

ANWALT GRAF

VERSICHERUNGSRECHT
MEDIZINRECHT

RA Michael Graf | Engelbergerstraße 19 | 79106 Freiburg

Landgericht München I

80316 München I

Freiburg, den 10.05.2014
Zeichen:

KLAGE

der Frau Inge Musterfrau, Musterstr. 20, 79100 Freiburg

- Klägerin (Kl.) -

Prozessbev.: Rechtsanwalt Michael Graf, Engelbergerstr. 19, 79100 Freiburg

gegen

Muster RSV Schaden GmbH, vertr. d. d. GF, Musterstr. 33, 80331 München

- Beklagte (Bekl.)-

wegen: Deckungszusage aus Rechtsschutzversicherung

Streitwert: 26.818 Euro, V-Scheck iHv 1020,00 Euro liegt b ei.

Namens und im Auftrag der Kl. stellen wir folgende Anträge:

- I. Es wird festgestellt, dass die Beklagtenpartei verpflichtet ist, der Klägerpartei für die außergerichtliche und erstinstanzliche gerichtliche Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen wegen Arzthaftung gegen Dr. Winnie Karl bedigungs-/tarifgemäße Deckung aus dem zwischen der Kl. und der Beklagten geschlossenen Rechtsschutzversicherungsvertrag (Versicherungsscheinnummer**

RA Michael Graf

Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Versicherungsrecht

Kanzlei

Engelbergerstraße 19
79106 Freiburg

Telefon

+49(0)761-767-11-01

Fax

+49(0)761-767-56-999

Email

kanzlei@anwaltgraf.de

Web

www.anwaltgraf.de

Bankverbindung DB

Deutsche Bank
Konto 2343168
BLZ 70070024
IBAN DE64 70070024 0234316800
Swift (BIC) DEUTDE33

Bankverbindung HVB

Hypovereinsbank
Konto 661919167
BLZ 70020270
IBAN DE89 70020270 0661919167
Swift (BIC) HYVEDE33

USt-IdNr.:

DE240-475748



QUALITÄT DURCH
FORTBILDUNG
Fortbildungszertifikat der
Bundesrechtsanwaltskammer

123456) für Ansprüche mit einem Schadenswert in Höhe von € 215.473- zu gewähren.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtstreits.

Weiter wird er Erlass eines Versäumnis- bzw. Anerkenntnisurteils beantragt, falls die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Begründung:

Mit der vorliegenden Klage macht die Kl. ihren Deckungsanspruch gem. § 125 VVG und gemäß ihrem mit der Muster RSV Versicherungs-AG (die Beklagte ist dortiges Schadensabwicklungsunternehmen, § 126 VVG) unter Versicherungsscheinnummer 123456 bestehenden Rechtsschutzversicherungsvertrag geltend.

I. Klageantrag und örtliche Zuständigkeit:

Es wurde ein Feststellungsantrag gewählt, da die verschiedenen, im Versicherungsrecht tätigen Zivilkammern die Frage nach der richtigen Deckungsklageart jeweils unterschiedlich behandeln; zum Teil wird ein Feststellungsantrag als richtige Klageart gesehen, zum Teil aber ein Leistungsantrag.

Aufgrund des anwaltschaftlichen Gebotes vom sichersten Weg wurde hier daher das „weniger“ gewählt, nämlich der Feststellungsantrag.

Sollte das Gericht hier eine andere Klageart (Leistungsantrag) für geboten halten, wird höflich um richterlichen Hinweis gebeten.

Das Landgericht München I ist gemäß § 215 VVG n.F. örtlich und sachlich zuständig.

II. Sachverhalt:

Die Kl. hat mit der Beklagten unter Versicherungsscheinnummer 123456 einen Rechtsschutzversicherungsvertrag, der gültige Versicherungsschein datiert auf den 06.08.2003, vereinbart wurde ein Rundum-Paket nach § 26 der vereinbarten ARB-RU 2003.

Beweis:

- Vorlage des Versicherungsscheins samt der gültigen ARB-RU 2003, Anlage K0

1. Zum Rechtsschutzfall:

Folgende Umstände liegen dem Rechtsschutzfall zu Grunde und wurden der Beklagten entsprechend so mitgeteilt (vgl. hierzu noch unten):

a)

Unsere Mandantin hat gegen Herrn Prof. Dr. med. ... u.a. (siehe hierzu noch unten) einen Anspruch auf Schadensersatz/ Schmerzensgeld wg. fehlerhafter Aufklärung sowie Behandlung ab April 2009.

b)

Zunächst wird festgestellt, dass vor den fehlerhaften OPs/Behandlungen keine ausreichende Risikoaufklärung stattfand. Sowohl hinsichtlich der Glaskörper-OP als auch hinsichtlich des Glaukoms und der OP des grauen Stars erfolgten nur unzureichende und mangelhafte Aufklärungen. Zudem ist unsere Mandantin nicht über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden.

Wäre unsere Mandantin ordnungsgemäß aufgeklärt worden, so hätte sie die OP/Behandlungen nicht durchführen lassen oder hätte sich zumindest in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt befunden.

c)

Unsere Mandantin litt an grauem Star, weshalb Sie sich am 21. April 2009 bei Hr. Prof. Dr. ... einer ambulanten Augen-OP unterziehen musste. Hierbei wurde ihr, ohne sie hierüber zu informieren, eine Nahlinse in das rechte Auge eingesetzt, abgesprochen war jedoch, dass in beide Augen Fernlinsen eingesetzt werden.

(Anmerkung: Im Jahr 2007 wurde in das linke Auge bereits eine Fernlinse eingesetzt.)

d)

Für die entsprechende operative Vorbereitung wurde unserer Mandantin eine spezielle Vermessungstechnik (Privatleistung) angeboten, welche sie auch in Anspruch nahm. Trotz dieser Biometrie wurde jedoch fehlerhaft die falsche Linse eingesetzt.

Unserer Mandantin wurden nicht nur 2 unterschiedliche Linsen eingesetzt. Sie leidet bis heute unter erheblichen physischen Beeinträchtigungen, da sie u.a. Doppelbilder wahrnimmt und an erheblicher Sehminderung leidet. Zudem ist sie seither psychisch erheblich beeinträchtigt, (hierzu folgt unten noch mehr).

d)

Des Weiteren ist Hr. Prof. Dr. ein weiteres Fehlverhalten vorzuwerfen. Dies betrifft die Behandlung bzw. Nichtbehandlung des grünen Stars wie folgt:

e)

Verantwortlich für ein sog. Glaukom ist u.a. ein erhöhter Augeninnendruck. Die bislang von unserer Mandantin eingenommenen drucksenkenden Augentropfen wurden von Fr. Dr. ..., eine der behandelnden Ärztinnen bei Hr. Prof Dr., abgesetzt. Dem Glaukomverdacht wurde nicht mehr nachgegangen.

