

Für das Nachschlagewerk!
Für die Amtliche Sammlung!

1. Gesetz: RVO §§ 1524 Abs 1 Satz 2-4, 1542;
5. Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 17.2.1939 (RGBl I, 267)

Rechtssatz: Die Träger der Versicherung können auch nach Erlaß des 5. Gesetzes über Änderungen in der Unfallversicherung vom 17. Februar 1939 (RGBl I, 267) grundsätzlich die Pauschalbeträge für Krankempflegekosten von dem Schädiger verlangen. Das gilt auch dann, wenn die tatsächlichen Aufwendungen unter den Pauschalbeträgen gelegen haben.

2. Gesetz: BGB § 242; RVO §§ 1524 Abs 1 Satz 2-4, 1542

Rechtssatz: Auch im Rahmen des § 1542 RVO gilt aber der Grundsatz, daß eine mißbräuchliche Rechtsausübung unzulässig ist. Eine mißbräuchliche Rechtsausübung liegt dann vor, wenn der Versicherungsträger von dem Schädiger auf Grund der in §§ 1542, 1524 Abs 1 Satz 2-4 RVO zugelassenen Pauschalberechnung wesentlich mehr verlangt, als die Heilungskosten betragen hätten, wenn der Geschädigte nicht sozialversichert gewesen wäre.

Aktenzeichen: VI ZR 16/53

Urt. des BGH vom 27. Januar 1954

OLG Köln

Verkündet
am 27. Januar 1954
Malessa, Justizassistent
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

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

In dem Rechtsstreit

des Kaufmanns Hermann D. [REDACTED] in B. M. [REDACTED] a.D. [REDACTED],
bei H. [REDACTED], S. [REDACTED] strasse

Beklagten, Berufungsbeklagten, Anschlussberufungsklägers
und Revisionsklägers,

- Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

g e g e n

die Innungskrankenkasse der Handwerkerinnung in B. [REDACTED]
vertreten durch ihren Vorstand,

Klägerin, Berufungsklägerin, Anschlussberufungsbeklagte
und Revisionsbeklagte,

- Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

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

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Teilurteil des
7. Zivilsenats des Oberlandesgerichts in Köln vom
6. November 1952 aufgehoben. Die Sache wird zur ander-
weiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die
Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückver-
wiesen.

Von Rechts wegen

- 2 -

Tatbestand:

Der bei der Klägerin versicherte Arnold M. wurde am 24. Juni 1950 von dem Kraftwagen des Beklagten angefahren und erlitt einen Knöchelbruch. Er wurde noch am selben Tage in ein Krankenhaus aufgenommen und verblieb dort bis zum 6. Juli 1950. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus war er bis zum 1. November 1950 arbeitsunfähig krank. Der Haftpflichtversicherer des Beklagten hat an M. zur Abgeltung seiner Schadensersatzansprüche aus dem Unfall einen Betrag von 1500 DM vergleichsweise entrichtet.

Die Klägerin hat M. Krankengeld gezahlt und ihm Krankenhilfe gewährt. Sie verlangt mit Rücksicht auf den gesetzlichen Forderungsübergang gemäss § 1542 RVO von dem Beklagten Erstattung von insgesamt 1158,30 DM nebst Zinsen die sich aus folgenden Einzelposten zusammensetzen:

Krankengeld	590,-- DM
Krankenpflege, Arzt- und Arzneikosten für insgesamt 118 Tage mit je 3,75 DM	442,50 DM
Krankenhausbehandlung für 12 Tage zu je 5,90 DM	70,80 DM
Hausgeld	50,-- DM
Transportkosten zum Krankenhaus	5,-- DM
zusammen	1158,30 DM

Auf Zahlung dieses Betrages nebst Zinsen hat die Klägerin gegen den Beklagten Klage erhoben. Die Versicherung des Beklagten hat nach Zustellung der Klage an die Klägerin 776,40 DM gezahlt. Mit diesem Betrag sollten Kranken- und Hausgeld in Höhe von insgesamt 640 DM voll abgegolten sein. Von dem von der Klägerin verlangten Mehrbetrag von 518,30 DM hält der Beklagte dagegen nur den von seiner Versicherung an die Klägerin gezahlten Teilbetrag von 126,40 DM für begründet. Er ist der Ansicht, für Krankenpflege, Arzt- und Arznei-

