

Für das Nachschlagewerk !

Für die Amtliche Sammlung !

Gesetz: RVO § 1542

Rechtssatz:

Löst ein Unfall sowohl für den Träger der sozialen Krankenversicherung als auch für den Träger der sozialen Unfallversicherung eine Leistungspflicht aus, so geht der Anspruch gegen den Ersatzpflichtigen nach § 1542 RVO - unabhängig von den Vorschriften der §§ 1505 ff RVO über den internen Ausgleich unter den Sozialversicherungsträgern - auf den Versicherungsträger über, der nach den §§ 557 a, 559 f - k RVO dem Verletzten gegenüber unmittelbar und in erster Linie leistungspflichtig ist.

Aktenzeichen: II ZR 198/56.

Urteil des BGH vom 17. April 1958 - LG
OLG } Stuttgart

Verkündet

am 17. April 1958

Pfauz, Justizangestellter,

als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

I m N a m e n d e s V o l k e s

In dem Rechtsstreit

der A [REDACTED] O [REDACTED] S [REDACTED],
ges. vertr. durch den Vorstand, S [REDACTED],
B [REDACTED] str. [REDACTED],

Klägerin und Revisionsklägerin,

-Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt
Freiherr von [REDACTED]-

gegen

die A [REDACTED]-L [REDACTED] Versicherungs-AG.,
ges. vertr. durch den Vorstand, A [REDACTED], T [REDACTED] str. [REDACTED],

Beklagte und Revisionsbeklagte,

-Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED]-

hat der II. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs auf die mündliche Verhandlung vom 17. April 1958 unter Mitwirkung des Senatspräsidenten Dr. Nastelski und der Bundesrichter Dr. Heidinger, Dr. Fischer, Dr. Kuhn und Dr. Reinicke für Recht erkannt:

- I. Auf die Revision wird das Urteil des 3. Zivilsenats des Oberlandesgerichts in Stuttgart vom 26. April 1956 in der Kostenentscheidung und insoweit aufgehoben, als die Klägerin mit ihrem Anspruch auf Zahlung von weiteren 167,83 DM nebst Zinsen hiervon seit dem 23. September 1954 in Höhe von 4 % abgewiesen wurde.

- II. In diesem Umfang wird das an Verkündungs Statt am 29. August 1955 zugestellte Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts in Stuttgart abgeändert und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin weitere 167,83 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 23. September 1954 zu zahlen.
- III. Wegen des weitergehenden Zinsanspruchs wird die Revision zurückgewiesen.
- IV. Die Kosten des ersten Rechtszuges werden zu 1/10 der Klägerin und zu 9/10 der Beklagten aufgelegt. Die Kosten der Berufungs- und der Revisionsinstanz hat die Beklagte zu tragen.

Von Rechts wegen



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand:

Die Parteien haben miteinander ein Teilungsabkommen geschlossen, wonach die Klägerin zur Abgeltung der nach § 1542 RVO auf sie übergegangenen Schadenersatzansprüche gegen Personen, die bei der Beklagten gegen Haftpflicht versichert sind, von dieser in jedem Falle ohne besondere Prüfung der Rechtslage 60 % der nach § 1542 Abs. 2 in Verbindung mit § 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 berechneten Gesamtkosten für ihre Leistungen nach der RVO erstattet erhält. Am 26. April 1954 wurde der bei der Klägerin krankenversicherte Zimmermann Gustav I. [REDACTED] durch einen Personenkraftwagen, dessen Halter und Führer bei der Beklagten gegen Haftpflicht versichert waren, angefahren und schwer verletzt. Im Rahmen der von der Klägerin gewährten Krankenhilfe wurde er vom 26. April bis 3. Juli 1954 im Krankenhaus und anschließend bis zum 30. August 1954 ambulant ärztlich behandelt. Danach bezog er von der Württ. Bauberufsgenossenschaft, bei der er zugleich gegen Unfall gesetzlich versichert war und die seinen Körperschaden als Folge eines Arbeitsunfalls anerkannte, weitere Leistungen. Die Klägerin hat ihre Aufwendungen für den Verletzten gemäß §§ 1542 Abs. 2, 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 RVO mit insgesamt 1.621,59 DM berechnet. Hierauf hat die Berufsgenossenschaft der Klägerin nach den §§ 1505, 1509 RVO für die Zeit seit dem 46. Tag nach dem Unfall insgesamt 693,29 DM erstattet. Von dem nach Abzug dieser Ausgleichszahlung verbleibenden Restbetrag ihrer pauschalierten Gesamtkosten (1.621,59 - 693,29 = 928,30 DM) stellte die Klägerin der Beklagten gemäß § 1542 RVO in Verbindung mit dem Teilungsabkommen 60 % = 556,98 DM in Rechnung und mahnte diesen Betrag am 23. September 1954 an. Die Beklagte erstattete ihr jedoch nur 32 DM, so daß noch eine Restforderung der Klägerin in Höhe von 524,98 DM verblieb, die sie

mit der Klage zunächst geltend machte.