Die Tatsache, dass der Augeninnendruck unter der Marke 20 war, genügte für Hr. Prof. Dr., obwohl nachbehandelnde Ärzte in Tübingen bereits die Marke 15 als absolute Obergrenze ansehen.

f)

Des Weiteren führte Hr. Prof. Dr. ... auch kein dringend notwendiges bildgebendes Verfahren (OCT) durch. Durch diese Untersuchung hätte ein Glaukom entweder ausgeschlossen oder bestätigt werden können.

g)

Auch wurde keine Gesichtsfelduntersuchung durchgeführt. Diese Untersuchung hätte jedoch ebenfalls dringend durchgeführt werden müssen, um weitere Schäden von unserer Mandantin abzuwenden. Auch als der Augendruck weiter stieg – der Wert lag nun bei 23 - , sahen die behandelnden Ärzte keine Veranlassung dazu, weitere Untersuchungen durchzuführen.

h)

Einige Wochen später stellte sich heraus, dass bereits eine Sehnervschädigung eingetreten ist, da das Glaukom zu spät erkannt wurde. Maßgebliche Ursache hierfür war die fehlende Befunderhebung durch die behandelnden Ärzte. Wären die oben angesprochenen Untersuchungen früher (ab 2004 und den Folgejahren) durchgeführt worden, so hätten die nun vorliegenden Schäden vermieden werden können.

i)

Ein weiterer Fehlervorwurf lag in der fehlerhaften Glaskörper-OP am rechten Auge.

Diese wurde ebenfalls im April 2009, mit der OP des grauen Stars, durchgeführt. Vor dieser OP wurden keine weiteren Untersuchungen durchgeführt. Es wurde nicht besprochen, ob das Glaukom einen Risikofaktor für die durchzuführende OP darstellt.

j)

Diese OP wurde von Fr. Dr. Sabine, behandelnde Ärztin bei Hr. Prof. Dr. ..., durchgeführt. Nach der OP bemerkte Fr. Dr. bei einer Ultraschalluntersuchung, dass sich am Rande des Auges noch ein Teil des Glaskörpers befand.

k)

Sie holte sich demnach Rat bei Fr. Dr., ebenfalls Ärztin in der Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. ..., und besprach mit ihr, ob es hierdurch Probleme mit der Netzhaut geben könne.

Auch Hr. Prof. Dr. ... sah hierin jedoch fehlerhaft keinen reaktionspflichtigen Befund.

Drei Wochen später löste sich schließlich infolgedessen die Netzhaut unserer Mandantin. Dies hätte jedoch durch ein Einschreiten der og Ärzte nach der OP verhindert werden können und müssen.

l)

Es erfolgte eine stationäre Notoperation am 16.05.2009.

m)

Nun leidet unsere Mandantin erheblich an den Behandlungsfehlern.

Sie leidet stark unter den auftretenden Doppelbildern und der Sehinderung. Zudem wurde ihr, entgegen jeglicher Absprache mit Hr. Prof. Dr. ..., die falsche Linse eingesetzt.

Die Durchführung einer weiteren OP ist nicht ausgeschlossen.

n)

Folgende begründete Schäden sollen wir für die Versicherungsnehmerin im Wege des Schadensersatzes durchsetzen.

Zunächst ist ein Schmerzensgeldanspruch in Höhe von mindestens 62.403 Euro angemessen. Seit der OP im Jahr 2009 sowie seit dem fehlerhaft unerkannten Glaukom leidet unsere Mandantin an den Folgen.

Sie erlitt nicht nur die typischen Wund- und Druckschmerzen, die eine OP mit sich bringt. Sie leidet erheblich an der Wahrnehmung von Doppelbildern aufgrund der eingesetzten falschen Linse sowie an der Sehminderung.

Der Unterschied zwischen dem rechten und dem linken Auge beträgt 3,75 Dioptrin.

Alltäglichkeiten stellen damit für unsere Mandantin eine große Anstrengung dar.

Sowohl bei der Teilnahme an Seminaren, bei Vorträgen, bei Arbeiten am Computer und auch beim Fernsehen etc. ist sie durch den entstandenen Schaden stark eingeschränkt.

Jegliche Arbeit bedarf erheblich mehr Konzentration als vor den Behandlungsfehlern.

Allein das „Straße überqueren“ bereitet unsere Mandantin starke Probleme.

Sowohl Sport als auch Tätigkeiten im Haushalt können nicht mehr ausgeübt werden.

Aufgrund der starken Einschränkungen der Sehkraft kann unsere Mandantin nicht mehr verreisen, da sie sich in fremder Umgebung sehr unsicher fühlt.

Unsere Mandantin arbeitete aktiv im Tierschutz/Tiervermittlung. Auch diese Tätigkeit ist ihr aufgrund des entstandenen Schadens nicht mehr möglich.

Des Weiteren leidet sie an Sehnervenausfall und das Gesichtsfeld ist auf dem rechten Auge stark verkleinert.

Der Schaden, welcher durch den fehlerhaft nicht erkannten zu hohen Augendruck entstanden ist, kann nicht mehr behoben werden.

Somit ist bereits ein Dauerschaden eingetreten.

Aufgrund der Schäden muss unsere Mandantin 2 x jährlich in die Ambulanz in die Uniklinik Tübingen, alle 2-3 Monate wird bei Fr. Dr. ..., der Augendruck gemessen.

Des Weiteren muss sie ein mal pro Jahr 2-3 Nächte stationär in der Uniklinik ... verbringen und sich dort Untersuchungen unterziehen.

Sie fühlt sich sehr unsicher, hat große Angst vor Erblindung und leidet unter Angstzuständen.

Des Weiteren ist sie auf die tägliche Einnahme von Medikamenten angewiesen.

Da die gesundheitliche Situation eine starke psychische Belastung ist, leidet unsere Mandantin zusätzlich zu den physischen Schädigungen an Depressionen

Angesichts einer Lebenserwartung von mindestens 75 - 85 Jahren und einem jetzigen Alter der Patientin von 54 Jahren, muss unsere Mandantschaft wohl etwa 21 – 31 Jahre (7.686 Tage bis 11.346 Tage) mit diesem Schaden leben. Wir erachten aufgrund des Leidensbildes einen Geldausgleich von mind. € 5,50 Euro pro Tag als angemessen.

