LG München I, Endurteil v. 15.09.2022 – 3 O 2000/22

Titel:

Auslegung eines Teilungsabkommens zwischen Kranken- und Haftpflichtversicherer

Normenketten:

SGB X § 116
SGB V § 284 Abs. 1 Nr. 1, § 295, § 300
VVG § 100

Leitsätze:

1. Verzichtet der Haftpflichtversicherer dem Krankenversicherer gegenüber in einem Teilungsabkommen auf die Prüfung der Haftungsfrage, so erfasst das auch den objektiven Tatbestand einer Pflichtverletzung und das Verschulden. (Rn. 17) (redaktioneller Leitsatz)
2. Ist Voraussetzung der Inanspruchnahme nach einem Teilungsabkommen, dass objektiv die Möglichkeit einer Deckungspflicht besteht, so muss das Schadenereignis seiner Art nach in den Gefahrenbereich fallen, für den der Haftpflichtversicherer Versicherungsschutz zu gewähren hat. (Rn. 20) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Krankenbehandlungskosten, Haftpflichtversicherer, Pflegeheim, Sturz, Verkehrssicherungspflicht, Überwachungspflicht, Schadenereignis, Teilungsabkommen

Tenor

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.750,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.06.2021 zu zahlen.

2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin vorgerichtliche Anwaltskosten in Höhe von 289,17 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.03.2022 zu zahlen.

3. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

4. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

5. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages.

Beschluss

Der Streitwert des Verfahrens wird auf 6.750,00 € festgesetzt.

Tatbestand

1
Die Parteien streiten um vertragliche Ansprüche aus einem zwischen den Parteien abgeschlossenen Teilungsabkommen.

2
Die Klägerin ist die Krankenversicherung der Geschädigten …, geb. ….

3
Die Beklagte ist die Haftpflichtversicherung der ….

4
Am 17.10.1984/26.10.1984 schlossen die Klägerin (bezeichnet als „K“) und die Beklagte (bezeichnet als „H“) ein Teilungsabkommen in dem das Folgende vereinbart wurde:

„§ 1

1. Kann die „K“ gegen eine bei der „H“ haftpflichtversicherte natürliche oder juristische Person gemäß § 116 SGB X Ersatzansprüche aus Schadensfällen ihrer Versicherten oder deren mitversicherten

Familienangehörigen (Geschädigte) geltend machen, so verzichtet die „H“ auf die Prüfung der Haftungsfrage und ersetzt der „K“ (…)

b) in übrigen Fällen der Allgemeinen Haftpflichtversicherung 45%

der von dieser nach Gesetz und Satzung zu erbringenden Leistungen im Rahmen des § 3 dieses Abkommens.

2. Voraussetzung dafür ist, dass dem oder den Geschädigten in der gleichen Zeit ein gleichartiger Schadensersatzanspruch entstanden und auf die „K“ übergegangen sein könnte.

3. Voraussetzung ist ferner, dass nach dem feststehenden Tatbestand objektiv die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherten gegeben ist. Erforderlich ist also ein Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Wagnis und dem Eintritt des Schadensereignisses. (…) Die „H“ verzichtet auf den Einwand des unabwendbaren Ereignisses. Das Abkommen gilt auch, wenn der Schaden durch eigenes Verschulden, jedoch nicht durch Vorsatz des Geschädigten entstanden ist.

4. Das Abkommen erstreckt sich nur auf solche Fälle, für die die „H“ Versicherungsschutz zu gewähren hat (…).

§ 2

4. Die „K“ hat auf Verlangen der „H“ die Ursächlichkeit zwischen den geltend gemachten Kosten und dem Schadensfall glaubhaft zu machen.

§ 6

Das Abkommen findet Anwendung, soweit in einem Schadensfall der Gesamtbetrag, den die „K nach § 3 berechnen kann, DM 30.000,- für jeden Geschädigten nicht überschreitet (Limit). Übersteigt der Gesamtbetrag DM 30.000,- so ist bis zu dieser Summe abkommensgemäß zu verfahren.“

§ 9 Gerichtsstand für Rechtsstreitigkeiten aus diesem Abkommen ist München.