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



kosten könne die Klägerin höchstens 1,50 DM täglich beanspruchen, für 118 Tage also anstatt 442,50 DM nur 177 DM. Dazu kämen noch 70,80 DM für Krankenhausbehandlung und 5,-- DM für Transportkosten, insgesamt also 252,80 DM. Von diesem Betrag könne die Klägerin aber nur die Hälfte ersetzt verlangen, weil M. ein mitwirkendes Verschulden an dem Unfall treffe, das die Klägerin sich entgegenhalten lassen müsse.

Das Landgericht hat den Beklagten verurteilt, an die Klägerin weitere 126,40 DM nebst Zinsen zu zahlen, und die weitergehende Klage abgewiesen. Gegen dieses Urteil haben die Klägerin Berufung und der Beklagte Anschlussberufung eingelegt. Das Oberlandesgericht hat durch das angefochtene Teilurteil die Anschlussberufung des Beklagten zurückgewiesen und auf die Berufung der Klägerin den Beklagten verurteilt, weitere 6,35 DM nebst Zinsen an die Klägerin zu zahlen.

Mit der von dem Berufungsgericht zugelassenen Revision verfolgt der Beklagte seinen Antrag auf Abweisung der über den von ihm gezahlten Betrag hinausgehenden Klage weiter, während die Klägerin um Zurückweisung der Revision bittet.

Entscheidungsgründe:

Die Revision ist begründet.

1. Das Berufungsgericht hat die Frage, ob den Verletzten ein nach Ansicht des Beklagten zur hälftigen Schadensteilung führendes Mitverschulden trifft, offengelassen und daher nur über die Hälfte der streitigen Ansprüche entschieden. Da es insoweit die Klage für begründet erachtet hat, hat es der Klägerin die Hälfte der von ihr für Krankenpflege, Krankenhauspflege und Transportkosten eingesetzten Beträge,

also die Hälfte von 518,30 DM = 259,15 DM, abzüglich der von der Versicherungsgesellschaft des Beklagten gezahlten 126,40 DM, mithin insgesamt 132,75 DM nebst Zinsen zugesprochen. Der Streit zwischen den Parteien geht in der Revisionsinstanz nur darum, ob die Klägerin die Krankenpflegekosten ohne Rücksicht auf die von ihr hierfür tatsächlich aufgewendeten Beträge entsprechend der in § 1542 Abs 2 in Verbindung mit § 1524 Abs 1 Satz 2-4 RVO zugelassenen Pauschalberechnung verlangen kann, oder ob ihr die Berufung auf diese Pauschalberechnung deshalb zu versagen ist, weil die tatsächlich entstandenen Kosten geringer gewesen sind.

2. Dem Berufungsgericht ist zuzugeben, dass der Wortlaut der erwähnten gesetzlichen Bestimmungen eindeutig dafür spricht, dass der Klägerin Ansprüche in Höhe der auf Grund der von ihr vorgenommenen Pauschalberechnung ermittelten Beträge gegen den Beklagten zustehen. Die Bestimmung des § 1542 Abs 1 RVO enthält ihrem Inhalt nach die Anordnung eines gesetzlichen Forderungsübergangs: Auf den öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger gehen die Ansprüche des Verletzten gegen den Schädiger über, allerdings nur insoweit, als der Versicherungsträger dem Verletzten Leistungen zu gewähren hat. Der übergegangene Anspruch ist also der Höhe nach einmal begrenzt durch die Höhe des dem Versicherten entstandenen Schadens und ausserdem durch die Höhe der dem Versicherten von dem Versicherungsträger zu gewährenden Leistungen.

a) Bei der Prüfung der Frage, ob der Versicherte Ersatz des hier in Frage stehenden Schadens von dem Beklagten verlangen könnte, ist zu berücksichtigen, dass es sich rechtlich gesehen um einen Anspruch auf Ersatz von Heilungskosten handelt. Diese könnte der Verletzte grundsätzlich

in vollem Umfang von dem Schädiger erstattet verlangen, wenn er selbst die zur Beseitigung des Schadens erforderlichen Beträge aufgewandt hätte.