Daher ergibt sich ein berücksichtigungsfähiges Schmerzensgeld in Höhe von mind. € 62.403. Aufgrund des Dauerschadens mit Verschlechterungsrisiko ist dieser Schaden auch angemessen.

o)

Zudem ist unserer Mandantin ein Erwerbsschaden in Höhe von monatlich mind. € 1.267 entstanden.

Unsere Mandantin ist als Reiseverkehrskauffrau tätig. Aufgrund der erheblichen Beeinträchtigungen ihrer Sehkraft und der Doppelbilder hat sie starke Probleme bei Ihrer Arbeit, da Lesen und das Arbeiten am Computer sehr anstrengend geworden ist.

Vor dem schädigenden Ereignis, verdiente unsere Mandantin monatlich mind. rund € 2.717 brutto. Bis zum 30.06.2009 erhielt unsere Mandantin Lohnfortzahlung. Seit dem schädigenden Ereignis ist sie jedoch zu 30% in der Erwerbsfähigkeit gemindert.

Seit dem 01.06.2011 kann unsere Mandantin nur noch 19 Stunden/Monat in ihrem Beruf arbeiten, da alles andere eine zu große Belastung sowohl physisch, als auch psychisch, für Sie ist. Sie verdient derzeit monatlich rund € 1.450. Somit ist ihr seither ein monatlicher Schaden in Höhe von mind. rund € 1.267 entstanden.

Des Weiteren wird ihr auch künftig dieser monatliche Schaden entstehen, da sie aufgrund der entstandenen Schäden nicht mehr in der Lage ist, länger zu arbeiten.

p)

Darüber hinaus ist ein monatlicher Haushaltsschaden in Höhe von mindestens € 728,38 entstanden.

Die Patientin ist in allen Tätigkeiten im Haushalt eingeschränkt.

Die Ausführung der täglichen Hausarbeit bedarf erheblicher Mühe und weitaus mehr Anstrengung als vor dem groben Behandlungsfehler.

Tätigkeiten wie Nähen und Flickern sind nicht mehr möglich.

Bei den anderen häuslichen Tätigkeiten ist unsere Mandantin aufgrund der Schädigung erheblich eingeschränkt.

Unsere Mandantschaft führt mit Ihrem Ehemann einen 2-Personenhaushalt. Sie hat außer dem Haus mit einer Wohnfläche von 140 qm einen Garten mit 800 qm zu versorgen.

Bei einer Einstufung der Tätigkeiten im Haushalt als „normal“, bedeutet das einen wöchentlichen Aufwand in Höhe von 27,1 Stunden (vgl. Schulz-Borck/Pardey, „Der Haushaltsführungsschaden“, 7. Auflage, S. 72 Tabelle 8).

Die Schädigung führt dazu, dass sich eine konkrete Behinderung in der Hausarbeit in Höhe von mind. 50% ergibt. Die Minderung der Haushaltsführung = MdH beträgt somit mindestens 50 (MdH).

Demnach kann die Geschädigte mindestens 13,55 Stunden pro Woche (50% x 27,1) nicht die volle Arbeitsleistung im Haushalt erbringen. Pro Monat (Faktor 4,3) ergibt sich somit eine fehlende Arbeitsleistung in Höhe von 58,27 Stunden. Bei einem angemessenen ortsüblichen Stundenlohn in Höhe von € 12,50, ergibt sich demnach ein Betrag in Höhe von mind. € 728,38 pro Monat.

Da ein Dauerschaden mit Verschlechterungsrisiko vorliegt, ist die Schadenstendenz hier steigend.

q)

Des Weiteren entstanden der Patientin für Fahrten zu Ärzten / Kliniken Kosten in Höhe von mind. rund € 207 (690 km x 30 Cent).

r)

Darüber hinaus werden aufgrund der noch andauernden gesundheitlichen Beeinträchtigung noch weitere Schäden entstehen, welche sich noch in der Entwicklung befinden (insbesondere Arztkosten, Fahrtkosten, weitere vermehrte Bedürfnisse, etwaige Steuernachteile und Rentennachteile).

Zudem besteht die große Wahrscheinlichkeit, dass unsere Mandantin in Frührente gehen muss. Als monatliche Schadensrente sind hier, insbesondere aufgrund der erheblichen Rentennachteile, mindestens weitere 750 Euro anzusetzen, so dass sich über 42 I GKG ein Schadenswert iHv € 45.000 Euro ergibt, der abzgl. eines 20%igen Feststellungsabschlages (so h.M.) mit € 36.000 zu bewerten ist. Der diesbzgl. Anspruch wird daher mit mindestens weiteren € 36.000 zu bewerten sein.

2. Zur Korrespondenz mit der Beklagten:

a)

Mit Schreiben vom 04.09.2012 gewährte die Bekl. der Kl. persönlich Kostenschutz für die anwaltliche Erstberatung bzgl. des RS-Falles, vgl. Anlage K1.

Im September 2012 wurde die Klägerkanzlei Patientenanwalt AG von der Kl. beauftragt, die Arzthaftungssache (den RS-Fall) und die Angelegenheit mit der Rechtsschutzunion (Bekl.) abzuwickeln, vgl. Anlage K2.

Mit Schreiben vom 15.10.2012 meldete die Klägerkanzlei den RS-Fall, die Bekl. reagierte hierauf mit Schreiben vom 24.10.12, vgl. Anlage K3 und K4.

b)

Mit umfangreichem Deckungsanfrageschreiben vom 12.11.2012 schilderte die Klägerkanzlei den RS-Fall und bat um Deckungszusage, vgl. Anlage K5.

Die Beweismittel wurden wie folgt angegeben:

(ZITAT):

„Angabe der Beweismittel (§ 17 Abs. 3 ARB – zitiert sind die Muster ARB 2008)

Folgende Beweismittel können die og Umstände beweisen und würden in einem fiktiven Prozess beantragt werden:

- 1. Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens*
- 2. Einholung eines betriebswirtschaftlichen Sachverständigengutachtens*
- 3. Sachverständiges Zeugnis des Steuerberaters*
- 4. Sachverständiges Zeugnis des Hausarztes*
- 5. Vorlage von Behandlungsunterlagen der Gegenseite*
- 6. Vorlage von Behandlungsunterlagen diverser Nachbehandler*

Unterlagen (§ 17 Abs. 3 ARB – zitiert sind die Muster ARB 2008)

Wir übersenden Ihnen:

- 1. Schreiben an Hr. Prof Dr. ... vom 18.10.2012*
- 2. Gehaltsbescheinigung des Arbeitgebers vom April 2009“*

(ZITAT ENDE)

c)

Mit Schreiben vom 20.11.2012 erteilte die Bekl. die angefragte Deckung nicht, sondern fragte nach, ob Einwände gegen den RS-Fall erhoben worden waren, weiterhin begehrte die Bekl. die Übersendung der Behandlungsunterlagen, vgl. Anlage K6.

