



BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 252/23

Verkündet am:
9. Juli 2024
Böhringer-Mangold
Justizamtsinspektorin
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGHR: ja

JNEU: nein

SGB X § 116 Abs. 1 Satz 1

Sozialrechtliche Anforderungen an das Abrechnungssystem zwischen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen sowie sozialrechtliche Anforderungen an die Datenübermittlung, Prüfung von Rechnungen und Zahlungspflichten der Krankenkassen rechtfertigen keine Abweichung von den zivilrechtlichen Grundsätzen der Darlegungs- und Beweislast beim Regress des gesetzlichen Krankenversicherers des Unfallgeschädigten gegen den Schädiger nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X.

BGH, Urteil vom 9. Juli 2024 - VI ZR 252/23 - OLG Naumburg

LG Dessau-Roßlau

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 9. Juli 2024 durch den Vorsitzenden Richter Seifers, die Richterin Dr. Oehler, die Richter Dr. Klein und Dr. Allgayer sowie die Richterin Dr. Linder

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des 9. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Naumburg vom 6. Juli 2023 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als - über anteilige Zinsen und vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten aus dem anerkannten Betrag hinaus - auf Schadensersatz nebst Zinsen und weiteren vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten zum Nachteil der Beklagten erkannt worden ist.

Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

1 Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenkasse, die vom beklagten Haftpflichtversicherer aus übergegangenem Recht Erstattung ihrer Aufwendungen verlangt. Ein bei der Klägerin versicherter Motorradfahrer wurde bei einem Verkehrsunfall am 22. April 2018 schwer verletzt. Die volle Haftung der Beklagten dem Grunde nach sowie die Schwere der Verletzungen des Versicherten, die eine stationäre ärztliche Behandlung notwendig machten, stehen außer Streit. Der geschädigte Versicherte befand sich nach dem Unfall zunächst in einem Universitätsklinikum und anschließend in einem Rehabilitationszentrum. Für die Behandlung im Universitätsklinikum bezahlte die Klägerin 57.524,84 €, für die Behandlung im Rehabilitationszentrum 35.846,51 €. Von den für die Behandlung im Universitätsklinikum geforderten Kosten hat die Beklagte einen Betrag von 48.664,74 € anerkannt. Das Landgericht hat insoweit am 10. März 2022 ein Teilanerkennnisurteil erlassen. Eine weitere Kostenerstattung lehnt die Beklagte mit der Begründung ab, die Klägerin habe bisher keine prüffähigen Unterlagen vorgelegt, aus denen sich ergebe, dass die aufgewandten Kosten erforderlich gewesen seien. Demgegenüber ist die Klägerin der Auffassung, die hier vorgelegten "Grouper"-Ausdrucke, also die an die Krankenkasse übersandten Abrechnungsdaten des Krankenhauses, sowie die vorgelegten Krankenhausberichte seien zur Darlegung der Schadenshöhe ausreichend.

2 Das Landgericht hat der auf Zahlung des restlichen Betrags von 44.706,61 € sowie auf Zahlung von Zinsen und vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten aus der ursprünglichen Gesamtforderung gerichteten Klage in vollem Umfang stattgegeben. Das Oberlandesgericht hat die Berufung der Beklagten, mit der sie sich nicht gegen die Verurteilung zur Zahlung anteiliger Zinsen und vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten aus dem anerkannten Teilbetrag gewandt hat, mit einer Korrektur des Zinslaufs zurückgewiesen. Mit der vom Berufungsgericht

zugelassenen Revision verfolgt die Beklagte ihr Ziel der Abweisung des noch streitigen Teils der Klageforderung weiter.

Entscheidungsgründe:

I.

3 Das Berufungsgericht hat zur Begründung seiner Entscheidung, die unter anderem in VersR 2024, 188 veröffentlicht ist, im Wesentlichen ausgeführt:

