

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 5/72

URTEIL

Verkündet am
27. März 1973
K r i e g l,
Amtsinspektor

als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

des Landwirts Jakob K [REDACTED] in T [REDACTED],
Kreis S [REDACTED],

Beklagten und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

gegen

die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das
Land Schleswig-Holstein, dieses vertreten durch den
Ministerpräsidenten, dieser vertreten durch den
Minister für Arbeit, Soziales und Vertriebene des
Landes Schleswig-Holstein, dieser vertreten durch
den Leiter des Landesversorgungsamtes des Landes
Schleswig-Holstein,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwälte [REDACTED] und [REDACTED] -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. März 1973 unter Mitwirkung der Richter Prof. Dr. Nüßgens, Sonnabend, Scheffen, Dr. Steffen und Dr. Kullmann

für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des 7. Zivilsenats des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts in Schleswig vom 25. November 1971 wird zurückgewiesen.

Jedoch wird der Urteilsausspruch über die Zinsen dahin abgeändert, daß der Beklagte an die Klägerin 4 % Zinsen von 4.020,69 DM seit dem 25. Juni 1968, von weiteren 21.570,88 DM seit dem 17. November 1970 und von weiteren 2.649,68 DM seit dem 4. November 1971 zu zahlen hat. Der weitergehende Zinsanspruch der Klägerin bleibt abgewiesen.

Die Kosten der Revision fallen dem Beklagten zur Last.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Die Klägerin nimmt den Beklagten auf Erstattung von Versorgungsleistungen in Anspruch, die sie dem früheren Bundeswehrsoldaten Günter S. [REDACTED] seit seiner Entlassung aus dem Wehrdienstverhältnis wegen einer als Wehrdienst-



beschädigung anerkannten Hirnschädigung erbringt. Sie führt diese Schädigung auf eine Kopfverletzung zurück, die S. am 20. September 1964 bei einem Sturz mit dem Moped als Soziusfahrer auf der Fahrt zur Kaserne erlitten hat, weil eine Kuh des Beklagten in seine Fahrbahn gelaufen war.

Die Klägerin macht Rentenleistungen sowie ferner Heilbehandlungskosten geltend, die für den Verunglückten als Pflichtversicherten von der Innungskrankenkasse F. aufgewendet worden sind und die die Klägerin der Krankenkasse zur Hälfte erstattet hat. Sie hat zunächst 7.326,50 DM, in der Berufungsinstanz zuletzt 28.241,25 DM gefordert. Ferner begehrt sie, die Pflicht des Beklagten zum Ersatz aller weiteren von ihr wegen des Unfalls an S. zu erbringenden Versorgungsleistungen festzustellen, soweit die Aufwendungen im Rahmen des übergangsfähigen Schadensersatzanspruchs des Verletzten gegen den Beklagten liegen.

Der Beklagte bestreitet, daß die Hirnschädigung eine Unfallfolge sei. Ferner verneint er die Berechtigung der Klägerin bezüglich der Heilbehandlungskosten, indem er sich auf ein Teilungsabkommen zwischen der Innungskrankenkasse und seinem Haftpflichtversicherer beruft. Wegen der erst in zweiter Instanz geltend gemachten Mehrforderung erhebt er die Einrede der Verjährung.

Das Landgericht hat der Klage stattgegeben. Die Berufung des Beklagten ist im wesentlichen erfolglos ge-

blieben. Mit der Revision verfolgt der Beklagte seinen Antrag auf Abweisung der Klage weiter.

Entscheidungsgründe

I.

