

**Zur Frage der Haftungsprivilegierung bei einem Arbeitsunfall im Rahmen stationärer Behandlung.**

§ 116 SGB X i.V.m. Teilungsabkommen,  
§ 104 SGB VII, § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII

Urteil des LG Köln vom 11.08.2010 – 20 O 527/09 –

Streitig war vorliegend die Feststellung der Eintrittspflicht des beklagten Haftpflichtversicherers einer Universitätsklinik gegenüber dem klagenden UV-Träger aus dem zwischen den Parteien abgeschlossenen Teilungsabkommen (TA). Eine bei der Bekl. Versicherte hatte am 14.03.2006 einen Krankenhausunfall durch Sturz aus dem Bett erlitten (zu den unterschiedlichen Darstellungen des Unfallhergangs vgl. S. 1087 f.). Die Bekl. hatte die Ansicht vertreten, das Krankenhaus sei als Unternehmer gegenüber der Patientin haftungsprivilegiert nach § 104 SGB VII (vgl. dazu § 7 des TA [S. 3]).

Nach Auffassung des LG folgt der Anspruch der Kl. aus § 116 SGB X i.V.m. § 1 des TA (S. 1086). Ein Versicherungsfall liege vor (vgl. Ausführungen zu § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII auf S. 1089), es könne daher dahinstehen, ob eine Bindung des Gerichts nach § 118 SGB X gegeben sei, obwohl die Bekl. nicht an dem Sozialverwaltungsverfahren beteiligt gewesen sei. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Schadensereignis und dem versicherten Risiko (§ 2 Abs. 1 TA) sei gegeben (S. 1089 f.). Das Krankenhaus sei auch nicht gegenüber der Verletzten nach § 104 SGB VII haftungsprivilegiert. § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII bestimme bei Rehabilitanden den Rehabilitationsträger, also die Krankenkasse der Geschädigten, als Unternehmer und nicht das Krankenhaus (wird ausgeführt, S. 1091 f.).

Das Landgericht Köln hat mit Urteil vom 11.08.2010 – 20 O 527/09 – wie folgt entschieden:

### Tatbestand:

Die Klägerin begehrt als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Feststellung der Eintrittspflicht der Beklagten als Haftpflichtversicherer der Universitätsklinik [REDACTED] aus einem Teilungsabkommen wegen eines Unfalls vom 14.03.2006, bei dem die bei ihr versicherte Frau [REDACTED] verletzt wurde.

Das Teilungsabkommen (Anlage K 15 = Bl. 36 ff. d.A., im Folgenden: TA), das die Klägerin als „BG“ und die Beklagte als „H“ bezeichnet, lautet in Auszügen:

#### *„§ 1*

*Kann die „BG“ gegen eine natürliche oder juristische Person, die bei der „H“ haftpflichtversichert ist, gemäß § 116 SGB X Ersatzansprüche aus Schadenfällen ihrer Versicherten geltend machen, werden die Regresse nach dem vorliegenden TA abgewickelt. Die „H“ verzichtet dabei auf die Prüfung der Haftungsfrage und [REDACTED]attet der „BG“ ihre Aufwendungen nach folgenden Bestimmung: [REDACTED]*

#### *§ 2 (Kausalzusammenhang)*

*(...) Im Bereich der Allgemeinen Haftpflichtversicherung ist für die Anwendung des Abkommens ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und dem versicherten Risiko erforderlich.*

*Steht der Schadenfall mit einer unbeweglichen Sache oder mit der Herstellung bzw. der Lieferung beweglicher Sachen im Zusammenhang, dann ist erforderlich und ausreichend, dass ein objektiv ordnungswidriger Zustand oder ein objektives Fehlverhalten als Schadensursache glaubhaft gemacht werden.*

*Die „H“ hat sich nicht abkommensgemäß zu betelligen, wenn schon aufgrund des*

*unstreitigen Sachverhalts unzweifelhaft und offensichtlich ist, dass eine Schadensersatzpflicht nicht in Frage kommt.*

*Im Regelfall akzeptiert die „H“ die von der „BG“ geltend gemachten Aufwendungen. Die „BG“ muss auf Verlangen der „H“ nur in begründeten Zweifelsfällen Nachweise erbringen, dass das zugrunde liegende Ereignis für eine behauptete Verletzungsfolge und die entsprechenden Behandlungskosten ursächlich war.*

#### § 4 (Quoten, Limit)

*Die „H“ ersetzt der „BG“ 50 % der nach diesem Abkommen zu berücksichtigenden Aufwendungen.*

*(...)*

#### § 7

*(...) Das Abkommen ist ebenfalls nicht anwendbar, wenn die Haftung des Schädigers gegenüber der geschädigten Person gemäß §§ 104 ff. SGB VII ausgeschlossen ist (...)*