Der Streit der Parteien betrifft im wesentlichen die Frage, wie bei einem Unfall, der sowohl für die Krankenkasse als auch für den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine Leistungspflicht ausgelöst hat, der in § 1542 RVO bestimmte Rechtsübergang der Ansprüche gegen den Schädiger abzugrenzen ist. Die Klägerin ist der Ansicht, die Sachbefugnis für den Anspruch aus § 1542 RVO bestimme sich in einem solchen Fall unabhängig von den Vorschriften der §§ 1505 ff RVO, die nur den internen Ausgleich unter den Sozialversicherungsträgern betreffen, allein danach, welcher Versicherungsträger nach den das Außenverhältnis regelnden §§ 559 g - k RVO dem Verletzten gegenüber unmittelbar und in erster Linie leistungspflichtig sei; das sei hinsichtlich der hier streitigen Leistungen sie, die Klägerin, gewesen. Folglich stehe insoweit auch ihr allein der Anspruch aus § 1542 RVO zu, wobei sie sich höchstens den Ausgleichsbetrag anrechnen lassen müsse, den ihr die Berufsgenossenschaft tatsächlich bereits erstattet habe. Demgegenüber meint die Beklagte, die Ausgleichsregelung der §§ 1505 ff RVO sei nicht nur für das Innenverhältnis der Versicherungsträger untereinander, sondern auch nach außen hin für die Aufteilung der Ansprüche aus § 1542 RVO von Bedeutung; deshalb brauche sie der Klägerin nur deren Aufwendungen für die ersten 45 Tage nach dem Unfall mit 60 % zu ersetzen, weil die Aufwendungen für die spätere Zeit nach § 1505 RVO der Genossenschaft zur Last fielen. Der Unterschied in den rechnerischen Ergebnissen, zu denen die Parteien auf Grund dieser Abweichenden Auffassungen kommen, beruht in der Hauptsache darauf, daß für den nach § 1542 auf den Sozialversicherungsträger übergegangenen Anspruch gegen den Schädiger gemäß §§ 1542 Abs. 2, 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 andere Berechnungsgrundsätze

gelten als für den internen Kassenausgleich nach den §§ 1505 ff RVO. Während die Klägerin von der Beklagten für Krankenpflege und Krankenhausunterhalt die Pauschalsätze des § 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 fordert, hat ihr die Berufsgenossenschaft für die geschlossene Heilbehandlung nur die tatsächlich aufgewandten Kosten und für die ambulante Krankenpflege nur eine Gesamtpauschale von 16 DM für die Zeit vom 46. Tag nach dem Unfall erstattet, und nur insoweit hat die Klägerin ihren Anspruch gegen die Beklagte ermäßigt.

Das Landgericht hat der Klägerin 307,95 DM nebst Zinsen für ihre Aufwendungen bis zum 45. Tag nach dem Unfall (d.h. bis zum 10. Juni 1954) zugesprochen. Wegen der Ersatzansprüche für die spätere Zeit hat es im Hinblick auf § 1505 RVO die Klage abgewiesen und sich damit der Rechtsauffassung der Beklagten angeschlossen. Das Oberlandesgericht hat die Berufung der Klägerin hiergegen zurückgewiesen. Mit der Berufung hatte die Klägerin weitere 167,83 DM nebst 6 % Zinsen seit dem 23. September 1954 gefordert und diesen Anspruch gemäß §§ 1542 Abs. 2, 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 RVO wie folgt berechnet:

Geschlossene und ambulante Krankenpflege vom 11.6. bis 30.8.54: 81 Tage zu je 4,77 DM ($\approx 3/8$ des täglichen Grundlohns von 12,71 DM) =	386,37 DM
Krankenhausunterhalt vom 11.6. - 3.7.54: 23 Tage zu je 6,36 DM ($= 1/2$ Grundlohn) =	<u>146,28 "</u>
	532,65 DM

hiervon ab Ersatz durch die Berufsgenossenschaft:

Krankenhauspflege vom 11.6. - 2.7.54:
22 Tage zu je 5,38 DM (tatsächliche Kosten)=118,36

Krankenhausunterhalt für diese Zeit:
22 Tage zu je 5,39 DM (tatsächliche Kosten)=118,58

Pauschbetrag für ambulante Behandlung nach der Krankenhausentlassung:	<u>16,--</u>	<u>252,94 "</u>
		279,71 DM.

Davon 60 % = 167,83 DM.

Mit der vom Oberlandesgericht zugelassenen Revision, um deren Zurückweisung die Beklagte bittet, verfolgt die Klägerin diesen Restanspruch weiter.

Entscheidungsgründe:

Das Berufungsgericht ist zutreffend davon ausgegangen, daß das Teilungsabkommen der Parteien nur solche Einwendungen der Beklagten ausschließt, die sich gegen das Bestehen oder den Umfang der Haftpflicht ihres Versicherungsnehmers richten, im übrigen aber als selbstverständlich voraussetzt, daß der Haftpflichtanspruch gegen den Versicherungsnehmer nach § 1542 RVO auf die Klägerin übergegangen ist. Diese Voraussetzung sieht es hinsichtlich der jetzt noch streitigen Ersatzansprüche der Klägerin nicht als erfüllt und mithin die Klägerin wegen dieser Ansprüche nicht als aktiv legitimiert an. Es erblickt den Zweck des § 1542 RVO darin, den Versicherungsträgern eine möglichst vollständige Deckung für ihre durch einen Haftpflichtfall ausgelösten Aufwendungen zu verschaffen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob diese Aufwendungen dem Versicherten unmittelbar oder nur mittelbar in Form von Ausgleichszahlungen an einen anderen Versicherungsträger zukämen. Deshalb will es in einem Fall wie dem vorliegenden, in dem ein Sozialversicherungsträger für Leistungen, die er dem Geschädigten nach der RVO zu gewähren hatte, nach den §§ 1505 ff RVO von einem anderen Versicherungsträger mit Rücksicht auf dessen ebenfalls bestehende, aber nicht verwirklichte Leistungspflicht Ausgleich verlangen kann, den Rechtsübergang nach § 1542 RVO insoweit nur zugunsten des ausgleichspflichtigen Versicherungsträgers eintreten lassen, der mit den Leistungen endgültig belastet bleibt. Da hier die Krankenhilfekosten für die Zeit seit dem 46. Tag nach dem Unfall im Ergebnis zu Lasten der Berufsge-

nossenschaft gingen, kann nach Ansicht des Berufungsgerichts nur diese und nicht die Klägerin den nach § 1542 RVO auf den Leistungsträger übergegangenen Schadenersatzanspruch geltend machen. Dieser Auffassung kann nicht beigetreten werden.