Das Berufungsgericht hält den Beklagten für verpflichtet, der Klägerin die Versorgungsaufwendungen aufgrund übergegangener Ansprüche des Verletzten aus § 833 Abs. 1 BGB zu erstatten. Daß der Beklagte nach dieser Vorschrift für den Gesundheitsschaden in vollem Umfang einzustehen hat, den S [REDACTED] bei dem Sturz mit dem Moped am 20. September 1964 erlitten hat, ist außer Streit. Für den Übergang der sich hieraus ergebenden Schadensersatzansprüche auf die Klägerin legt das Gericht § 81 a Abs. 1 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zugrunde, der nach § 80 des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) für Versorgungsleistungen wegen einer Wehrdienstbeschädigung des Soldaten anzuwenden ist (vgl. BGH Urteil vom 22. September 1970 - VI ZR 270/69 = VersR 1970, 1053 m.w.Nachw.). Danach geht ein gesetzlicher Schadensersatzanspruch des Versorgungsberechtigten gegen einen Dritten wegen der Schädigung auf den Bund im Umfang der durch das Bundesversorgungsgesetz begründeten Pflicht zur Gewährung von Leistungen über. Zur Geltendmachung der Ansprüche sind die Länder gemäß § 88 Abs. 1 Satz 2 SVG in eigenverantwortlicher Auftragsverwaltung berufen (BGH Urteil vom 22. September 1970 - VI ZR 270/69 aaO). Die Klagebefugnis der Bundesrepublik

ergibt sich aus dem Gesichtspunkt der Prozeßstandschaft (vgl. BGHZ 30, 162, 166).

II.

Die für den Erstattungsanspruch der Klägerin erhebliche Frage, ob auch die mit fortdauernd schweren psychischen Störungen verbundene Hirnschädigung, für die die Versorgungsleistungen erbracht werden, ein von dem Beklagten zu verantwortender Folgeschaden aus dem Verkehrsunfall vom 20. September 1964 ist, bejaht das sachverständig beratene Berufungsgericht gemäß § 287 ZPO aufgrund einer Würdigung der erhobenen ärztlichen Befunde. Die von der Revision hiergegen erhobenen Beanstandungen sind nicht begründet.

Daß das Gericht die Verursachungsfragen nach § 287 ZPO beurteilen konnte, entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes. Die Rüge der Revision, das Berufungsgericht habe die von dem Senat in seinem Urteil vom 7. Juli 1970 (VI ZR 233/69 = NJW 1970, 1970) zu § 287 ZPO entwickelten Grundsätze nicht richtig angewendet, ist nicht begründet.

1. Das Berufungsgericht hat nicht übersehen, daß das Krankheitsbild, das der Verunglückte nach dem Unfall zeigte, die ihn behandelnden Ärzte zunächst an eine anlagebedingte, mit dem Unfall nicht zusammenhängende Psychose hat denken lassen. Das Gericht hat aber mit dem Sachverständigen Prof. Dr. Scheid aufgrund der im weiteren Krankheitsverlauf gewonnenen neuen Er-

kenntnisse die nach dem Unfall aufgetretene Wesensänderung des Verletzten als anlagebedingt ausgeschlossen.

Dabei war es verfahrensrechtlich nicht gehalten, das von dem Beklagten beantragte Obergutachten einzuholen. Eine Überschreitung des dem Tatrichter insoweit eingeräumten pflichtmäßigen Ermessens zeigt die Revision durch den bloßen Hinweis auf etwa noch verbliebene Widersprüche zwischen dem Sachverständigengutachten und den Folgerungen des den Verletzten behandelnden Arztes nicht auf (BGH Urteil vom 28. Juni 1961 - V ZR 14/60 - LM ZPO § 286 (B) Nr. 15).

2. Zwar hat der Sachverständige Prof. Dr. Scheid eine früh-kindliche Hirnschädigung des Verletzten nicht mit Sicherheit auszuschließen vermocht und deshalb den Unfall nur als die von allen in Frage kommenden Möglichkeiten wahrscheinlichste Ursache für die beobachteten psychischen Störungen bezeichnet. Jedoch hat er in seinem Ergänzungsgutachten vom 19. Juli 1971 klargestellt, daß er die Ursächlichkeit einer früh-kindlichen Hirnschädigung allenfalls als Denkmöglichkeit in Betracht ziehe, keine andere als die traumatische Noxe als gesichert betrachte und die psychischen Auffälligkeiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 20. September 1964 zurückführe. Selbst unter Beachtung der in Fällen dieser Art gebotenen besonderen Zurückhaltung entsprach es bei dieser Sachlage der dem Gericht durch § 287 ZPO eingeräumten freieren Stellung, wenn es den bloß denkbaren, ganz und gar ungewöhnlichen Verlauf als unwahrscheinlich außer Betracht ließ.