Die Klägerin behauptet, dass die bei ihr versicherte Frau [REDACTED] gegen 6:30 Uhr des 14.03.2006 sich zu Ihrem Nachttisch herüber gelehnt habe, um den Klingelknopf zu betätigen. Der Nachttisch sei entgegen den allgemeinen Anweisungen nicht fixiert worden, so dass die Geschädigte deswegen aus dem Bett gefallen sei und sich verletzt habe. Im Übrigen sei das Vorliegen eines Versicherungsfalls gemäß § 118 SGB X bindend festgestellt worden. Insgesamt habe sie wegen des Sturzes der Patientin bislang Aufwendungen in Höhe von 14.511,10 € gehabt. Die Behandlung von Frau [REDACTED] dauere an; sie erbringe insoweit weiterhin fortlaufend Zahlungen.

Die Klägerin hat ursprünglich beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.255,55 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.07.2009 zu zahlen,  
[REDACTED]
2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist auf der Grundlage des Teilungsabkommens ihr 50 % der weiteren Kosten zu erstatten, die die Klägerin für ihr Mitglied [REDACTED] aufgrund des Unfalls vom 14.03.2006 in der Universitätsklinik [REDACTED] zu zahlen hat, maximal jedoch 42.744,45 €.

Hinsichtlich des Zahlungsantrages haben die Parteien den Rechtsstreit übereinstimmend für erledigt erklärt, nachdem die Beklagte insoweit die eingeforderte Zahlung erbracht hat.

Die Beklagte beantragt in Bezug auf den Feststellungsantrag,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Ansicht, die Klägerin sei nicht aktivlegitimiert, weil die Geschädigte den Unfall als privaten Unfall erlitten habe und nicht als Versicherungsfall im Sinne der §§ 2 I Nr. 15a, 7 I, 8 I SGB VII, weshalb auch keine Ansprüche gemäß § 116 X SGB VII hätten auf die Klägerin übergehen können. Dazu behauptet sie, Frau H. habe am Unfalltag gar nicht den Klingelknopf des Nachttisches betätigen wollen, um Krankenhauspersonal zu rufen, sondern habe zum Aufstehen das Licht einschalten wollen. Von daher liege eine rein private Tätigkeit vor; Sozialversicherungsträger sei in diesem Fall statt der Klägerin die Krankenkasse. Auch wenn man dies anders beurteile, sei es in Krankenhäusern unüblich, die Nachttische zu fixieren, so dass kein ordnungswidriger Zustand einer Sache vorliege.

Der Versicherungsfall sei ihr gegenüber auch nicht verbindlich im Sinne des § 118 X SGB festgestellt, da sie an dem Sozialverwaltungsverfahren nicht beteiligt gewesen sei.

Die Beklagte ist außerdem der Meinung, das Krankenhaus sei jedenfalls der Patientin gegenüber als Unternehmer haftungsprivilegiert nach § 104 SGB VII. Entscheidendes Kriterium für die Haftungsprivilegierung nach dieser Vorschrift könne nicht sein, ob vom Privilegierten Beiträge gezahlt würden. Auf § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII könne nicht abgestellt werden, da sich Frau H. nicht zur medizinischen Rehabilitation im Krankenhaus befunden habe.

Auch seien die von der Klägerin erstatteten Aufwendungen wenigstens teilweise altersbedingt, und nicht nur unfallbedingt entstanden; das Teilungsabkommen dürfe nicht dazu führen, dass ihr solche zweckfremden Aufwendungen aufgebürdet werden.

Wegen der näheren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den vorgetragenen Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, das

Protokoll der Sitzung sowie den sonstigen Akteninhalt Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe:**

Die Feststellungsklage ist zulässig und begründet.

Das Feststellungsinteresse der Klägerin ergibt sich aus der Weigerung der Beklagten, unbedingt zu erklären, dass sie die noch anfallenden Aufwendungen gemäß dem Teilungsabkommen erstatten wird.

Der Anspruch der Klägerin folgt aus § 116 SGB X in Verbindung mit § 1 des zwischen den Parteien abgeschlossenen Teilungsabkommens (TA).

Dabei mag dahinstehen, ob eine Bindungswirkung des Gerichts gemäß § 118 SGB X gegeben ist, obwohl die Beklagte an dem Sozialverwaltungsverfahren nicht beteiligt war. Denn jedenfalls liegt ein Versicherungsfall im Sinne von §§ 2 Abs. 1 Nr. 15a, 7, 8 SGB VII vor.