1.) Nach dem Wortlaut des § 1542 RVO geht der Schadenersatzanspruch gegen den Haftpflichtigen auf die Versicherungsträger insoweit über, als sie "den Entschädigungsberechtigten" nach der RVO Leistungen "zu gewähren haben". Der Rechtsübergang ist also, wie die Revision zutreffend ausführt und auch das Berufungsgericht grundsätzlich anerkannt hat, an die Voraussetzung geknüpft, daß der Versicherungsträger nach außen hin, d.h. gegenüber dem Geschädigten, zur Leistung gesetzlich verpflichtet ist; im Rahmen dieser Leistungspflicht vollzieht sich der Übergang - gewissermaßen dem Grunde nach - bereits im Augenblick der Entstehung des Schadenersatzanspruchs (BGHZ 19, 177, 178 m. Nachw.; RGZ 91, 142). Wenn und soweit daher von mehreren in Betracht kommenden Sozialversicherern nur einer im Außenverhältnis leistungspflichtig ist, ist dieser allein auch nach § 1542 RVO als Rechtsnachfolger des Geschädigten gegenüber dem Haftpflichtschuldner anspruchsberechtigt, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob er nach den Ausgleichsbestimmungen der RVO im Innenverhältnis von einem anderen Versicherungsträger ebenfalls Ersatz für seine Aufwendungen verlangen könnte. Denn diese Ausgleichsbestimmungen berühren nicht die Rechtsbeziehungen der Versicherungsträger zu einem Dritten. Unabhängig davon, ob solche Rechtsbeziehungen überhaupt bestehen, verteilen sie nach den zutreffenden Ausführungen des Berufungsgerichts lediglich unter öffentlich-fiskalischen Gesichtspunkten nach bestimmten Regeln, die den verschiedenen sozialpolitischen Aufgaben und der unterschiedlichen Leistungskraft der einzelnen Sozialversicherer, aber auch dem

praktischen Bedürfnis nach einer Verwaltungsvereinfachung soweit wie möglich Rechnung tragen, die Sozialversicherungslast endgültig auf die jeweils beteiligten Versicherungsträger.

Zeigt z.B. in einem Krankheitsfall, für den an sich sowohl der Unfall- als auch der Krankenversicherungsträger eintreten müßte, die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse an, daß sie von einem bestimmten Tag an mit der Krankenbehandlung beginnen oder Rente oder Krankengeld in einem bestimmten Betrag gewähren werde, so ist sie von diesem Tag an nach §§ 559 g Abs. 2, 559 h Abs. 2 RVO insoweit dem Versicherten gegenüber allein verpflichtet und deshalb auch allein für die Ansprüche aus § 1542 RVO aktiv legitimiert, selbst wenn sie nach §§ 1505 ff RVO mit den Leistungen nicht endgültig belastet bleibt, sondern von der Krankenkasse Ausgleich verlangen kann. Ebenso verhält es sich, wenn die Genossenschaft Heilanstalts- oder Anstaltspflege gewährt: Dann fallen nach § 559 i RVO die Ansprüche aus der Krankenversicherung weg, ein Rechtsübergang nach § 1542 RVO findet also nur auf die Genossenschaft und nicht auf die Krankenkasse statt. In diesen Fällen, in denen im Grunde zwar mehrere Leistungsträger in Betracht kommen, aber nur einer von ihnen nach außen hin verpflichtet ist, soweit sich die im Gesetz vorgesehenen Leistungen nach Art, Zeit und Höhe decken, will auch das Berufungsgericht mit Recht ausschließlich die Vorschriften der §§ 559 g - k RVO und nicht die der §§ 1505 ff RVO für die Sachbefugnis aus § 1542 RVO maßgebend sein lassen, wobei es aus zutreffenden Erwägungen, vor allem im Hinblick auf die Teilbarkeit der Schadenersatzforderung, auch eine Gesamtgläubigerschaft der beteiligten Sozialversicherer (§ 428 BGB) verneint (in Übereinstimmung mit Lauterbach, Ortskrankenkasse 1937, 661, 664 ff; Höring VersR 1956, 565).

Nach der Fassung des § 1542 RVO kann mithin die Frage, auf welchen von mehreren beteiligten Sozialversicherungsträgern der Ersatzanspruch gegen den Schädiger übergeht, nur dann zweifelhaft sein, wenn die Versicherungsträger im Verhältnis zum Versicherten nebeneinander für denselben Zeitraum zur Gewährung gleichartiger Leistungen gesetzlich verpflichtet sind. Abgrenzungsschwierigkeiten können hier vor allem dann auftreten, wenn die Leistung des einen nicht auf die des anderen Versicherers anzurechnen ist und die Summe beider Leistungen den vom Schädiger geschuldeten Schadenersatzbetrag übersteigt. Ob in einem solchen Fall die mehreren Versicherungsträger überhaupt oder wenigstens insoweit, als sich ihre Rückgriffsansprüche überschneiden, nach außen hin als Gesamtgläubiger gemäß § 1542 RVO berechtigt sind (so zuletzt OLG Schleswig Urt.v.27.11.1956, 7 U 69/56, gegen das zur Zeit die Revision beim BGH anhängig ist; a.M. Möring VersR 56, 80 m.w.Nachw.), oder ob sich der Rechtsübergang auf sie nach anderen Grundsätzen vollzieht, bedarf keiner Entscheidung, weil eine solche Rechtslage hier nicht gegeben ist.