- i) Bereits an dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass diese zwei lapidaren Nachfragen der Bekl. in dieser konkreten Situation absurd erscheinen.
- ii) Zum einen wußte die Bekl. dass die Klägerkanzlei erst mit Vollmacht vom 17.09.12 in der Sache beauftragt worden war und daher zum Zeitpunkt der Deckungsanfrage am 12.11.2012 noch keine qualifizierte Anspruchsgeltendmachung in der komplexen Arzthaftungssache gegenüber der Arztseite erfolgt sein konnte. Es war zu diesem Zeitpunkt zudem schlichtweg unmöglich, dass die noch vom Arzt noch einzuschaltende Arzthaftpflichtversicherung den Arzthaftungsfall bereits prüfen hätte können bzw. die von der Bekl. abgefragten „Einwendungen erheben“ hätte können.
- iii) Des Weiteren ist laut herrschender Rechtsprechung ein geschädigter Patient im Arzthaftungsprozess nicht verpflichtet, die Behandlungsunterlagen zu beschaffen und vorzulegen. Diese Beweisbeschaffungsmaßnahmen werden im Arzthaftungsprozeß vom Gericht nach § 142 ZPO oder vom

gerichtlichen medizinischen Sachverständigen vorgenommen, vgl. Frahm, VersR, Arzthaftungsrecht, 5. Aufl., S. 290-291 und 285-286 (vgl. Anlage Frahm).

- iv) Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Bekl. als RS-Versicherer hier nicht mehr von der geschädigten Patientin verlangen kann, als diese im Arzthaftungsprozess zu leisten vermag bzw. prozessual leisten muss. Zudem kann sich die bekl. RS-Versicherung hier nicht zum medizinischen Sachverständigen aufschwingen, Behandlungsunterlagen anfordern, und ein medizinisches Urteil über die Richtigkeit des Arzthaftungsfalles fällen.

d)

Mit Schreiben vom 12.12.2012 (Anlage K7) teilte die Klägerkanzlei mit:

(ZITAT):

„...in o.g. Angelegenheit konnten wir noch kein Anspruchsschreiben vorbereiten, so dass auch die Gegenseite noch keine Stellungnahme hierzu abgeben konnte. Wie bekannt sein dürfte, sind Arzthaftungsstreitigkeiten sehr schwierig und umfangreich. Folglich dauert es meist mindestens über 1-2 Jahre bis überhaupt ein qualifiziertes Anspruchsschreiben an die Gegner gefertigt werden kann. Da wir in der Sache bekanntermaßen erst im September 2012 beauftragt worden sind, kann hier also noch gar kein Anspruchsschreiben vorliegen und folglich keine Einwände der Gegenseite.“

(ZITAT ENDE)

Des Weiteren übersandte die Klägerkanzlei mit Schreiben vom 12.12.2012 (Anlage K7) überobligatorisch die dreiseitige Patientenakte, die OP-Berichte, und Einzelfeldanalysen der Praxis MVZ Dres. ... in Kopie.

e)

Mit Schreiben vom 13.12.2012 (Anlage K8) erteilte die Bekl. die angefragte Deckung erneut nicht, sondern fragte wieder unsinnig danach, ob Einwände gegen den RS-Fall erhoben worden waren, weiterhin begehrte die Bekl. erneut die Übersendung der Behandlungsunterlagen.

Erstmalig in diesem Schreiben vom 13.12.2012 fragt die Bekl. überraschend nach Belegen

- ...zum Verdienstaufschlag (obwohl die Lohnabrechnung bereits in der Deckungsanfrage vom 12.11.2012 beilag) und
- ...zum Haushaltsführungsschaden (obwohl ein Haushaltsführungsschaden nicht nach „Belegen“ berechnet wird).

Zudem wurden pauschale Nachfragen

- ...zu Lohnersatzleistungen gestellt (obwohl hier ausweislich der Deckungsanfrage keine Lohnersatzleistungen vorliegen), ebenso
- ...zur Schmerzensgeldbemessung (obwohl diese in der Deckungsanfrage ausreichend erfolgte und vom Arzthaftungsgericht nach § 287 ZPO zu bemessen sein wird), ebenso
- ...zur Zukunftsgefahr des schadensbedingten Eintritts in die Frührente (obwohl es sich hierbei laut Deckungsanfrage eindeutig bloss um ein sog. Zukunftsrisiko handelt, welches dem Dauerschaden immanent ist und ggf. vom medizinischen Sachverständigen festgestellt würde, wobei es hierauf –und auch auf den Zeitpunkt- im Rahmen des § 256 ZPO nicht ankommen dürfte, da der sich auf diesen Umstand beziehende Feststellungsantrag bereits begründet ist, wenn die Behandlungsfehler vom Sachverständigen/ Gericht bejaht würden).

Bereits an dieser Stelle fragt sich, weshalb sich die Bekl. mit diesen (unerheblichen) Nachfragen in ihrem Schreiben vom 13.12.2012 (K8) über einen Monat Zeit ließ, obwohl die Deckungsanfrage mit den diesbzgl. Schilderungen (K5) bei der Bekl. bereits am 12.11.2012 vorlag.

Die Bekl. verkennt, dass eine solche „Salamitaktik“ (*scheibchenweise Ablieferung von pauschalen Nachfragen, Verwendung von Musterschreiben ohne konkretem Fallbezug*) im Rechtsschutzversicherungsrecht unzulässig ist.

Denn es muß der RS-Versicherer zur tatsächlichen oder rechtlichen Seite unverzüglich (vgl. § 18 Abs. 1 b) der hier verwendeten ARB-RU 2003) substantiiert Stellung nehmen, und zwar im Rahmen einer Bearbeitungszeit von max. 2-3 Wochen. Verzögert er diese Mitteilung der Gründe so verliert er wegen Verletzung seiner vertraglichen Pflichten das Recht, seine Leistungspflicht wegen fehlender Erfolgsaussicht zu verneinen (vgl. OLG Köln, Urteil vom 7. 11. 1991 - 5 U 50/91 – vgl. Zusatzanlage).

f)

Mit Schreiben vom 22.01.2013 (K9) antwortete die Klägerkanzlei (erneut überobligatorisch) auf die (unerheblichen) Nachfragen der Bekl..

Zudem wurden der Bekl. (erneut überobligatorisch) weitere Behandlungs- und Verdienstunterlagen übersandt.