III.

Auf dieser Grundlage hat das Berufungsgericht der Klägerin den Anspruch auf Ersatz ihrer Rentenaufwendungen in Höhe der auf sie nach § 81 a BVG übergegangenen Schadensersatzansprüche des Versorgungsberechtigten mit Recht zuerkannt. Die Berechnung im einzelnen zieht die Revision nicht in Zweifel. Ferner hat das Berufungsgericht zutreffend angenommen, daß die von dem Beklagten erhobene Einrede der Verjährung gegen die erst in der Berufungsinstanz bezifferte Mehrforderung der Klägerin nicht durchgreift, da sie bei entsprechender Auslegung von dem bereits in der ersten Instanz erhobenen Feststellungsbegehren mit erfaßt worden ist. Auch hierauf kommt die Revision nicht zurück.

IV.

1. Die Heilbehandlung, die Schröder wegen der Hirnschädigung nach § 80 SVG in Verbindung mit §§ 9 Nr. 1, 10 Abs. 1 BVG beanspruchen konnte, war gem. § 14 Abs. 2 BVG in der damals geltenden Fassung des Zweiten Neuordnungsgesetzes vom 21. Februar 1964 (BGBl I S. 85) von der Innungskrankenkasse F████████ durchzuführen, bei der S████████ in dieser Zeit pflichtversichert war. Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts hat der Haftpflichtversicherer des Beklagten aufgrund eines Teilungsabkommens mit der Krankenkasse dieser die Hälfte ihrer Aufwendungen in Höhe von insgesamt 2.077 DM erstattet.

Das Berufungsgericht ist der Ansicht, daß ungeachtet des Eintritts der Innungskrankenkasse und ohne Rücksicht

auf den Inhalt des Teilungsabkommens wegen dieser Versorgungsleistungen der Schadensersatzanspruch des Verletzten gegen den Beklagten in Höhe von 885,76 DM auf die Klägerin gemäß § 81 a BVG übergegangen sei. Das Gericht erwägt hierzu: Der Ersatzanspruch des Verletzten gegen den Beklagten wegen Heilungskosten und Verdienstausfall für den hier zugrunde zu legenden Zeitraum vom 16. Juli bis 3. Oktober 1965 sei sowohl nach § 1542 RVO auf die Innungskrankenkasse als auch nach § 81 a BVG auf die Klägerin übergegangen und habe beiden Leistungsträgern in Gesamtgläubigerschaft zugestanden. Ein Quotenvorrecht der Krankenkasse komme nicht in Betracht, weil der Beklagte für den Schaden des Verletzten voll einzustehen habe. Ebensowenig stehe dem Forderungsübergang auf die Klägerin die Durchführung der Heilbehandlung durch die Krankenkasse entgegen, da die Heilbehandlungskosten letztlich von der Klägerin zu tragen seien. Das Teilungsabkommen zwischen der Innungskrankenkasse und dem Haftpflichtversicherer des Beklagten sei für die Forderung der Klägerin ohne Wirkung, wobei es unerheblich sei, ob das Teilungsabkommen vom 17./20. Oktober 1967 oder das vorausgegangene vom Oktober 1959 zugrunde zu legen sei. Nach dem Vorbringen der Parteien sei davon auszugehen, daß das maßgebende Teilungsabkommen den Fall der Gesamtgläubigerschaft nicht ausdrücklich regele. Für eine solche Gestaltung müsse nach den in BGHZ 40, 108 entwickelten Grundsätzen durch Auslegung als interessegemäß eine Regelung angesehen werden, nach der das Teilungsabkommen den übergegangenen Schadensersatzanspruch nur mit dem Anteil erfassen solle, der im Innenausgleich dem am Teilungsabkommen beteiligten Gesamtgläubiger, hier also