Im vorliegenden Fall geht der Streit nur noch um die für die Zeit vom 11.6. bis 30.8.1954 von der Klägerin aufgewandten Krankenpflege- und Krankenhauskosten. Insoweit entspricht aber die tatsächliche Leistung der Klägerin ihrer gesetzlichen Leistungspflicht gegenüber dem Verletzten. Zwar mußte neben ihr an sich auch die Berufsgenossenschaft als Trägerin der Unfallversicherung für den Schaden eintreten, weil die Krankheit des Versicherten zugleich die Folge eines Arbeitsunfalls war (§§ 537, 555 ff RVO). Jedoch war die Genossenschaft für den fraglichen Zeitraum nach den §§ 557 a, 559 f - k RVO im Außenverhältnis nur mittelbar verpflichtet, soweit die nach ihren Vorschriften zu gewährenden Leistungen über die der Krankenkasse nicht hinausgingen. In diesem Rahmen konnte sie trotz ih-

rer im Grunde bestehenden Schadendeckungspflicht ihre Leistung verweigern und den Verletzten auf seine Ansprüche aus der Krankenversicherung verweisen, solange sie nicht durch eine Anzeige gemäß § 559 g Abs. 2 oder durch tatsächliche Gewährung von Heilanstalts- oder Anstaltspflege (§ 559 i RVO) die Krankenbehandlung selbst übernommen hatte. Bis dahin war die Klägerin vorleistungspflichtig und der Verletzte konnte sich nur an sie halten (Lauterbach, Unfallversicherung 2. Aufl. § 557 a RVO Anm. 3, § 559 f Anm. 4 und Ortskrankenkasse 1937, 661, 663 m. Nachw.; Stahl, Berufsgenossenschaft 1937, 81 ff; Gunkel, Die Ersatzansprüche nach § 1542 RVO, Heft 9 der Schriftenreihe Fortbildung und Praxis der Ztschr. "Wege zur Sozialversicherung" 2. Aufl. S. 78; Burchardt JRPV 1938, 321).

Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts ist hier der Rechtsübergang nach § 1542 RVO nicht wesentlich anders zu beurteilen als in den oben erörterten Fällen, für die das Gesetz ausdrücklich bestimmt, daß bei Eintritt des einen Sozialversicherers die Leistungspflicht des anderen schlechthin wegfällt. Die Frage, ob sich dieser Rechtsübergang bei Beteiligung sowohl eines Unfall- als auch eines Krankenversicherungsträgers nach den §§ 559 g - k RVO oder nach den internen Ausgleichsbestimmungen der §§ 1505 ff RVO richtet, kann schon aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit nur einheitlich für beide Fallgruppen entschieden werden, und zwar in dem der Fassung des § 1542 RVO entsprechenden Sinne, daß es allein darauf ankommt, welcher Versicherungsträger im Außenverhältnis zum Versicherten unmittelbar und in erster Linie zur Leistung verpflichtet ist. Das war hinsichtlich der hier streitigen Leistungen und für den fraglichen Zeitraum allein die Klägerin, weil sie als Krankenkasse nach außen hin zur Vorleistung verpflichtet war und die Berufsgenossenschaft auf diese Vorleistung noch nicht gemäß §§ 559 g

Abs. 2, 559 i RVO oder auf sonstige Weise wirksam verzichtet hatte (ebenso im Ergebnis Wussow WI 1953, 8; 1955, 78, 169; 1956, 93; Unfallhaftpflichtrecht 6. Aufl. S. 623 ff; anders noch 4. Aufl. S. 332; Gunkel, Kraftverkehrsrecht von A - Z, IV unter "Sozialversicherung" Erl. 3 F I; anders früher in "Ersatzansprüche" S. 79; Möring, VersR 1956, 80). Daß die Klägerin das Heilverfahren nur im Auftrag und für Rechnung der Genossenschaft durchgeführt habe (§ 1510 RVO; Stahl, Berufsgenossenschaft 1937, 86, 87), ist nicht vorgetragen.

Soweit sich das Berufungsgericht für seinen abweichenden Standpunkt auf die, wie es meint, bislang überwiegende Meinung beruft, kann dieser nicht gefolgt werden. Im übrigen läßt sich eine einhellige und gefestigte Rechtsanschauung auch für die frühere Zeit, bevor Wussow und Gunkel von ihrer mit der Ansicht des Berufungsgerichts übereinstimmenden Auffassung abgerückt sind, nicht feststellen. Die vom Berufungsgericht erwähnte Reichsgerichtsentscheidung vom 6.6.1935 (Berufsgenossenschaft 1937, 74) bezog sich noch auf die frühere Fassung der §§ 1505 ff RVO und betraf zudem einen Sachverhalt, bei dem nach den Feststellungen des Tatrichters nicht auszuschließen war, daß die gegenüber der Krankenkasse ausgleichspflichtige Berufsgenossenschaft die betreffenden Leistungen gemäß § 1510 RVO auf Grund eigener Verpflichtung durch Vermittlung eines Krankenhauses bewirkt hatte. Auch dem viel zitierten Bescheid des Reichsversicherungsamtes vom 18.8.1938 (Entsch. u. Mitt. 44, 24) lagen Fälle zugrunde, in denen die Berufsgenossenschaft den Krankenkassen gemäß § 1510 RVO den allgemeinen Auftrag erteilt hatte, in Vollmacht der Genossenschaft und mit Wirkung für sie den Versicherten die berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung zu gewähren, wobei sich das RVA einer abschließenden Stellungnahme zu der hier