Wir nehmen an dieser Stelle vollinhaltlich Bezug auf das Schreiben vom 22.01.2013 in Anlage K9.

g)

Getreu ihrer „Salamitaktik“ meldete sich die Bekl. schriftlich am 23.01.2013. Dabei erteilte die Bekl. die angefragte Deckung erneut nicht, sondern fragte wieder gebetsmühlenartig (zum dritten Mal) danach, ob Einwände gegen den RS-Fall erhoben worden waren, weiterhin begehrte die Bekl. erneut (zum dritten Mal) die Übersendung der Behandlungsunterlagen, vgl. Anlage K10.

Dies, obwohl (unabhängig von der Tatsache, dass die Kl. hier überobligatorisch bereits weitere Unterlagen übersandt hatte) der Bekl. zu diesem Zeitpunkt alle nötigen und der Kl. bis dahin vorliegenden Behandlungsunterlagen aus dem Hause des MVZ ... bereits vorlagen.

Dies auch, obwohl die Bekl. davon ausgehen musste, dass die Arzthaftpflichtversicherung im vorliegenden Arzthaftungsfall noch keine Einwendungen erheben hätte können, vgl. oben Punkt 2. c) ii) und Punkt 2 d).

h)

Mit Schreiben vom 05.02.2013 (Anlage K11) sah sich die Kl. genötigt, eine Vorstandsbeschwerde bei der Bekl. einzureichen.

(ZITAT)

„Sehr geehrter Herr B...,

wir nehmen Bezug auf Ihr Schreiben vom 22.01.2013. Wir bitten Sie inständig, unsere Schreiben vollständig, insbesondere inklusive Anlagen, zu lesen und zu beachten.

Wir haben Ihnen mit Schreiben vom 12.11.2012 (Deckungsanfrage) folgende Unterlagen übersandt:

- *Schreiben an Hr. Prof Dr. ... vom 18.10.2012*
- *Verdienstabrechnung 04/09*

Mit Schreiben vom 12.12.2012 übersandten wir Ihnen:

- *Auszüge der Behandlungsunterlagen der Gegenseite in Kopie (Patientenkartei, OP-Berichte, Einzelfeldanalysen)*

Mit Schreiben vom 22.01.2013 übersandten wir Ihnen:

- *die Patientenakte ab dem 21.04.2008 bis heute*
- *Verdienstabrechnung 12/12*

Ihnen liegen nun alle Behandlungsunterlagen des Gegners des relevanten Zeitraumes vor. Es ist nicht richtig, wie von Ihnen dargestellt, dass lediglich ein Auszug der Patientenakte vorliegt. Vielmehr haben wir Ihnen ebenfalls die OP-Berichte sowie Einzelfeldanalysen des Gegners übersandt.

Wir übersenden Ihnen erneut die Faxsendeberichte der aufgezählten Schreiben.

Wir haben sowohl die Umstände, als auch die Höhe des Rechtsschutzfalles ausreichend und umfassend geschildert.

Des Weiteren müsste Ihnen bekannt sein, dass ein Anspruchsschreiben in Arzthaftungsfällen nicht zu Beginn der Bearbeitung eines Falles erstellt werden kann. Demnach können wir Ihnen mit Einwendungen der Gegenseite nicht dienen. Wie Ihnen bekannt sein müsste, unterscheidet sich die Bearbeitung eines Arzthaftungsfalles in Zeit und Dauer erheblich von anderen Rechtsschutzfällen. Insbesondere muss ein Gutachten eingeholt werden, was bspw. bei dem MDK ca. 6 – 8 Monate dauert.

Diese Hinhaltenaktik Ihrerseits ist nicht mehr länger hinnehmbar. Bitte legen Sie dieses Schreiben dem Vorstand vor und decken Sie den Rechtsschutzfall nun binnen 7 Tagen ab Zugang dieses Schreibens.“

(ZITAT ENDE)

i)

Erst über vier Wochen später meldete sich der Vorstand der Bekl. persönlich mit am 05.03.2013 zugegangenem Faxschreiben vom 28.02.2013 (Anlage K 12).

aa)

Erstmals jetzt hatte sich die Bekl. konkret mit dem RS-Fall auseinander gesetzt und lehnte die Zusage des Kostenschutzes endgültig ab, weil angeblich sowohl

Haftungsgrund, als auch Haftungshöhe des Arzthaftungsfalles keine hinreichenden Erfolgsaussichten aufweisen würden (vgl. Seite 5 Absatz 2 von Anlage K12).

bb)

Auch an dieser Stelle fragt sich, weshalb sich die Bekl. mit diesen neuen (unerheblichen) Einwendungen in ihrem Schreiben vom 05.03.2013 (K12) fast vier Monate Zeit ließ, obwohl die Deckungsanfrage mit den diesbzgl. Schilderungen (K5) bei der Bekl. bereits am 12.11.2012 vorlag.

Auch aufgrund dieser Verzögerung (weil nicht mehr unverzüglich iSd § 18 Abs. 1 b) der hier verwendeten ARB-RU 2003) verliert die Bekl. wegen Verletzung ihrer vertraglichen Pflichten das Recht, ihre Leistungspflicht wegen fehlender Erfolgsaussicht zu verneinen (vgl. OLG Köln, Urteil vom 7. 11. 1991 - 5 U 50/91 – vgl. Zusatzanlage).

(Zur diesbzgl. Präklusion der Bekl. folgt unten noch mehr.)

cc)

Weiterhin wird auf Seite 5 Absatz 4 von Anlage K12 auf die Möglichkeit eines Stichentscheides „nach § 18 Absatz 1 ARB-RU 94, 98, 2000, 2004, 2005, 2007“ hingewiesen.

Bereits an dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass dieser Hinweis fehlerhaft ist, da der Klägerin die darin genannten *ARB-RU 94, 98, 2000, 2004, 2005, 2007* nicht vorliegen können, da im vorliegenden Fall die ARB-RU 2003 vereinbart worden waren und der dortige § 18 Absatz 1 keine Regelungen zum Stichentscheid enthält (vgl. Anlage K0).

(Zur Unwirksamkeit der Rechtsfolgenbelehrung der Bekl. folgt unten noch mehr).

Beweis zum gesamten obigen Vortrag unter Punkt 2:

- Vorlage der Anlagen K0 – K12

Da die Bekl. trotz der zahlreichen Mahnungen bis heute keine ausreichende Deckung erteilt hat, und nunmehr sogar die Erteilung der Deckungszusage abgelehnt hat, war Klage geboten.

III. Würdigung:

Die Klage ist begründet.

1. Anspruch und Versicherungsschutz

Die Kl. hat aus dem RS-Versicherungsvertrag und gem. § 17 IV ARB einen Anspruch auf „volle“ Deckung des Rechtsschutzfalles.

