

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

RVO §§ 1542, 1524

Es ist an der Rechtsprechung festzuhalten, daß ein Sozialversicherungsträger auch im Falle der Familienhilfe die vom Schädiger zu ersetzenden Krankheitskosten nach § 1524 Abs. 1 RVO pauschal berechnen darf.

BGH, Urt.v.8.November 1977 - VI ZR 132/75 - OLG München
LG München II

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 132/75

URTEIL

in dem Rechtsstreit

Verkündet am

8. November 1977

Heinzelmann
Justizangestellte
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

1. der V [REDACTED] Deutsche Sachversicherung AG,
H [REDACTED], vertreten durch den Vorstand Walter R [REDACTED],
2. des Josef G [REDACTED],
G [REDACTED],

Beklagte und Revisionskläger,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

g e g e n

die Allgemeine Ortskrankenkasse I [REDACTED],
vertreten durch den Geschäftsführer, Direktor Hans B [REDACTED],

Klägerin und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Prof.Dr.h.c. [REDACTED] -

13

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 8. November 1977 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Weber und die Richter Dunz, Scheffen, Dr. Steffen und Dr. Kullmann

für R e c h t erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des 5. Zivilsenats des Oberlandesgerichts München vom 25. März 1975 wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Revision fallen den Beklagten zur Last.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Am 27. Mai 1972 fuhr der Erstbeklagte mit seinem Pkw, der bei der Zweitbeklagten gegen Haftpflicht versichert war, Frau Franziska H. an und verletzte sie dabei schwer. Sie mußte mehr als zwei Monate stationär und dann noch einige Wochen ambulant behandelt werden. Der Ehemann der Verletzten ist als Rentner bei der klagenden AOK sozialversichert. Im Rahmen der Familienhilfe gewährte diese auch Frau H. Versicherungsschutz.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Klägerin nimmt beide Beklagte aus übergegangenem Recht in Anspruch. Sie hat zunächst im Hinblick auf ein Mitverschulden der Verletzten 75 % der nachgewiesenen Kosten der Krankenhausbehandlung verlangt und als Kosten der anschließenden ambulanten Behandlung bis zum 10. Oktober 1972 75 % der gemäß § 1524 Abs. 1 RVO pauschaliert berechneten Behandlungskosten von 550,44 DM. Außerdem hat sie die Feststellung begehrt, daß die Beklagten verpflichtet seien, ihr 75 % der ihr ab 10. Oktober 1972 entstehenden Auslagen zu erstatten.

Landgericht und Oberlandesgericht haben der Klage im Rahmen einer Haftungsquote von 60 % entsprochen. Mit der (zugelassenen) Revision erstreben die Beklagten die Klarstellung des Feststellungstenors dahin, daß eine Pauschalberechnung ausgeschlossen sei, und hinsichtlich der Leistungsklage die Zurückweisung der Sache an das Berufungsgericht.

Entscheidungsgründe

I.

Das Berufungsgericht vertritt im Anschluß an das Senatsurteil vom 21. Januar 1958 (VI ZR 295/56 = VersR 1958, 153 = WzS 1958, 180 = BKK 1958, 216) die Auffassung, ein Sozialversicherungsträger dürfe auch im Falle der Familienhilfe die vom Schädiger zu ersetzenden Krankheitskosten nach § 1524 Abs. 1 RVO pauschal berechnen. Die gegenteilige Ansicht des OLG Celle (VersR 1973, 181 = NJW 1973, 197) lehnt es ab. Es beanstandet auch nicht, daß die Klägerin die Kosten der stationären Behandlung konkret, diejenigen der ambulanten Behandlung aber pau-

schaliert abgerechnet hat (vgl. Senatsurteil vom 27. April 1965 - VI ZR 13/64 = VersR 1965, 660, 661). Da die Beklagten auch nicht dargelegt haben, daß zwischen den Pauschalbeträgen und den für einen Privatpatienten erforderlichen Aufwendungen ein wesentlicher Unterschied bestand (vgl. BGHZ 12, 154), sind sie nach Auffassung des Berufungsgerichtes verpflichtet, im Streitfalle die Pauschalbeträge der Klägerin zu erstatten.

II.

Diese Ausführungen werden von der Revision vergeblich angegriffen.