4 Die Klägerin habe gegen die Beklagte aus nach § 116 Abs. 1 SGB X übergegangenem Recht des bei ihr versicherten Geschädigten gemäß § 7 Abs. 1, § 11, § 17 Abs. 2 StVG, § 115 Abs. 1 VVG aus Anlass des Verkehrsunfalls einen Anspruch auf Schadensersatz in der geltend gemachten Höhe. Sämtliche Kosten seien durch die aufgrund des Unfalls erforderlich gewordene Heilbehandlung verursacht worden. Ein durch den Unfall nicht verursachter Nebenbefund sei nicht behandelt worden. Für die Bemessung des Schadensumfangs maßgeblich seien die zu § 249 Abs. 2 Satz 1 BGB entwickelten Rechtsprechungsgrundsätze. Unfallgeschädigter sei jedoch nicht nur der Versicherte, sondern auch der Versicherungsträger. Denn soweit der Versicherungsträger aufgrund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen habe, gehe der Anspruch gemäß § 116 Abs. 1 SGB X dem Grunde nach bereits in der juristischen Sekunde der Verletzung des Versicherten beim Unfall über. Der Schaden, der darin bestehe, dass die Klägerin die Krankenhauskosten zu tragen habe, sei damit direkt bei der Klägerin entstanden. Die Behandlungskosten seien beim verletzten Versicherten nie als Vermögensschaden angefallen. Die subjektbezogene Schadensbetrachtung habe zur Folge, dass sich die Klägerin, soweit es um die Höhe der Krankenhauskosten gehe, ihre Erkenntnis- und Einflussmöglichkeiten bezüglich entsprechender Abrechnungen zurechnen lassen müsse.

- 5 Auf die sozialversicherungs-, datenschutz- und verfassungsrechtliche Situation der Klägerin und die daraus für sie folgenden Schwierigkeiten sei Rücksicht zu nehmen. Der Gesetzeswortlaut des § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X deute darauf hin, dass ein auf die Krankenkasse übergegangener Schadensersatzanspruch nicht hinter dem Betrag der Sozialleistungen zurückbleiben könne, den die Krankenkasse an die Krankenhausträger als Gegenleistung für die ärztliche Behandlung zahlen müsse, soweit das Kongruenzgebot des § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X eingehalten sei. § 116 SGB X sei nicht zu entnehmen, dass von der Krankenkasse tatsächlich gezahlte Krankenhauskosten vom Anspruchsübergang auf die Krankenkasse ausgeschlossen sein sollten aufgrund von Einwendungen, wie sie von der Beklagten erhoben worden seien. Das entspreche dem Willen des Gesetzgebers bei Schaffung des § 1542 RVO, der auf eine möglichst weitgehende Entlastung des öffentlichen Versicherungsträgers gerichtet gewesen sei. Das entspreche auch dem im Zusammenhang mit Sachschäden gebräuchlichen Begriff des vom Schädiger zu tragenden "Werkstattrisikos".
- 6 Die Höhe einer Rechnung eines qualifizierten Ausstellers von Rechnungen bilde ein wesentliches Indiz für die Erforderlichkeit der abgerechneten Leistungen, was auch für Regresse nach § 116 Abs. 1 SGB X gelte. Aufgrund des ausschließlich elektronischen Übermittlungssystems der Leistungserbringer nach §§ 295, 300 ff. SGB V existierten keine weiteren Kostenbelege. Die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen ergäben sich aus §§ 284 ff. SGB V; es sei nicht ersichtlich, warum der Versicherte verpflichtet sein sollte, zugunsten des Versicherers seines Schädigers geschützte Personendaten freizugeben. Das Vorliegen der vom Krankenhausträger erstellten öffentlichen Datei stelle ein starkes Indiz für die inhaltliche Richtigkeit dar. Die Kassen dürften die Krankenhausabrechnungen regelmäßig nicht mehr prüfen; ihnen sei eine Rückforderung gegenüber dem Krankenhaus versagt. Zum 1. Januar 2020 seien die Prüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen weiter eingeschränkt worden. Durch §§ 275,

275c SGB V, § 17c Abs. 2b KHG sei ein Prüfsystem geschaffen worden, das zur Entlastung der Sozialgerichte führen solle. Es wäre systemwidrig, diese Problematik beim Regress auf die Zivilgerichte zu verlagern.

7 Die Klägerin könne die an die Krankenhausträger gezahlten Beträge aus sozialversicherungsrechtlichen Gründen nicht mehr zurückfordern. Diese Situation komme dem Fall des § 118 SGB X nahe, nach dem das Gericht, das über einen nach § 116 SGB X übergegangenen Anspruch zu entscheiden habe, an eine unanfechtbare Entscheidung gebunden sei, dass und in welchem Umfang der Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sei. Eine Heranziehung des Grundgedankens dieser Vorschrift sei angezeigt und spreche dafür, im zivilrechtlichen Regressprozess der Krankenkasse den Abrechnungsbetrag keiner materiellrechtlichen Prüfung zu unterziehen. Bei wertender Gesamtbetrachtung ergebe sich, dass die Klageforderung begründet sei, ohne dass den Einwendungen der Beklagten zu einzelnen Abrechnungspositionen nachzugehen wäre.

