

## *Aspekte der Haftpflichtversicherung in der Pflege*

*Arbeitsgemeinschaft der  
Altenhilfe, Hospizarbeit und Pflege  
im Caritasverband für die  
Erzdiözese Freiburg*



## Inhalt

<b>Einführung</b>	2
<b>1. Der Schadensersatzanspruch</b>	3
1.1 Vertragspflichtverletzung / Rechtsgutverletzung	3
1.2 Ursächlichkeit und Rechtswidrigkeit der Schadenshandlung	4
1.3 Verschulden / Vertretenmüssen	4
1.4 Schaden	5
1.5 Verjährung von Schadenersatzansprüchen	5
<b>2. Die Beteiligten im Haftpflichtschadensfall / Versicherungsfall</b>	6
2.1 Anspruchssteller	6
2.2 Anspruchsgegner	7
2.3 Haftpflichtversicherer und Versicherungsmakler	8
<b>3. Der Nachweis des Schadensersatzanspruches</b>	9
3.1 Grundsatz der Beweislast	9
3.2 Ausnahmen / Beweislastumkehr	9
3.3 Zugang zu Beweismitteln	10
<b>4. Der Versicherungsschutz</b>	11
4.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes	11
4.2 Versicherungsleistungen	11
4.3 Begrenzung und Ausschlüsse	13
<b>5. Die versicherungsrechtlichen Obliegenheiten</b>	14
5.1 Meldung bzw. Anzeige des Versicherungsfalls an den Versicherer	14
5.2 Aufklärungs- und Mitwirkungsobliegenheiten	15
5.3 Folgen bei Obliegenheitsverletzungen	17
<b>6. Fazit</b>	19
<b>7. Checkliste</b>	20

## Einführung

---

Haftpflichtversicherungsangelegenheiten im Bereich der Pflege sind Vorgänge, denen verschiedene Schadensfälle vorausgehen. Die Anforderungen und fachlichen Standards bei der Pflege von Heimbewohnern<sup>1</sup> sind dabei die Grundlage für die Frage, ob bei einem Vorgang, bei dem ein Heimbewohner zu Schaden kommt, die Pflegeeinrichtung bzw. der Träger verantwortlich ist und ggf. Ersatz zu leisten hat.

Für solche Fälle halten die Einrichtungen bzw. Träger Betriebshaftpflichtversicherungen vor, die den Schadensfall prüfen und diesen dann entsprechend den rechtlichen Vorgaben regulieren. Die Kosten für Heilbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie für Schmerzensgeldforderungen bei einem Sturz eines Heimbewohners in einem Altenpflegeheim können sich je nach Schwere und Verlauf der Verletzungen nicht selten auf fünfstelligen Schadenssummen belaufen. Gemessen an der Anzahl der jährlichen Stürze besteht seitens der Krankenkassen daher ein besonderes Interesse an einer Inanspruchnahme des Heimträgers im Wege des Regresses. Die aktuelle Rechtsprechung zu dieser Thematik und diverse Publikationen ermutigen zusätzlich zur konsequenteren Verfolgung von Regressansprüchen<sup>2</sup>.

Nachstehend sollen haftungs- bzw. versicherungsrechtliche Aspekte bei einem Versicherungsfall in der Pflege in knapper Form beleuchtet werden. Die folgenden Ausführungen sind allgemeine Hinweise, die jedoch rechtsverbindliche Hinweise für den individuellen Einzelfall nicht enthalten können.

Der Dank gilt insbesondere den beiden Autoren, Alexander Sperl, Geschäftsführer des Caritasverbandes im Landkreis Sigmaringen e.V. und Frank M. Ludwig, Verwaltungs- und Personalleiter des Caritasverbandes im Landkreis Sigmaringen e.V. für die umfassende und hilfreiche Bearbeitung der Thematik.

Freiburg im April 2014

*Helmut Gnädig*  
*Geschäftsführer der*  
*Arbeitsgemeinschaft*  
*Altenhilfe, Hospizarbeit*  
*und Pflege*

# 1. Der Schadensersatzanspruch

---

Schadenfälle können in unterschiedlicher Art und Weise auftreten und ebenso unterschiedliche Ursachen haben. Typische Fälle sind Stürze von Heimbewohnern, Infektionen, Erkrankungen und Verletzungen infolge fehlerhafter Pflege oder unzureichender Betreuung bzw. Beaufsichtigung. Allerdings zieht nicht jeder Schadenfall automatisch eine Haftung und damit die Eintrittspflicht für die (Betriebshaftpflicht-) Versicherung nach sich. Entscheidend hierfür sind Umstände, die dem Träger vorwerfbar oder von ihm

zu beherrschen sind und auch ursächlich zum Schaden beim Heimbewohner führen. Damit überhaupt von einem Anspruch auf Ersatz eines erlittenen Schadens, einschließlich etwaiger Folgeschäden, ausgegangen werden kann, müssen zunächst die Voraussetzungen für einen Schadensersatzanspruch vorliegen. Nur dann kann seitens der Betriebshaftpflichtversicherung eine Regulierung erfolgen. Das private Haftungsrecht unterscheidet vertragliche und gesetzliche Haftungstatbestände.

## 1.1 Vertragspflichtverletzung/ Rechtsgutverletzung

---

Die Erbringung von Pflegeleistungen erfolgt auf der Grundlage eines Heimvertrages mit dem Bewohner oder seinem rechtlichen Vertreter (Betreuer), der auch die Grundlage für die vertragliche Haftung bildet. Die Verletzung einer Vertragspflicht kann einen Anspruch auf Schadensersatz auslösen. Anspruchsgrundlage ist dabei § 280 Abs.1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Durch denselben Vorgang kann zugleich eine Rechtsgutverletzung (Rechtsgüter: Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit, Eigentum oder ein sonstiges Recht wie z.B. dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht) vorliegen, die nach dem Deliktsrecht einen Schadensersatzanspruch nach § 823 BGB begrün-

den kann. Eine Pflichtverletzung des Vertrages, aber auch eine Rechtsgutverletzung können dabei in einem aktiven Handeln oder Unterlassen bestehen. Beispiele hierfür sind: Der unsachgerechte Umgang in körperlichen Belangen (z.B. bei Lagerung, Transfer oder Grundpflege), Anamnesefehler, Medikationsfehler, fehlende Sturzprophylaxe, aber auch eine fehlerhafte Beratung u.v.m. Bei der Beurteilung einer Pflichtverletzung / Rechtsgutverletzung wird zunächst auf das objektive Vorliegen – unabhängig von subjektiven Komponenten wie z.B. eine Verantwortlichkeit oder ein Verschulden – abgehoben.

## 1.2. Ursächlichkeit und Rechtswidrigkeit der Schadenshandlung

---

Die Schadenshandlung der Pflicht- oder Rechtsgutverletzung muss ursächlich für eine Verletzung des Heimbewohners sein. Problemansatz in diesem Zusammenhang ist meistens, welche konkreten Verletzungen auf einen Pflegefehler zurückzuführen sind. Die Verletzungshandlung hat rechtswidrig zu sein, d.h. es darf keine Einwilligung, Notstand, Nothilfe

oder ein anderer Rechtfertigungsgrund vorliegen. Schwierigkeiten im Rahmen der Rechtswidrigkeit können z.B. durch die fehlende Einwilligungsfähigkeit eines kognitiv eingeschränkten Bewohners bei bestimmten Pflegehandlungen oder Maßnahmen (Fixierung oder andere freiheitsentziehende Maßnahmen, § 1906 Abs.4 BGB) entstehen.

## 1.3 Verschulden / Vertretenmüssen

---

Ein zentraler Diskussionspunkt im Haftpflichtschadensfall ist die Thematik des Verschuldens. Pflichtverletzungen führen nur dann zum Schadenersatz, wenn diese entweder vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt wurden. Dabei wird zunächst auf die Handlung des (Pflege-)Mitarbeiters abgehoben, die sich der Träger zurechnen lassen muss. Der Mitarbeiter kann dabei im deliktsrechtlichen Sinne (§ 831 BGB) als sog. „Verrichtungsgehilfe“ für den Heimträger tätig sein. Dabei wird zunächst vermutet, dass den Heimträger ein Verschulden trifft. Dieser wird sich in den meisten Fällen einer Haftung entziehen können, indem er beweist, dass er bei der Auswahl des Gehilfen bzw. bei dessen Aufsicht die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen (Entlastungsbeweis, Exkulpation).

Bei der vertraglichen Haftung muss sich der Heimträger das Verschulden seines Mitarbeiters als sog. „Erfüllungsgehilfen“ nach § 278 BGB zurechnen lassen, da er sich als Arbeitgeber des Mitarbeiters zur Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen aus dem Heimvertrag bedient. Das Schadenersatzrecht kennt verschiedene Formen des Verschuldens, die sich nach der Schwere der Vorwerfbarkeit untergliedern.

