

Verkündet am
27. Januar 1954
[REDACTED], Justizassistent
als Urkundsbeamter der
Geschäftsstelle

11
2346 069

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

In dem Rechtsstreit

der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt und den
Landkreis O [REDACTED], F [REDACTED] ring [REDACTED],
vertreten durch ihren Geschäftsführer Ferdinand B [REDACTED]
in O [REDACTED], F [REDACTED] ring [REDACTED]

Klägerin, Berufungsbeklagten,
Revisionsklägerin und Anschluß-
revisionsbeklagten,

- Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED]
[REDACTED] -

gegen

den Kraftfahrzeugbesitzer Heinz L [REDACTED] in O [REDACTED]
[REDACTED], L [REDACTED] strasse [REDACTED],

Beklagten, Berufungskläger,
Revisionsbeklagten und An-
schlußrevisionskläger,

- Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

hat der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs auf die
mündliche Verhandlung vom 27. Januar 1954 unter Mit-
wirkung des Senatspräsidenten Prof. Dr. Meiß und der
Bundesrichter Dr. Gelhaar, Dr. Meyer, Hanebeck und Dr.
Kaul

für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin und die Anschluss-
revision des Beklagten gegen das Urteil des 7. Zi-
vilsenats des Oberlandesgerichts in Frankfurt am
Main vom 16. September 1953 werden zurückgewiesen.

Die Kosten des Revisionsrechtszuges werden
der Klägerin zu 4/5 und dem Beklagten zu 1/5 auf-
erlegt.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Am 3. Mai 1951 kam es zu einem Zusammenstoß zwischen einem Motorrad des Arbeiters Ludwig H., auf dessen Soziussitz die Frau H. sass, und einem dem Beklagten gehörenden Kraftfahrzeug. H. und seine Frau sind bei der Klägerin krankenversichert, letztere auf Grund eigener Berufstätigkeit. Die Klägerin macht Ansprüche gegen den Beklagten auf Grund des § 1542 RVO geltend. Sie rechnet für ärztliche Behandlung der Frau H. 3/8 des Grundlohnes für die Krankenpflege von 47 Tagen. Auf dieser Rechnung ergibt sich ein Gesamtbetrag von 150,87 DM, den die Klägerin mit der Klage begehrt. Der Beklagte hat Klagabweisung verlangt. Er ist der Ansicht, dass er der Klägerin keinesfalls mehr verschulde als er der Frau H. schulden würde, wenn diese ihren Schaden als Privatpatientin erlitten hätte. Dieser Schaden betrage nicht mehr als 27 DM. Aber auch insoweit bestünden nach Ansicht des Beklagten keine Ansprüche der Klägerin, da diese auf Grund ihrer Abkommen mit der ärztlichen Verrechnungsstelle durch den Unfall keine besonderen Aufwendungen gehabt habe.

Das Landgericht hat nach der Klage erkannt. Auf die Berufung der Klägerin hat das Oberlandesgericht in Abänderung des landgerichtlichen Urteils den Beklagten verurteilt, 27 DM zu zahlen und im übrigen unter Zurückweisung der Berufung die Klage abgewiesen. Beide Parteien verfolgen mit Revision und Anschlussrevision ihre früheren Anträge weiter. Die Revision ist zugelassen.

Entscheidungsgründe:

Für die Ansprüche der Klägerin ist massgeblich die Frage, welche Auslegung dem § 1542 RVO in Verbindung mit § 1524

- 3 -

Abs 1 Satz 2 - 4 RVO zu geben ist, d.h. nach welchem Maßstab eine Sozialversicherung Beträge, die sie wegen der Unfallschäden eines Mitglieds zu zahlen hat, vom Schädiger zurückverlangen kann, sofern die sonstigen Voraussetzungen des § 1542 Abs 1, insbesondere eine Zahlungspflicht des Schädigers gegenüber dem Geschädigten oder sonst Anspruchsberechtigten gegeben sind.

Mit dieser Frage hat sich der erkennende Senat gleichzeitig in der Sache VI ZR 16/53 befasst und in der Entscheidung diejenigen Grundsätze festgelegt, die auch für den vorliegenden Fall anzuwenden sind.

