

12 C 63/20

Beglaubigte Abschrift



Verkündet am 08.03.2022

██████████, Justizamtsinspektor
als Urkundsbeamter der
Geschäftsstelle

Amtsgericht Bottrop

IM NAMEN DES VOLKES

Urteil

In dem Rechtsstreit

der Frau ██████████ Bottrop,

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte SH Rechtsanwälte
Stamenkovic & Hüttenmüller, Kennedy
Tower, Einigkeitstr. 9, 45133 Essen,

gegen

die HUK-COBURG Krankenversicherung AG, vertr. d. d. Vorstand, Bahnhofsplatz 1,
96447 Coburg,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte:



hat die 12. Zivilabteilung des Amtsgerichts Bottrop
im schriftlichen Verfahren mit einer Schriftsazeinreichungsfrist bis zum 15.02.2022
durch die Richterin ██████████

für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.588,20 EUR nebst Zinsen in
Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 31.05.2020
zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits haben die Klägerin zu 13 % und die
Beklagte zu 87 % zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, für die Klägerin jedoch nur gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages. Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils gegen sie vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn die Beklagte nicht vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Tatbestand

Die Parteien streiten um Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung.

Die beihilfeberechtigte Klägerin unterhält bei der Beklagten unter der Versicherungsnummer 300/254057 eine private Krankheitskostenversicherung mit einem Erstattungssatz von 50 %. Die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) enthalten u.a. die folgenden Klauseln:

„§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

[...]

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

[...]

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

[...]

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über

ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

[...]"

Die Klägerin befand sich seit dem 25.11.2014 laufend in ambulanter Behandlung der Frau Dr. G [REDACTED]. Bei der Klägerin wurden u.a. Migräne und Depression diagnostiziert.

Im Verlauf des Jahres 2019 verschlechterte sich die innerpsychische Situation der Klägerin. Frau Dr. G [REDACTED] wies die Klägerin in die B [REDACTED] Klinik ein. Dort begann die Klägerin am 01.04.2019 mit einer stationären Heilbehandlung. Die B [REDACTED] Klinik stellte für die Klägerin bei der Beklagten einen Kostenübernahmeantrag. Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 04.04.2019 eine Kostenübernahme wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung ab. Die Klägerin brach die stationäre Heilbehandlung aus Angst vor den Kosten am 08.04.2019 ab. Die B [REDACTED] Klinik stellte der Klägerin für den stationären Aufenthalt 5.176,39 EUR in Rechnung.

Auch ein außergerichtliches Ombudsmannverfahren, in dem die Klägerin anwaltlich vertreten wurde, verlief ohne abweichendes Ergebnis.

Auf die außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten zahlte die Rechtsschutzversicherung der Klägerin 382,59 EUR. Die Klägerin wurde von ihrer Rechtsschutzversicherung ermächtigt, den Kostenerstattungsanspruch der Rechtsschutzversicherung im Wege der gewillkürten Prozessstandschaft geltend zu machen.

Die Klägerin meint, die Beklagte sei verpflichtet, 50 % der stationären Heilbehandlungskosten zu tragen, mithin 2.588,20 EUR. In der privaten Krankenversicherung gelte gerade nicht der Vorrang der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung. Maßgebend für die Pflicht zur Kostenübernahme sei allein die medizinische Notwendigkeit. Sie behauptet, die streitgegenständliche Heilbehandlung sei medizinisch erforderlich gewesen.

Die Klägerin beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, an sie – die Klägerin – 2.588,20 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen;
2. die Beklagte zu verurteilen, sie – die Klägerin – von den vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten in Höhe von 382,59 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie meint, der Klägerin stünden die geltend gemachten Ansprüche nicht zu. Sie behauptet, eine medizinische Notwendigkeit der streitgegenständlichen stationären Heilbehandlung habe nicht vorgelegen, da eine ambulante Heilbehandlung ebenso geeignet gewesen wäre wie eine stationäre Heilbehandlung.

Im Übrigen wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Die Klage ist der Beklagten am 30.05.2020 zugestellt worden. Das Gericht hat gemäß Beweisbeschluss vom 09.02.2021 (Bl. 210 f. d. A.) Beweis durch Einholung eines Sachverständigengutachtens erhoben. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Dr. med. Ahmad Bransi vom 04.10.2021 (Bl. 241 ff. d. A.) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet; im Übrigen ist sie unbegründet.

A. Zulässigkeit

Die Klage ist zulässig.