Entscheidend ist dabei, dass sich eine krankenhaustypische Gefahr realisiert hat. Auch wenn, wie die Beklagte meint, die Geschädigte gar nicht deshalb aufstehen wollte, um mittels Betätigung des Knopfes am Nachttisch das Krankenhauspersonal zu rufen, sondern sie vielmehr nur rein persönliche Zwecke verfolgte, so ist doch anerkannt, dass ungewohnte äußere Lebensumstände, wie sie nun einmal im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts gegeben sind, in den privaten Bereich hineinwirken können (stdg. Rspr., vgl. BSG SozR 2200 Nr. 72 zu § 539 RVO; BSG Ur. v. 30.06.1999, Az.: B 2 U 28/98 R; BSG, Ur. v. 26.03.1986, Az.: 2 RU 32/85). Eine solche Gefahr hat sich hier realisiert, denn ein Nachttisch mit Rollen gehört zur Standardeinrichtung in Krankenhäusern und ist gerade kein Gegenstand, der sich im häuslichen Bereich findet.

Liegt daher ein Versicherungsfall vor, sind die Ansprüche auch gemäß § 116 SGB X auf die Klägerin übergegangen, ist diese aktivlegitimiert.

Die Voraussetzung des § 2 Abs. 1 TA, ein Kausalzusammenhang zwischen dem Schadensereignis und dem versicherten Risiko, ist ebenfalls gegeben.

Die Tatsache des Sturzes der Versicherten vom 14.03.2006 ist zwischen den Parteien unstrittig. Es ist offensichtlich, dass bei einer Ausrenkung des Schultergelenks mit

einem Tuberculum majus-Abriss, die sich die über 80-jährige Patientin hierbei zuzog, die durchgeführten und noch durchzuführenden Heilungsmaßnahmen zumindest auch auf diesem Unfall, und nicht nur auf Altersbeschwerden der Geschädigten zurückzuführen sind. Mehr verlangt das Teilungsabkommen nicht. Der Ausgleich bei einem Teilungsabkommen erfolgt nach dem „Gesetz der großen Zahl“, wonach beide Partner nach der Erledigung einer größeren Zahl von Schadenfällen so gestellt sind, als ob jeder Einzelfall nach Sach- und Rechtslage abgerechnet worden wäre (Plagemann in Geigel, Der Haftpflichtprozess, 30/95). Demzufolge kommt es für die Anwendung des Teilungsabkommens generell nur auf den inneren Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und dem versicherten Wagnis an (BGH VersR 2007, 1247; OLG Brandenburg PflegeR 2007, 1247; OLG Köln VersR 1974, 85). Anders ist dies nur, wenn es offensichtlich an einem erkennbaren Kausalzusammenhang zwischen dem Schaden und dem Handeln oder Unterlassen des in Anspruch Genommenen fehlt, also nur ein äußerlicher Zusammenhang mit dem versicherten Wagnis besteht (Plagemann, ebd., 30/97, spricht hier von „Groteskfällen“). Nach diesem Muster ist auch das vorliegende Teilungsabkommen aufgebaut, wenn es in § 2 Abs. 3 des TA heißt, dass „die H sich nicht abkommensgemäß zu beteiligen hat, wenn schon aufgrund des unstreitigen Sachverhalts unzweifelhaft und offensichtlich ist, dass eine Schadensersatzpflicht nicht in Frage kommt.“ Ein solcher Fall ist hier nicht gegeben.

Die Beklagte kann auch nicht mit ihrem Vortrag durchdringen, in Krankenhäusern gebe es keine fixierbaren Nachttische, so dass kein ordnungswidriger Zustand bestanden habe.

Ein weitergehender Nachweis der Klägerin gemäß § 2 Abs. 2 TA, wonach ein objektiv ordnungswidriger Zustand oder ein objektives Fehlverhalten als Schadensursache glaubhaft zu machen sind, ist hier nicht erforderlich. Denn der Schadensfall steht nicht, wie § 2 Abs. 2 TA es fordert, im Zusammenhang mit der Herstellung bzw. der Lieferung von beweglichen Sachen.

Zu Gunsten der Beklagten greift ebenfalls nicht § 2 Abs. 4 S. 2 TA, wonach sie von der Klägerin in begründeten Zweifelsfällen Nachweise dafür verlangen kann, dass das zugrunde liegende Ereignis für eine behauptete Verletzungsfolge und die entsprechenden Behandlungskosten ursächlich war. Denn für diesen der Beklagten günstigen Ausnahmetatbestand trägt nach allgemeinen Grundsätzen diese die Behauptungs- und Beweislast. Die Beklagte hat indes nicht dargetan, warum im vorliegenden Fall bislang solche begründeten Zweifel vorliegen sollen. Das mag im

weiteren Verlauf der Abrechnung anders sein, falls dann seitens der Klägerin vorgelegte Belege solche begründeten Zweifel rechtfertigen.