5
Die Geschädigte hatte aufgrund Heimvertrages mit der Versicherungsnehmerin der Beklagten, ein Zimmer im Gast- und Krankenhaus …, angemietet. Am Morgen des 12.11.2020 knickte die Geschädigte in ihrem Zimmer um und fiel zu Boden. Die Geschädigte wurde in der Zeit vom 12.11.2020 bis 17.12.2020 wegen eines Oberschenkelbruchs im … in … behandelt. Das Krankenhaus stellte der Klägerin dafür einen Betrag in Höhe von 15.843,96 € in Rechnung.

6
Die Klägerin verlangte von der Beklagten vorgerichtlich Erstattung der Behandlungskosten in Höhe von 6.750,00 € aufgrund des Teilungsabkommens (45% aus 15.000,- €).

7
Die Klägerin ist der Meinung, dass die Beklagte gegenüber der Klägerin aufgrund des Teilungsabkommens auf die Prüfung der Frage, ob ihre Versicherungsnehmerin, die …, für den Unfall der Geschädigten … haftet, verzichtet habe. Es sei sowohl auf die Prüfung der haftungsbegründenden-, als auch haftungsausfüllenden Kausalität verzichtet worden. Die Höhe des Schadens habe die Klägerin der Beklagten durch Vorlage des der Klägerin im Wege der elektronischen Datenübertragung gemäß §§ 295, 300 ff SGB V vom Krankenhaus übermittelten Datensatzes dargelegt und nachgewiesen.

8
Die Klägerin beantragt,

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.750,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz p. a. seit dem 22.06.2021 zu zahlen.

2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 554,54 € vorgerichtliche Anwaltskosten ihres jetzigen Prozessbevollmächtigten nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

9

Die Beklagte beantragt

Klageabweisung.

10
Die Beklagte ist der Meinung,

dass der Klägerin kein Anspruch aus dem Teilungsabkommen zustünde, da ein bei der Beklagten versichertes Schadensereignis nicht stattgefunden habe. Zwar bestreitet die Beklagte nicht, dass die Geschädigte umknickte und zu Boden fiel, sie ist jedoch der Meinung, dass ein haftungsbegründender Sturz nicht stattgefunden habe. Der Anwendungsbereich des Teilungsabkommens sei nicht eröffnet, zumal weder eine Verkehrssicherungspflichtverletzung - wie etwa aufgrund eines rutschigen Fußbodens - oder die Verwirklichung eines sog. „voll beherrschbaren Risikos“ der Versicherungsnehmerin der Beklagten im Raum stünde. Frühere Stürze der Geschädigten seien nicht bekannt gewesen, weshalb auch keine gesteigerten Überwachungspflichten bestanden hätten. Ein Sturz habe nicht stattgefunden. Selbst wenn ein Sturz stattgefunden hätte, wäre nach der gefestigten Rechtsprechung zum voll beherrschbaren Risiko eine Haftung der Versicherungsnehmerin der Beklagten nicht gegeben, da eine Dauerüberwachung von Patienten weder geschuldet sei, noch im üblichen Krankenhaus-, Pflegeheimalltag gewährleistet werden könne. Ein versichertes Schadensereignis läge nicht vor, da nicht ersichtlich sei, wie ein von der Patientin selbst herbeigeführtes „Umknicken“ zu einer Haftung der Versicherungsnehmer der Beklagten führen könne. Überdies sei nicht ausgeschlossen, dass die Geschädigte, welche unter einer schweren Osteoporose gelitten habe, eine pathologisch dislozierte Fraktur erlitten haben könnte, die bereits nachts aufgetreten sei, sich dann aber erst durch die Bewegung am Morgen verschoben habe und zum Umknicken geführt habe.

11
Des Weiteren wendet die Beklagte ein, die Klägerin habe nicht substantiiert dargelegt, welche genauen Behandlungen und damit einhergehenden Kosten durch den vermeintlichen „Sturz“ erforderlich geworden sein sollen. Die Beklagte bestreitet, dass es sich bei den behaupteten Behandlungskosten allein um die Kosten handeln solle, welche bei der Versicherten im Rahmen der frakturbedingten Behandlung hätten aufgewendet werden müssen. Alleine anhand der vorgelegten Kostenübersicht könne nicht nachvollzogen werden, welche Maßnahme aufgrund des behaupteten Sturzes ergriffen worden seien. Darüber hinaus seien nur notwendige, durch das Ereignis bedingte Heilbehandlungs- und Rehabilitationskosten erstattungsfähig, hingegen nicht die Kosten für eine anschließende multimodale Komplexbehandlung zur „Generalüberholung“ einer multimorbiden Patientin.