Das Amtsgericht Bottrop ist zur Entscheidung des Rechtsstreits gemäß §§ 1 ZPO, 23 Nr. 1, 71 Abs. 1 GVG sachlich und gemäß § 215 VVG örtlich zuständig. Die Klägerin – die Versicherungsnehmerin – hat ihren Wohnsitz in Bottrop.

B. Begründetheit

Die Klage ist in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet; im Übrigen ist sie unbegründet.

I. Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung von 2.588,20 EUR (Antrag zu 1)

Die Klägerin hat gegen die Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 2.588,20 EUR aus dem privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag i.V.m. § 1 Abs. 2, § 4 Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Die stationäre Behandlung der Klägerin war medizinisch notwendig im Sinne von § 1 Abs. 2 und § 4 Abs. 4 AVB.

1.

Eine Heilbehandlungsmaßnahme ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das ist im allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern (BGH, Urteil vom 12.03.2003 – IV ZR 278/01, juris Rn. 27; Urteil vom 10.07.1996 – IV ZR 133/95, juris Rn. 18; LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 2).

Mit dem Begriff „medizinisch notwendige“ Heilbehandlung wird – auch für den Versicherungsnehmer erkennbar – nicht an den Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem behandelnden Arzt und die nach diesem Vertrag geschuldete medizinische Heilbehandlung angeknüpft. Es wird vielmehr zur Bestimmung des Versicherungsfalles ein objektiver, vom Vertrag zwischen Arzt und Patient unabhängiger Maßstab eingeführt (m.w.N. BGH, Urteil vom 10.07.1996 – IV ZR 133/95 –, BGHZ 133, 208-219, juris Rn. 16; LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 2). Diese objektive Anknüpfung bedeutet

zugleich, dass es für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherungsnehmers und auch nicht allein auf die des behandelnden Arztes ankommen kann (m.w.N. BGH, aaO). Gegenstand der Beurteilung können vielmehr nur die objektiven medizinischen Befunde und Erkenntnisse im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung sein. Demgemäß liegt eine „medizinisch notwendige“ Heilbehandlung jedenfalls dann vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (m.w.N. BGH, aaO). Steht danach die Eignung einer Behandlung, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern, nach medizinischen Erkenntnissen fest, folgt daraus grundsätzlich auch die Eintrittspflicht des Versicherers (BGH, Urteil vom 21.09.2005 – IV ZR 113/04, juris Rn. 17 f.; BGH, Urteil vom 10.07.1996 – IV ZR 133/95 –, BGHZ 133, 208-219, juris Rn. 18; LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 2).

Stehen mehrere geeignete Behandlungsmethoden zur Verfügung, ist die konkrete Auswahl eine Frage der medizinischen Vertretbarkeit. Ein „Vorrang ambulant vor stationär“ besteht dabei aus vertragsrechtlicher Sicht nicht. Sie kann sich nur unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Vertretbarkeit ergeben (OLG Nürnberg, Urteil vom 23.11.2015 – 8 U 935/14, juris Rn. 26 f.; LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 2; m.w.N. Prölss/Martin/Voit, VVG, 31. Aufl. 2021, § 192 Rn. 73). Dabei dürfen die Anforderungen an den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit, den grundsätzlich der Versicherungsnehmer zu erbringen hat, jedoch nicht überspannt werden: Wegen der Besonderheiten der Medizin und des Fortschreitens ihrer Erkenntnisse einerseits und der Unsicherheiten bei der Diagnostik andererseits ist ein Behandlungskorridor eröffnet, der mehrere Behandlungsmethoden als medizinisch vertretbar erscheinen lässt. Der dem Versicherer erkennbare Zweck des Versicherungsvertrages wäre für den Versicherten nicht erreicht, wenn nicht alle innerhalb des aus ärztlicher Sicht Vertretbaren liegenden Behandlungsmethoden und Behandlungsschritte abgedeckt wären. Denn dann träfe den Versicherten das finanzielle Risiko, wenn sich ex post eine andere Methode als vorzugswürdig herausstellt (OLG Nürnberg, Urteil vom 23.11.2015 – 8 U 935/14, juris Rn. 23; LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 2; Prölss/Martin/Voit, VVG, 31. Aufl. 2021, § 192 Rn. 61). Zweck der Krankenversicherung ist es, den Versicherungsnehmer gegenüber der Kostenlast im Krankheitsfall abzusichern. Welche Therapie bei einer bestimmten Krankheit richtig und notwendig ist und ob sie ambulant durchgeführt werden kann