der Krankenkasse, zustehe. Deshalb erzeuge hier das Teilungsabkommen überhaupt keine Wirkung, da im Innenausgleich das Versorgungsamt die Heilbehandlungskosten in vollem Umfang zu tragen habe.

Jedoch könne die Klägerin anstelle verlangter 1.038,50 DM aus übergegangenem Recht nur 885,76 DM geltend machen, da das von der Krankenkasse gezahlte Krankengeld den Verdienstausschlag des Verletzten an Wehrsold und Sachbezügen im selben Zeitraum im übrigen überstiegen habe.

2. Mit diesen Ausführungen kann das Berufungsurteil keinen Bestand haben. Es wird damit der Bedeutung des Teilungsabkommens für das Verhältnis zwischen dem Träger der Pflichten aus dem Bundesversorgungsgesetz und dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Durchführung der versorgungsrechtlichen Heilbehandlung nicht gerecht.

a) Dem Berufungsgericht ist darin zu folgen, daß die Bundesrepublik und die mit der Ausführung der versorgungsrechtlichen Bestimmungen beauftragte Landesverwaltung (§ 88 Abs. 1 SVG vgl. BGHZ 16, 95, 99; BGH Urteil vom 22. September 1970 - VI ZR 270/69 = VersR 1970, 1053) mit der nach §§ 9 Nr. 1, 10 Abs. 1 BVG von dem Verletzten zu beanspruchenden Heilbehandlung im Sinne von § 81 a BVG auch dann eine "Pflicht zur Gewährung von Leistungen" nach dem Bundesversorgungsgesetz erfüllt, wenn sie diese Leistungen nicht gemäß § 18 c Abs. 1 BVG in der Fassung des Dritten Neuordnungsgesetzes vom

28. Dezember 1966 (BGBl I S. 750) = § 14 Abs. 1 BVG i.d.F. des Zweiten Neuordnungsgesetzes vom 21. Februar 1964 (BGBl I S. 85; im folgenden: BVG a.F.) selbst erbringt, sondern die Heilbehandlung nach § 18 c Abs. 2 BVG (= § 14 Abs. 2 BVG a.F.) von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen läßt (vgl. Wilke, BVG 3. Aufl. § 18 c Erl. II a.E.). Zwar ist § 14 Abs. 3 Satz 2 BVG a.F., nach dem die für die Durchführung der Versorgung zuständige Verwaltungsbehörde berechtigt war, mit bindender Wirkung für die Krankenkasse Art, Umfang und Dauer der Heilbehandlung zu bestimmen, durch das Dritte Neuordnungsgesetz vom 28. Dezember 1966 mit Wirkung vom 1. Januar 1967 aufgehoben worden. Seit dieser Zeit führen deshalb die Krankenkassen die ihnen zugewiesenen Aufgaben hinsichtlich sowohl der versicherten wie der nichtversicherten Versorgungsberechtigten in eigener Verantwortung und nach den für ihre Versicherten geltenden Grundsätzen durch (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BVG; Schieckel/Gurgel, BVG 3. Aufl. § 18 c Anm. 9). Ungeachtet dieser Eingliederung der Versorgung in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die auch durch die Unterwerfung der nichtversicherten Versorgungsberechtigten unter ihre Strafvorschriften und die Krankenordnung der Krankenkasse unterstrichen wird (§ 18 c Abs. 2 Satz 3 BVG = § 14 Abs. 2 Satz 3 BVG a.F.), werden jedoch die Versorgungsleistungen damit nicht zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern von den Krankenkassen im Auftrag der Versorgungsbehörden aufgrund des Versorgungsverhältnisses erbracht (vgl. BSG Urteil vom 15. Dezember 1970 = BSG 32, 150, 151 f).