II.

8 Das angefochtene Urteil hält revisionsrechtlicher Nachprüfung nicht stand. Mit der Begründung des Berufungsgerichts kann die noch streitige Klageforderung als Schadensersatzanspruch der Höhe nach nicht zuerkannt werden.

9 1. Auf der Grundlage der von den Parteien nicht angegriffenen Feststellungen ist mit dem Berufungsgericht davon auszugehen, dass der Klägerin gegen die Beklagte aus übergegangenem Recht des bei ihr versicherten Geschädigten gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X dem Grunde nach ein Anspruch auf Schadensersatz in Form des Ersatzes der Kosten der Heilung wegen der bei dem Verkehrsunfall erlittenen Verletzungen aus § 7 Abs. 1, § 11 Satz 1 StVG, § 115 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VVG i.V.m. § 1 Satz 1 PfIVG zusteht.

- 10 2. Die Bemessung der Höhe des Schadensersatzanspruchs ist in erster Linie Sache des dabei nach § 287 ZPO besonders freigestellten Tatrichters. Sie ist revisionsrechtlich nur daraufhin überprüfbar, ob der Tatrichter Rechtsgrundsätze der Schadensbemessung verkannt, wesentliche Bemessungsfaktoren außer Acht gelassen oder seiner Schätzung unrichtige Maßstäbe zugrunde gelegt hat (st. Rspr., vgl. nur Senatsurteil vom 29. September 2020 - VI ZR 271/19, NJW 2020, 3591 Rn. 7 mwN). Solche Fehler liegen im Streitfall vor.
- 11 a) Bereits im Ausgangspunkt hat das Berufungsgericht verkannt, dass Gegenstand des nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X auf die Klägerin übergegangenen Schadensersatzanspruchs der Schaden des Versicherten ist. Die Klägerin ist trotz des bereits im Zeitpunkt des schadensstiftenden Ereignisses stattfindenden Anspruchsübergangs nicht als Geschädigte anzusehen. Der Schaden, den die Beklagte zu ersetzen hat, ist nicht ohne Weiteres mit der Vermögenseinbuße gleichzusetzen, die der Klägerin durch ihre eigene Leistungspflicht gegenüber ihrem Versicherten gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2, § 27 Abs. 1, § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V entstanden ist (vgl. Senatsurteil vom 23. Februar 2010 - VI ZR 331/08, VersR 2010, 550 Rn. 9).
- 12 aa) Gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X geht ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens auf den Versicherungsträger über, soweit dieser aufgrund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, die der Behebung eines Schadens der gleichen Art dienen (sachliche Kongruenz) und sich auf denselben Zeitraum wie der vom Schädiger zu leistende Schadensersatz beziehen (zeitliche Kongruenz). Dabei knüpft der Forderungsübergang an die Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers ("zu erbringen hat") und nicht an tatsächlich erbrachte Leistungen an (Senatsurteil vom 18. Oktober 2022 - VI ZR 1177/20, VersR 2023, 129 Rn. 14 mwN).

- 13 Der Sozialversicherungsträger kann den Ersatzpflichtigen, anders als das Berufungsgericht meint, daher nicht auf Ersatz des eigenen "Schadens" in Gestalt seiner durch den Versicherungsfall ausgelösten, vom Gesetzgeber angeordneten Leistungspflichten in Anspruch nehmen. Er kann eine Erstattung seiner Aufwendungen nur insoweit verlangen, als sie auf einen Schaden des Versicherten zu erbringen sind (vgl. Senatsurteil vom 23. Februar 2010 - VI ZR 331/08, VersR 2010, 550 Rn. 7). Der Anspruchsübergang auf den Sozialversicherungsträger wird durch den Umfang der Ansprüche begrenzt, die zunächst bei dem Versicherten entstanden sind (Senatsurteil vom 10. Juli 2007 - VI ZR 192/06, BGHZ 173, 169 Rn. 13). Zwischen der - unabhängig von einer Schadensersatzpflicht Dritter bestehenden - Leistungsverpflichtung des Leistungsträgers gegenüber der versicherten Person einerseits und seinem Regressanspruch gegenüber einem Schädiger andererseits ist deutlich zu unterscheiden. Übertragen ist dem Leistungsträger nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X (nur) der Schadensersatzanspruch des Versicherten. Liegen die Voraussetzungen dieses Schadensersatzanspruchs nicht vor, kann auch der Leistungsträger keine Ersatzleistung vom Schädiger verlangen (Senatsurteil vom 10. Juli 2007 - VI ZR 192/06, BGHZ 173, 169 Rn. 14).
- 14 bb) Etwas anderes ergibt sich - entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts - auch nicht aus dem frühen Zeitpunkt des Anspruchsübergangs. Der Übergang des Schadensersatzanspruchs nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X erfolgt bereits im Zeitpunkt des schadensstiftenden Ereignisses, soweit der Sozialversicherungsträger dem Geschädigten möglicherweise in Zukunft Leistungen zu erbringen hat, die sachlich und zeitlich mit den Erstattungsansprüchen des Geschädigten kongruent sind (vgl. Senatsurteile vom 7. Dezember 2021 - VI ZR 1189/20, VersR 2022, 332 Rn. 19; vom 12. April 2011 - VI ZR 158/10, BGHZ 189, 158 Rn. 8 mwN; Entwurf eines Sozialgesetzbuchs, BT-Drucks. 9/95, S. 27 [zu § 122 SGB-E]). Die Zession soll bewirken, dass der Sozialversicherungsträger, durch