b) Die Aufwendungen für die Heilung des Verletzten sind hier von der klagenden Krankenkasse bewirkt worden, die dem verletzten Mitglied gemäss §§ 557a, 559 f und g, 182 Abs Nr 1 RVO Krankenpflege zu gewähren hatte. Unter diesen Begriff fallen alle hier in Frage stehenden Heilungskosten, nämlich ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei und anderen kleinen Heilmitteln. Der in Frage stehende Anspruch des Versicherten auf Ersatz der Heilungskosten ist somit in vollem Umfang auf den Versicherungsträger übergegangen.

c) Entsprechend der gesetzlichen Regelung hat der Verletzte von der Krankenkasse die Krankenpflege-Leistungen in Natur erhalten. Die Krankenkasse kann daher von dem Schädiger den Wert dieser Leistungen ersetzt verlangen. Die Frage der Bewertung dieser Leistungen ist in § 1542 Abs 2 in Verbindung mit § 1524 Abs 1 Satz 2-4 RVO bindend dahin geregelt, dass der Versicherungsträger die vorgesehenen Pauschalbeträge beanspruchen kann, wenn er nicht höhere Aufwendungen nachweist. Mit Recht hat das Reichsgericht in RGZ 103, 216 [218] ausgeführt, dass angesichts des klaren Wortlauts der erwähnten Vorschriften von dem klagenden Versicherungsträger nichts weiter darzulegen ist als das Vorliegen eines Unfalls eines Mitglieds, der eine Krankenpflege für eine bestimmte Zeit erforderlich gemacht hat. Derartige Behauptungen hat die Klägerin aufgestellt. Der Beklagte hat auch nicht bestritten, dass M. durch sein Kraftfahrzeug verletzt worden und die Heilbehandlung notwendig gewesen ist. Ebenso wenig hat er gegen die angegebene Dauer der Heilbehandlung Einwendungen erhoben.

3. Allerdings ist die erwähnte Entscheidung des Reichsgerichts vor der Abänderung des § 1542 Abs 2 RVO durch Art 1 Nr 89 des 5. Gesetzes über Änderungen in der Unfallversicherung vom 17. Februar 1939 (RGBl I, 267) ergangen, also zu einer Zeit, als die Versicherungsträger auch dann, wenn sie höhere Aufwendungen hätten nachweisen können, nur die pauschal errechneten Beträge von dem Schädiger zu beanspruchen hatten. Durch diese Gesetzesänderung ist aber keine Änderung der Rechtslage zu Ungunsten der Versicherungsträger eingetreten. In der amtlichen Begründung zu dem erwähnten Gesetz (R Arb Bl 1939 IV, 102) ist gesagt:

"Die Beschränkung des Masses des Ersatzes für die in § 1542 Abs 2 der RVO genannten Leistungen auf die Sätze des § 1524 Abs 1 Satz 2-4 hat sich in der Zeit nach dem Kriege sehr zu Ungunsten der Träger der Reichsversicherung ausgewirkt. Es entspricht daher einer Förderung der Gerechtigkeit, diese Pauschalierung nur noch dann zuzulassen, wenn der Versicherungsträger nicht höhere Aufwendungen nachweist, was regelmässig der Fall sein wird."

Der Gesetzgeber hat daher durch diese Abänderung lediglich die Versicherungsträger, nicht aber die Schädiger begünstigen wollen. Dieser Wille ist auch in dem Wortlaut, den die erwähnte Vorschrift erhalten hat, mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck gekommen. Die Pauschalierungsmöglichkeit blieb den Versicherungsträgern mithin in allen Fällen erhalten, in denen sie nicht höhere Aufwendungen nachwiesen, also auch dann, wenn die tatsächlichen Aufwendungen unter den Pauschalbeträgen lagen.