Auf die Deckungsanfrage vom 12.11.2012 (Anlage K5) hat die Beklagte den RS-Fall nicht gedeckt und nunmehr die Erteilung der Deckungszusage abgelehnt.

2. Beurteilungsmaßstab

Die Bekl. verkennt, dass für einen deckungspflichtigen Rechtsschutzversicherungsfall nach herrschender Rspr. (vgl. BGH VersR 1984, 530) schon ein nur vom VN „behaupteter Rechtsverstoß“ genügt. Es besteht dabei immer eine hinreichende Erfolgsaussicht, wenn -wie hier- über eine Behauptung Beweis zu erheben ist. Das OLG Karlsruhe hat sogar entschieden (OLG Karlsruhe 02.02.2006 - 12 U 263/05), dass - selbst wenn bereits eine Vielzahl von Begutachtungen vorliegen - nicht sicher davon ausgegangen werden kann, dass das Zivilgericht im Schadensersatzprozess keine weitere Beweiserhebung zu der Frage vornimmt, ob und in welchem Umfang die vom Kläger behaupteten Schadenfolgen durch das Schadensereignis verursacht worden sind.

Die Bekl. wäre für den rechtzeitigen und erheblichen Einwand der fehlenden hinreichenden Erfolgsaussicht darlegungs-/beweispflichtig, vgl. Harbauer, 8. Aufl., § Vor 18 ARB 2000, S. 614f, Rn., 19ff.. Diese Darlegung samt Beweis hat sie nicht erbracht.

3. Präklusion mit Einwendungen

a) Präklusion aufgrund verspäteter Einwendungen

Die Bekl. ist mit Einwendungen gegen den RS-Fall ohnehin präkludiert.

Bereits mit umfangreichem Schreiben 12.11.2012 (Anlage K5) wurden der Beklagten ausführlich Haftungsgrund und Haftungshöhe dargelegt.

Erstmals mit Schreiben vom 28.02.13 (K12) erhob die Bekl. (unbegründete) Einwendungen zum RS-Fall und lehnte die vollständige Deckungsgewährung diesbzgl. ab.

(Zuvor erstmals mit Schreiben vom 13.12.2012 (K8) stellte die Bekl. (unerhebliche), obwohl die Deckungsanfrage mit den diesbzgl. Schilderungen (K5) bei der Bekl. bereits am 12.11.2012 vorlag.)

Mit solchen und etwaig neuen Einwendungen ist die Beklagte nach der ständigen Rechtsprechung bereits präkludiert, da diese nicht unverzüglich und auch nicht ausreichend eindeutig und klar erhoben wurden (BGH: Urteil vom 19.03.2003 - IV ZR 139/01; BGH VersR 2003, 638=r+s 2003, 363 und OLG Frankfurt NJW-RR 97, 1366=VersR 98, 357).

Denn es muß der Versicherer zur tatsächlichen oder rechtlichen Seite substantiiert Stellung nehmen. Verzögert er diese Mitteilung der Gründe - dies im Rahmen einer angemessenen Bearbeitungszeit von 2-3 Wochen – so verliert er wegen Verletzung seiner vertraglichen Pflichten das Recht, seine Leistungspflicht wegen fehlender Erfolgsaussicht zu verneinen (vgl. OLG Köln, *Urteil* vom 7. 11. 1991 - 5 U 50/91).

Das Einwendungsrecht der Beklagten ist somit verlustig gegangen (vgl. Harbauer, 8.Aufl. ARB 2000, vor § 18 Rdnr. 11 und zu § 128 VVG Rdnr. 7 f), sie verliert das Recht, sich auf fehlende hinreichende Erfolgsaussicht oder Mutwilligkeit zu berufen (vgl. BGH VersR 2003, 638=r+s 2003, 363 und OLG Frankfurt NJW-RR 97, 1366=VersR 98, 357).

Wir weisen die Bekl. in diesem Zusammenhang auf das Urteil des LandgerichtMünchen I vom 12.05.2011, AZ 12 O 22440/10 und auf weitere oberlandgerichtliche Rspr. hin, welche wir als Zusatzanlage in anonymisierter Fassung beilegen. Darin wird bestätigt, dass Einwendungen zur Erfolgsaussicht vom Versicherer unverzüglich geltend gemacht werden müssen und im Übrigen der erforderliche Hinweis nach § 128 VVG erteilt werden muss.

b) Präklusion wg Verstoß gg. die gesetzliche Hinweispflicht des § 128 Satz 2, 3 VVG

Darüber hinaus hat die Beklagte die gesetzliche Hinweispflicht des § 128 Satz 2, 3 VVG nicht beachtet, da bis heute ein ausreichend ausformulierter Hinweis auf die Regelung des § 18 ARB nicht erfolgte. Auch daher hat die Beklagte ihr Einwendungsrecht verloren (vgl. Harbauer, 8. Aufl., ARB 2000, vor § 18 Rdnr. 11 und zu § 18 Rdnr. 3f, und zu § 128 VVG Rdnr. 7f).

Die Bekl. gibt hier dem VN zu verstehen, dass sie den Rechtsschutzfall als nicht schlüssig dargelegt und daher hinreichend erfolgversprechend einstuft. Dies lässt

sich für einen Versicherungsnehmer nur als „Verneinung der Leistungspflicht“ iSd § 128 VVG verstehen.

Bei den Einwendungen in Schreiben vom 28.02.13 (K12) handelt es sich daher um Einwendungen zu den Erfolgsaussichten des Anspruchs (vgl. LG München I, Urteil vom 24.08.2012 – 12 O 9547/12) und damit um eine echte Verneinung der Leistungspflicht iSd § 128 VVG.

Bei einer solchen ablehnenden Entscheidung eines Rechtsschutzversicherers ist jedoch zwingend ein Hinweis gem. § 128 S. 2 VVG erforderlich. Dies gilt entsprechend auch bei einer nur teilweisen Ablehnung des Anspruchs.

Die Bekl. hatte hier aber den erforderlichen Hinweis auf Seite 5 ihres Schreibens in ausreichendem Maße unterlassen, so dass die Präklusionsfolge eintrat (vgl. § 128 S.3 VVG).