Dies hat Auswirkungen auf die Eintrittspflicht einer Betriebshaftpflichtversicherung. Die willentliche und wesentliche (vorsätzliche) Pflicht- oder Rechtsgutverletzung ist in der Praxis weniger anzutreffen als das Außerachtlassen der erforderlichen Sorgfalt. Wichtige in der Praxis relevante Verschuldensformen sind die Fahrlässigkeit (§ 276 Abs.2 BGB) und ihre – durch einen besonders schweren Sorgfaltspflichtverstoß gekennzeichnete – Variante der groben oder größten Fahrlässigkeit. Während man bei Unachtsamkeiten im Alltag noch von leichter Fahrlässigkeit („das kann einmal passieren“) ausgehen kann, setzt die grobe Fahrlässigkeit nicht nur die Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit der Gefahr, sondern eine Sorgfaltswidrigkeit in ungewöhnlich hohem Grade voraus. Diese besondere Sorgfaltswidrigkeit ist als leichtfertig oder gar unentschuldigbar zu werten („das darf nicht passieren“; Beispiele: Pflegekraft erscheint alkoholisiert oder unter Drogeneinfluss zum Dienst, Baden des Bewohners mit brühend heißem Wasser u.v.m.)<sup>3</sup>. Sorgfaltsmaßstab im pflegerischen Bereich sind die anerkannten pflegerischen Standards und der gewissenhafte Berufsangehörige (z.B. der Berufsgruppen der Altenpflege oder der Gesundheits- und Krankenpflege). Neben

besonderen Verschuldensformen (Übernahme-, Delegationsverschulden) ist das Organisationsverschulden hervorzuheben. Der Träger einer Pflegeeinrichtung hat diese so zu organisieren, dass ein Schadenseintritt weitgehend vermieden wird. Er hat dabei die erforderliche und zumutbare Sorgfalt aufzuwenden, sei es bei der Bestellung und Anweisung der Pflegepersonen, bei Hinweisen und Auskünften, bei der Bereitstellung sächlicher Hilfsmittel oder bei den räumlichen Gegebenheiten und deren Gestaltung in der Einrichtung.

Mit anderen Worten: „Wer zu einer Handlung verpflichtet ist und nicht selbst handelt, sondern seiner Verpflichtung durch den Einsatz von Hilfspersonal nachkommt, der muss für Einsatz, Anleitung und Kontrolle des Hilfspersonals sorgen.“<sup>4</sup> Liegt ein schuldhafter Verstoß gegen Organisationspflichten vor, die zu einem Schaden führen, kann der Träger auch dann haften, wenn die unmittelbar handelnde Pflegeperson kein Verschulden trifft.<sup>5</sup>

## 1.4. Schaden

---

Ohne feststellbaren Schaden (evtl. erst in der Zukunft) gibt es auch keinen Ersatz. Der zu ersetzende Schaden ist ein zentraler Problembereich in Haftpflichtangelegenheiten, da hierbei Art und Umfang des Schadenersatzes festzulegen sind. Im deutschen Recht gilt der sog. Restitutionsgrundsatz (§§ 249ff. BGB), d.h. es ist der Zustand wiederherzustellen, der vor dem Schadensereignis bestand.

Dies ist bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen oft nicht mehr bzw. nicht ohne weiteres möglich. Neben Heilbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen gehören hierzu auch Sachaufwendun-

gen und ggf. die Zahlung eines Schmerzensgeldes (§ 253 Abs.2 BGB) als sog. immaterieller Schadenersatz. Dabei sind Umstände, die der Geschädigte zum Schaden beigetragen hat, im Rahmen des Mitverschuldens zu berücksichtigen (§ 254 BGB). Der Schadensumfang wird durch die haftungsausfüllende Kausalität begrenzt, d.h. es sind nur die Schäden zu ersetzen, die auch auf die schädigende Pflicht- bzw. Rechtsgutverletzung zurechenbar und adäquat zurückzuführen sind. Hierdurch soll vermieden werden, dass schadensunabhängige Faktoren auf den Schädiger abgewälzt werden.

## 1.5 Verjährung von Haftpflichtansprüchen

---

Schadenersatzansprüche, die auf der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit beruhen, verjähren ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis in spätestens 30 Jahren von der Begehung der Handlung, der Pflichtverletzung oder dem sonstigen, den Schaden auslösenden Ereignis an (§§194f., 199 Abs.2 BGB – sog. Verjährungshöchstfrist)<sup>6</sup>. Hat der Gläubiger (der Geschädigte, dessen Betreuer oder der Sozialversiche-

rungsträger) hingegen Kenntnis von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schädigers erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müssen, tritt Verjährung frühestens nach 3 Jahren ein (§ 195 BGB – sog. Regelverjährungsfrist). Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist<sup>7</sup>. Daher kann es je nach Einzelfall angezeigt sein, die den (potentiellen) Schadensfall betreffenden Pflegeunterlagen bis zu 30 Jahren aufzubewahren.

## 2. Die Beteiligten im Haftpflichtschadensfall

Bei einem Haftpflichtschadensfall sind mehrere Akteure beteiligt. Alle verfolgen eigene Ziele, sei es Anspruchsdurchsetzung, Anspruchsregulierung bei be-

rechtigten Forderungen oder Anspruchsabwehr bei unberechtigten Forderungen.

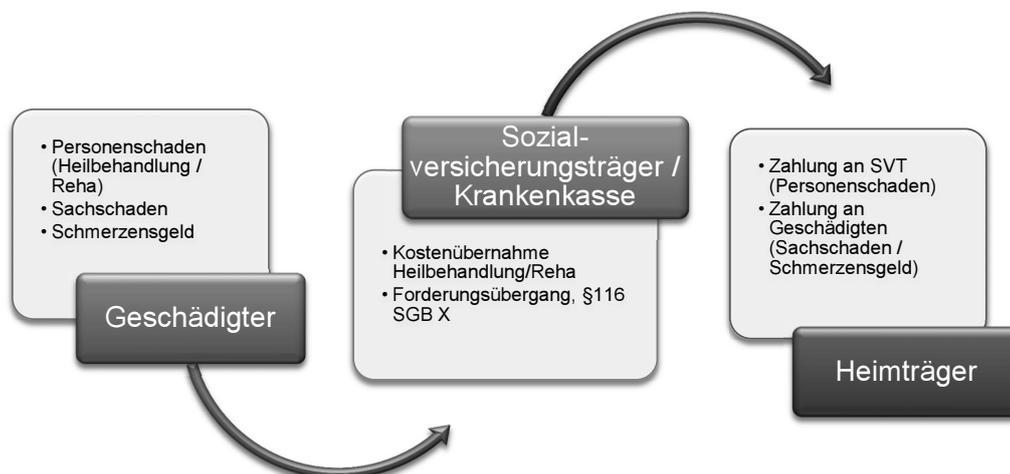
### 2.1 Anspruchssteller

Der Schadensersatzanspruch wird vom Geschädigten, seinem rechtlichen Vertreter (Betreuer) selbst oder durch einen bevollmächtigten Rechtsanwalt, der seine Vollmacht nachweisen muss, geltend gemacht. In der Praxis handelt es sich dabei meistens um Schmerzensgeld, den Ersatz von beschädigten Sachen wie z.B. Kleidung sowie Aufwendungen, z.B. Zuzahlungen zu Krankenhaustransport und -aufenthalt.

Bei Pflegefehlern weniger relevant sind kostenträchtige Verdienstaustausch- und Erwerbsschäden, da die Betroffenen meistens aus dem aktiven Arbeitsleben ausgeschieden sind. Eine bedeutende Schadensposition bei Verletzungen von Heimbewohnern sind die Heilbehandlungs- und Rehabilitationskosten. Von diesen Kosten erhält der verletzte Heimbewohner – abgesehen von den Zuzahlungen oder bei Privatpatienten – keine Kenntnis. Als Versicherter einer ge-

setzlichen Krankenkasse tritt diese zunächst in Vorlage und reguliert die Heilbehandlungs- und Reha-Kosten gegenüber dem Arzt oder Krankenhaus. Aufgrund des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 116 SGB X steht der Schadensersatzanspruch hinsichtlich der Heilbehandlungs- und Rehabilitationskosten nicht (mehr) dem Geschädigten, sondern dem Sozialleistungsträger (hier: Krankenkasse) zu. Der Gesetzgeber hat auf diese Weise sichergestellt, dass die Krankenkasse, die mit Heilbehandlungsmaßnahmen usw. in Vorleistung geht, auf direktem Wege den Schädiger in Anspruch nehmen kann.

Die weiteren Schadenspositionen wie Schmerzensgeld, Schadensersatz für beschädigte Sachen (z.B. Kleidung), Zuzahlungen für Hilfsmittel u.a. sind vom Geschädigten bzw. dessen rechtlichen Vertreter selbst zu verfolgen.

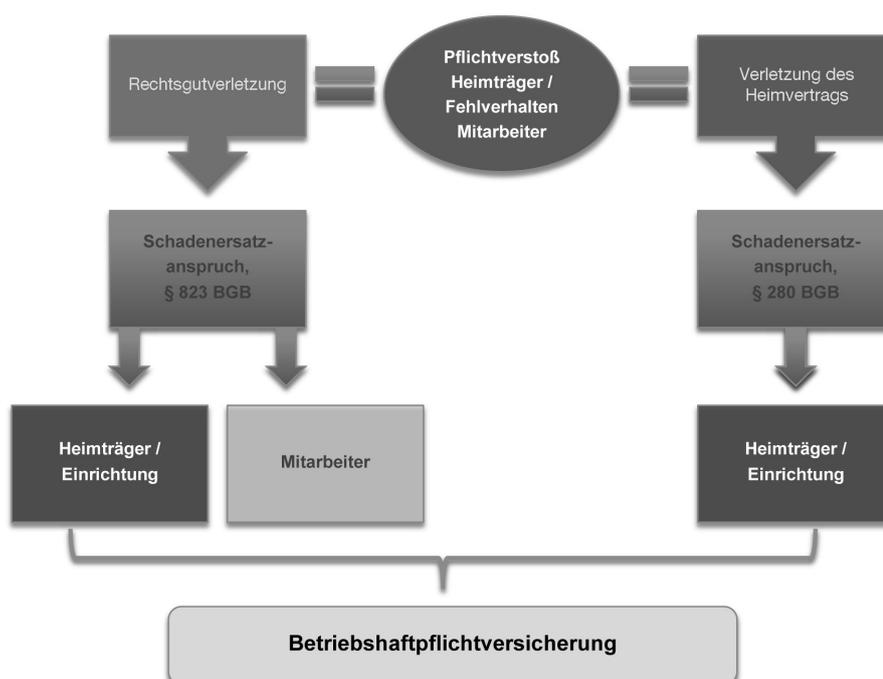


## 2.2 Anspruchsgegner

Als Anspruchsgegner für einen deliktsrechtlichen Anspruch (§§ 823ff. BGB) kommen der Heimträger, aber auch dessen Mitarbeiter, der eine Rechtsgutverletzung unmittelbar verursacht hat, in Betracht. Dies ist beispielsweise die Pflegekraft, die den an Osteoporose erkrankten Bewohner unsachgerecht gewaschen und somit einen Knochenbruch verursacht oder aufgrund der Missachtung von Hygienevorschriften eine MRSA-Infektion herbeigeführt oder aber vergessen hat, einem sturzgefährdeten Bewohner einen Hüftprotektor anzulegen, der einen Oberschenkelhalsbruch hätte abwenden können.