4. Folgt somit auch aus den erwähnten gesetzlichen Bestimmungen für die Versicherungsträger das Recht, Krankenpflegekosten zu pauschalieren und die nach § 1524 Abs 1 Satz 2-4 RVO errechneten Beträge von den Schädigern selbst dann ersetzt zu verlangen, wenn die tatsächlichen Aufwendungen niedriger sind, so lässt sich dennoch aus dieser Regelung nicht ohne weiteres entnehmen, dass sie berechtigt

sein sollten, die Pauschalbeträge im einzelnen Falle unter allen Umständen auch dann zu verlangen, wenn diese eine solche Höhe erreichen, dass die verlangte Summe im Missverhältnis zu dem Wert der tatsächlich gewährten Krankenpflegeleistungen steht. Jede Rechtsausübung muss nicht nur auf die eigenen Belange und die Belange des Volksganzen, sondern auch auf die jedes einzelnen Rücksicht nehmen (RGZ 169, 180 [1827]), denn sie ist dem für die ganze Rechtsordnung massgebenden Grundsatz von Treu und Glauben unterworfen wie er in § 242 BGB niedergelegt ist. Verstösst die Rechtsausübung im einzelnen Falle gegen Treu und Glauben, so ist sie missbräuchlich und kann von der Rechtsordnung nicht geduldet werden (RGZ 146, 385 [3967]). Der Grundsatz, dass eine missbräuchliche Rechtsausübung unzulässig ist, gilt auch im Rahmen des § 1542 RVO. Führt somit die durch das Gesetz vorgesehene Pauschalierung der Krankenpflegekosten im Einzelfall zu einer unbilligen Begünstigung des Versicherungsträgers auf Kosten des Schädigers, so berechtigt ein solcher Sachverhalt den Schädiger, der Klage des Versicherungsträgers auf Zahlung der Pauschalbeträge den Einwand der unzulässigen Rechtsausübung entgegenzuhalten. Diese Erwägung liegen ersichtlich auch dem Erlass des Reichsarbeitsministers vom 24. Februar 1942 (RARbBl II, 167) und der in diesem Erlass erwähnten Auffassung des Reichsversicherungsamtes zugrunde, wie sie in den bekannt gewordenen späteren Bescheiden des Reichsversicherungsamtes vom 17. Juli 1942 - II K 2182/42 - 943 -, 29. August 1942 - II K 2182/42 - 1093 -, 11. September 1942 - II K 2182/42 - 1192 - und vom 16. September 1942 - II K 2182/42 - 1221 - zum Ausdruck gekommen ist. Schon aus diesem Grunde bedarf es daher nicht der Prüfung, ob die Versicherungsträger, wie die Revision meint, zur Befolgung dieses Erlasses verpflichtet gewesen sind,

ohne dass ihnen eine Prüfung der Gesetzmäßigkeit der in diesem Erlass vertretenen Rechtsansicht zustände, denn die in ihm zum Ausdruck gebrachte Beurteilung der Rechtslage erweist sich, richtig verstanden, jedenfalls im Ergebnis als zutreffend, sie ist daher den weiteren Erörterungen zugrunde zu legen.

5. In dem erwähnten Erlass ist der Reichsarbeitsminister der Auffassung des Reichsversicherungsamtes beigetreten, die von ihm dahin zusammengefasst ist, die Pauschsätze seien dann nicht unbedingt massgebend, wenn der Schädiger nachweise, dass die tatsächlichen Aufwendungen des Versicherungsträgers den Pauschbetrag nicht erreichten. Mithin geht der Erlass entgegen der Ansicht der Revision ebenso wie das Reichsversicherungsamt in den erwähnten Bescheiden zutreffend davon aus, dass die Versicherungsträger sich grundsätzlich auf die zu ihren Gunsten geschaffene gesetzliche Regelung berufen können und ihre tatsächlichen Aufwendungen nicht nachzuweisen brauchen. Die gesetzliche Regelung soll allerdings "nicht unbedingt" massgebend sein. Hiermit ist zum Ausdruck gebracht, dass auch der Reichsarbeitsminister nur in Ausnahmefällen ein Abgehen von der gesetzlichen Regelung als zulässig und geboten angesehen hat, wie in den auf den Erlass bezugnehmenden Bescheiden des Reichsversicherungsamtes mit Recht hervorgehoben worden ist. Eine unbillige Härte für den Schädiger, die die Berufung auf die gesetzliche Regelung durch die Versicherungsträger als unzulässige Rechtsausübung erscheinen lässt, wird deshalb im allgemeinen nicht schon dann gegeben sein, wenn die Pauschalbeträge die tatsächlich von den Versicherungsträgern aufgewandten Kosten um ein Geringes überschreiten. Mit Recht verweist zudem die Revisionserwiderung darauf, dass für die Krankenkassen die Ermittlung der tatsächlichen Aufwendungen für die Kranken-