streitigen Frage wegen der Entscheidungszuständigkeit der ordentlichen Gerichte enthalten hat. Das in JW 1937, 891 abgedruckte Urteil des OLG Köln behandelt den Fall einer Doppelzahlung von Invaliden- und Unfallrente; aus ihm läßt sich daher für den vorliegenden Sachverhalt ebenfalls nichts entnehmen. Für die vom Berufungsgericht vertretene Mitberücksichtigung der §§ 1505 ff RVO bei Anwendung des § 1542 RVO haben sich u.a. Lauterbach (Ortskrankenkasse 1937, 661, 665), Burchardt (JRPV 1938, 321), Seitz (Die Ersatzansprüche der Sozialversicherungsträger Berlin 1954 S. 79) und in jüngster Zeit Höring (VersR 1956, 565) ausgesprochen. Aber selbst in der Sozialversicherungspraxis besteht in dieser Hinsicht keine völlige Übereinstimmung, so insbesondere über die Berechnung der Ansprüche im einzelnen (vgl. z.B. Habner, Arbeiterversorgung 1937, 438, 565; Becker, ArbVers. 1937, 564; Bettenhausen, ArbVers. 1937, 565; Laufer, Ortskrankenkasse 1937, 600; Haffert, Sozialversicherung 1947, 170).

2.) Die Lösung Wussows und Gunkels entspricht nicht nur dem Wortlaut, sondern auch dem Zweck des § 1542 RVO. Es hat nämlich durchaus seinen guten Sinn, wenn der Gesetzgeber den Übergang der Schadenersatzansprüche auf den Sozialversicherungsträger allein von dessen gesetzlicher Außenverpflichtung abhängig gemacht hat. Der Zweck dieser Anspruchsübertragung ist der, einerseits eine Doppelentschädigung des Verletzten zu verhindern, andererseits dem Sozialversicherungsträger Ersatz für seine Aufwendungen an den Versicherten zu verschaffen (BGH NJW, 1956, 219, 220). Jedoch soll der Schadenersatzschuldner auch nicht über seine gesetzliche Haftpflicht hinaus belastet und der Gefahr einer mehrfachen Inanspruchnahme ausgesetzt werden. Durch die Gutgläubensvorschriften der §§ 412, 407 BGB ist der Schuldner vor dieser Gefahr nicht hinreichend ge-

schützt, zumal sie nur seine Rechtsbeziehungen zu mehreren aufeinanderfolgenden Gläubigern derselben Forderung, hier also zum Verletzten und dem für ihn eintretenden Sozialversicherer, betreffen und deshalb nicht eingreifen, wenn dem Schuldner der Forderungsübergang als solcher bekannt und lediglich zweifelhaft ist, ob der eine oder der andere Versicherungsträger als Rechtsnachfolger des Verletzten neuer Gläubiger der Forderung geworden ist. In einem solchen Fall könnte sich der Schuldner zwar möglicherweise durch Hinterlegung des Schadenersatzbetrages nach den §§ 372, 378 BGB befreien. Im Interesse der Rechtssicherheit mußte dem Gesetzgeber aber daran gelegen sein, schon von vornherein eine Ungewisheit über die Person des Gläubigers und daraus entspringende Streitigkeiten und Fehlleitungen von Schadenersatzzahlungen soweit wie möglich auszuschalten und durch eine klare Regelung des Rechtsübergangs nach § 1542 RVO sicherzustellen, daß der Schuldner durch Einblick in das Gesetz den richtigen Gläubiger ohne größere Schwierigkeiten ermitteln kann. Diesem Ziel wird nur eine Bestimmung hinreichend gerecht, die es nicht auf das interne, für Außenstehende schwer durchschaubare Abrechnungsverhältnis der Versicherungsträger untereinander abstellt, sondern ausschließlich auf ihre unmittelbare und primäre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, die sich meist auch mit dem tatsächlichen Leistungsverlauf decken wird. Nur auf diese Weise wird für den Schuldner, aber auch für die Rechtsprechung und Verwaltungspraxis, eine klare Abgrenzbarkeit des Rechtsübergangs gewährleistet. Sie wäre infrage gestellt, wenn man mit dem Berufungsgericht bei einem möglichen Zusammentreffen von Kranken- und Unfallversicherungsleistungen die Ausgleichsbestimmungen der §§ 1505 ff RVO für die Sachbefugnis aus § 1542 RVO mit entscheidend sein ließe und auf diese Weise Innen- und Außenverhältnis miteinander vermengte.

Zwar sind die §§ 1505 ff RVO durch die Verordnung vom 15. Juni 1936 (RGBI I, 489) gerade mit dem Ziel geändert worden, die Beziehungen zwischen den Kranken- und den Unfallversicherungsträgern übersichtlicher zu gestalten und durch eine klare zeitliche Aufteilung der Lasten je nachdem, ob es sich um Aufwendungen während der ersten 45 Tage nach dem Unfall oder für die spätere Zeit handelt, die Abrechnung zu vereinfachen. Jedoch ist dieser Grundsatz des "glatten Schnitts" (amtl. Begründung RABl 1936 IV, 195) auch heute noch in vieler Hinsicht durch Einzelvorschriften durchbrochen, die schon in der RVO selbst, vor allem aber auch in den gemäß § 1513 RVO ergangenen Durchführungsbestimmungen enthalten sind (vgl. hierzu im einzelnen Podzun in VersWiss, VersPrax u. VersMedizin 1950, 347).