b) Andererseits wird der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem versorgungsberechtigten Versicherten durch die Eintrittspflicht des Versorgungsträgers nicht von den Leistungen aus dem Versicherungsverhältnis entbunden. Ist der Versorgungsberechtigte wie hier krankenversichert, so treten Krankenkasse und Versorgungsträger vielmehr nebeneinander ein, wobei der Versorgungsanspruch von der Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers miterfüllt wird. Das Nebeneinander in der Leistungsträgerschaft tritt etwa in den Fällen hervor, in denen das Bundesversorgungsgesetz Art und Umfang der Leistungen aus der Krankenversicherung durch besondere Bestimmungen modifiziert (z.B. für die Krankenhauskosten § 18 c Abs. 3 Satz 3 BVG), oder in denen neben einer schädigungsunabhängigen stationären Krankenhausbehandlung eine ambulante Behandlung wegen Schädigungsfolgen im Sinne des Versorgungsrechts durchgeführt wird (BSG 31, 294, 295; BSG Urteil vom 29. April 1965 SGB 1965 S. 240 Nr. 22).

c) Diese Beziehungen zwischen dem Träger der Versorgungslasten und dem Träger der Krankenversicherung bei der Durchführung der Heilbehandlung müssen auch für den Übergang von Forderungen des versicherten Versorgungsberechtigten gegenüber ersatzpflichtigen Dritten nach § 81 a BVG und § 1542 RVO berücksichtigt werden. Danach bewirkt § 81 a BVG auch in denjenigen Fällen einen Forderungsübergang auf den Träger der Versorgung, in denen dem Versorgungsberechtigten Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz durch die Krankenkasse zu gewähren ist. Ein Ausschluß des § 81 a BVG in diesen Fällen würde zu der von dem Gesetzgeber mit dieser Be-

stimmung gerade bekämpften unerwünschten Entlastung des Schädigers insbesondere dann führen, wenn die Krankenkasse davon absieht, für ihre Leistungen Rückgriff bei dem Schädiger zu nehmen, und stattdessen ihren Erstattungsanspruch gegen den Versorgungsträger nach §§ 19, 20 BVG geltend macht. Andererseits wird der Forderungsübergang auf die Krankenkasse nach § 1542 RVO in den Fällen, in denen der Versorgungsberechtigte bei ihr sozialversichert ist, nicht durch die Regelung des § 81 a BVG verdrängt. Das würde der eigenständigen Leistungsverpflichtung der Krankenkasse aus dem Versicherungsverhältnis widersprechen, die in diesen Fällen neben den Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis besteht. Vielmehr stehen bei der Gewährung von Heilbehandlung an den sozialversicherten Versorgungsberechtigten durch die Krankenkasse dessen sachlich entsprechenden Schadensersatzansprüche gegen den Schädiger gemäß § 1542 RVO und § 81 a BVG dem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Versorgungsträger gemeinsam zu.

Gegen dieses Ergebnis sprechen auch nicht die Erwägungen, die den II. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes in seiner Entscheidung vom 17. April 1958 - BGHZ 27, 107 beim Zusammentreffen von Trägern der sozialen Krankenversicherung und der sozialen Unfallversicherung zur Alleinberechtigung der Krankenkasse aus dem Anspruchsübergang nach § 1542 RVO während der Zeit ihrer Vorleistungspflicht geführt haben. Zwar wirkt sich im allgemeinen die unterschiedliche Regelung für die Geltendmachung der Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem Bundesversorgungsgesetz auch beim