Schließlich ist das Krankenhaus auch nicht gegenüber der Verletzten haftungsprivilegiert gemäß § 104 SGB VII. Der Unternehmerbegriff des § 104 SGB VII entspricht demjenigen des § 136 SGB VII (Wannagat/Waltermann § 104 SGB VII Rn. 7). § 136 III Nr. 2 SGB VII bestimmt bei Rehabilitanden den Rehabilitationsträger, also die Krankenkasse der Geschädigten, als Unternehmer, und nicht das Krankenhaus als Sachkostenträger. Die von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung, das Krankenhaus sei im Verhältnis zum Patienten Unternehmer, widerspricht der völlig überwiegenden Auffassung in Rechtsprechung und Literatur.

Die Klägerin verweist insoweit zu Recht auf die Entscheidung des BGH in VersR 1981, 350 (vgl. auch Kasseler Kommentar/Ricke § 104 SGB VII Rn. 11a). Dass zwischenzeitlich die alte RVO in das SGB eingearbeitet worden ist und es jetzt eine größere Anzahl privilegierte Unternehmer gibt, verfängt nicht. Die hier konkret einschlägige Regelung ist nicht geändert worden, das war mit der Einfügung ins SGB auch nicht beabsichtigt. Entscheidendes Argument dürfte die Systemwidrigkeit der Gegenansicht sein. Privilegiert in der gesetzlichen Unfallversicherung ist grundsätzlich nur, wer für das Mitglied zahlt. Nicht überzeugen können in diesem Zusammenhang die Ausführungen der Beklagten, Kindergarten- und Schulkinder würden doch auch nicht zahlen, da könne es doch nicht darauf ankommen, dass die Verunfallte nicht durch das Krankenhaus besoldet werde. Insoweit ist die Beklagte darauf zu verweisen, dass das Argument „wer zahlt, ist privilegiert“ auf die Beitragszahlung Bezug nimmt, die in der Unfallversicherung bekanntlich ausschließlich von Unternehmenseite getragen wird. Damit bleibt es entsprechend der vorzitierten BGH-Entscheidung dabei, dass der Unternehmerbegriff des § 104 SGB VII demjenigen des § 136 SGB VII entspricht (vgl. Kasseler Kommentar-Ricke, § 104 SGB VII Rdnr. 6). § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII bestimmt bei Rehabilitanden den Rehabilitationsträger als Unternehmer. Das ist zweifellos nicht die Uniklinik [REDACTED]. Die entgegenstehende Auffassung hätte im Übrigen zur Konsequenz, dass Arzthaftungsansprüche von Krankenhauspatienten gegen die behandelnde Einrichtung wegen § 104 SGB VII nur bei vorsätzlichen Verstößen in Betracht kämen, was ersichtlich von niemandem vertreten wird. Soweit die Beklagte ausführt, die Verunfallte sei ja gar keine Rehabilitandin gewesen, weil sich der Unfall ja im Krankenhaus, wo sie sich wegen einer geplanten Operation aufgehalten habe, ereignet habe, kommt dem ebenfalls keine Bedeutung zu. Anerkannt ist, dass auch die „normale“ stationäre Behandlung als Rehabilitationsmaßnahme im

Sinne des Gesetzes zu werten ist; die Abgrenzung zur eigentlichen Rehabilitation ist nur erforderlich, soweit ambulante Behandlungen betroffen sind, nur diese unterfallen nicht mehr § 2 Ziffer 15a) SGB VII (Kasseler Kommentar-Ricke, § 2 SGB VII Rdnr. 82 b).

Aus den oben beschriebenen Gründen ergibt sich die Pflicht der Beklagten, sich an den Aufwendungen zu beteiligen. Die sich aus § 4 des Abkommens ergebende Haftungshöchstgrenze hat die Klägerin bei ihrem Antrag berücksichtigt, so dass die Feststellungsklage begründet ist.

Der Klägerin sind jedoch die Kosten für die Anrufung des unzuständigen Gerichts gemäß § 281 III 2 ZPO aufzuerlegen. Im Übrigen beruht die Kostenentscheidung auf den §§ 91, 91 a ZPO. Auch hinsichtlich der erledigten Zahlungsklage hat die Beklagte ausweislich obiger Ausführungen die Kosten zu tragen, da der Zahlungsantrag ursprünglich begründet war und erst durch die Zahlung der Beklagten unbegründet geworden ist.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus § 709 ZPO.

**Streitwert:**

bis zum 09.06.2010: bis zu 35.000 €  
danach: 25.000 €