So tragen z.B. die Berufsgenossenschaften nach § 1505 Abs. 2 RVO in leichteren Fällen, nämlich dann, wenn während der ersten 45 Tage nach dem Unfall Arbeitsunfähigkeit infolge des Unfalls nicht eingetreten ist, ihre Aufwendungen für die Krankenbehandlung des Verletzten auch für die ersten 45 Tage endgültig selbst; dasselbe gilt nach dem Erlaß des RAM vom 27. Januar 1944 (RABl II, 17) auch bei einem früheren Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich der Kosten für berufsgenossenschaftliche ambulante Behandlung, sofern die Behandlung später als am 24. Tag nach dem Unfall begonnen hat.

Nach § 1505 Abs. 1 RVO in Verbindung mit § 19 b der DurchfBest. des RVA vom 19. Juni 1936 (RABl IV, 195) gilt ferner der "glatte Schnitt" zwischen den Aufwendungen vor und nach dem 45. Tag hinsichtlich der Ausgleichspflicht der Krankenkassen nur insoweit, als die Aufwendungen der Genossenschaft nicht über das hinausgehen, was die Krankenkasse auf Grund der Krankenversicherung zu lei-

sten hat. Bei wiederkehrenden Geldleistungen, zu denen bei geschlossener Behandlung auch die Unterhaltskosten zu rechnen sind, bildet das Krankengeld aus der Krankenversicherung die obere Grenze für den Ausgleichsanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse. Danach kann es vorkommen, daß die zunächst einheitlich von der Genossenschaft während der ersten 45 Tage nach dem Unfall erbrachten Leistungen beim späteren Ausgleich unter den Versicherungsträgern in zwei Teile aufgespalten werden, nämlich dann, wenn sie über die gesetzlichen Leistungen der Krankenkasse hinausgehen. Käme es nun für die Sachbefugnis aus § 1542 RVO auf die endgültige Belastung der Versicherungsträger an, so wären hinsichtlich dieser an sich einheitlichen Leistungen zwei verschiedene Gläubiger gegenüber dem Haftpflichtschuldner anspruchsberechtigt, und zwar die Krankenkasse für den nach den Krankenversicherungsbestimmungen zu gewährenden Teil und die Berufsgenossenschaft für den Rest, wobei die Aufteilung der Schadenersatzforderung unter sie vor allem dann auf besondere Schwierigkeiten stieße, wenn sie zur Deckung aller Kosten nicht ausreichte. Ähnlich verhält es sich in den Fällen der §§ 1508 und 1509 a RVO.

Die Rechtslage wird dadurch noch verwickelter, daß für den Rückgriff gegen den Schadenersatzschuldner nach § 1542 Abs. 2 in Verbindung mit § 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 RVO Pauschalsätze gelten, die höher oder niedriger sein können als die tatsächlichen Aufwendungen und sich andererseits auch nicht mit den für den Innenausgleich der Versicherungsträger festgesetzten Pauschalen decken. So muß z.B. für ambulante Heilbehandlung der Schuldner dem Versicherungsträger nach §§ 1542 Abs. 2, 1524 Abs. 1 Satz 2 einen täglichen Pauschbetrag von $\frac{3}{8}$ des Grundlohns und bei Nachweis auch die höheren Aufwendungen erstatten, wo-

gegen der ausgleichspflichtige Versicherungsträger dem anderen nach dem Erlaß vom 27.1.1944 nur eine Gesamtpauschale von 16 DM für jeden Leistungsfall zu zahlen braucht. Ebenso gelten auch bei geschlossener Heilbehandlung im Innen- und Außenverhältnis für den Kostenersatz abweichende Berechnungsgrundsätze. Diese sind obendrein im Innenverhältnis wiederum verschieden, je nachdem, ob die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft Ausgleich verlangen kann (vgl. dazu im einzelnen § 1524 Abs. 1 Satz 3 und 4 RVO, § 19 der DurchfBest. vom 19.6.1936; Podzun aaO S. 348, 349; Kirstein VersR 1957, 421, der allerdings die unterschiedliche Pauschalierung im Innen- und Außenverhältnis durch eine historische Auslegung des § 1542 Abs. 2 RVO beseitigen will). Wäre der Standpunkt des Berufungsgerichts richtig, daß für den Rechtsübergang aus § 1542 RVO die Ausgleichsbestimmungen der §§ 1505 ff RVO maßgebend seien, so könnte es hiernach im Einzelfall sehr zweifelhaft sein, in welcher Höhe die einzelnen Versicherungsträger vom Schuldner Ersatz verlangen dürfen.