oder stationär vorgenommen werden muss, kann in der medizinischen Wissenschaft durchaus umstritten sein. Die Richtigkeit der einen oder der anderen Auffassung erweist sich, wenn überhaupt, oft erst nach Jahren. Es ist für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer unzumutbar, dieses Risiko uneingeschränkt tragen zu müssen. Zwar hat sich der Versicherer nur bei notwendiger Heilbehandlung zur Leistung verpflichtet, und der Versicherungsnehmer hat die Notwendigkeit darzutun. Mehr als der Nachweis, dass es nach den damaligen medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar war, die Behandlung als notwendig durchzuführen, kann mit Rücksicht auf Sinn und Zweck der vorliegenden Versicherungen vom Versicherungsnehmer nach Treu und Glauben aber nicht verlangt werden. Jedenfalls dann, wenn die Entscheidung des behandelnden Arztes diesem Maßstab entspricht, muss der Versicherungsnehmer ihr auch im Blick auf seine Krankenversicherung vertrauen dürfen (BGH, Urteil vom 29.11.1978 – IV ZR 175/77, juris Rn. 23; OLG Nürnberg, Urteil vom 23.11.2015 – 8 U 935/14, juris Rn. 24; LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 2).

Soweit in der Rechtsprechung zum Teil – sowie von der Beklagten – die Auffassung vertreten wird, eine stationäre Heilbehandlung sei nur dann medizinisch notwendig, wenn der angestrebte Behandlungserfolg in der Prognose durch ambulante Maßnahmen nicht in gleichem Maße erzielt werden könne (OLG Koblenz, Urteil vom 20.04.2007 – 10 U 216/06, juris Rn. 28; OLG Köln, Urteil vom 21.12.2012 – 20 U 186/12, juris Rn. 4), folgt das erkennende Gericht dem nicht. Das Argument, aus § 4 Abs. 4 MB/KK bzw. § 4 Abs. 4 AVB sei herzuleiten, dass ambulante und stationäre Behandlung nicht gleichrangig, sondern vielmehr voneinander abzugrenzen seien (OLG Köln, Urteil vom 21.12.2012 – 20 U 186/12, juris Rn. 5), überzeugt nicht. Denn aus der maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers geht aus dieser Klausel lediglich hervor, dass bei stationärer Heilbehandlung zusätzliche Voraussetzungen durch das Krankenhaus – nämlich dass dieses unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten schreibt – erfüllt sein müssen, damit die Behandlungskosten durch den Versicherer erstattet werden. Dass die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KK bzw. § 1 Abs. 2 AVB zu beurteilen sein soll, erschließt sich hingegen nicht (LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 4; m.w.N. Prölss/Martin/Voit, VVG, 31. Aufl. 2021, § 192 Rn. 75; Egger, r+s 2015, 269 (272 ff.)). Hätten die Bedingungen einen Vorrang der ambulanten Behandlung in dem Sinne festlegen wollen, dass die Kosten der stationären Behandlung nur dann ersetzt

werden, wenn eine ambulante Behandlung aus medizinischer Sicht nicht ausreicht, so hätte dies in ihrem Wortlaut klarer zum Ausdruck kommen müssen (Prölss/Martin/Voit, VVG, 31. Aufl. 2021, § 192 Rn. 75; Egger, r+s 2015, 269 (272 ff.); Egger, r+s 2015, 269 (274)), etwa durch eine der vorgenannten Formulierung durch die obergerichtliche Rechtsprechung entsprechende Klausel in den Versicherungsbedingungen (LG Hildesheim, Beschluss vom 07.10.2019 – 3 S 17/19 –, juris Rn. 4).

2.

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe war die stationäre Heilbehandlung bei der Klägerin als medizinisch notwendig im Sinne der Versicherungsbedingungen anzusehen. Denn das Gericht ist aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. med B. i.S.d. § 286 Abs. 1 ZPO davon überzeugt, dass die stationäre Behandlung sich im Zeitpunkt ihrer Vornahme innerhalb des vertretbaren „Behandlungskorridors“ bewegte. Nach dem in § 286 Abs. 1 ZPO normierten Grundsatz der freien Beweiswürdigung ist ein Beweis erbracht, wenn das Gericht unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Beweisaufnahme und der sonstigen Wahrnehmungen in der mündlichen Verhandlung von der Richtigkeit einer Tatsachenbehauptung überzeugt ist. Die danach erforderliche Überzeugung des Gerichts gebietet keine absolute und unumstößliche Gewissheit und auch keine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, es reicht vielmehr ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet. Dies ist vorliegend der Fall.