12
Rechtsanwaltsgebühren seien nur in Höhe einer 1,3 Gebühr erstattungsfähig.

13
Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf sämtliche zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze, samt Anlagen sowie die Sitzungsniederschrift vom 25.08.2022 verwiesen.

Entscheidungsgründe

14
Die Klägerin hat gegen die Beklagte aus §§ 1, 3, 6 des Teilungsabkommens (im Folgenden TA) vom 17.10.1984/26.10.1984 Anspruch auf Ersatz der für die Heilbehandlung der verletzten Geschädigten aufgewendeten Kosten in Höhe von 6.750,00 €.

15
Nach dem Teilungsabkommen besteht ein Anspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten, wenn der Schadensfall seiner Art nach zum versicherten Wagnis gehört, § 1 Nr. 3 TA und der Versicherer die Beklagte im Einzelfall Versicherungsschutz zu gewähren hat, § 1 Nr. 4 TA.

16
Das Gericht hat seiner Entscheidung die Rechtsprechung des BGH zu Teilungsabkommen in BGH IV ZR 285/06, BGH IV ZR 157/07, BGH IV ZR 133/07, BGH IV ZR 114/07 zugrunde gelegt.

Im Einzelnen:

17
1. Nach dem Teilungsabkommen ist nicht die Frage zu entscheiden, ob der Versicherungsnehmer der Beklagten der Geschädigten gegenüber haftet. Nach § 1 Nr. 1 TA wird auf die Prüfung der Haftungsfrage mit Ausnahme der nicht einschlägigen Ausnahmefälle, § 1 Nr. 3 3. Satz TA und § 1 Nr. 5 TA, die von der Beklagten nicht geltend gemacht werden, verzichtet. Die Frage nach der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität ist also zwischen den Parteien nicht mehr streitig auszutragen. Dieser Verzicht umfasst auch den objektiven Tatbestand einer Pflichtverletzung und das Verschulden. Selbst ein im Haftpflichtprozess ergangenes klageabweisendes Urteil zwischen der Geschädigten und der Stiftung wäre ohne Bedeutung.

18
Damit kommt es entgegen der Auffassung der Beklagten nicht mehr darauf an, ob die Stiftung eine Verkehrssicherungspflichtverletzung begangen habe, weil gegenüber der Geschädigten eine gesteigerte Überwachungspflicht im Hinblick auf früher bekannte Stürze bestanden hätten und ob gegenüber der Geschädigten eine Dauerüberwachung von Seiten der Stiftung geschuldet gewesen sei, die nach Auffassung der Beklagten im üblichen Krankenhaus- und Pflegeheimalltag nicht gewährleistet werden könne.

19
2. Eine Deckungspflicht der Beklagten gegenüber der Stiftung besteht. Voraussetzung ist, dass der Schadensfall seiner Art nach zum versicherten Wagnis gehört, § 1 Nr. 3 2. Satz TA und der Versicherer im Einzelfall Versicherungsschutz zu gewähren hat, § 1 Nr. 4 TA.

20
a) Nach § 1 Nr. 3 TA muss nach dem feststehenden Tatbestand objektiv die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherten, also der Stiftung, gegeben sein. Erforderlich ist demnach ein Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Wagnis und dem Eintritt des Schadensereignisses. Ein solcher Zusammenhang liegt vor, wenn das Schadensereignis seiner Art nach in den Gefahrenbereich fällt, für den der Haftpflichtversicherer Versicherungsschutz zu gewähren hat. Versicherungsschutz hat der Haftpflichtversicherer nicht zur Befriedung begründeter, sondern auch zur Abwehrung berechtigter Schadensersatzansprüche zu gewähren, die gegen den Versicherungsnehmer erhoben werden. Deshalb ist der Anwendungsbereich des Teilungsabkommens bereits dann eröffnet, wenn der Anspruch sein Bestehen unterstellt, unter das versicherte Wagnis fallen würde. Ob der Anspruch begründet ist, dem Versicherungsnehmer der Beklagten eine objektive Pflichtverletzung anzulasten ist, ist dagegen unerheblich, weil in dem Teilungsabkommen auf die Prüfung der Haftungsfrage zwischen den Parteien verzichtet wurde und da jede andere Auslegung dem Wortlaut und dem Zweck des Teilungsabkommens widersprechen würde.