Zusammentreffen von versorgungsrechtlichen und versicherungsrechtlichen Ansprüchen in einer Vorleistung der Krankenversicherung aus, da bis zum Abschluß des versicherungsrechtlichen Anmeldeverfahrens mit der Anerkennung des Gesundheitsschadens als Schädigung im Sinne von § 10 Abs. 1 BVG oft geraume Zeit vergeht (vgl. Wilke BVG 3. Aufl. § 19 Erl. I). So ist auch im vorliegenden Fall erst nach Durchführung der Heilbehandlung durch die Innungskrankenkasse die Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden. Jedoch ist das Verhältnis zwischen dem Versorgungs- und dem Versicherungsträger anders ausgestaltet, als es die Beziehungen der Krankenkasse zu den Berufsgenossenschaften sind. Für das Ausscheiden der Krankenkasse und den Eintritt der Berufsgenossenschaft im Leistungsverhältnis zu dem versicherten Geschädigten ergibt sich eine deutliche zeitliche Zäsur, die es rechtfertigt, den Rechtsübergang nach § 1542 RVO nicht wesentlich anders zu beurteilen, als in den Fällen, in denen das Gesetz ausdrücklich bestimmt, daß bei Eintritt des einen Sozialversicherungsträgers die Leistungspflicht des anderen schlechthin wegfällt und umgekehrt. Demgegenüber treten der Versorgungsträger und die Krankenkasse, bei der der Versorgungsberechtigte krankenversichert ist, nicht zeitlich nacheinander, sondern nebeneinander ein. Lediglich wird der Versorgungsanspruch insoweit von der Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers und für seine Rechnung miterfüllt (BSG 32, 150, 151 f).

d) Jedoch muß sich die Klägerin den Ansprüchen, die sie zusammen mit der Innungskrankenkasse gegen den Be-

klagten wegen der Heilbehandlung des verletzten Schröder erworben hat, entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts das zwischen der Innungskrankenkasse und dem Haftpflichtversicherer des Beklagten bestehende Teilungsabkommen entgegenhalten lassen (im Ergebnis ebenso OLG Celle VersR 1964, 723 f). Zwar ist nach den Feststellungen des Berufungsgerichts eine solche Erstreckung der Wirkungen des Abkommens auf den Versorgungsträger nicht ausdrücklich vorgesehen; doch wird nur ein solches Verständnis dem Zweck des Abkommens und den Interessen der Beteiligten gerecht. Mit diesen Rahmenvergleichen sollen für alle von den Abkommen erfaßten Haftpflichtfälle die Regreßansprüche des beteiligten Sozialversicherungsträgers durch Zahlung der vereinbarten Quote seitens des Versicherers einer raschen, kostensparenden, das Risiko einer gerichtlichen Klärung vermeidenden Erledigung zugeführt werden (vgl. BGH Urteil vom 5. Mai 1969 - VII ZR 176/66 = VersR 1969, 641, 642; vom 29. September 1970 - VI ZR 191/68 = VersR 1970, 1108, 1109). Im Umfang der abkommensmäßigen Regulierung übernimmt der Sozialversicherungsträger eine Stillhalteverpflichtung zugunsten des Schädigers (pactum de non petendo; vgl. BGH Urteil vom 26. Mai 1970 - VI ZR 4/69 = VersR 1970, 837, 838; vom 29. September 1970 - VI ZR 191/68 = aaO). In Fällen wie dem vorliegenden können die mit den Teilungsabkommen verbundenen Absichten nur verwirklicht werden, wenn auch der Versorgungsträger diese Stillhalteverpflichtung gegen sich gelten lassen muß. Anderenfalls müßte der Haftpflichtversicherer gewärtigen, wegen des durch die Quote nicht gedeckten Restbetrags der Ersatzforderung nach der Rechtslage in Anspruch genommen zu werden, ohne

sich auf den Schutz des Teilungsabkommens berufen zu können. Ein solches Ergebnis wäre umso unbefriedigender, als häufig der Versorgungsschaden als solcher erst anerkannt wird, nachdem der Schadensfall zwischen Krankenkasse und Haftpflichtversicherer bereits nach dem Teilungsabkommen erledigt worden ist, die Beziehungen also in einem Zeitpunkt wieder aufleben müssen, zu dem sich die Krankenkasse bereits als abgefunden betrachtet hat.