Sofern keine grobe bzw. gröbste Fahrlässigkeit des Mitarbeiters vorliegt, wird der Arbeit- bzw. Dienstgeber diesen nach arbeitsrechtlichen Haftungsgrundsätzen gegenüber den Ansprüchen eines Geschädigten freizustellen haben (§§ 254, 257, 670 BGB). Eine Haftung des Mitarbeiters käme in diesem Zusammenhang dann in Betracht, wenn der Arbeit- bzw. Dienstgeber als Schuldner z.B. aufgrund Insolvenz ausfiele. Außerdem werden sämtliche Betriebsangehörige über die Betriebshaftpflichtversicherung des

Arbeits- bzw. Dienstgebers wegen ihrer persönlichen gesetzlichen Haftpflicht für Schäden mitversichert, die sie „in Ausübung ihrer dienstlichen Verrichtungen verursachen.“<sup>68</sup> Damit werden Mitarbeiter, die einen Schadensfall wegen einer Pflicht- oder Rechtsgutverletzung verursachen, in aller Regel nicht direkt mit Haftungsansprüchen konfrontiert (außer bei Exzessen des Mitarbeiters, d.h. bei vorsätzlicher Körperverletzung oder Tötung wie z.B. Missbrauchs- oder Sterbehilfefällen). Gleichwohl haften sie im Grundsatz neben dem Träger als sog. Gesamtschuldner. Unabhängig davon kann eine etwaige strafrechtliche Prüfung des Verhaltens des Mitarbeiters (z.B. bei einer fahrlässigen Körperverletzung oder der fahrlässigen Herbeiführung des Todes eines Heimbewohners) erfolgen. Ein vertraglicher Schadensersatzanspruch infolge einer Pflichtverletzung eines Mitarbeiters oder wegen Organisationsverschulden richtet sich unmittelbar gegen den Träger. Nur der Träger steht in einer Vertragsbeziehung mit dem Heimbewohner. In der Praxis werden deswegen Schadensersatzforderungen direkt an den Träger gerichtet.



## 2.3 Haftpflichtversicherer und Versicherungsmakler

Ein wichtiger Partner bei der Abwicklung von Schadensersatzangelegenheiten ist das Versicherungsunternehmen, das in Form der Betriebshaftpflichtversicherung eintritt. Diese ist eine Haftpflichtversicherung, welche die spezifischen Risiken des Heimbetriebes deckt. Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gibt dabei den rechtlichen Rahmen mit lückenfüllender Funktion vor. Die nähere Gestaltung und Konkretisierung der (Betriebs-)Haftpflichtversicherung wird durch den Versicherungsvertrag vorgenommen, der auf den Allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen (AHB) basiert. Es finden sich daher korrelierende bzw. entsprechende Bestimmungen in beiden Regelwerken. Abweichend von den AHB kann zudem durch zusätzliche Bedingungen und Risikobeschreibungen der Versicherungsschutz erweitert werden. Der Haftpflichtversicherer verfolgt das ureigene Interesse, unberechtigte Forderungen zurückzuweisen und berechnete Ansprüche in einem rechtlich erforderlichen Maß zu befriedigen. Nicht selten ist bei Schadensersatzansprüchen gerade das Ausmaß des Schadens (z.B. Höhe eines Schmerzensgeldes) Anlass für Streitigkeiten, gerichtliche Auseinandersetzungen.

Dem Versicherer kann ein Versicherungsmaklerunternehmen quasi „vorgeschaltet“ sein, welches als Dienstleistung die Anmeldung eines Schadensersatzanspruches und die Korrespondenz bzw. Vermittlung zwischen Träger und Haftpflichtversicherer übernimmt. Zu unterscheiden ist er vom Versicherungsvertreter (Versicherungsagentur), der quasi als „verlängerter Arm“ des Versicherungsunternehmens tätig ist, während das Versicherungsmaklerunternehmen keine Stellvertretung des Versicherungsunternehmens darstellt. Eine Regulierung im eigentlichen Sinne bzw. Zahlung oder Forderungsabwehr durch das Maklerunternehmen erfolgt daher nicht. Je nach Maklerunternehmen kann dort eine versicherungsrechtliche Vorprüfung stattfinden und man erhält wichtige Hin-

weise und Unterstützung für das weitere Vorgehen. Die Korrespondenz zwischen Anspruchsteller und Träger wird i.d.R. über dessen Haftpflichtversicherung abgewickelt. Die Haftpflichtversicherung gibt dann die Informationen (ggf. über den Versicherungsmakler) an den Träger weiter. Häufig gelingt es bei einem guten Zusammenspiel von Versicherer und einem kompetenten Makler, dass der versicherte Heimträger von der Schadensbearbeitung und -abwicklung nur die wirklich wesentlichen Vorgänge mitbekommt und sich nicht mit einer langwierigen und komplizierten Korrespondenz auseinandersetzen muss. Außerdem können Versicherungsmakler auch bei Kulanzangelegenheiten Hilfe bieten. Kommt es zur gerichtlichen Auseinandersetzung, wird nicht das Haftpflichtversicherungsunternehmen, sondern der Träger unmittelbar verklagt. Mündet das Klageverfahren in ein Urteil, welches den Träger zum Schadensersatz verpflichtet, tritt die Versicherung ein und reguliert den Schaden gemäß den Vorgaben im Urteil oder empfiehlt ein Rechtsmittel (Berufung, Revision) einzulegen.

Allerdings gibt es auch Fälle, in denen sich im Laufe eines Gerichtsprozesses ergibt, dass ein Schaden auf eine Weise herbeigeführt wurde, welche den Versicherungsschutz ausschließt (z.B. bei Haftungsausschlüssen oder bei Vorsatz). Im Gegensatz zu anderen (privaten) Schadensversicherungen wird aber die grobe Fahrlässigkeit mitversichert. Wenn eine Verurteilung des Trägers erfolgt und ein Haftungsausschluss vorliegt, hat er den Schaden selbst zu tragen. Sollte über das Vorliegen eines Haftungsausschlusses Streit zwischen Versicherung und Träger bestehen, muss der Träger später den von ihm an den Geschädigten gezahlten Schadensersatz gegenüber seiner eigenen Versicherung geltend machen (sog. Deckungsklage). Er muss dann darlegen und vor allem beweisen, dass ein die Kostenübernahme ausschließender Grund nicht gegeben ist.

## 3. Der Nachweis eines Schadensersatzanspruches

---

In einem Haftungsprozess ist die Frage nach der Nachweislichkeit oder Beweisbarkeit der haftungsbegründenden Tatsachen oft Dreh- und Angelpunkt für den Ausgang der gerichtlichen Auseinandersetzung. Kann ein

Anspruch im Bestreitensfalle nicht bewiesen werden, ergeht eine Entscheidung zu Lasten desjenigen, der die Beweislast trägt und „beweisfällig“ geblieben ist (sog. „non-liquet“-Entscheidung); d.h. er verliert den Prozess.

### 3.1 Grundsatz der Beweislast

---

Im Grundsatz gilt, dass ein Anspruchsteller – hier also der Geschädigte oder die regressierende Krankenkasse – alle anspruchsbegründenden Tatsachen

darzulegen und zu beweisen hat. Hiervon gibt es jedoch Ausnahmen.

