll. So ist unklar, ob hieraus geschlussfolgert werden kann, dass eine teledermatologische Behandlung der aufgeführten Erkrankung dem allgemeinen fachlichen Standard entspricht oder, ob hierfür stets ein Konsens von 100 % vorliegen muss. Dann stellt sich jedoch die Frage, warum überhaupt auch bei >75 % von „Konsens“ gesprochen wird.

Das Beispiel der Leitlinie zur Teledermatologie macht deutlich, dass es nicht Aufgabe der ärztlichen Experten sein kann, in Leitlinien zu regeln, wann eine Werbung für eine telemedizinische Behandlung als fachlicher Standard beschrieben werden kann, sondern lediglich, welche Stan-

2) So auch schon OLG Hamburg, Urt. v. 5. 11. 2020 – 5 U 175/19.

3) Insoweit kritisch *Hahn*, MedR 2022, 645 (in diesem Heft) der zu bedenken gibt, dass § 9 S. 2 HWG dadurch auf solche Formen der Fernbehandlung begrenzt und folglich in seiner Anwendung verengt wird, die bereits im Korridor akzeptierter Standards liegen.

4) Ebenfalls kritisch *Hahn*, MedR 2022, 645 (in diesem Heft), der eine Einbeziehung und Berücksichtigung des § 7 Abs. 4 S. 3 MBO-Ä (in jeweiliger kammer-spezifischer Umsetzung) im Rahmen der Auslegung des § 9 S. 2 HWG fordert.

5) S. auch *Doepner/Reese*, in: BeckOK HWG, 6. Ed. 1. 8. 2021, HWG § 9, Rdnr. 62.

6) S. insoweit auch *Tillmanns*, A&R 2020, 11, 15f., der daher fordert, dass nicht zu strenge Maßstäbe an den geforderten allgemein anerkannten fachlichen Standard angelegt werden, da dies kaum mit dem gesetzgeberischen Ziel der Förderung von telemedizinischen Behandlungen zu vereinbaren wäre.

7) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-0971_S2k_Teledermatologie_2021-03.pdf, zuletzt abgerufen am 23. 3. 2022.

dards der Arzt im konkreten Einzelfall für die telemedizinische Behandlung zu beachten hat. Aus der Zulässigkeit einer Fernbehandlung im Einzelfall soll jedoch gemäß dem BGH gerade nicht auf die Zulässigkeit der Werbung für eine solche Fernbehandlung geschlossen werden. Dies stellt die Eignung von Leitlinien zur Bestimmung der in § 9 S. 2 HWG geregelten fachlichen Standards in Frage. Es muss zudem ohnehin als kritisch betrachtet werden, wenn versucht wird, diese Aufgabe auf die medizinischen Fachverbände zu übertragen. Hier verschwimmen medizinisch-fachliche Anforderungen mit dem juristischen Handwerk.

Es bleibt abzuwarten, ob nach der vom BGH konstatierten Übergangszeit ein greifbarer Maßstab für die Standards im Sinne des § 9 S. 2 HWG herausgebildet werden konnte. Falls nicht – woran jedenfalls aktuell starke Zweifel bestehen dürften – sollte der Gesetzgeber erneut tätig werden und bei der Ausnahmeregelung nachfassen, beispielsweise durch die Ergänzung eines konkreten Regelungskatalogs⁸. Ziel muss es sein, die für die Praxis dringend nötige Rechtssicherheit zu schaffen, damit der bereits explizit in der Gesetzesbegründung des § 9 S. 2 HWG zum Ausdruck gebrachten Intention des Gesetzgebers, die Anwendung von Telemedizin in Deutschland zu stärken, Rechnung getragen wird.

Die Ausführungen des BGH zur Schutzbedürftigkeit der Gesundheit als ein wesentliches Gut sind natürlich berechtigt. Gleichwohl sollte hierbei nicht aus dem Blick verloren werden, dass digitale Gesundheitslösungen auch eine Vielzahl von Möglichkeiten bieten. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Coronapandemie hat sich das Bedürfnis nach digitalen Gesundheitslösungen in der Bevölkerung verstärkt. Auch mit Blick auf den bestehenden Ärztemangel in den ländlichen Gebieten zeigt sich, dass digitale Gesundheitslösungen ein enormes Potential haben, verschiedenen aktuellen Problemen in der Gesundheitsversorgung zu begegnen.

Dass der Gesetzgeber diese Möglichkeiten erkannt hat, ergibt sich vor allem auch aus dem bereits vor einigen Jahren in Kraft getretenen sog. E-Health-Gesetz. Dieses Gesetz hat die ersten Weichen für die Einführung sog. digitaler E-Health-Anwendungen gestellt und den Weg für die Digitalisierung des Gesundheitswesens geebnet. Mit der späteren Einführung des § 33a SGB V wurde sogar ein Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Versorgung mit sogenannten Digitalen Gesundheitsanwendungen normiert. Das Krankenhauszukunftsgesetz schafft zudem die Voraussetzungen der Digitalisierung in den Krankenhäusern. Die Zeichen stehen also auf Digitalisierung des Gesundheitssektors. Die Regelung des § 9 S. 2 HWG muss jedoch – jedenfalls zum aktuellen Zeitpunkt – als ein untauglicher Versuch in Richtung einer solchen Digitalisierung gesehen werden.