Grundsätzlich sind die Krankenkassen und sonstigen Versicherungsträger befugt, vom Schädiger unter den sonst vorauszusetzenden Bedingungen die sich aus § 1524 Abs 1 Satz 2 - 4 ergebenden Beträge zu verlangen. Bezüglich der Krankenpflege bedeutet dies insbesondere, dass die Forderung pauschaliert ist in Höhe von 3/8 des Grundlohns und dass grundsätzlich für die Berechnung die gesamten Krankheitstage zahlenmässig als Multiplikationsfaktor zu berücksichtigen sind, ohne Rücksicht darauf, ob an dem einzelnen Tage eine Krankenpflege stattgefunden hat.

Eine Pflicht des Nachweises der ihm im einzelnen entstandenen Kosten besteht für den Sozialversicherer im Rahmen der Pauschalierungsbestimmungen nicht. Nur wenn entweder eine solche Pauschalberechnung nicht in Betracht kommt - wie im Falle des Nichtvorhandenseins eines Grundlohns - oder wenn der Sozialversicherungsträger von seiner besonderen Berechtigung Gebrauch macht, ihm entstandene Kosten zu verlangen, die höher als der



Pauschalbetrag liegen, obliegt ihm der Einzelnachweis.

Diese Berechtigung des Sozialversicherungsträgers zur vereinfachten und im einzelnen sich aus den gesetzlichen Bestimmungen ergebenden Anspruchsberechnung findet ihre Grenzen allein in den Bestimmungen des allgemeinen Rechts. Der Grundsatz, dass eine missbräuchliche Rechtsausübung unzulässig ist und dass einem Anspruch der Einwand der unzulässigen Rechtsausübung entgegengehalten werden kann (§ 242 BGB), gilt auch im Rahmen des § 1542 Abs 2 RVO. Als unzulässige Rechtsausübung ist es insbesondere anzusehen, wenn die auf Grund der Pauschalberechnung sich ergebenden Beträge im auffälligen Missverhältnis zu den wahren Leistungen stehen, die der Sozialversicherungsträger aufzuwenden hat. Dieser allgemeine Rechtsgrundsatz darf aber keineswegs dazu führen, dass dem Schädiger aus den besonderen Bedingungen der Sozialversicherung ein Vorteil zuwächst, dass er also insbesondere deshalb weniger zu leisten hat, weil die unter Aufwand erheblicher Verwaltungskosten und auf Grund versicherungstechnischer Maßstäbe sich im Einzelfall ergebenden Leistungen scheinbar geringfügig sind. Dem Schädiger erwachsen keine Rechte, insbesondere nicht der Einwand unzulässiger Rechtsausübung aus dem für ihn rechtlich nicht belangvollen Verhältnis der Sozialversicherungen mit den Ärzten und ihren Verbänden oder den sonstigen Stellen, die an der Leistung der Krankenpflege beteiligt sind.

Dagegen wird im allgemeinen, wenn die Verhältnisse des Einzelfalles nichts besonderes ergeben, davon auszugehen sein, dass das erwähnte auffällige, den Einwand unzulässiger Rechtsausübung begründende Missverhältnis

dann gegeben ist, wenn die sich aus der Pauschalierung ergebenden Beträge nicht unerheblich über das hinausgehen, was als Schaden zu ersetzen wäre, wenn der Beschädigte privat behandelt worden wäre. In einem solchen Fall ist - bei allem Vorbehalt der Berücksichtigung von Sonderumständen - die Annahme naheliegend, dass die rein rechnerische Pauschalierung dem Gedanken einer billigen Ausgleichung der Ansprüche zwischen Schädiger, Anspruchsberechtigtem und Sozialversicherungsträger in auffallender Weise zuwiderläuft.

Die Anwendung dieser im einzelnen in dem vorerwähnten Urteil des Senats vom heutigen Tage entwickelten Grundsätze ergibt, dass das angefochtene Urteil, wenn es auch nicht in jeder Beziehung frei von Rechtsirrtum ist, doch im Endergebnis richtig ist. Es ist in diesem Fall festgestellt, dass die Pauschalberechnung zu einer Forderung von 150,87 DM führt, während die Ausgaben der Geschädigten, wenn sie als Privatpatientin sich

hätte behandeln lassen, sich auf 27 DM belaufen würden. Wenn das Berufungsgericht unter Abweisung der weitergehenden Ansprüche der Klägerin den letzteren Betrag zugesprochen hat, entspricht das den oben entwickelten Grundsätzen.

Weder die Revision noch die Anschlussrevision ist sonach begründet. Es war daher, unter Kostenfolge aus §§ 97, 92 ZPO wie geschehen zu erkennen.

MeiB Dr.Gelhaar Dr.K.E.Meyer Hanebeck Dr.Kaul