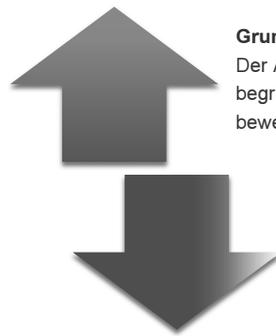
### 3.2 Ausnahmen / Beweislastumkehr

---

Bei einem vertraglichen Schadensersatz (wegen Verletzung von Pflichten des Heimvertragsverhältnisses) muss der Anspruchsteller zwar Pflichtverletzung, Ursächlichkeit sowie Schaden und dessen Ausmaß vortragen und beweisen; das vertragliche Haftungsrecht sieht aber eine Beweiserleichterung für den Geschädigten vor. Danach ist ein Verschulden des Trägers anzunehmen, wenn er nicht belegen kann, dass ihn kein Verschulden trifft. Im Zweifelsfalle kann, wenn er beweisfällig bleibt, eine Entscheidung zu seinen Lasten ergehen<sup>9</sup>. Eine Beweislastumkehr besteht auch in solchen Fällen, in denen sich ein an sich vom Träger einer Pflegeeinrichtung „voll beherrschbares Risiko“ in einem Schaden des Heimbewohners verwirklicht. Beispiel hierfür sind Verstöße gegen Hygienevorschriften (d.h. Nichtbeachtung von Hygienestandards), die fehlerhafte und damit als nicht vorhandenen erachtete Pflegedokumentation oder in Einzelfäl-

len bei Stürzen die unterbliebene Sturzprophylaxe. Hier muss der Träger darlegen und beweisen, dass eine Pflichtverletzung und ein Verschulden nicht vorliegen. Die Rechtsprechung hat hierzu wie folgt ausgeführt: „...Die Beweislastumkehr (...) erstreckt sich aber schon auf den objektiven Pflichtenverstoß, wenn der Geschädigte im Herrschafts- und Organisationsbereich des Schuldners zu Schaden gekommen ist und die den Schuldner treffenden Vertragspflichten auch dahin gingen, den Geschädigten gerade vor solchen Schäden zu bewahren. Das gilt insbesondere, wenn es um Risiken geht, die ein Träger einer Anstalt oder dessen Personal voll beherrschen können. Zu diesem Bereich gehört insbesondere, wenn das Pflegepersonal in seinem eigentlichen Aufgabenbereich, namentlich bei Bewegungs- und Transportmaßnahmen tätig ist. Denn es darf nicht geschehen, dass in solchen - für den Patienten besonderen Ge-

fahrensituationen - der Patient aus nicht zu klärenden Gründen zu Fall kommt...“<sup>10</sup>. Deswegen wird im Regress häufig der Versuch unternommen, diese Fallkonstellation zu konstruieren und auf möglichst viele Einzelfälle zu übertragen. Hintergrund hierfür ist das Problem der Anspruchssteller, über keine umfassenden Unterlagen und Informationen zu verfügen, mit welchen sie ggf. einen Pflegefehler und ein Verschulden nachweisen könnten.



**Grundsatz:**

Der Anspruchssteller muss die den Anspruch begründenden Tatsachen darlegen und beweisen

**Ausnahme:**

- voll beherrschbares Risiko
- besonders schwerer Fehler
- mangelhafte Dokumentation

**dann: Beweislastumkehr/-erleichterung**

### 3.3 Zugang zu Beweismitteln

Ein direkter Zugriff auf Pflegedokumente wie Sturzprophylaxeunterlagen, Pflegeprotokolle, Pflegedokumentationen ist für Angehörige oder regressfordern- de Krankenkassen aufgrund der Schweigepflicht und des Datengeheimnisses über den Träger nicht ohne weiteres möglich. Die Anspruchssteller werden „ausgebremst“, da die häufig dementiell veränderten und betroffenen Heimbewohner oder auch die rechtlichen Betreuer ebenfalls nichts bis wenig zur Sachverhaltsaufklärung beitragen können. Eine Verbesserung dieser Situation für die Krankenkassen ergibt sich durch die mit der Versicherungswirtschaft bzw. mit einzelnen Versicherern vereinbarten „Teilungsabkommen“.

Dabei wird ein Schadensersatzanspruch der Krankenkasse an den Versicherer gemeldet und dieser tritt – wenn ein Verursachungsbeitrag des Trägers festgestellt werden kann – in eine quotenmäßige Regulierung des Schadens ein. Danach ist eine weitere Inanspruchnahme oder Rückerstattung ausgeschlossen. Es sollen auf der einen Seite aufwendige und kosten-trächtige (Beweis-)Verfahren und Prozesse vermieden werden. Auf der anderen Seite wird u.U. ein Schaden reguliert, den ein Träger nicht oder nicht uneingeschränkt zu verantworten hat. Der Bundesgerichtshof hat in einer kürzlichen Entscheidung Näheres zur Herausgabepflicht eines Heimträgers von Bewohnerunterlagen konkretisiert und damit die Position von An-

spruchsstellern gestärkt. Nach dieser Entscheidung muss ein Träger Pflegeunterlagen über einen Heimbewohner an die Krankenkasse herausgeben, wenn und soweit mit diesem das Bestehen von Schadenersatzansprüchen geklärt werden soll. Dies wird aus den Vorschriften des gesetzlichen Überganges des Anspruchs (§ 116 Abs. 1 S1 SGB X i.V.m. § 401 Abs. 1 analog, § 412 BGB) und den damit verbundenen Nebenrechten hergeleitet. Voraussetzungen sind jedoch, dass Träger und Pflegekräfte von der obliegenden Pflicht zur Verschwiegenheit entbunden sind oder – falls Hindernisse entgegenstehen – das vermutete Einverständnis des Heimbewohners zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation angenommen werden kann. Bei verstorbenen Heimbewohnern wird davon ausgegangen, dass die Einsichtnahme deren mutmaßlichem Willen entspricht.<sup>11</sup> Es ist feststellbar, dass sich Krankenkassen zunehmend auf diese Entscheidung stützen und selbst Sturzfälle von verstorbenen Bewohnern nochmals untersuchen, um ggf. noch nicht verjährte Regressansprüche geltend zu machen.

Es ist bei einem Herausgabeverlangen der Krankenkasse eine rasche Abklärung im Einzelfall mit dem Haftpflichtversicherer vorzunehmen. Danach sind die Unterlagen zeitnah an die Krankenkasse zu übersenden, da ansonsten eine sogenannte Herausgabeklage drohen kann.

## 4. Der Versicherungsschutz

### 4.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Haftpflichtversicherung (AHB) fassen generell den Versicherungsschutz in Ziffer 1 zusammen: „Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hat-

te, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird.“

Bei Betriebshaftpflichtversicherungen werden die Leistungen auf die versicherten Unternehmen angepasst und z.B. durch Produkthaftungsversicherungen ergänzt und durch die Betriebsbeschreibung (z.B. Altenpflegeheim) für die speziellen Gefahren und Risiken angepasst.

### 4.2 Versicherungsleistungen

Ziffer 5.1 AHB erläutert die grundsätzlichen Versicherungsleistungen: „Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche und die Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadensersatzverpflichtungen.“ Schadensersatzverpflichtungen sind je nach Fall vielgestaltig. Bei Unfällen von Heimbewohnern sind die zu regulierenden Schadenspositionen in der Regel Personenschäden wie z.B. Heilbehandlungskosten und die Kosten der medizinischen Rehabilitation, Fahrtkosten- und Krankenhauszuzahlungen sowie weitere Zuzahlungen zu Heil- und Hilfsmitteln und vor allen Dingen Schmerzensgeld. Weiterhin können Sachschäden zu regulieren sein wie z.B. beschädigte Kleidung oder weitere Gegenstände des Heimbewohners. Die Betriebshaftpflichtversicherung deckt Vermögensschäden als Folgeschäden (z.B. Erwerbsschäden) ab.

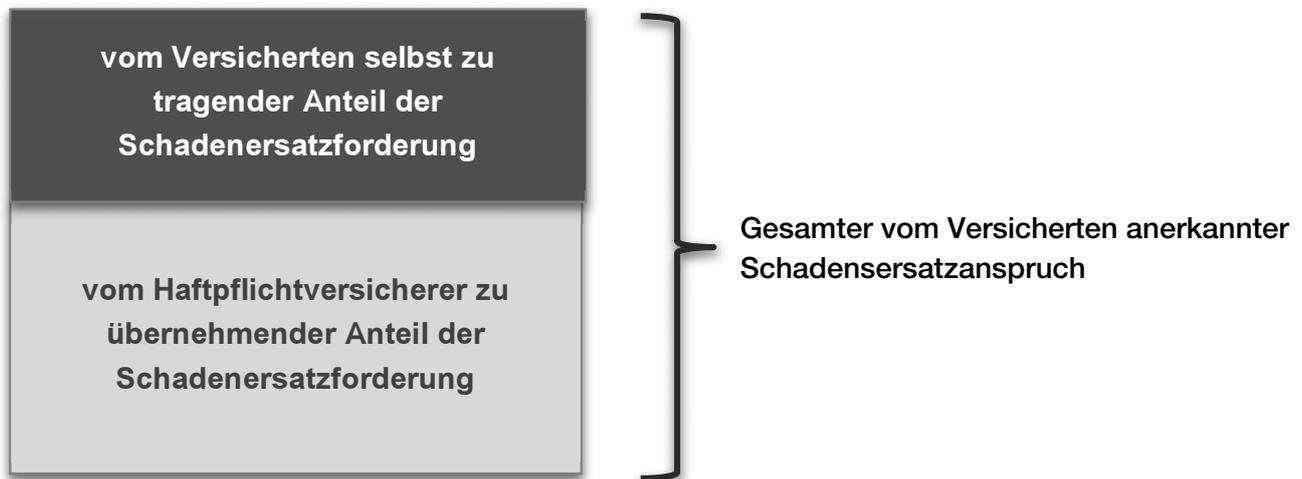
Viel diskutiert wurde und wird die Frage nach den „berechtigten Schadenersatzverpflichtungen“. Hierzu

wird in Ziffer 5.1 Abs.2 AHB ausgeführt: „Berechtigt sind Schadensersatzverpflichtungen dann, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die vom Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.“

Vor der Reform des Versicherungsvertragsrechts im Jahr 2008 gaben die Versicherungsvertragsbedingungen ein Verbot von Anerkenntnissen vor, um den Versicherer vor übereilten und ungeprüften Verpflichtungen aus einem Haftpflichtschadensfall zu schützen. Regelmäßig konnte einerseits durch den Hinweis auf das Anerkenntnisverbot gegenüber Anspruchstellern Zeit gewonnen werden, um sich mit dem Versicherer ausführlich abzustimmen. Auf der

anderen Seite konnte ein vorschnelles Anerkenntnis oder die Befriedigung von Ansprüchen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Nach § 105 VVG (n.F.) gibt es dieses Anerkenntnisverbot nicht mehr. Auf den ersten Blick stellt sich dies als Verbesserung für den Versicherungsnehmer dar. Ein entscheidender Aspekt ist allerdings, dass Anerkennnisse des Versicherten gegenüber Geschädigten ohne Zustimmung der Versicherung für diese keine Bindungswirkung (mehr) entfalten. Dies bedeutet, dass die Versicherung die Leistung zunächst verweigern kann.