21
Dabei liegt bei einem Sturz nach der Rechtsprechung des BGH eine adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Schadenfall und dem versicherten Haftpflichtbereich auf der Hand. Verletzt sich ein pflegebedürftiger Bewohner bei einem Sturz im Pflegeheim und nimmt er oder ein gesetzlicher Krankenversicherer den Betreiber des Pflegeheims auf Schadensersatz in Anspruch, handelt es sich um einen typischen, vom Versicherungsschutz umfassten Vorgang.

22
Die Geschädigte ist in ihrem Heimzimmer gestürzt. Zwar stellt die Beklagte einen Sturz in Abrede, hat jedoch unstreitig gestellt, dass die Geschädigte umgeknickt und zu Boden gefallen ist. Es erschließt sich dem Gericht nicht, warum es sich bei diesem Vorgang - umknicken und zu Boden fallen - nicht um einen Sturz handeln soll.

23
b) Darüber hinaus liegen auch die weiteren Voraussetzungen der Deckungspflicht gemäß § 1 Nr. 4 Teilungsabkommen vor. Einwendungen, dass keine Deckungspflicht für den Schadensfall besteht, zum Beispiel nach § 2 Nr. 2 TA (nicht rechtzeitige Anzeige des Schadensfalles), werden seitens der Beklagten nicht geltend gemacht.

24

3. Dabei umfasst der Verzicht auf die Klärung der Haftungsfrage nicht nur die haftungsbegründende Kausalität, sondern auch die haftungsausfüllende Kausalität. Allerdings haben die Parteien in § 2 Nr. 4 TA vereinbart, dass die Klägerin auf Verlangen der Beklagten die Ursächlichkeit zwischen den geltend gemachten Kosten und dem Schadenfall glaubhaft zu machen hat. Die Beklagte bestreitet, dass die behaupteten Behandlungskosten alleine Kosten sind, welche bei der Versicherten im Rahmen der frakturbedingten Behandlung hätten aufgewendet werden müssen. Die Klägerin habe schon nicht substantiiert dargelegt, welche genauen Behandlungen und damit einhergehenden Kosten durch den vermeintlichen Sturz erforderlich gewesen sein sollen. Dieses Bestreiten kann dahingehend ausgelegt werden, dass die Beklagte eine Glaubhaftmachung gem. § 2 Nr. 4 TA begehrt.

25
Die Parteien haben dabei in § 2 Nr. 4 TA nicht formuliert, die Klägerin müsse der Beklagten auf Verlangen die Ursächlichkeit zwischen den geltend gemachten Kosten und dem Schadenfall nachweisen, sondern glaubhaft machen. Da das Teilungsabkommen der Vereinfachung der Schadensabwicklung zwischen den Parteien dienen soll, kann entgegen des Wortlauts nicht angenommen werden, die Parteien hätten vereinbaren wollen, dass es ins Belieben der Beklagten gestellt wird, ob sie den vereinbarten Verzicht auf den Nachweis der haftungsausfüllenden Kausalität gegen sich gelten lässt oder nicht und nach Gutdünken einen Nachweis der haftungsausfüllenden Kausalität von der Klägerin verlangen kann, auch wenn keine Zweifelsfälle oder Anhaltspunkte für Abrechnungen von Behandlungskosten, die nicht auf das Schadensereignis zurückzuführen sind, vorliegen. Der Begriff „glaubhaft machen“ ist deshalb im Sinne einer erleichterten Beweisführung wie er in vielen Einzelvorschriften der ZPO und anderer Gesetzen vorgesehen ist, zu verstehen. Die Glaubhaftmachung erfordert dabei keine volle Beweisführung der behaupteten Tatsachen, sondern die Tatsachen müssen lediglich in einer Weise dargelegt und bewiesen werden, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für ihr Vorliegen spricht.