Allerdings hat der II. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes in BGHZ 40, 108, 111 ff für eine Gesamtgläubigerschaft mehrerer Sozialversicherungsträger angenommen, daß die Wirkungen eines Teilungsabkommens auf den Anteil an der übergegangenen Ersatzforderung beschränkt seien, der dem am Abkommen beteiligten Versicherungsträger im Innenausgleich mit dem an dem Abkommen nicht beteiligten Versicherungsträger zusteht. Das bedeutet im Ergebnis, daß das Teilungsabkommen weder zugunsten noch zu Lasten eines an ihm nicht beteiligten Sozialversicherungsträgers angewendet wird (BGHZ 40, 108, 111 ff; Gunkel/Hebmüller, Die Ersatzansprüche nach § 1542 RVO 3. Aufl. 1969 2. Bd. S. 74; Wussow, Teilungsabkommen 3. Aufl. 1968 S. 111 ff; WI 63, 166 u. 389). Jedoch treffen die Erwägungen, die diese Entscheidung tragen, für die besondere Rechtslage im Verhältnis von Versorgungsträger und Träger der sozialen Krankenversicherung bei der Durchführung der Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz nicht zu.

Anders als die Versicherungsleistungen mehrerer in Gesamtgläubigerschaft verbundener Sozialversicherungs-

träger konkurrieren die Leistungen, die dem versicherten Versorgungsberechtigten von dem Versorgungsträger und dem Träger der Krankenversicherung zu erbringen sind, nicht nur hinsichtlich bestimmter Betragsspitzen, sondern sind in vollem Umfang deckungsgleich; Art und Umfang der versorgungsrechtlichen Heilbehandlung richten sich insoweit nach den Versicherungsleistungen der Krankenkasse. Der Deckungsgleichheit von Versorgungs- und Versicherungsleistung im Außenverhältnis entspricht das Innenverhältnis zwischen dem Versorgungs- und dem Versicherungsträger. Eine Aufteilung der Aufwendungen für die Heilbehandlung des versicherten Versorgungsberechtigten im Verhältnis zwischen dem Versorgungs- und dem Versicherungsträger findet nicht statt. Nach dem Grundsatz der vollen Kostendeckung fallen die Aufwendungen allein dem Versorgungsträger zur Last, während seine Interessen ganz von der Krankenkasse wahrgenommen werden.

Dem entspricht es, daß die versorgungsrechtliche Heilbehandlung in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung eingegliedert ist. Der Geschädigte wird nicht von verschiedenen Leistungsträgern nach unterschiedlichen Leistungsinhalten und -maßstäben nebeneinander betreut; vielmehr tritt ihm allein die Krankenkasse gegenüber, die mit ihren eigenen Versicherungsleistungen zugleich im Auftrag und für Rechnung der Versorgungsverwaltung die Versorgungsansprüche erfüllt. Anders als in den Fällen der Konkurrenz mehrerer Sozialversicherungsträger entspricht deshalb hier der versorgungsrechtliche Leistungsbereich denjenigen Verpflichtungen, für die der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Haftpflichtversicherer das Teilungs-

abkommen trifft. Mit der versorgungsrechtlichen Abwicklung des Schadensfalls ist zugleich auch das Interesse an einer Erledigung dieser Aufgabe auf der Grundlage von Schadenteilungsabkommen der Krankenkasse zugeordnet.