Dadurch wird der Versicherte gezwungen, in einem sogenannten Deckungsprozess (s.o.) die Versicherungsleistung gegen die eigene Versicherung einzuklagen. Der Versicherungsnehmer muss dann beweisen, dass eine Einstandspflicht der Versicherung auch ohne Anerkenntnis aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Grundlagen bestanden hätte. Insofern besteht eine Risikoverlagerung zu Lasten des Versicherten (die der Gesetzgeber unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes vermutlich so nicht beabsichtigt hatte). Es kann dann zu einer Aufteilung bei der Regulierung des Schadensersatzanspruchs kommen:



Möglich sind auch die beiden extremen Varianten: Zum einen kann sich im Deckungsprozess herausstellen, dass ein Schadensersatzanspruch vom Heimträger zwar ohne Zustimmung des Haftpflichtversicherers anerkannt und bezahlt wurde, dieser aber in voller Höhe berechtigt war. Dann muss der Versicherer den gesamten (anerkannten) Betrag übernehmen. Zum anderen kann der Anspruch andererseits in Gänze nicht berechtigt gewesen sein (z.B. weil nachweislich überhaupt kein Pflegefehler vorlag), dann muss die Versicherung keinerlei Anteil übernehmen. Mit dem Hinweis auf das nicht mehr bestehende Anerkenntnisverbot wird durch Rechtsanwälte oder andere Vertreter von Geschädigten oder durch die regressfordernde Krankenkasse der Regulierungsdruck auf den Heimträger erhöht, da

sich dieser zumindest formal nicht mehr auf den drohenden Verlust seines Versicherungsschutzes im Falle eines Anerkenntnisses berufen kann. Trotzdem empfiehlt es sich auch nach aktuellem Recht, keine Anerkennnisse oder (Teil-)Zahlungen ohne Rücksprache mit dem Versicherer vorzunehmen. Ist die Verpflichtung zum Schadensersatz allerdings mit bindender Wirkung (z.B. durch rechtskräftiges Urteil oder durch einen – mit dem Versicherer – abgestimmten Vergleich) festgestellt worden, hat der Haftpflichtversicherer den Heimträger innerhalb von zwei Wochen vom Anspruch des klagenden Geschädigten freizustellen<sup>12</sup>. Die Betriebshaftpflichtversicherung entfaltet bei einer gerichtlichen Geltendmachung von Schadensersatzforderungen die Wirkung, dass der Versicherer mittelbar in das Klageverfahren einsteigt,

indem es dem Heimträger Rechtsschutz durch anwaltliche Vertretung gewährt.

Nach Ziffer 5.2 Abs.2 AHB ist der Versicherer zur Prozessführung berechtigt und kann den Rechtsstreit im Namen des Heimträgers auf eigene Kosten führen (s. hierzu auch unten). In dem bereits oben beschriebenen Fall einer strafrechtlichen Verfolgung ist es un-

ter Umständen möglich, dass der Haftpflichtversicherer die Übernahme der Kosten für die Bestellung eines Strafverteidigers nach vorheriger Abstimmung genehmigt<sup>13</sup>. Hintergrund dafür sind etwaige Feststellungen im Strafverfahren, die für einen parallelen oder späteren zivilrechtlichen Schadenersatzprozess von Bedeutung sein können.

## 4.3 Begrenzung und Ausschlüsse

Die Ziffer 6 AHB enthält zahlreiche und komplexe Haftungsbegrenzungen. Beispielsweise ist die Eintrittspflicht des Haftpflichtversicherers auf eine bestimmte, vereinbarte Versicherungssumme bzw. die Entschädigungsleistungen für alle Versicherungsfälle eines Jahres auf ein festzulegendes „X“-faches der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Gerade bei einem Schadensfall, der eine Reihe von Heimbewohnern betreffen kann (mehrfache schwere Erkrankungen infolge der Verletzung von Hygienevorschriften u.a.), können bei einer zu geringen Versicherungssumme Deckungsgrenzen erreicht werden. Hier sollten die Risiken und die geeigneten Versicherungssummen in Absprache mit dem Versicherer vorab abgestimmt werden. Üblicherweise gibt es aber hinreichende Vergleichswerte aus der Praxis, auf die zurückgegriffen werden kann.

Ziffer 7 AHB regelt eine ganze Reihe von Versicherungsausschlüssen, d.h. Sachverhalten, bei denen die Versicherung grundsätzlich nicht eintritt. Einer der wichtigsten Ausschlüsse ist bei der vorsätzlichen Schadensherbeiführung gegeben. Die Abgrenzung zur groben Fahrlässigkeit (vgl. oben II. Nr.3) – und damit der Möglichkeit einer zumindest teilweisen Schadensregulierung – ist hierbei bisweilen schwierig. Aus dem Strafrecht lassen sich Abgrenzungsansätze ableiten: Wenn der Versicherte eine Situation als gefährlich wahrgenommen hat, jedoch darauf hofft und sich darauf verlässt, dass nichts passiert und kein Schaden eintreten wird, kann dies als grobe Fahrläs-

sigkeit gewertet werden. Findet sich der Versicherte in dieser Situation hingegen mit der Möglichkeit des Schadenseintritts ab und nimmt diesen wissentlich und billigend in Kauf, liegt (sog. bedingter) Vorsatz vor<sup>14</sup>. Auf eine Pflegesituation übertragen würde dies z.B. bedeuten, dass eine Pflegefachkraft, die den erkennbaren Dekubitus eines Bewohner verschweigt (Unterlassen) oder bei einem an Osteoporose leidenden Bewohner eine unverhältnismäßig grobe Pflegehandlung vornimmt (aktives Tun), vorsätzlich handelt, wenn sie um die Umstände und ihr Fehlverhalten weiß und sich mit der Verletzung des Heimbewohners abfindet. Gleiches kann bei falscher Medikamentengabe der Fall sein, wenn der Pflegemitarbeiter Warnungen und Hinweise quasi „in den Wind schießt“ und nicht mehr darauf vertraut, dass alles gut gehen wird, sondern den absehbaren Schadenseintritt letztlich billigst.

In der Praxis dürften vergleichbare Fälle selten anzutreffen sein. Zudem ist es keineswegs einfach, den Nachweis für einen bedingten Vorsatz zu führen. Die Versicherungsausschlüsse sind abdingbar, d.h. dass in der Regel die Versicherer speziell für den Pflegeheimbetrieb abgestimmte Versicherungsbedingungen vorhalten, die abweichend von den AHB für an sich ausgeschlossene Risiken (z.B. bei Persönlichkeitsverletzung) Versicherungsschutz bieten. Bei Unsicherheiten bezüglich der konkreten Bedingungen empfiehlt es sich auch hier im Einzelfall mit dem Versicherer/ Versicherungsmakler abzustimmen.

## 5. Die versicherungsrechtlichen Obliegenheiten

---

Die richtige Vorgehensweise und der probate Umgang mit Schadensfällen hängen von den individuellen Verhältnissen und Umständen ab. Dabei kommt es auch auf eine problemlose Kommunikation zwischen Heimträger, evtl. Versicherungsmakler und Versicherungsunternehmen an, um sorgfältig zu prüfen, ob ein Versicherungsfall, d.h. ein Schadensfall

vorliegt, bei dem der Haftpflichtversicherer mit Versicherungsleistungen eintritt. Vor allem sind nach den vereinbarten Versicherungsbedingungen die beim Eintritt eines Versicherungsfalls geltenden Obliegenheiten zu beachten, um den Versicherungsschutz nicht zu beeinträchtigen.

### 5.1 Meldung bzw. Anzeige des Versicherungsfalls an den Versicherer

---

Die Unfallmeldung an den Haftpflichtversicherer setzt den Versicherungsfall in Gang. Nach den Versicherungsbedingungen bzw. dem Versicherungsvertragsgesetz gibt es dabei wichtige Fristen zu beachten. Jeder Versicherungsfall ist, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind, dem Versicherer innerhalb einer Woche anzuzeigen. Das Gleiche gilt, wenn gegen den Versicherungsnehmer Haftpflichtansprüche geltend gemacht werden.<sup>15</sup> Die Anzeigepflicht besteht bereits dann, wenn der Heimträger Kenntnis davon hat, dass Tatsachen eingetreten sind, durch die ein Schaden entstanden ist und weiß oder damit rechnet, dass dieser vom Heimbewohner, Angehörigen oder von einer Krankenkasse im Wege des Regresses geltend gemacht werden kann. Hier stellt sich bei dezentral organisierten (Pflege-)Einrichtungen mit einer zentralen Verbandsverwaltung die Frage, ob es ausreichend ist, wenn der für Versicherungsangelegenheiten zuständige Mitarbeiter des Heimträgers Kenntnis erhält. Im Zweifel wird man den Kenntniszeitpunkt der Mitarbeiter des Heimes bzw. der Einrichtung vor Ort aufgrund der all-

gemeinen Zurechnungsvorschriften<sup>16</sup> als maßgeblich betrachten müssen; daher ist ein rascher, unverzüglicher Informationsfluss aus der Einrichtung an den Träger zwecks Weiterleitung der Informationen an die Haftpflichtversicherung sehr wichtig.