So hat im vorliegenden Fall die Berufsgenossenschaft der Klägerin gemäß §§ 1505, 1509 RVO in Verb. mit § 19 der DurchfBest. vom 19.6.1936 und dem Erlaß vom 27.1.1944 für Krankenhauspflege und -unterhalt die tatsächlichen Kosten mit täglich insgesamt 10,77 DM und für offene Krankenpflege die Ausgleichspauschale von 16 DM erstattet. Dieselben Beträge hat sie auch der Beklagten in Rechnung gestellt. Damit ist aber noch nicht die grundsätzliche Frage gelöst, ob nach der Ansicht des Berufungsgerichts die Genossenschaft als die insoweit endgültig belastete und damit nach § 1542 RVO allein rückgriffsberechtigte Versicherungsträgerin in der Tat nur ihre Ausgleichsleistung an die Klägerin vom Haftpflichtschuldner zurückfordern kann - wodurch dieser u.U. einen ungerechtfertigten Vorteil hätte - , ob

sie statt dessen die Pauschalsätze des § 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 RVO berechnen dürfte, wie das Berufungsgericht angenommen hat, oder ob sie gar die möglicherweise zum Teil höheren Unkosten erstattet verlangen könnte, die in der über ihre Ausgleichszahlung hinausgehenden Höhe gar nicht von ihr, sondern von der Klägerin aufgewandt wurden. Bei keiner dieser Berechnungsarten wäre der vom Berufungsgericht angestrebte Erfolg, nämlich die möglichst weitgehende Kongruenz zwischen den mittelbaren oder unmittelbaren Aufwendungen eines jeden Versicherungsträgers und dem Rechtsübergang nach § 1542 RVO, gewährleistet, weil ja die Klägerin in jedem Fall mit ihren etwaigen, den Ausgleichsbetrag übersteigenden Mehrkosten endgültig ausfiele. Noch schwieriger ließe sich der jeweilige Umfang der Anspruchsberechtigung aus § 1542 RVO im Hinblick auf die unterschiedlichen Pauschalierungsvorschriften in den schon erwähnten Fällen bestimmen, in denen ein und dieselbe Leistung letztlich teils zu Lasten des einen, teils zu Lasten des anderen Versicherungsträgers geht.

Es kommt schließlich hinzu, daß nach § 1509 Abs. 4 die Krankenkasse wegen der Kosten eines Heilverfahrens keinen Ausgleichsanspruch gegen die Berufsgenossenschaft hat, wenn sie die in § 1503 RVO vorgeschriebene Anzeige nicht rechtzeitig erstattet, und daß ferner nach § 1509 Abs. 3 RVO der interne Ersatzanspruch für beide Versicherungsträger ausgeschlossen ist, wenn er nicht spätestens 3 Monate nach Beendigung der Leistungen geltend gemacht wird. Danach bliebe, wenn man der Auffassung des Berufungsgerichts folgen wollte, vielfach zunächst in der Schwebe, auf welchen Versicherungsträger der Schadenersatzanspruch nach § 1542 RVO übergegangen ist.

Mithin führt es zu zahlreichen Unklarheiten und damit zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit, wenn die

Sachbefugnis aus § 1542 RVO von der unübersichtlichen und verwickelten Ausgleichsregelung der §§ 1505 ff RVO und der dazu ergangenen Durchführungsbestimmungen abhängig gemacht wird, zumal es danach unter Umständen auf interne, nach außen gar nicht in Erscheinung getretene Verwaltungsvorgänge, wie z.B. die Anzeige nach § 1503 RVO, ankäme. Zu der vielfach ohnehin schon schwierigen Aufgabe, die nach § 1542 RVO auf den Sozialversicherer übergegangenen und die beim Geschädigten verbliebenen Haftpflichtansprüche voneinander abzugrenzen, käme dann für den Schuldner, aber auch für die Gerichte, die über solche Ansprüche zu entscheiden haben, noch die weitere Unsicherheit, ob und in welcher Höhe der Schadenersatz an den einen oder den anderen Versicherungsträger zu leisten ist. Diese Unsicherheit wird weitgehend vermieden, wenn man es nur auf das in den §§ 559 g - k RVO geregelte Außenverhältnis abstellt: Danach kommt regelmäßig zunächst immer nur die Krankenkasse im Rahmen ihrer gesetzlichen Vorleistungspflicht als Gläubigerin nach § 1542 RVO in Betracht; das ist vor allem für die Fälle bedeutsam, in denen die Frage, ob eine Krankheit die Folge eines Betriebsunfalls ist, erst später geklärt wird. Erst von dem Zeitpunkt an, mit dem die Leistungen aus der Unfallversicherung gemäß den §§ 559 g - k RVO eingesetzt haben, kann die Berufsgenossenschaft - und nur sie - den Rechtsübergang aus § 1542 RVO ihrerseits für sich in Anspruch nehmen.

Allerdings können auch nach dieser Lösung Abgrenzungsschwierigkeiten auftreten. So kann es danach ebenfalls zu einer Aufspaltung der Sachbefugnis aus § 1542 RVO kommen, nämlich dann, wenn die Berufsgenossenschaft gemäß § 559 h Abs. 2 RVO ein geringeres Krankengeld zahlt als die Krankenkasse, oder wenn umgekehrt die Krankenkasse von sich aus Krankenhilfe gewährt und für dieselbe Zeit

auch die Genossenschaft auf Grund ihrer weitergehenden Verpflichtung zusätzliche Leistungen gleicher Art an den Versicherten erbringen muß. In diesen Fällen ist aber die Abgrenzung des Forderungsübergangs verhältnismäßig leicht, weil der jeweilige Umfang der Außenverpflichtung beider Versicherungsträger in der Regel schon im tatsächlich Geleisteten zum Ausdruck kommt oder sich zumindest aus den gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsbestimmungen ergibt, ohne daß obendrein auch noch die zeitliche Aufgliederung im Innenverhältnis nach den §§ 1505 ff RVO berücksichtigt werden müßte. Ferner wird der Schuldner von einer Anzeige nach §§ 559 g Abs. 2 oder 559 h Abs. 2 RVO, wonach die Genossenschaft von einem bestimmten Tage an die Krankenbehandlung oder die Renten- oder Krankengeldzahlung übernommen hat, meist keine unmittelbare Kenntnis haben. Jedoch wird der tatsächliche Leistungsverlauf regelmäßig der Anzeige entsprechen, so daß der Schuldner aus ihm die richtigen Schlüsse ziehen kann. Im Zweifel wird eine Anfrage bei den beteiligten Versicherungsträgern Klarheit schaffen, so vor allem auch dann, wenn nach außen nicht ohne weiteres erkennbar ist, ob die Krankenkasse eine Krankenbehandlung für eigene Rechnung oder im Auftrag der Genossenschaft durchführt (vgl. § 1510 RVO, §§ 4 ff der DurchfBest. vom 19.6.1936; Stahl, Berufsgenossenschaft 1937, 86, 87).