1. Der Revision kann zunächst schon nicht darin gefolgt werden, eine abstrakte Schadensberechnung gemäß §§ 1542 Abs. 2, 1524 RVO sei immer dann unzulässig, wenn der Schaden konkret berechenbar sei (so OLG Celle aaO).

a) Das Gesetz gibt dafür keinen Anhalt. Es ist sogar der Sinn der in § 1542 Abs. 2 RVO getroffenen Regelung, den Sozialversicherungsträgern auch bei ihren Regreßansprüchen gegen Dritte die konkrete Berechnung zu erlassen und ihnen dadurch Verwaltungsarbeit zu ersparen. Entgegen der Auffassung der Revision ist dieser Gesetzeszweck nicht durch die moderne bürotechnische Entwicklung überholt. Die Ermittlung des tatsächlichen Aufwandes der Sozialversicherungsträger für einen einzelnen Versicherten, insbesondere bei ambulanter Krankenbehandlung, stößt immer noch auf große Schwierigkeiten, mögen sie auch in einzelnen Fällen mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitungsanlagen auszuräumen sein. Nach § 368 f RVO müssen die Kranken-

versicherer den kassenärztlichen Vereinigungen nämlich nicht jede einzelne ärztliche Leistung vergüten. Sie entrichten vielmehr nur eine Gesamtvergütung. Durch die Zahlung dieser Gesamtvergütung wird die einzelne Krankenkasse von allen weiteren Honorarverpflichtungen gegenüber den Kassenärzten frei. Die Bemessung der von den Krankenkassen zu entrichtenden Gesamtvergütung ist nach verschiedenen Systemen möglich. Bis zum Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) standen den Krankenkassen folgende Abrechnungsmöglichkeiten zur Wahl: das System der Kopfpauschale, wobei die Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Versicherten und deren durchschnittlichen Jahresbedarf an kassenärztlichen Leistungen berechnet wurde, das der Fallpauschale und auch das der Berechnung nach Einzelleistungen, sowie Systeme, die sich aus der Verbindung mehrerer dieser Berechnungsarten ergeben (§ 368 f Abs. 2 und 3 RVO a.F.). In Zukunft kann sogar als Gesamtvergütung ein Festbetrag vereinbart werden (§ 368 f Abs. 2 Satz 2 RVO n.F.). Lediglich die kassenärztliche Vereinigung hat bei der Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen (§ 368 f Abs. 1 Satz 4 RVO). Aber auch dann, wenn bereits die Kassen die an die kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnen, was mittlerweile mehr und mehr praktiziert werden soll (vgl. Kesselheim, WzS 1977, 75, 76; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 368 f RVO, Anm. 4), bestehen für die Krankenkassen noch erhebliche Schwierigkeiten, die gesamten Aufwendungen für die unfallbedingte Behandlung eines einzelnen Mitglieds zu ermitteln. Dies ergibt sich schon daraus, daß bei dieser Abrechnungsweise

in der Gesamtvergütung die für den Patienten erbrachten Leistungen nur als einzelne Rechnungsposten erscheinen, die nicht einmal in der Datenverarbeitung gespeichert werden müssen. Entscheidend fällt aber ins Gewicht, daß auch in eine solche Abrechnung nicht die Aufwendungen der Krankenkassen für Arzneien, Heilmittel und Hilfsmittel aufgenommen werden. Diese stellen die Apotheker, Masseure, Krankengymnastiker usw. den Kassen gesondert in Rechnung.

Das Gesetz nimmt daher in Kauf, daß ein Sozialversicherungsträger mit der Abrechnungsweise nach § 1524 Abs. 1 RVO auch einmal mehr erhält, als er tatsächlich aufgewendet hat (BGHZ 12, 154; KG VersR 1975, 140, 141).