Die Anzeigepflicht erfasst auch (vermeintlich) unbegründete Ansprüche; die (rechtliche) Prüfung soll dabei immer dem Versicherer überlassen bleiben. Möglich ist es auch, die Anzeige an das Haftpflichtversicherungsunternehmen über den Versicherungsmakler zu erledigen. Die Kenntnis des Maklers wird i.d.R. aber nicht der Haftpflichtversicherung zugerechnet. Daher sollte sichergestellt sein, dass den Versicherungsmakler die erforderlichen Meldungen und Informationen rechtzeitig erreichen und der Versicherer z.B. durch eine vorherige Vereinbarung oder Erklärung den Eingang von Anzeigen und Meldungen an den Versicherungsmakler auch gegen sich gelten lässt. Im Rahmen des Versicherungsmaklervertrags wird die Übernahme bestimmter Vorgänge und Vollmachten für die Schadenabwicklung, insbesondere die Anmel-

dung von Schäden und Weiterleitung von Unterlagen oder Informationen an das Versicherungsunternehmen, vereinbart. Unterlaufen dem Versicherungsmakler dabei Fehler (z.B. versäumt dieser die Unterlagen fristgerecht an den Versicherer weiterzugeben), können vertragliche Schadenersatzansprüche (§ 280 BGB) aus dem Dienstleistungs- oder Geschäftsbesorgungsvertrag diesem gegenüber entstehen.

Nicht jeder kleinste Unfall eines Heimbewohners muss, soweit es sich um einen klar erkennbaren Bagatellfall handelt, zu einem Versicherungsfall werden. Dieses einzuschätzen ist aber gerade bei älteren, pflegebedürftigen oder kognitiv beeinträchtigten Menschen mit einer eingeschränkten Fähigkeit sich zu äußern und wegen der oft nicht äußerlich sichtbaren Verletzungen bisweilen extrem schwierig. In der Rechtsliteratur wird es für ausreichend gehalten, „...dass sich ein Sachverhalt ereignet hat, der aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen möglicher- oder denkbarerweise zur Haftung des Versicherungsnehmers dem Dritten (Geschädigten) gegenüber führen könnte.“<sup>17</sup> Im Zweifel

empfiehlt es sich daher die Anzeige eines (potentiellen) Versicherungsfalls fristgerecht, d.h. innerhalb einer Woche vorzunehmen und zwar unabhängig davon, ob hieraus ein Schadenersatz- oder Regressanspruch entstehen wird. Durch die frühe Einbindung des Haftpflichtversicherers bzw. des Versicherungsmaklers wird bei diesen zwar ein gewisser Verwaltungsaufwand ausgelöst, jedoch dürfte dies mit Blick auf die Vermeidung komplizierter Auseinandersetzungen zur Frage etwaiger Obliegenheitsverletzungen und einer unter Umständen daraus resultierenden langwierige Schadensregulierung vertretbar sein. Die Anzeige des Versicherungsfalls kann (fern-)mündlich oder in Textform (Fax bzw. E-Mail) durchgeführt werden; ein Verstoß gegen eine im Versicherungsvertrag vereinbarte Schriftform ist unschädlich<sup>18</sup>. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist die schriftliche Anzeige oder die Anzeige per Telefax oder Email vorzuziehen. Für die Rechtzeitigkeit genügt die fristgerechte Absendung der Anzeige.<sup>19</sup> Bei Streitigkeiten über die Anzeigeobligenheit trägt der Versicherer die Beweislast für eine frühere Kenntnis des Versicherten.<sup>20</sup>

## 5.2. Aufklärungs- und Mitwirkungsobligenheiten

Neben der Anzeige des Versicherungsfalls sind die Aufklärungs- und Mitwirkungsobligenheiten im Falle eines Unfalls in der Pflege von erheblicher Bedeutung, Ziffer 25.2 AHB: „Der Versicherungsnehmer muss nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen. Weisungen des Versicherers sind dabei zu befolgen, soweit es für den Versicherungsnehmer zumutbar ist. Er hat dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten und ihn bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach Ansicht des Versicherers für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitge-

teilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.“ Bevor daher dem Geschädigten oder der Krankenkasse, die die Regressansprüche geltend macht, die erforderlichen Berichte, Dokumentation und weitere Unterlagen zur Verfügung gestellt werden (müssen), sind diese an den Haftpflichtversicherer zu übermitteln, der auf diese Weise die Regulierung oder Abwehr der Forderungen hinreichend vorbereiten kann. Hier sollten die Pflegekräfte – bei Helfern oder Auszubildenden unter Hinzuziehung einer Fachkraft oder der Leitung – eine möglichst genaue, und wahrheitsgemäße Beschreibung in einem Unfallprotokoll vornehmen. Hierzu gibt es

geeignete Unfall-/Sturzprotokollvorlagen, die ggf. noch durch Erläuterungen ergänzt werden können. Die Mitarbeiter sollten sich ihrer Verantwortung und der Bedeutung ihrer Schilderungen bewusst sein und am besten durch eine Schulung oder Weiterbildung vorbereitet sein. Mitarbeiter reagieren bei Unfällen angesichts teilweiser schwerer Verletzungen von Heimbewohnern bzw. deren Tod verständlicherweise unsicher. Es ist daher sinnvoll, die Mitarbeiter auf den bestehenden Versicherungsschutz hinzuweisen, um Sorgen und Ängste abzubauen und so Falschangaben oder das Verschweigen unfallrelevanter Tatsachen aus Furcht vor persönlichen Konsequenzen zu vermeiden. Entscheidend ist die umfassende und korrekte Dokumentation vor allem für die Haftungsfrage, aber auch unter dem Gesichtspunkt der Mitwirkungspflichten gegenüber der Versicherung. Daher ist es unerlässlich, dem Versicherer alle erforderlichen Unterlagen und Informationen zur Verfügung stellen zu können. Hierzu können je nach Notwendigkeit gehören:

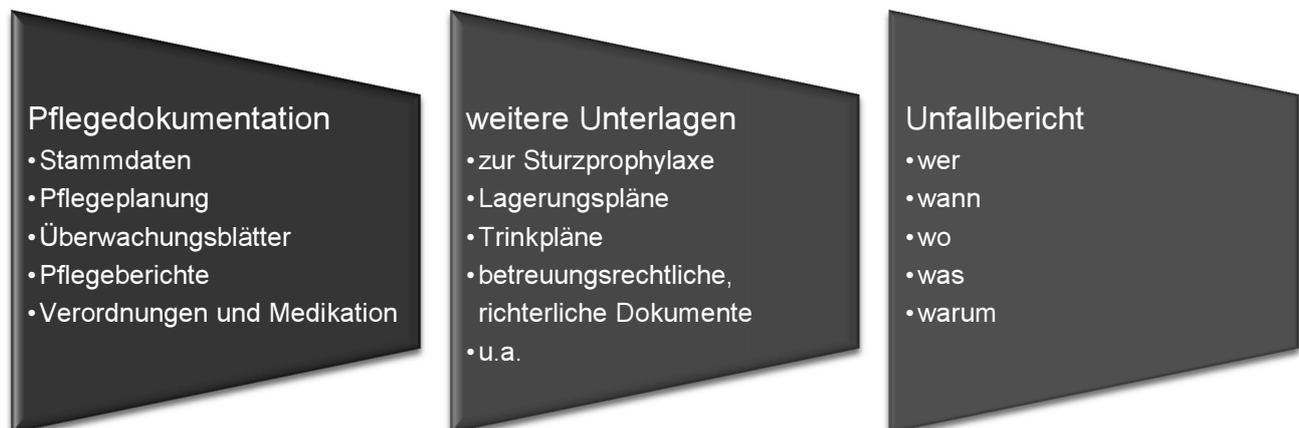
- Unfallbericht
- Pflegedokumentation/ Anamneseunterlagen/ Pflegebericht
- Protokoll zur Sturzprophylaxe/Risikoermittlung
- Sturzprotokolle

Ggf. sind weitere vom Versicherer erbetene Unterlagen zu übersenden (z.B. Medikamentenberichte, Trink- und Lagerungsprotokolle, betreuungsrechtliche bzw. gerichtliche Unterlagen, Dienstplan mit Besetzungs- und Qualifikationsangaben).

Die Unfallschilderung und die entsprechende Dokumentation werden i.d.R. von Mitarbeitern oder der Pflegedienstleitung vorgenommen. Diese gelten als vom Träger der Einrichtung beauftragt mit der Konsequenz, dass sich dieser bewusst falsche oder grob fahrlässig falsche Angaben seiner Mitarbeiter zurechnen lassen muss.<sup>21</sup> Daher ist es wichtig und sinnvoll, die Mitarbeiter für solche Fälle gut vorzubereiten.

Es ist dringend davon abzuraten, Dokumente und Informationen zurückzuhalten oder gar zu manipulieren (z.B. einen klaren Pflegefehler zu verheimlichen oder Pflegeprotokolle unzulässig abzuändern), weil dadurch der Versicherungsschutz riskiert wird (s.u.). Ein Anspruchsteller, z.B. eine Krankenkasse wird in zeitlicher Hinsicht erst nach dem Feststehen des konkreten Schadens (z.B. Heilbehandlungs- und Reha-Kosten) auf die Einrichtung oder den Heimträger zukommen und die Herausgabe der Pflegeunterlagen verlangen, zumal zuvor noch ggf. Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung des Geschädigten oder seines Betreuers eingeholt werden müssen. Dahingehend haben die Versicherungen im Vorfeld ausreichend Zeit, den Versicherungsfall zu prüfen.