26
Die Klägerin hat die behaupteten unfallbedingten Behandlungskosten mit der Vorlage der ihr von dem behandelnden Krankenhaus elektronisch übermittelten Daten zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen gemäß §§ 284 Abs. 1 Nr. 11, 295, 300 ff SGB V, von denen der Gesetzgeber in §§ 275ff SGB V davon ausgeht, dass diese im Regelfall richtig sind, glaubhaft gemacht. Nach diesen Unterlagen ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Behandlungskosten auf den Sturz beruhen und nicht auf anderweitigen Erkrankungen der Geschädigten. Entgegen der Auffassung der Beklagten handelt es sich bei den Unterlagen nicht nur um eine reine aus Zahlen bestehende Kostenübersicht, sondern es ergibt sich daraus die Primärverletzung und die deshalb durchgeführte Operation (geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponenten: Fermur proximal). Des Weiteren ist - auch aufgrund des zeitlichen Zusammenhanges zwischen Sturz und Operation und Krankenhausaufenthalt - nachvollziehbar und schlüssig, dass die Geschädigte wegen der Fraktur operiert wurde und sich an die Operation ein Krankenhausaufenthalt von mehreren Wochen angeschlossen hat, in denen Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt wurden. Es wird angegeben, dass eine „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen am Muskelskelett-System und Bindegewebe“ durchgeführt wurde. Anhaltspunkte für eine, wie die Beklagte behauptet, „multimodale Komplexbehandlung zur Generalüberholung einer multimorbiden Patientin“ ergeben sich weder aus der Verweildauer der Geschädigten im Krankenhaus, noch aus der Höhe der Behandlungskosten und dem Vortrag der Parteien. Tatsächlich hat die Geschädigte einen Oberschenkelbruch in einem Alter erlitten, in dem eine solche Fraktur ohne rechtzeitiger Operation mit einer hohen Sterblichkeit verbunden ist. Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund des operativ versorgten Oberschenkelbruchs, um eine Mobilität der hochbetagten Patientin wieder herzustellen, eine geriatrische, frührehabilitative Maßnahme durchgeführt werden musste. Die Beklagte hingegen hat keinerlei substantiierte Einwendungen gegen die Krankenhausabrechnung erhoben, sondern die haftungsausfüllenden Kausalität lediglich pauschal bestritten. Die Klägerin hat mit den inhaltlich aussagekräftigen Unterlagen die Kausalität zwischen geltend gemachten Behandlungskosten und Schadensereignis glaubhaft gemacht.

27
4. Die Klägerin hat einen Anspruch in Höhe von 6.750,- € gemäß §§ 1,6 TA. Die Parteien haben ein Limit für den Anspruch aus den Teilungsabkommen festgelegt, nämlich in Höhe von 15.000,- €. Die

Heilbehandlungskosten beliefen sich auf 15.843,96 €. Die Klägerin kann also nur 45% aus 15.000,- € von der Beklagten verlangen.

28
5. Mit Schreiben vom 19.04.2021 forderte die Klägerin die Beklagte zur Zahlung bis zum 17.05.2021 auf. Zahlung lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 21.06.2021 endgültig und ernsthaft ab. Verzugszinsen waren damit antragsgemäß zu gewähren.

29
6. Der Klägerin stehen zudem vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten als Schaden unter dem Gesichtspunkt des Verzugs, § 286 BGB, zu. Allerdings ist der Ansatz einer 1,8 Gebühr nicht gerechtfertigt. Gerade im Hinblick auf das Teilungsabkommen und die gefestigte Rechtsprechung des BGH zu Teilungsabkommen bei Stürzen von Bewohnern in Pflegeheimen bestanden keine, wie der Klägervertreter meint, schwierigen Fragen zu Kausalzusammenhängen und schwierige Fragen der Beweislast. Weder liegt ein komplexer Sachverhalt vor, noch ist die Sache umfangreich, weder was Sachverhalt, noch die mit der Beklagten geführte Korrespondenz anlangt. Eine Geschäftsgebühr von 1,3 ist damit angemessen. Die Klägerin macht dabei eine um 0,75 gekürzte Geschäftsgebühr gelten, womit es bei einem bereinigten Satz von 0,5 verbleibt. Eine 0,5 Gebühr aus 446,00 € zzgl. Unkostenpauschale in Höhe von 20,00 €, zzgl Mehrwertsteuer, ergibt 289,17 €.

30
Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 ZPO.

31
Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit ergibt sich aus § 709 ZPO.

32
Der Streitwert wurde gemäß § 3 ZPO festgesetzt.