pflege mit sehr erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist und die im Gesetz vorgesehene Pauschalierungsmöglichkeit gerade dem Zweck dienen sollte, die Krankenkassen von zeitraubenden und ihre Angestellten belastenden Berechnungen freizustellen. Beachtlich erscheint auch der Hinweis darauf, dass die Krankenkassen einen grossen Verwaltungsaufwand haben, der bei Ermittlung der für eine bestimmte Krankenpflege aufgewendeten tatsächlichen Kosten anteilig zu berücksichtigen wäre. Eine unzulässige Rechtsausübung liegt mithin nicht schon dann vor, wenn die Versicherungsträger mehr verlangen, als sie selbst tatsächlich für Krankenpflege aufgewendet haben. Die Bestimmung der Grenze, bei deren Überschreitung die Rechtsausübung unzulässig wird, muss vielmehr in anderer Weise erfolgen.

Hierbei ist von dem Grundsatz auszugehen, dass der Schädiger für den von ihm angerichteten Schaden in vollem Umfang einzustehen hat. Es ist nicht einzusehen, weshalb es nun gerade dem Schädiger zugute kommen soll, dass es den Trägern der Sozialversicherung gelungen ist, durch von diesen getroffene Vereinbarungen mit den ärztlichen Standesorganisationen, Krankenhäusern, Apotheken und anderen in der Gesundheitspflege tätigen Personen und Instituten oder durch sonstige Maßnahmen die Krankenpflegekosten niedrig zu halten. Ebenso wie es den Schädiger nicht entlasten darf, wenn der von ihm angerichtete Schaden durch Leistungen der öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger ausgeglichen ist (BGHZ 9, 179 [1907]), erscheint es aus rechtsethischen Erwägungen auch nicht geboten, die Leistungspflicht des Schädigers deswegen zu mindern, weil die Krankenpflegekosten durch von den Versicherungsträgern getroffene besondere Vereinbarungen und Maßnahmen unter den Betrag herabgedrückt worden sind, der aufgewendet werden müssen, wenn der Sozialversicherungs-

die Krankenpflegeleistungen nicht zu gewähren gehabt hätte. Eine missbräuchliche Rechtsausübung wird deshalb im Regelfall nur dann anzunehmen sein, wenn der Versicherungsträger von dem Schädiger wesentlich mehr verlangt als den Betrag, der an Krankenpflegekosten dann entstanden wäre, wenn der Geschädigte nicht sozialversichert gewesen wäre und sich daher als Privatpatient hätte behandeln lassen müssen. Der Senat gelangt daher, wenn auch mit anderer Begründung, zu nahezu demselben rechtlichen Ergebnis wie der Kasseler Senat des Oberlandesgerichts Frankfurt a.M. (VersR 1953, 246) und das Oberlandesgericht in Frankfurt a.M. (WJ 1953, 187). Die von Wussow (WJ 1953, 213) gegen diese Urteile gerichteten Angriffe beschäftigen sich mit der in diesen Urteilen gegebenen Begründung, der der erkennende Senat sich nicht angeschlossen hat, und gehen auf die von dem erkennenden Senat angestellten Erwägungen nicht ein, so dass es einer Stellungnahme zu diesen Angriffen nicht bedarf. Wie in den vorstehenden Ausführungen bereits hervorgehoben ist, geht es lediglich darum, eine Grenze zu finden, bei deren Überschreitung die Berufung auf die Pauschalberechnung sich als eine mit dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht vereinbare Rechtsausübung darstellt. Eine solche missbräuchliche Rechtsausübung ist, wie dargelegt, nach der Auffassung des Senats erst dann anzunehmen, wenn der von dem Versicherungsträger auf Grund der zu seinen Gunsten erlassenen Vorschriften der §§ 1542 Abs 2 in Verbindung mit § 1524 Abs 1 Satz 2-4 RVO verlangte Pauschalbetrag wesentlich höher ist, als der Schädiger an Heilungskosten zu zahlen hätte, wenn der Versicherte sich als Privatpatient hätte behandeln lassen.