Der Sachverständige nahm in seinem schriftlichen Gutachten Bezug auf die „S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“. Diese sehe vor, dass bei einer leichten Depression die ambulante Behandlung meist ausreichend sei. Bei mittelschwerer bis schwerer Depression sei – je nach Fall – die stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik sinnvoller, wo die Patientin / der Patient individuell und intensiv betreut werden könne. Vorliegend bestehe eine recht lange Krankheitsgeschichte, wobei die fachärztliche ambulante Dokumentation regelmäßig Hinweise auf Verminderung des psychosozialen Funktionsniveaus gegeben habe mit häufigen Krankmeldungen, Migräneanfällen und chronischen Schlafstörungen. Mit der Verschlechterung des Zustandes der Klägerin Anfang 2019 habe sich offenbar die Notwendigkeit zu einer intensiveren psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung ergeben, um einer weiteren Verschlechterung des Zustandes und ggf.

einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Es sei sodann die stationäre Einweisung erfolgt. Der Sachverständige kommt sodann zu dem Ergebnis, dass aufgrund der nun bekannten Anamnese der Klägerin nach der S3-Leitlinie ein ambulanter Behandlungsversuch durchaus gerechtfertigt gewesen wäre. Hingegen sei eine stationäre Behandlung mit ihren Möglichkeiten des intensiveren Einsatzes der psychiatrischen und psychotherapeutischen Elemente aufgrund der langen Krankheitsdauer mit verschiedenen sich gegenseitig verkomplizierenden Komorbiditäten ebenfalls indiziert und berechtigt gewesen, vor allem um eine schnellere Entlastung bei der Klägerin herbeizuführen und einer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken (Bl. 247 d.A.). Daher ergibt sich die medizinische Vertretbarkeit der stationären Behandlung.

Das Gericht schließt sich der Beurteilung des Sachverständigen Dr. med B■■■■ nach erfolgter kritischer Würdigung und eigenständiger Überprüfung seiner gutachterlichen Ausführungen vollumfänglich an. Das Gutachten ist in sich widerspruchsfrei, im Einzelnen nachvollziehbar und enthält keine mit der Logik nicht zu vereinbarenden Schlussfolgerungen. Die Sachkunde des Sachverständigen, der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, steht außer Frage und ist darüber hinaus auch von den Parteien nicht in Abrede gestellt worden.

3.

Hingegen konnte die sodann beweisbelastete Beklagte (vgl. Prölss/Martin/Voit, VVG, 31. Aufl. 2021, § 192 Rn. 74) nicht zur Überzeugung des Gerichts i.S.d. § 286 Abs. 1 ZPO nachweisen, dass eine ambulante Heilbehandlung ebenso geeignet gewesen wäre wie die streitgegenständliche stationäre Heilbehandlung der Klägerin (Einwand der Übermaßbehandlung i.S.d. § 5 Abs. 2 AVB). Denn aus dem Gutachten des Sachverständigen folgt gerade nicht, dass die ambulante und die stationäre Heilbehandlung ebenso, d.h. gleich geeignet gewesen wären. Der Sachverständige kommt in seinem schriftlichen Gutachten vielmehr zu dem Ergebnis, dass die stationäre Heilbehandlung gegenüber der ambulanten Heilbehandlung in Anbetracht der langen Krankheitsdauer mit verschiedenen, sich gegenseitig verkomplizierenden Komorbiditäten eine schnellere Entlastung und dadurch einer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken versprochen habe (Bl. 247 d.A.).

II. Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung von Rechtshängigkeitszinsen (Antrag zu 1)

Der Zinsanspruch der Klägerin folgt aus §§ 291, 288 Abs. 1 BGB i.V.m. 187, Abs. 1 BGB analog. Die Klage wurde der Beklagten am 30.05.2020 zugestellt, sodass Zinsen ab dem darauf folgenden Tag zu zahlen sind.

III. Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Freistellung von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten in Höhe von 382,59 EUR (Antrag zu 2)

Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Freistellung von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten aus § 257 BGB i.V.m. § 280 Abs. 1 BGB i.V.m. dem privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag bzw. aus § 257 BGB i.V.m. §§ 280 Abs. 1, Abs. 2, 286 BGB. Ein Freistellungsanspruch – wie von der Klägerin beantragt – besteht nicht, denn die Rechtsschutzversicherung der Klägerin hat die vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten bereits ausgeglichen, sodass die Klägerin nicht mehr mit einer derartigen Verbindlichkeit belastet ist, § 362 BGB.