Mithin ist die Abgrenzung des Forderungsübergangs nach § 1542 RVO allein nach dem Außenverhältnis auch aus praktischen Gründen der Auffassung des Berufungsgerichts vorzuziehen.

3.) Das Hauptbedenken des Berufungsgerichts gegen diese Lösung geht dahin, daß nach ihr der ausgleichsberechtigte Versicherungsträger unter Umständen doppelt ent-

schädigt werde, nämlich einmal durch die Ersatzleistung des Schädigers nach § 1542 RVO und zum anderen durch die Ausgleichszahlung des anderen Versicherungsträgers nach §§ 1505 ff RVO, während der andere Versicherer für seine Ausgleichsleistung keinen Ersatz vom Schädiger erhalte. Ein solches Ergebnis ließe sich aber auch vom Standpunkt des Berufungsgerichts aus jedenfalls dann nicht verhindern, wenn die Berufsgenossenschaft bereits vor dem 45. Tag nach dem Unfall die Versicherungsleistungen nach den §§ 559 g Abs. 2, 559 h Abs. 2, 559 i RVO übernommen hat und damit im Außenverhältnis allein leistungspflichtig geworden ist mit der Folge, daß sie dann sowohl vom Schadenstifter nach § 1542 RVO als auch von der Krankenkasse nach §§ 1505, 1509 RVO Ersatz verlangen könnte. Im übrigen ist es aber auch nicht richtig, daß es zu einer zweifachen Entschädigung des ausgleichsberechtigten Versicherungsträgers kommen müßte, wenn für die Sachbefugnis gegenüber dem Schädiger die Ausgleichsbestimmungen der §§ 1505 ff RVO unberücksichtigt bleiben. Diese Bestimmungen sollen zwar im Verhältnis der Versicherungsträger untereinander einen angemessenen Ausgleich herbeiführen. Sie sollen aber nicht dem einen Versicherungsträger auf Kosten des anderen einen ungerechtfertigten Gewinn verschaffen. Ein Ausgleich hat nur dort einen Sinn, wo im Ergebnis noch eine auszugleichende Belastung vorliegt. Hat aber ein Sozialversicherungsträger schon vom Haftpflichtschuldner vollen Ersatz für seine Aufwendungen erhalten, so ist für einen Ausgleich durch eine weitere Ersatzleistung kein Raum mehr. Auch wenn, wie im vorliegenden Fall, ein Versicherungsträger zunächst den Ausgleichsanspruch gegen den anderen und dann erst seinen Anspruch aus § 1542 RVO gegen den Haftpflichtschuldner mit Erfolg geltend macht, ist eine doppelte Entschädigung dieses Versicherungsträgers auf Kosten des anderen durchaus vermeidbar.

Dies kann in solchen Fällen entweder in der Weise geschehen, daß der ausgleichsberechtigte Sozialversicherungsträger von dem ausgleichspflichtigen einen Ausgleich nur erhält, wenn er diesem den Anspruch aus § 1542 RVO in Höhe des Ausgleichsbetrages abtritt, oder so, daß er dem anderen Versicherungsträger den Ausgleichsbetrag nach Empfang der Leistung des Haftpflichtschuldners - sei es nach Bereicherungsgrundsätzen, sei es auf Grund der öffentlich-rechtlichen Beziehungen der beiden Sozialversicherungsträger - zurückzuzahlen hat, weil sich dann eben nachträglich ergibt, daß der Zweck der Ausgleichszahlung weggefallen ist. Welcher dieser Wege im Innenverhältnis der Sozialversicherungsträger einzuschlagen ist, bedarf hier keiner abschließenden Erörterung, weil im vorliegenden Streitfall nur über das Außenverhältnis zum Haftpflichtschuldner zu entscheiden ist.

4.) Mithin haben Landgericht und Berufungsgericht die Klägerin mit ihrer Forderung auf Ersatz von 60 % ihrer nach dem 10. Juni 1954 für den Verletzten erbrachten Leistungen zu Unrecht abgewiesen. Da die Klägerin auch insoweit nach außen hin zur Leistung verpflichtet war, steht der Anspruch aus § 1542 RVO ihr und nicht der Berufsgenossenschaft zu, wobei ihr die Pauschalierungsvorschriften der §§ 1542 Abs. 2, 1524 Abs. 1 Satz 2 - 4 zugute kommen. Deshalb war dem restlichen Klageanspruch, der rein rechnerisch von der Beklagten nicht bestritten ist, unter Aufhebung des angefochtenen Urteils stattzugeben. Jedoch könnten der Klägerin Zinsen auf diesen Anspruch nur in der gesetzlichen Höhe von 4 % zuerkannt werden, weil sie einen darüber hinausgehenden Verzugsschaden nicht dargetan hat. Wegen der zuviel geforderten Zinsen war die Revision zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 91, 92 ZPO.

Dr. Nastelski

Dr. Haidinger

Dr. Fischer

Dr. Kuhn

Dr. Reinicke