Die Doppelfunktion der Krankenkasse als Versicherungsträger und als Beauftragter des Versorgungsträgers, die das Verhältnis zwischen Versorgungs- und Versicherungsträger von den Fällen einer Konkurrenz mehrerer Sozialversicherungsträger abhebt, rechtfertigt es, dem von der Krankenkasse geschlossenen Teilungsabkommen Wirkung auch für den versorgungsrechtlichen Bereich beizulegen, soweit die Krankenkasse mit der Durchführung der Versorgung bei ihr Versicherter beauftragt ist. Die Eingliederung der Versorgung in die gesetzliche Krankenversicherung bedeutet insoweit auch eine Unterstellung der versorgungsrechtlichen Abwicklung unter die versicherungsrechtliche Praxis. Vereinbart die Krankenkasse mit dem Haftpflichtversicherer die Schadensregulierung auf der Grundlage eines Teilungsabkommens, so erstreckt es sich deshalb auch auf den Rückgriff wegen der von ihr zu erbringenden versorgungsrechtlichen Leistungen. Da die Krankenkasse insoweit auch Aufgaben des Versorgungsträgers wahrnimmt, muß sie andererseits eine solche Vereinbarung auch bei der Verfolgung ihres Ausgleichsanspruchs nach § 19 BVG gegen sich gelten lassen; sie kann sich nicht darauf berufen, daß sich ihr Ausgleichsanspruch gegen den Versorgungsträger gemäß § 19 BVG nach den erbrachten Aufwendungen bemißt. Entgegen der Annahme des Berufungsgerichts bedeutet dieses Ergebnis jedoch keine Benachteiligung der Krankenkasse, da sie nicht schlechter gestellt wird, als in den rein versicherungsrechtlich abzuwickelnden Schadensfällen.

3. Nachdem die Aufwendungen für die Heilbehandlung von dem Haftpflichtversicherer des Beklagten abkommensgemäß reguliert sind, kann die Klägerin eine Erstattungs-forderung wegen dieser Versorgungsleistungen nicht mehr geltend machen. Jedoch führt das nicht insoweit zur Ab-weisung der Klage. Denn diese ist in Höhe des auszu-scheidenden Betrages der Heilbehandlungskosten wegen des Anspruchs auf Ersatz des an S [REDACTED] vom 1. Januar bis 30. November 1971 gewährten Berufsschadensausgleichs begründet, der von der Klägerin hilfsweise geltend ge-macht worden ist.

Da der Sachverhalt insoweit unstreitig oder von dem Berufungsgericht bereits festgestellt ist, kann das Re-visionsgericht selbst in der Sache entscheiden. Danach stand S [REDACTED] gegen den Beklagten für die Zeit vom 1. Januar bis 30. November 1971 ein Anspruch auf Ersatz seines Erwerbsschadens von monatlich 270 DM zu. Von die-sem Betrag von insgesamt 2.970 DM hat das Berufungsge-richt bereits 770 DM (BU 42) sowie ferner wegen des Be-rufsschadensausgleichs ab 1. Januar 1971 553,92 DM, also insgesamt 1.323,92 DM zugesprochen. Damit sind die Auf-wendungen für den Berufsschadensausgleich von insgesamt 1.907 DM, die vom 1.1. bis 30.4.1971 monatlich DM 205, vom 1. bis 31.5.1971 DM 197 und vom 1.6. bis 1.11.1971 DM 178 betragen haben, nur zum Teil (553,92 DM) berück-sichtigt und können bis zu dem Betrag von weiteren 885,76 DM für die Klageforderung herangezogen werden, da diesen Aufwendungen entsprechende Schadensersatz-forderungen gegenüberstehen.

V.

Im Ergebnis erweist sich die Revision damit als unbegründet. Jedoch war das Berufungsurteil im Ausspruch über die Zinsen abzuändern, da die Klägerin für den Betrag von 885,76 DM, der ihr nicht wegen der Heilbehandlungskosten, sondern wegen der erst in der mündlichen Verhandlung vom 4. November 1971 rechtshängig gemachten Aufwendungen zusteht, Zinsen erst von diesem Zeitpunkt ab verlangen kann.

Nußgens

Sonnabend

Scheffen

Dr. Steffen

Dr. Kullmann