Soweit die Klägerin nun einen Kostenerstattungsanspruch der Rechtsschutzversicherung im Wege der gewillkürten Prozessstandschaft geltend machen könnte, hätte es einer Antragsumstellung derart bedurft, dass von der Beklagten die Zahlung der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten an die Rechtsschutzversicherung begehrt wird. Eine derartige Antragsumstellung hat die Klägerin jedoch nicht vorgenommen. Das Gericht konnte den Antrag der Klägerin auch nicht als Zahlungsantrag an die Rechtsschutzversicherung auslegen. Denn nach § 308 Abs. 1 ZPO ist das Gericht nicht befugt, der Partei etwas zuzusprechen, was nicht beantragt ist. Demnach ist es dem Gericht untersagt, einer Partei „mehr“ zuzusprechen, als sie beantragt hat. Ein Freistellungsanspruch statt einem Zahlungsausspruch stellt ein im Antrag mitenthaltenes „Minus“ dar (vgl. MüKoZPO/*Musielak*, 6. Aufl. 2020, ZPO § 308 Rn. 13; Zöller/*Feskorn*, Zivilprozessordnung, 34. Aufl. 2022, § 308 ZPO Rn. 4); umgekehrt wäre der Ausspruch einer Zahlungspflicht statt einer Freistellungspflicht ein unzulässiger „Mehrausspruch“. Da es sich bei vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten um eine Nebenforderung handelt, bedurfte es diesbezüglich auch keines gerichtlichen Hinweises nach § 139 Abs. 1, Abs. 2 ZPO (BeckOK ZPO/*von Selle*, 43. Ed. 1.12.2021, ZPO § 139 Rn. 20, 37).

C. Nebenentscheidungen

Die Kostenentscheidung beruht auf § 92 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit folgt für die Klägerin aus § 709 S. 1, S. 2 ZPO und für die Beklagte aus §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.

Der Streitwert wird auf 2.588,20 EUR festgesetzt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

A) Gegen dieses Urteil ist das Rechtsmittel der Berufung für jeden zulässig, der durch dieses Urteil in seinen Rechten benachteiligt ist,

1. wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 600,00 EUR übersteigt oder
2. wenn die Berufung in dem Urteil durch das Amtsgericht zugelassen worden ist.

Die Berufung muss **innerhalb einer Notfrist von einem Monat nach Zustellung** dieses Urteils bei dem Landgericht Essen, Zweigertstr. 52, 45130 Essen, eingegangen sein. Die Berufungsschrift muss die Bezeichnung des Urteils, gegen das die Berufung gerichtet wird, sowie die Erklärung, dass gegen dieses Urteil Berufung eingelegt werde, enthalten.

Die Berufung ist, sofern nicht bereits in der Berufungsschrift erfolgt, binnen zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils gegenüber dem Landgericht Essen zu begründen.

Die Parteien müssen sich vor dem Landgericht Essen durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen, insbesondere müssen die Berufungs- und die Berufungsbegründungsschrift von einem solchen unterzeichnet sein.

Mit der Berufungsschrift soll eine Ausfertigung oder beglaubigte Abschrift des angefochtenen Urteils vorgelegt werden.

B) Gegen die Streitwertfestsetzung ist die Beschwerde an das Amtsgericht Bottrop statthaft, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200,00 EUR übersteigt oder das Amtsgericht die Beschwerde zugelassen hat. Die Beschwerde ist spätestens innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, bei dem Amtsgericht Bottrop, Gerichtsstr. 24-26, 46236 Bottrop, schriftlich in deutscher Sprache oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Beschwerde kann auch zur Niederschrift der Geschäftsstelle eines jeden Amtsgerichtes abgegeben werden.

Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, so kann die Beschwerde noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden.

Hinweis zum elektronischen Rechtsverkehr:

Die Einlegung ist auch durch Übertragung eines elektronischen Dokuments an die elektronische Poststelle des Gerichts möglich. Das elektronische Dokument muss für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur der verantwortenden Person versehen sein oder von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gemäß § 130a ZPO nach näherer Maßgabe der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (BGBl. 2017 I, S. 3803) eingereicht werden. Auf die Pflicht zur elektronischen Einreichung durch professionelle Einreicher/innen ab dem 01.01.2022 durch das Gesetz zum Ausbau des elektronischen Rechtsverkehrs mit den Gerichten und zur Änderung weiterer Vorschriften vom 05.10.2021 wird hingewiesen.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite www.justiz.de.



Beglaubigt

Urkundsbeamter/in der Geschäftsstelle

Amtsgericht Bottrop