b) Der Ansicht der Revision steht weiter entgegen, daß die Krankenkassen im Verhältnis zu dem Geschädigten keine Geld-, sondern Naturalleistungen erbringen, so daß eine konkrete Schadensberechnung in der Person des Verletzten nicht möglich ist. Die Ersatzberechnung nach § 1542 Abs. 2 i.V. mit § 1524 RVO für den übergegangenen Anspruch bedeutet lediglich eine Umwertung der Naturalleistungen der Kassen, regelt aber nicht deren Berechnung. Bewertet wird allein der nicht konkret berechenbare bürgerlich-rechtliche Ersatzanspruch des Geschädigten (vgl. Wussow, aaO Tz 1474). Eben deshalb geht die Spezialvorschrift des § 1542 Abs. 2 RVO den im allgemeinen geltenden Sätzen der Schadensberechnung vor (so schon RGZ 103, 216, 218; BGHZ 12, 154, 156).

c) Der Einwand der Revision schließlich, die pauschale Abrechnung auf der Basis von 3/8 des Grundlohnes greife in das durch das Grundgesetz geschützte Eigentum ein, wenn ein Sozialversicherungsträger auf diesem Weg

mehr erhalte, als er im Einzelfall tatsächlich aufgewendet habe, ist abwegig.

2. Der Senat hält auch an seiner Auffassung fest, daß die Pauschalabrechnung nach § 1524 RVO insoweit zulässig ist, als es sich um Leistungen im Rahmen der Familienhilfe (§§ 205 ff RVO) handelt. Ihr hat das Schrifttum fast durchweg zugestimmt (vgl. Wussow, Unfallhaftpflichtrecht, 12. Aufl., Rdnr. 1484; Geigel, Haftpflichtprozeß, 16. Aufl. Kap. 30 Rdnr. 116; Seitz, Die Ersatzansprüche der Sozialversicherungsträger nach §§ 640 und 1542 RVO, 2. Aufl., S. 186; Gunkel/Hebmüller, Die Ersatzansprüche nach § 1542 RVO, 3. Aufl. Bd. I, S. 110; Becker, Kraftverkehrs-Haftpflichtschäden, 12. Aufl., S. 223; Dersch/Knoll/Brockhoff u.a., RVO-Gesamtkommentar, § 205 c RVO Anm. 3; Lauterbach, Unfallversicherung, § 1542, Anm. 82; Maunz/Schraft/Rindt, Die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung, § 1542 RVO, Anm. 19; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 17. Aufl., § 205 c RVO Anm. 3; a.A. noch Dersch/Knoll/Brockhoff u.a., aaO § 1542 Anm. 13 und A. Huber, Der Pauschalersatz nach § 1542 Abs. 2 RVO, S. 25, indes mit unzutreffenden Gründen). Das Berufungsgericht weist zutreffend darauf hin, daß § 205 c RVO für den Übergang von Schadensersatzansprüchen berechtigter Familienmitglieder auf Krankenkassen die entsprechende, aber uneingeschränkte Anwendung des § 1542 RVO und damit auch seines Satzes 2 vorschreibt, der wiederum die Pauschalierungsmöglichkeit des § 1524 RVO für entsprechend anwendbar erklärt.

a) Dem steht, worauf der Senat schon früher hingewiesen hat, nicht entgegen, daß § 1524 RVO eine Abrechnung nach dem Grundlohn des versicherten Arbeitnehmers vorsieht, für die mitversicherten Familienmitglie-

der aber kein Grundlohn bestimmt ist (Senatsurteil vom 21. Januar 1958 - VI ZR 295/56 - aa0).

Mit Recht führt das Berufungsgericht aus, daß auch insoweit der Grundlohn des Versicherten maßgebend ist. Dies folgt bereits aus dem Wortlaut der in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen. Nach § 1524 Abs. 1 Satz 2, 3 RVO ist für die Berechnung der in Frage stehenden Aufwendungen der Grundlohn des "Berechtigten" maßgebend. Als "Berechtigter" gilt auch im Falle der Familienhilfe nach dem eindeutigen Wortlaut des § 205 RVO nur der Versicherte. Denn er erhält die Leistungen der Krankenkasse "für" die in § 205 RVO bezeichneten Angehörigen.

b) Übrigens sind inzwischen die Familienangehörigen auch sozialversicherungsrechtlich dem Versicherten selbst leistungsmäßig völlig gleich gestellt worden. Die stufenweise erfolgte Gleichstellung hat ihren Abschluß gefunden mit der Neufassung des § 205 Abs. 3 RVO durch § 1 Nr. 11 KVSG vom 24. Juni 1975 (BGBl I S. 1536) und durch § 1 Nr. 3 SpREG vom 28. August 1975 (BGBl I S. 2289). Dadurch sind die früheren Beschränkungen der Ersatzpflicht der Kassen für die den Familienangehörigen verordneten Arzneimittel, kleinere Heilmittel, Hilfsmittel u. dergl. entfallen. Damit sind die Bedenken gegen das Senatsurteil vom 21. Januar 1958 (VI ZR 295/56 = aa0), die noch auf den erwähnten Leistungsunterschied abgehoben hatten (vgl. Huber aaO S. 25), gegenstandslos.