dessen Leistungen der Geschädigte schadensfrei gestellt wird, Rückgriff nehmen kann; der Schädiger soll durch die Versicherungsleistungen nicht unverdient entlastet werden, zugleich soll eine doppelte Entschädigung des Geschädigten vermieden werden (vgl. Senatsurteile vom 19. Januar 2021 - VI ZR 125/20, VersR 2021, 395 Rn. 10; vom 17. Oktober 2017 - VI ZR 423/16, BGHZ 216, 149 Rn. 12; vom 24. April 2012 - VI ZR 329/10, VersR 2012, 924 Rn. 14; vom 10. Juli 2007 - VI ZR 192/06, BGHZ 173, 169 Rn. 14; jeweils mwN). Ein eigener Anspruch des Leistungsträgers auf Erstattung aller seiner durch das Schadensereignis ausgelösten Leistungen folgt daraus nicht (vgl. Senatsurteil vom 10. Juli 2007 - VI ZR 192/06, BGHZ 173, 169 Rn. 14).

15 Die Forderung des Geschädigten gegen den Schadensersatzpflichtigen geht im Wege der Legalzession des § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X grundsätzlich unverändert, das heißt genauso, wie sie dem Geschädigten zustand, auf den Sozialversicherungsträger über (vgl. Senatsurteile vom 7. Dezember 2021 - VI ZR 1189/20, VersR 2022, 332 Rn. 19; vom 17. Oktober 2017 - VI ZR 423/16, BGHZ 216, 149 Rn. 29 mwN). Besonderheiten - Privilegien und Belastungen - aus dem Schuldverhältnis, aus dem die Forderung stammt, bleiben bei ihrem Übergang in der Regel bewahrt (vgl. §§ 412, 404 BGB). Dies gilt ungeachtet des Umstands, dass die Forderung in der Hand des Sozialversicherungsträgers nunmehr eine andere Funktion erfüllt, nämlich die des Ausgleichs für die von ihm erbrachten Sozialleistungen (vgl. Senatsurteil vom 7. Dezember 2021 - VI ZR 1189/20, VersR 2022, 332 Rn. 19).

16 b) Das Berufungsgericht hat die Anforderungen an die Darlegungs- und Beweislast der Klägerin hinsichtlich der Schadenshöhe rechtsfehlerhaft verkannt.

17 aa) Ausgehend von dem Grundgedanken, dass die Rechtsposition des Schuldners durch einen Forderungsübergang nicht verschlechtert werden darf