⁸ S. auch *Doepner/Reese*, in: BeckOK HWG, 6. Ed. 1. 8. 2021, HWG § 9, Rdnr. 64.

Informationspflicht und Traumaverarbeitung

BGB §§ 278, 280 Abs. 1, 630a Abs. 1, 630c Abs. 2 S. 2, 630h Abs. 5 S. 1

1. Wer vor einer geplanten Operation Succinylcholin statt Midazolam injiziert, damit einen plötzlichen Atemstillstand bei vollem Bewusstsein verursacht und

Eingesandt und bearbeitet von Marie v. Hirschheydt und Prof. Dr. iur. Adrian Schmidt-Recla, Rechtswissenschaftliche Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Carl-Zeiß-Str. 3, 07743 Jena, Deutschland

eine Panikreaktion bei schwerster Atemnot und Erstickungsangst auslöst, handelt grob pflichtwidrig.

2. Die Handlungen des Pflegepersonals in einer Belegklinik verantwortet die Belegklinik und nicht die belegärztlich tätige Person.

3. Behandlungsverträge verpflichten dazu, den behandelten Personen die Ursachen, den Verlauf und die Folgen eines Zwischenfalls zu erläutern, den Zwischenfall zu bedauern und Hilfen dazu anzubieten, den Zwischenfall und seine Folgen psychisch zu verarbeiten.

4. Diese Verpflichtungen erstrecken sich über den Zeitpunkt der eigentlichen Behandlung hinaus und gelten ggf. auch noch nach Erhebung einer Arzthafungsklage, sodass eine etwaige Haftung dem Grund nach anerkannt werden muss, wenn die Patientenseite einen Vergleichsvorschlag abgelehnt hat, den die Behandlungsseite angenommen hätte. (Leitsätze der Bearbeiterin und des Bearbeiters)

LG München II, Urt. v. 4. 5. 2021 – 1 O 2667/19 Hei

Problemstellung: Die Entscheidung des LG München II, über die hier zu berichten ist, macht ernst mit § 630c Abs. 2 S. 2 BGB. In einer Belegklinik war es zu einem (grob fehlerhaften) Narkosezwischenfall gekommen, der die Patientin traumatisiert hat. Anschließend ist den Parteien die Kommunikation komplett misslungen, psychische Probleme bis hin zu einem Suizidversuch der Patientin folgten. Im Prozess verlief die Beweisaufnahme für die Kl. erfolgreich, Vergleichsverhandlungen scheiterten. Das LG hielt auf der Basis der Beweisaufnahme die Injektion von Succinylcholin statt Midazolam für grob pflichtwidrig und verortete diesen Fehler bei der Belegklinik. Die entscheidende Rechtsfrage ist jedoch, ob das weitere Verhalten der Behandler im Anschluss an diesen Fehler (zur geplanten OP war es nicht mehr gekommen) als pflichtwidrig anzusehen ist: Sie hatten gegenüber der Patientin bestritten, das Muskelrelaxans, das auch die Atemmuskulatur lähmt, fehlerhaft eingesetzt zu haben. Ein Telefonat zwischen Patientin und Behandler endete in Beschimpfungen statt darin, sich mit Geschehenen konstruktiv auseinanderzusetzen. Weitere Gesprächsangebote gab es nicht und so blieb die Möglichkeit, die von der Patientin als traumatisch empfundene Nahtoderfahrung aufzuarbeiten, und die Chance, eine Eskalation der psychischen Belastung zu verhindern, ungenutzt. Der psychische Zustand verschlechterte sich; es kam zu einem Suizidversuch, der nicht hätte eintreten müssen. Dass der Sachverhalt nicht nur die Auslegung von § 630c Abs. 2 S. 2 BGB berührt, sondern auch Kausalitätsfragen aufwirft, versteht sich.

Rechtsprechung und Literatur zu der so seit 2013 existierenden Norm sind überschaubar – jede richterliche Entscheidung, die sich mit der therapeutischen (nicht der wirtschaftlichen) Information befasst, ist daher willkommen. Das LG hat sich dafür entschieden, eine sehr weitgehende ärztliche Informationspflicht anzuerkennen und auch den Suizidversuch der Patientin als kausale Folge der verletzten Informationspflicht einzuordnen und materielle und immaterielle Schadensersatzansprüche dem Grunde nach zuzusprechen. Ein Mitverschulden beim Schadensumfang und – quasi als Gegenprobe – die „Begehrensneurose“ oder „Querulanz“ der Patientin hat es ebenfalls geprüft und ersteres teilweise bejaht, letztere verneint. Die Entscheidung wirft mit der Aussage, die Behandler hätten den Klageantrag dem Grunde nach anerkennen müssen, nachdem ein Vergleich nicht an ihnen, sondern an der Kl. gescheitert ist, ferner prozessuale und letztlich versicherungsrechtliche Fragen auf, die den *nemo tenetur*-Grundsatz berühren. Das Urt. lässt sich auch danach befragen, ob § 630c BGB diesen Grundsatz