Die Mitwirkungs- und Aufklärungsobliegenheiten wirken über die gesamte Dauer der Prüfung und der Regulierung des Schadensfalles durch den Versicherer. Nicht selten treten während dieses manchmal langwierigen Prozesses neue Erkenntnisse auf, die dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen sind.



## 5.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Die Haftpflichtversicherungsbedingungen unterscheiden, ob eine Obliegenheitsverletzung vor Eintritt des Versicherungsfalls oder danach vorliegt. Bei Obliegenheitsverletzungen vor Eintritt des Versicherungsfalls (z.B. das Verschweigen eines bereits vor Vertragsabschluss bestehenden Risikos) kann der Versicherer berechtigt sein, vom Vertrag zurückzutreten. Nach Eintritt des Versicherungsfalls können vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzungen der Aufklärungs- und Mitwirkungsobliegenheiten die ganze oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach sich ziehen und mithin den Versicherungsschutz beeinträchtigen. Die AHB führen in Ziffer 26.2 (entsprechend § 28 Abs.2 VVG) wie folgt aus: „Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.“

Der Verlust bzw. die Einschränkung des Versicherungsschutzes knüpft somit daran, ob die schuldhaft Obliegenheitsverletzung Auswirkungen auf die Eintrittspflicht des Versicherers und den Umfang der Schadensleistungen hat. Der Versicherer kann bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung ganzen und bei grober Fahrlässigkeit teilweisen, d.h. quotenmäßigen Versicherungsschutz versagen. Es wurde das vor der Reform des Versicherungsvertragsrechts geltende „Alles-oder-Nichts“-Prinzip aufgegeben, wonach bei einer entsprechenden grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalls oder Obliegenheitsverletzung der gesamte Versicherungsschutz ausfiel. Damit ist das Verfahren einerseits verbraucherfreundlicher geworden, weil zumindest ein Teil an Versicherungsleistung durch die Quotierung bestehen bleiben kann, andererseits aber auch deutlich komplizierter, wenn es um die Ermittlung der teilweise zu gewährenden Versicherungsleistungen geht.

Was die Höhe der Kürzungsquoten anbelangt, werden diese durch sich ständig weiterentwickelnde Erfahrungssätze der Rechtsprechung konkretisiert und können von 0% bis 100% reichen. Weist der Versicherte nach, dass er seine Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt nach Ziffer 26.2 Abs.3 und 4 AHB der Versicherungsschutz bestehen. Er bleibt auch bestehen, „...wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.“, (sog. „Kausalitätsgegenbeweis“). Beispiele für arglistige Obliegenheitsverletzungen sind das bewusste Verschweigen von Pflegefehlern bzw. von Tatsachen die für die Haftungsfrage relevant sind oder die Manipulation von Pflegeunterlagen.

Wie bereits dargestellt, haben Anspruchssteller ein Informationsdefizit hinsichtlich der im Pflegeheim stattgefundenen Unfälle. Aus diesem Grund werden z.B. von Krankenkassen die Geschädigten, Betreuer oder Angehörigen oder auch die Pflegeeinrichtungen direkt nach den Umständen des Unfalls unter Verwendung von bestimmten Unfallfragebögen befragt. Häufig legen Bewohner / Angehörige / Betreuer dann der Einrichtung die Fragebögen zur Beantwortung vor, was jedoch ohne Absprache mit der eigenen Haftpflichtversicherung vermieden werden sollte; denn weder ist die Einrichtung der Adressat des Fragebogens noch besteht für die Beantwortung eine Verpflichtung. Hinzu kommt das Risiko, dass auf diesem Weg vorschnell und ungeprüft Angaben getätigt werden, die sich im weiteren Verlauf des Regressfalles schnell zu Ungunsten der Einrichtung bzw. des Trägers wenden können.

Es sollte unterbleiben, dass die betreffende Pflege-

kraft diese Fragebögen alleine und ohne Rücksprache mit der Einrichtungsleitung bzw. Träger sowie der Haftpflichtversicherung ausfüllt und zurückschickt. Denn unbedachte, an sich harmlos klingende Formulierungen wie „...habe ich kurz nicht aufgepasst...“, „... weil ein Kollege/Kollegin gerade nicht verfügbar war....“ oder „...war mir klar, dass das gefährlich ist, habe jedoch gehofft, dass / war mir egal dass...“, führen zu kaum mehr reversiblen rechtlichen Feststellungen. Darin können beispielsweise hinsichtlich einer Pflichtverletzung oder des Verschuldens bei einem Unfall in der Pflege Zugeständnisse oder zumindest Missverständnisse erzeugt werden, die ein Risiko für den Versicherungsschutz bzw. ein Prozessrisiko im Einzelfall nach sich ziehen können.

Ogleich reine Schilderungen bzw. Erklärungen wahrer Tatsachen bereits nach altem Recht nicht unter das Anerkenntnisverbot fielen<sup>22</sup>, ist es selbst für Rechtskundige sehr schwer, hiervon Aussagen zu unterscheiden, die dennoch als Obliegenheitsverletzung nach neuem Recht gewertet werden könnten. Dem Versicherer wird mit übereilten, ungeprüften Erklärungen oder Eingeständnissen des Heimträgers oder seiner Mitarbeiter die Möglichkeit einer eventuell gerechtfertigten Abwehr eines Schadensersatzanspruches zumindest deutlich erschwert, da entsprechend getätigte Aussagen nur schwer und ggf. mit erhöhtem Beweisaufwand (Gutachten etc.) revidiert werden können. Wenn eine gemeinsame Bearbeitung der Fragebögen mit dem Versicherer nicht möglich ist, dürfte es für die Praxis empfehlenswert sein, die Fragebögen unausgefüllt zurückzusenden. Dabei sollte dem Anspruchssteller z.B. dem Sozialversicherungsträger Name und Anschrift des Haftpflichtversicherers mitgeteilt und darauf hingewiesen werden, dass man aufgrund versicherungsrechtlicher Gründe ohne Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung zumindest vorerst keine Angaben zum Unfallhergang macht.

Ferner kommt es vor, dass Einrichtungen bzw. Träger von Angehörigen angesprochen werden, um eine „Schadenswiedergutmachung“, beispielsweise in Form einer Schmerzensgeldzahlung für den Heimbe-

wohner zu erreichen. Dabei wird nicht selten an moralische Grundhaltungen, insbesondere bei kirchlichen Trägern (z.B. „Ihr seid doch die Caritas“ usw.) appelliert. Es kann dann passieren, dass Mitarbeiter in der guten Absicht, helfen zu wollen, Zusagen treffen oder sogar Zahlungen veranlassen. Prinzipiell ist dies – wie bereits oben ausgeführt – zwar nicht (mehr) nach den Versicherungsbedingungen generell untersagt, jedoch kann es zu Schwierigkeiten bei der rechtlichen Abwehr von Schadenersatzforderungen, beispielsweise in einem gerichtlichen Verfahren, führen. Auch hiervon sollte mit Blick auf die o.g. Ausführungen daher Abstand genommen werden.

Um überhaupt eine Obliegenheitsverletzung sanktionieren zu können, muss der Versicherer den Versicherten zuvor auf deren Folgen zumindest in Textform (E-Mail, Fax) hingewiesen haben (Ziffer 26.2 Abs.2 AHB; § 28 Abs.4 VVG). Eine pauschale Erklärung in den Versicherungsunterlagen ist hierbei nicht ausreichend. Der Hinweis muss nach Eintritt des Versicherungsfalles mit dem gesonderten Verlangen des Versicherers nach Auskunft oder Aufklärung zeitlich und sachlich verbunden sein<sup>23</sup>.

Kommt es zu einem Haftpflichtprozess, so hat der Heimträger es dem Versicherer zu überlassen, einen Rechtsanwalt zu beauftragen oder zu benennen (Ziffer 25.5 AHB). Insofern wirkt die Haftpflichtversicherung – wie bereits oben ausgeführt – wie eine Rechtsschutzwirkung im Schadenfall. Wird voreilig ein eigener Rechtsanwalt beauftragt, kann dieser im Einvernehmen mit dem Versicherer den Prozess führen; lehnt die Versicherung jedoch den Anwalt ab, können unnötige, doppelte Rechtsanwaltskosten entstehen. Werden im Zusammenhang mit einem Unfall strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet, was insbesondere bei Todesfällen nicht ungewöhnlich ist, muss dies dem Haftpflichtversicherer ebenfalls unverzüglich angezeigt werden (Ziffer 25 Abs.3 AHB). Auf diese Weise können Erkenntnisse aus einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren und einem zeitlich parallel oder nachfolgenden zivilrechtlichen Verfahren durch den Versicherer umfassend geprüft werden.

## 6. Fazit

---

Bei Versicherungsfällen aufgrund von Unfällen in Pflegeheimen gibt es bestimmte Regeln zu beachten. Ganz entscheidend ist es, einen guten Kontakt zu seinem Haftpflichtversicherer direkt oder über einen Versicherungsmakler bzw. -dienstleister zu unterhalten, um sich bei Fragen und Unsicherheiten rückversichern zu können. Da insbesondere Fristen eine wichtige Rolle im Versicherungsrecht und bei Schadenersatzangelegenheiten spielen, muss eine regelmäßige Wiedervorlage solcher Vorgänge gewährleistet sein. Ebenso sollten keine rechtserheblichen Erklärungen sowie Angaben zum Entstehen, Verlauf und den Folgen von Schadensfällen ungeprüft und ohne Abstimmung mit dem Haftpflichtversicherer abgegeben werden. Obgleich einerseits die Mustervertragsbedingungen für Haftpflichtversicherungen zahl-

reiche Ausschlüsse und Begrenzungen für die Eintrittspflicht des Haftpflichtversicherers vorsehen, schließen die auf Pflegeeinrichtungen zugeschnittenen besonderen Vereinbarungen und Erweiterungen andererseits die typischen Risiken, die der Pflegeheimbetrieb mit sich bringt, ein. Ein versiertes Versicherungsmaklerunternehmen kann sowohl beim Abschluss entsprechender Versicherungsverträge als auch bei der Meldung und Abwicklung von Schadensfällen eine wichtige Unterstützung und Entlastung sein. Mit dem Haftpflichtversicherer im Hintergrund sind dann – abgesehen von strafrechtlichen Folgen oder bei Haftungsausschlüssen – Schadensfälle in der Regel für alle Beteiligten angemessen zu regulieren und zu erledigen.