3 Auch der Umstand, daß im Streitfalle bereits der Versicherte als Rentner kein Arbeitsentgelt bezieht und daher für ihn nicht nach § 180 RVO ein "Grundlohn" berechnet werden kann, veranlaßt keine andere Beurteilung. Nach § 1524 Abs. 1 Satz 5 RVO ist zwar, wenn "kein Grundlohn bestimmt" ist, nur der wirkliche Aufwand zu ersetzen. Krankenversicherungsleistungen an Rentner werden jedoch nach der Reichsversicherungsordnung ebenfalls nach einem Grundlohn berechnet. Sie richten sich nach dem durchschnittlichen Grundlohn aller versicherungspflichtigen Kassenmitglieder (vgl. § 201 Satz 2 RVO). Dieser ist daher auch für die Bemessung von Pauschalbeträgen für die Kranken- und Krankenhauspflege von Rentnern maßgebend (Senatsurteil vom 8. Februar 1966 - VI ZR 200/64 = LM RVO § 1524 Nr. 5 = VersR 1966, 336; BSGE 14, 192; Gunkel/Hebmüller, aaO., Bd. I S. 111; Lauterbach, aaO., § 1524 RVO Anm. 9 b; Maunz/Schraft/Rindt, aaO., § 1524 RVO Anm. 3; Wussow, aaO., Tz. 1479).

4. Das Berufungsgericht geht schließlich rechtsfehlerfrei davon aus, daß gegen die Pauschalberechnung der Klägerin auch nicht der Einwand des Rechtsmißbrauches (BGHZ 12, 154) begründet ist.

Eine mißbräuchliche Ausübung des Rechts aus § 1524 RVO liegt dann vor, wenn der Versicherungsträger von dem Schädiger auf Grund der Pauschalberechnung "wesentlich mehr" verlangt, als entstanden wäre, wenn der Geschädigte nicht sozialversichert gewesen wäre, sondern einen Privatarzt konsultiert hätte (BGHZ 12, 124; Senatsurteile vom 27. Januar 1954 - VI ZR 245/53 = VersR 1954, 166 und vom 31. Januar 1956 - VI ZR 328/54 = LM RVO § 1524 Nr. 3 = VersR 1956, 178).

Die Beklagten haben aber nicht behauptet, daß diese Voraussetzung gegeben ist. Entgegen der Auffassung der Revision trifft den Schädiger bzw. seinen nach § 3 PflVG in Anspruch genommenen Haftpflichtversicherer die Darlegungs- und Beweislast für die Tatsachen, aus denen die Unzulässigkeit der Rechtsausübung hergeleitet werden kann. Die von den Beklagten offenbar erstrebte Umkehr der Beweislast ist sachlich nicht gerechtfertigt. Das ergibt schon der Wortlaut des § 1542 Abs. 2 RVO. Danach sind die Regreßansprüche pauschal abzurechnen (BGHZ 12, 154, 156); nur wenn die Sozialversicherungsträger höhere Aufwendungen geltend machen als ihnen bei Pauschalabrechnung zustehen würden, müssen sie diese nachweisen. Nur in diesem Ausnahmefall besteht also eine Darlegungs- und Beweislast der Sozialversicherungsträger. Diese Sonderregel läßt sich auf den Regelfall der Pauschalabrechnung nicht übertragen.

Insoweit obliegt daher dem Schädiger auch die Darlegung und der Nachweis der Unangemessenheit; den Einwand des Rechtsmißbrauchs nachzuweisen, ist immer Sache dessen, der ihn geltend macht.

Dr. Weber

Dunz

Scheffen

Dr. Steffen

Dr.Kullmann