(vgl. Senatsurteil vom 24. April 2012 - VI ZR 329/10, VersR 2012, 924 Rn. 21; Erman/Martens, BGB, 17. Aufl., § 412 Rn. 2), und dem Grundsatz, dass der Anspruchsteller die anspruchsbegründenden Tatsachen darzulegen und zu beweisen hat (Senatsurteil vom 4. Dezember 2012 - VI ZR 381/11, NJW-RR 2013, 536 Rn. 10), treffen den Sozialversicherungsträger, der den auf ihn übergegangenen Schadensersatzanspruch geltend macht, im Grundsatz die gleichen Anforderungen an die Darlegungs- und Beweislast wie den Geschädigten, würde er den Schadensersatzanspruch selbst geltend machen (vgl. Senatsurteile vom 23. Juni 2020 - VI ZR 435/19, VersR 2021, 1497 Rn. 10 [zu § 6 EFZG]; vom 23. Februar 2010 - VI ZR 331/08, VersR 2010, 550 Rn. 13; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 30. Januar 2024 - 1 W 24/23, juris Rn. 19; OLG Hamm, NZV 2024, 133 Rn. 35 f.; OLG Saarbrücken, Urteil vom 12. März 2015 - 4 U 32/14, juris Rn. 120; OLG Jena, Urteil vom 15. Mai 2012 - 4 U 661/11, BeckRS 2012, 12085; Giesen in Henssler/Willemsen/Kalb, Arbeitsrecht, 11. Aufl., SGB X § 116 Rn. 28a; von Koppenfels-Spies in Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching, BeckOK Sozialrecht, 72. Ed. 2024, SGB X § 116 Rn. 6; Seiler, VersR 2024, 195, 198; Möhlenkamp, VersR 2024, 209, 210 ff.; Drewes, NZV 2024, 136 Rn. 10; Lang, r+s 2023, 930; Werner, NJW-Spezial 2022, 9; Wieland, NZV 2022, 178, 179; aA Prelinger, NZV 2024, 233).

- 18 Nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats genügt eine Partei grundsätzlich ihrer Darlegungslast, wenn sie Tatsachen anführt, die in Verbindung mit einem Rechtssatz geeignet sind, das geltend gemachte Recht als in ihrer Person entstanden erscheinen zu lassen (Senatsurteil vom 23. Juni 2020 - VI ZR 435/19, VersR 2021, 1497 Rn. 11 mwN). Was die Beweislast angeht, so gilt für die im Streit stehende haftungsausfüllende Kausalität, die den ursächlichen Zusammenhang zwischen der primären Rechtsgutsverletzung und weiteren Schäden des Verletzten (Sekundärschäden) betrifft, das erleichterte Beweismaß des § 287 ZPO, d.h. zur Überzeugungsbildung genügt eine hinreichende bzw.

überwiegende Wahrscheinlichkeit (Senatsurteil vom 23. Juni 2020 - VI ZR 435/19, VersR 2021, 1497 Rn. 13 mwN).

19 bb) Anders als das Berufungsgericht meint, lassen weder die Regelung des § 116 SGB X noch der in der Senatsrechtsprechung verschiedentlich erwähnte Gedanke, den Belangen der Sozialversicherungsträger im Regress Rechnung zu tragen, eine Abweichung von diesen Anforderungen an die Darlegungs- und Beweislast der Klägerin zu.

20 (1) Der Gesetzgeber hat für den Forderungsübergang nach § 116 SGB X keine Änderung der Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich der Schadenshöhe für die hier im Streit stehenden Krankenhauskosten und Kosten einer Rehabilitationseinrichtung zugunsten von gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen. Es ist auch kein Wille des Gesetzgebers erkennbar, solche Erleichterungen vorzusehen (vgl. Entwurf eines Sozialgesetzbuchs, BT-Drucks. 9/95 S. 27; Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drucks. 9/1753 S. 44 f. [jeweils zu § 122 SGB-E]). Die Systematik des Gesetzes spricht vielmehr gegen einen entsprechenden Willen, gesetzliche Krankenkassen hinsichtlich solcher Kosten beim Regress nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X besserzustellen. Denn mit § 116 Abs. 8 SGB X hat der Gesetzgeber eine Regelung geschaffen, die den Regress für Kosten der nicht stationären ärztlichen Behandlung und Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln vereinfacht. Diese Kosten werden mit einer Pauschale abgegolten, wenn keine höheren Leistungen nachgewiesen werden. Eine entsprechende gesetzliche Ausnahmeregelung (vgl. Senatsurteil vom 23. Februar 2010 - VI ZR 331/08, VersR 2010, 550 Rn. 13) sieht das Gesetz für die stationäre ärztliche Behandlung nicht vor. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass die ärztliche Behandlung im Krankenhaus "bisher schon genau abgerechnet wurde" (Entwurf eines Sozialgesetzbuchs, BT-Drucks. 9/95 S. 28 [zu § 122 Abs. 8 SGB-E]; BeckOGK/Kater, SGB X,

Stand: 1.5.2021, § 116 Rn. 264). Vor diesem Hintergrund ist weder ersichtlich, dass Sinn und Zweck des § 116 SGB X eine Absenkung der Anforderungen an die Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich der Schadenshöhe im Streitfall gebieten würden, noch kann davon ausgegangen werden, dass eine unbeabsichtigte Regelungslücke vorliegt.