## 7. Checkliste

- ❑ Es hat sich ein Unfall / Schadensfall ereignet. Dieser wird zeitnah dokumentiert. Eine Meldung erfolgt schnellstmöglich an die Einrichtungsleitung / an den Träger.
- ❑ Gegenüber Angehörigen / Betreuer werden Erklärungen zum Unfallhergang nur nach Rücksprache mit der Heimleitung / dem Träger abgegeben.
- ❑ Die ausführliche Dokumentation des Unfalls wird auf Widersprüche, Wertungen, Zugeständnisse sowie Unklarheiten oder fehlende Angaben überprüft. Der Bericht schildert, wer, wo, wann und weshalb gestürzt ist bzw. wie derjenige sich verletzt hat. Er beschreibt die Pflegesituation, das Beisein von Kollegen, Verhaltensauffälligkeiten des Bewohners und sonstige Umstände.
- ❑ Dem Unfallprotokoll werden Pflegeunterlagen (Stammdaten, Pflegeplanung, Pflegeberichte, Sturzprotokolle u.a.) in Kopie beigelegt und an den Träger übermittelt.
- ❑ Seitens der Einrichtung wird mit dem Arzt, Krankenhaus und Angehörigen Kontakt gehalten, um die konkrete Schädigung in Erfahrung zu bringen.
- ❑ Die Einrichtungsleitung bzw. der Träger meldet spätestens innerhalb einer Woche (besser: unverzüglich) den Schadensfall an die Betriebshaftpflichtversicherung oder wenn vereinbart an den Versicherungsdienstleister / -makler unter Beifügung der o.g. Unterlagen. In Eilfällen erfolgt telefonische Benachrichtigung oder Telefax / Email – die Pflegeunterlagen werden nachgereicht.
- ❑ Anfragen vom Geschädigten, dessen Betreuer, Angehörigen oder von der Krankenkasse an die Einrichtung werden an den Träger direkt weitergeleitet. Dieser teilt dem Anspruchsteller die Haftpflichtversicherung (Firma, Anschrift, Versicherungsnummer) mit und weist darauf hin, dass ohne Rücksprache mit dem Versicherer vorerst keine Angaben zum Unfallhergang vorgenommen werden können. Fragebögen (erst recht diejenigen, die sich an die Heimbewohner oder deren Betreuer richten) werden unausgefüllt beigelegt.
- ❑ Nach Rücksprache mit dem Versicherer Herausgabe von Pflegeunterlagen an eine Krankenkasse, wenn eine Schweigepflichtentbindungserklärung und eine Einwilligung des Geschädigten / Betreuers vorliegen.
- ❑ Anerkenntnisse, Bestätigungen, Leistungszusagen oder (Teilzahlungen) werden ausschließlich in Abstimmung mit der Haftpflichtversicherung und deren verbindlichen Zusage vorgenommen.
- ❑ Im Falle der schriftlichen Geltendmachung von Schadenersatz- bzw. Regressansprüchen erfolgt unverzügliche Weitergabe und Information an den Versicherer. Informationen über strafrechtliche Ermittlungen werden ebenfalls unverzüglich an den Versicherer gemeldet.
- ❑ Die Haftpflichtversicherung erteilt Nachricht über die Regulierung des Schadens oder die Abwehr der Schadenersatzansprüche.
- ❑ Wird ein Schadenersatz-/ Regressanspruch gerichtlich gegen die Einrichtung / den Träger geltend gemacht, ist die Haftpflichtversicherung wiederum unverzüglich zu benachrichtigen.
- ❑ Die Beauftragung eines Rechtsanwaltes erfolgt durch den Versicherer. Der Rechtsanwalt erhält die erforderlichen Unterlagen und die Korrespondenz von der Haftpflichtversicherung.
- ❑ Die Klage richtet sich gegen den Träger. Bei Abweisung der Klage – soweit von den Klägern kein Rechtsmittel eingelegt wird – ist der Vorgang erledigt. Wird der Klage stattgegeben, wird das Urteil über den bestellten Rechtsanwalt an die Versicherung weitergeleitet und diese tritt in die Leistung ein oder empfiehlt Rechtsmittel.

## Quellenverweise

- <sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird stets die männliche Form verwendet. Es sind immer Männer und Frauen angesprochen.
- <sup>2</sup> BGH Urteil v. 28.04.2005 Az.: III ZR 399/04; 14.07.2005 Az. III ZR 391/04; [http://www.ratgeber-arzthaftung.de/Vortrag\\_Sturzfaelle/index.htm](http://www.ratgeber-arzthaftung.de/Vortrag_Sturzfaelle/index.htm)
- <sup>3</sup> Heinrichs in Palandt – Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 276 Rn.14; § 277 Rn.5, 71. Auflage, München 2011; BGH VersR 66, S.745
- <sup>4</sup> Thomas in Palandt- Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 823 Rn. 67, 71
- <sup>5</sup> BGH 25.03.04 - I ZR 205/01
- <sup>6</sup> Heinrichs in Palandt- Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 199 Rn. 41
- <sup>7</sup> Heinrichs in Palandt- Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 195 Rn. 4
- <sup>8</sup> vgl. Langheid in Römer/Langheid – Kommentar zum VVG, § 102 Rn7 m.w.N., 3.Aufl. 2012
- <sup>9</sup> z.B. zur ärztlichen Aufklärung - BGH Urteil vom 14.09.2004, VI ZR 186/03
- <sup>10</sup> OLG Zweibrücken, Urteil vom 01.06.2006, 4 U 68/05 unter Hinweis auf BGH NJW 2005, 1937; NJW-RR 2000, 761; NJW 1991, 1540
- <sup>11</sup> BGH, Urteil vom 26.02.2013 Az.: VI ZR 359/11
- <sup>12</sup> vgl. Ziffer 5.1 Abs. 3 AHB
- <sup>13</sup> vgl. Ziffer 5.3 AHB
- <sup>14</sup> Heinrichs in Palandt- Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 276 Rn. 10
- <sup>15</sup> vgl. Ziffer 25.1 AHB
- <sup>16</sup> § 166 (analog) BGB; vgl. Rixecker – Römer/Langheid Kommentar zum VVG, § 30 Rn.3
- <sup>17</sup> Langheid, a.a.O. § 104 Rn.8
- <sup>18</sup> vgl. Knappmann in Prölss/Martin, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz (a.F.), AHB § 5 Rn.1, 27. Aufl. München 2004; Rixecker, a.a.O. § 30 Rn.7
- <sup>19</sup> vgl. § 104 Abs.3 VVG
- <sup>20</sup> BGH Urteil vom 30.04.2008, Az.: IV ZR 227/06
- <sup>21</sup> vgl. Knappmann in Prölss/Martin, a.a.O. Rn.6
- <sup>22</sup> vgl. Knappmann, a.a.O., § 154 VVG (a.F.) Rn.12

## Literatur

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) – Musterbedingungen des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Stand April 2012

Palandt – Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 71. Auflage, München 2011

Prölss, E.R., Martin, A.: Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz (a.F.), 27. Auflage München 2004

Römer W., Langheid, T.: – Kommentar um Versicherungsvertragsgesetz, 3. Aufl. München 2012

Schultze-Zeu, R.: Haftung bei Sturzfällen im Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim unter Heranziehung der Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos. [http://www.ratgeber-arzthaftung.de/Vortrag\\_Sturzfaelle/index.htm](http://www.ratgeber-arzthaftung.de/Vortrag_Sturzfaelle/index.htm) (Download am 10.02.2014)

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe, Hospizarbeit und Pflege  
Alois-Eckert-Str. 6, 79111 Freiburg  
www.dicvfreiburg.caritas.de

### **Verantwortlich für die Reihe:**

Helmut Gnädig  
Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe, Hospizarbeit und Pflege

### **Verantwortlich für Argumente Nr. 5:**

Alexander Sperl  
Geschäftsführer Caritasverband im Landkreis Sigmaringen e.V.  
Frank M. Ludwig  
Verwaltungs- und Personalleiter  
Caritasverband im Landkreis Sigmaringen e.V.  
Ilona Grammer  
Referat Stationäre Altenhilfe  
Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.

### **Druck:**

Druckerei Herbstritt GmbH  
Elzstr. 6, 79350 Sexau  
Telefon 07641 933099-0  
info@herbstritt-druck.de  
www.herbstritt-druck.de

### **Layout/Satz:**

phase-zwei, Gerd Bauer  
In den Haseln 24, 79299 Wittnau  
Telefon 0761 3836762  
info@phase-zwei.de

ISSN 2191-1282

April 2014

Die Texte, die wir in der Reihe **Caritas-Argumente** veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich.

Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden.

Texte der Reihe **Caritas-Argumente** finden Sie unter [www.dicvfreiburg.caritas.de](http://www.dicvfreiburg.caritas.de) – einfach Abteilung Gesundheits- und Altenhilfe anklicken und „Dokumente“ öffnen.