6. Nach allgemeinen Grundsätzen trifft den Beklagten die Beweislast für die Tatsachen, aus denen die Unzulässigkeit

der Rechtsausübung durch die Klägerin hergeleitet wird (Soergel BGB 8. Aufl vor § 226 Bem II 4 f). Der Beklagte muss also, um mit der von ihm erhobenen Einwendung durchdringen zu können, behaupten und beweisen, dass die Kosten der Krankenpflege bei Behandlung des Geschädigten durch einen Privatarzt ganz erheblich niedriger gewesen wären als die verlangten Pauschalbeträge. Der Beklagte hat ausdrücklich vorgetragen, der den Verletzten M. behandelnde Arzt habe lediglich am Unfalltage einen Nachtbesuch gemacht, sodann nach Krankenhausentlassung einen Zinkleilverband angelegt und den Patienten bis zur Arbeitsfähigkeit einmal wöchentlich beraten. Medikamente habe der Arzt nicht verordnet, sondern nur 10 Heißluft- und Massagebehandlungen des verletzten Beines verschrieben. In diesen Ausführungen liegt die Behauptung, dass die Kosten der Behandlung durch einen Privatarzt den geforderten Pauschalbetrag wesentlich unterschritten hätten. Auf diese Darlegungen des Beklagten, deren Übergehung von der Revision, wenn auch in anderem Zusammenhang, ausdrücklich gerügt worden ist, kam es entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts entscheidend an. Mithin weist das Urteil des Berufungsgerichts Rechtsfehler auf, die - ohne dass auf das übrige Vorbringen der Revision noch eingegangen zu werden braucht - zur Aufhebung des angefochtenen Urteils führen müssen (§ 564 Abs 1 ZPO). Da noch weitere Aufklärung erforderlich ist, musste die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden (§ 565 Abs 1 ZPO), dem auch die Entscheidung über die Kosten der Revision zu überlassen war.

7. Für den Fall, dass der Beklagte den ihm obliegenden Beweis für die Tatsachen, die die Forderung der Pauschalbeträge durch die Klägerin zu einer unzulässigen Rechtsausübung machen würden, nicht erbringen kann, sei noch folgendes hervorgehoben:

Soweit der Beklagte sich gegen die Höhe der verlangten Pauschalbeträge wendet, sind seine Angriffe unbegründet. Die Ausführungen des Berufungsgerichts, dass bei der Berechnung des Pauschalbetrages für die Krankenpflegekosten nicht nur die einzelnen Behandlungstage zu berücksichtigen sind, sondern hier der ganze Zeitraum von der Entlassung des M. aus dem Krankenhaus bis zu seiner Wiederherstellung massgebend ist, wenngleich M. sich nicht jeden Tag in Behandlung befunden hat, stehen im Einklang mit der in Schrifttum und Rechtsprechung fast einhellig vertretenen Auslegung der in Frage stehenden gesetzlichen Bestimmungen und sind aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden.

Dadurch, dass die Klägerin entgegen der von dem Reichsversicherungsamt in seinen Bescheiden und von dem Reichsarbeitsminister in seinem Erlass vom 24. Februar 1942 vertretenen Meinung nur bei den eigentlichen Krankenpflegekosten, dagegen nicht bei den Kosten der Krankenhauspflege die Pauschalberechnung durchgeführt hat,

ist der Beklagte nicht beschwert, denn die von der Klägerin ersetzt verlangten tatsächlichen Kosten der Krankenhauspflege sind niedriger als die ihr nach § 1524 Abs 1 Satz 2-4 RVO zustehenden Pauschalbeträge, worauf die Klägerin zutreffend bereits im ersten Rechtszuge hingewiesen hat.

Meiß

Dr. Gelhaar

Dr. Karl E. Meyer

Hanebeck

Dr. Kaul