Denn der Hinweis nach § 128 S2 VVG muss für den juristischen Laien (der VN) verständlich und ausreichend formuliert sein. Der rechtliche Laie (hier der VN) muss hierdurch umfassend belehrt werden und in die Lage versetzt werden, seine Rechte nach § 128 VVG in ausreichendem Maße wahrnehmen zu können.

aa)

Der bloße Hinweis auf § 18 ARB und/oder das bloße Zitieren von einzelnen Textbausteinen aus § 18 ARB reicht hierfür nicht aus (hier können die Erfordernisse zur Hinweispflicht nach § 19 V VVG entsprechend angewendet werden: vgl.: Bruck/Möller, Großkommentar zum VVG, 2008, § 19, Rn. 116; Beckmann/Matusche, Versicherungsrechtshandbuch, 2. Aufl., 2009, § 14 Rn. 9; und Reusch in VersR 2007, 1313, 1320).

bb)

Weiterhin wird auf Seite 5 Absatz 4 von Anlage K12 auf die Möglichkeit eines Stichentscheides wie folgt hingewiesen: Es erfolgt ein Verweis auf „§ 18 Absatz 1 ARB-RU 94, 98, 2000, 2004, 2005, 2007“.

Entscheidend ist, dass dieser Hinweis hier fehlerhaft ist,

1. da die Klägerin die darin genannten *ARB-RU 94, 98, 2000, 2004, 2005, 2007* gar nicht vorliegen hatte, da im vorliegenden Fall die ARB-RU 2003 vereinbart worden waren (vgl. Anlage K0).
2. da die Regelung zum Stichentscheid in den gültigen ARB-RU nicht in § 18 Absatz 1 (vgl. K0) enthalten ist.

cc)

Auch muss das „Verfahren“, welches sich der RS-Versicherer bedient, klar bezeichnet werden. In der Praxis haben sich zwei verschiedene Verfahren heraus gebildet:

1. das „Schiedsgutachterverfahren“ (Beurteilung durch einen Dritten, welcher durch die zuständige Rechtsanwaltskammer ausgewählt wird) oder
2. der „Stichentscheid“ (=Beurteilung eines Rechtsanwaltes des Versicherungsnehmers).

Im vorliegenden Fall ist die Belehrung der Bekl. auch deswegen widersprüchlich und daher unwirksam, weil die Bekl.

1. hier nur kurz auf eine „*Stichentscheidung*“ hinweist (ohne ausreichende Nennung der Form, Frist usw., vgl. § 18 Absatz 2 und 3 ARB-RU), und es
2. unterläßt, auf die weitere gestaffelte Schiedsgutachterregelung in § 18 Absatz 3 und 4 ARB-RU hinzuweisen.

(vgl. Anlage K0).

Die Bekl. vermischt daher die beiden unterschiedlichen Verfahren des § 128 VVG in ihrer Belehrung und belehrt damit den Versicherungsnehmer (hier die Kl.) falsch.

c) Wirkung der Präklusion

Die Präklusion führt zum Verlust des Einwendungsrechtes bzgl. Haftungsgrund und Haftungshöhe. Dieser Verlust des Einwendungsrechts führt daher zu einer Anerkennungswirkung, so dass Haftungsgrund und Haftungshöhe des RS-Falles vom Erstgericht nicht mehr auf deren hinreichende Erfolgsaussichten hin zu prüfen gewesen wären.

4. Angabe der Umstände und Beweismittel des Rechtsschutzfalls

Die Bekl. verkennt auch, dass die Umstände des RS-Falles hier ausreichend im Sinne des § 17 III ARB geschildert worden sind.

In dem streitgegenständlichen Arzthaftungsfall wurden die Umstände schlüssig dargelegt, insoweit wird auf OLG Celle, VersR 2007, 202 = r+s 2007, 57 verwiesen.

Die in diesem Zusammenhang für die Bekl. getätigten Rechtsausführungen waren ohnehin bereits überobligatorisch (vgl. Harbauer, 8. Aufl., ARB 2000 zu § 17, Rdnr. 35 am Ende).

Als Beweismittel im Arzthaftungsrecht dienen das gerichtliche Sachverständigengutachten, die Berücksichtigung der sachverständigen Zeugenaussagen der Behandler sowie die Einholung aller Behandlungsunterlagen der Ärzte durch Gutachter oder später durch das Gericht (§ 142 ZPO).

Hierauf wurde die Beklagte in der Deckungsanfrage und den nachfolgenden Schreiben ausreichend hingewiesen, diese Beweisangaben sind für den Deckungsschutz ausreichend (vgl. Harbauer, 8. Aufl., § 17 ARB 2000, Seite 549 Rdnr. 35).

5. Korrekte Darlegung und Berechnung der Schadenshöhe

Auch die Schäden wurden ausreichend iSd § 17 III ARB geschildert und berechnet.

Aufgrund der og Präklusion dürfte es hierauf ohnehin gar nicht mehr ankommen.

Nur rein vorsorglich tragen wir daher vor:

Die geschilderten Folgen liegen laut Auskunft der derzeit ärztlichen Behandler nachweislich bei der Kl. vor.

a)

Insbesondere wurden auch die immateriellen Schäden korrekt bemessen.

Auf veraltete Schmerzengeldtabellen braucht sich die Kl. hier nicht einlassen vgl.: Ziegler, Schmerzengelder in Deutschland, Juristische Rundschau, Heft1/2009, S. 1ff. (vgl. Zusatzanlage).

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass dieser konkrete Fall gerade nicht vergleichbar mit anderen Fällen ist und die Kl. keine passenden Vergleichsurteile finden konnte.

b)

Auch die weiteren materiellen Schäden wurden korrekt dargelegt.

Deckung ist nach § 17 IV ARB (zitiert werden stets die Muster ARB 2000) in solchen Arzthaftungsfällen zu gewähren für die „entstandenen“ Schäden, d.h. für alle Ansprüche, die aus dem Schadenereignis entstanden sind, maßgeblich ist dabei der Umfang der §§ 249ff. BGB, und §§ 842ff. BGB, so dass neben

Schmerzensgeld, auch alle materielle Schäden, wie vergangene und künftige Schadensrenten aufgrund Personenschaden in den Schadensersatz-Rechtsschutz fallen (vgl. Harbauer, 8. Aufl., § 2 ARB 2000, Rn. 37-39, 52).

Maßgeblich ist hierbei allein, dass die Voraussetzungen der jew. Schadensnormen erfüllt sind, so dass auch künftige Schadensrenten, welche in den §§ 843, 842 und 252 geregelt sind, in den Schadensersatz-Rechtsschutz fallen. Hierfür ist nach § 17 IV ARB die Deckung in vollem Umfang zu gewähren.

6. geschuldeter Deckungsumfang

Die Bekl. schuldet auch eine Deckungszusage bis einschließlich 1. Instanz: Wir weisen die Bekl. in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Landgerichts München I vom 12.05.2011, AZ 12 O 22440/10 (vgl. Zusatz-Anlage) hin:

Zitat:

„Die Deckungszusage der Beklagten vom 18.3. und 30.4.2010 enthält keine Begrenzung auf den vorgerichtlichen Bereich und keine ausdrückliche Zusage für die Kosten der ersten Instanz.

Es muß daher durch Auslegung ermittelt werden, für welche Stadien der Auseinandersetzung Deckungsschutz zugesagt wird.

Die Kammer ist der Auffassung, dass nach einer Auslegung vom objektiven Empfängerhorizont her Deckungsschutz für die außergerichtliche Tätigkeit und für die erste Instanz gewährt wurde.

Deckungsschutz in der Rechtsschutzversicherung wird regelmäßig jeweils für 1 Instanz gewährt (vgl. Prölls/Armbrüster, 28. Aufl., § 17 Rn 12 ARB 2008/11).

Eine Regel, dass die erste in einem Rechtsschutzfall erteilte Deckungszusage sich nur auf die außergerichtliche Tätigkeit bezieht, ist nicht ersichtlich.

(...)

Die Anfragen der Klägerin nach Deckungsschutz enthalten keine Beschränkung des Deckungsschutzes auf die außergerichtliche Tätigkeit.

(...)

Eine Beschränkung der Anfrage der Klägerin nach Deckungsschutz auf die vorgerichtliche Auseinandersetzung ist dem Antrag weder ausdrücklich noch implizit zu entnehmen.

(...)

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte kann die Deckungszusage daher nur so ausgelegt werden, dass sie auch für die erste Instanz gelten soll.“

(ZITAT ENDE)

6. Widersprüchliches Verhalten

Wir weisen die Bekl. in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Landgerichts München I vom 09.02.2012 - Az 12 O 20609-11 (vgl. Zusatz-Anlage) hin, in welchem bestätigt wird, dass die Rechtsschutzversicherung nicht -wie hier auf den Seiten 5 und 6 ihres Schreibens vom 28.02.2013 geschehen-

- zum einen den Deckungsschutz aufgrund mangelnder Erfolgsaussichten ablehnen kann (vgl. S. 5 Absatz 2 von K12)
- und zugleich zum anderen die noch nicht ausreichende Information iSd § 17 III ARB rügt (vgl. S. 5 Absatz 8 bis Seite 6)),

dies ist aus Sicht des durchschnittlichen Versicherungsnehmers ein widersprüchliches Verhalten, und führt per se zur Unwirksamkeit der Deckungsablehnung.

7. Zusätzlich erleichterte Darlegungslast im Produkt-/Arzthaftungsrecht

Die Bekl. verkennt auch, dass der Kl. im Medizin-/Arzthaftungsrecht erhebliche Darlegungserleichterungen zustehen.

Denn begehrt ein VN Rechtsschutz für einen Arzthaftpflichtfall, so sind an seine Darlegungslast nur geringe Anforderungen zu stellen (vgl. Harbauer, 8. Aufl., ARB 2000, S. 548, zu § 17, Rn. 34 (unten), sowie BGH VersR 2004, 1177 = NJW 2004, 2825).

8. Keine Vorwegnahme der Beweisaufnahme

Die Bekl. verkennt ferner, dass die Vorwegnahme der Beweisaufnahme durch den Rechtsschutzversicherer unzulässig ist; denn der Versicherungsnehmer hat lediglich zulässige Beweismittel iSd ZPO zu benennen und anzuführen.

Der Rechtsschutzversicherer kann einen schriftlichen Beweis gerade nicht fordern, da bspw. die Zeugenvernehmung der Ärzte und Nachbehandler, sowie die gerichtliche Sachverständigenbegutachtung zulässige und übliche Beweismittel im Medizin-/Arzthaftungsrecht sind (Harbauer, 8.Aufl., §17 ARB 2000, Seite 623, Rndr. 37).

Es wurden hier der RSV umfangreiche Beweismittel und Informationen genannt.

Informationen, die über die bereits genannten maßvollen Anforderungen hinausgehen, kann die RS-Versicherung hier nicht zur Prüfung verlangen (vgl. Harbauer, 8. Aufl., ARB 2000, S. 548, zu § 17, Rn. 34 (unten), sowie OLG Celle VersR 2007, 202 = r+s 2007, 57).

9. Umfang und Streitwert der Deckungsklage

Der Streitwert der Deckungsklage wird vorläufig mit mindestens € 22.383 angegeben.

Entscheidend ist das Interesse der Klägerpartei an vollem Kostenschutz. Hierfür ist zunächst relevant, in welcher Höhe sich der Streitwert der fiktiven Medizin-/Arzthaftungssache (=Rechtsschutzfall) beläuft. Dieser lässt sich hier (laut Deckungsanfrage) gemäß § 3 ZPO auf € 277.875 beziffern, im Einzelnen:

- a) Schmerzensgeld: mind. € 62.403
- b) Erwerbsminderung: mind. € 1267 pro Monat seit 01.06.2011 bis heute = 24 Monate = mind. € 30.408
- c) Erwerbsminderung: mind. € 1267 pro Monat ab heute bis Zukunft = 60 Monate nach § 42 I GKG = mind. € 76.020
- d) Minderung der Haushaltsführung: mind. € 728,38 pro Monat seit 21. April 2009 (Ztpk. der OP) bis heute = 40 Monate = mind. € 29.135
- e) Minderung der Haushaltsführung: mind. € 728,38 pro Monat ab heute bis Zukunft = 60 Monate nach § 42 I GKG = mind. € 43.702
- f) Fahrtkosten: € 207
- g) Sonstige Zukunftsschäden (Feststellung): mind. € 36.000

Ausschlaggebend sind dann diejenigen Kosten, die die Klägerpartei in der jeweiligen Instanz schlimmsten Falles auferlegt werden könnten (sog. Worst-Case-Prognose).

Hierbei ist nach § 3 ZPO zu berücksichtigen, dass für das Verfahren bis einschließlich 1. Instanz

- auf Patientenseite für das außergerichtliche Geschäft in jedem Falle noch eine 2,5 Geschäftsgebühr anfällt (vgl. Zusatzanlage: Erläuterung der 2,5 Geschäftsgebühr), und dass
- auf der Arztseite insgesamt vier Ärzte anwaltlich vertreten würden müssen.

Die in diesem Bereich für die Klägerpartei im schlimmsten Fall anfallende Kostenlast (bei einem Streitwert von mind. € 277.875) lässt sich gem. § 3 ZPO (abzgl. 20% wg. Feststellung) prognostisch gesehen (Worst-Case-Prognose) daher auf € 26.818 bewerten, vgl. im Einzelnen die Aufstellung in Anlage Streitwert.

RA Michael Graf

Fachanwalt für Medizinrecht und für Versicherungsrecht Freiburg