21 (2) Zwar hat das Berufungsgericht im Ausgangspunkt zutreffend erkannt, dass der Gedanke, den Belangen der Sozialversicherungsträger Rechnung zu tragen, die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Zeitpunkt des Anspruchsübergangs auf den Sozialversicherungsträger entscheidend beeinflusst hat (vgl. Senatsurteil vom 24. April 2012 - VI ZR 329/10, VersR 2012, 924 Rn. 21). Den Gerichten ist es aber verwehrt, die Rechtsanwendung allgemein nach dem Schutzbedürfnis der Sozialversicherungsträger auszurichten, selbst wenn sie dieses Schutzbedürfnis höher bewerten wollten als den Schutz des Schuldners (vgl. Senatsurteile vom 24. April 2012 - VI ZR 329/10, VersR 2012, 924 Rn. 21; vom 4. Oktober 1983 - VI ZR 194/81, VersR 1984, 136, 137, juris Rn. 12 [zu § 1542 RVO]; aA Prelinger, VersR 2022, 1337, 1344).

22 cc) Das Berufungsgericht ist der Ansicht, die Klägerin könne die an die Behandlungseinrichtungen gezahlten Beträge aus sozialversicherungsrechtlichen Gründen nicht mehr zurückfordern. Diese Situation komme dem Fall des § 118 SGB X gleich, weshalb der Rechtsgedanke dieser Vorschrift anzuwenden sei. Dem kann nicht gefolgt werden.

23 (1) Nach § 118 SGB X ist ein Zivilgericht, das über einen nach § 116 Abs. 1 SGB X vom Geschädigten auf einen Sozialversicherungsträger übergegangenen Anspruch zu entscheiden hat, an eine unanfechtbare Entscheidung eines Sozial- oder Verwaltungsgerichts oder eines Sozialversicherungsträgers

über den Grund oder die Höhe der dem Leistungsträger obliegenden Verpflichtung grundsätzlich gebunden. Damit soll verhindert werden, dass die Zivilgerichte anders über einen Sozialleistungsanspruch entscheiden als die hierfür an sich zuständigen Leistungsträger oder Gerichte. Sozialrechtliche Vorfagen sollen den Zivilprozess nicht belasten und deshalb vor den Zivilgerichten grundsätzlich nicht erörtert werden (Senatsurteil vom 20. Dezember 2016 - VI ZR 664/15, VersR 2017, 557 Rn. 8 mwN). Die Bindungswirkung erstreckt sich auf den Tenor des Leistungsbescheids oder des (sozial- oder verwaltungsgerichtlichen) Urteils und dessen tragende Feststellungen, nicht aber auf zivilrechtliche Haftungsvoraussetzungen wie die Kausalität zwischen der Schädigungshandlung und dem eingetretenen Schaden (Senatsurteile vom 16. März 2021 - VI ZR 773/20, VersR 2021, 650 Rn. 20; vom 5. Mai 2009 - VI ZR 208/08, VersR 2009, 995 Rn. 13 mwN).

24 (2) Die von der Klägerin geleistete und ggf. nicht rückforderbare Zahlung auf die Rechnungen der Behandlungseinrichtungen steht einer unanfechtbaren Entscheidung eines Sozial- oder Verwaltungsgerichts nicht gleich. Zudem stehen im Streitfall weder der Grund noch die Höhe der Leistungspflicht der Klägerin ihrem Versicherten gegenüber im Streit. Im Streit steht der Schadensersatzanspruch des Versicherten, in dessen Rahmen die Klägerin nur Anspruch auf Ersatz der von ihr verauslagten Kosten für erfolgte medizinische Untersuchungen und Behandlungen hat, soweit diese im Sinne des § 249 Abs. 2 Satz 1 BGB erforderlich waren (vgl. hierzu Senatsurteile vom 17. September 2013 - VI ZR 95/13, VersR 2013, 1406 Rn. 13; vom 11. November 1969 - VI ZR 91/68, VersR 1970, 129, 130; MüKoBGB/Oetker, 9. Aufl., § 249 Rn. 410).

25 dd) Sozialrechtliche Anforderungen an das Abrechnungssystem zwischen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen sowie sozialrechtliche Anfor-

derungen an die Datenübermittlung, Prüfung von Rechnungen und Zahlungspflichten der Krankenkassen (vgl. zu diesem System BVerfG, KrV 2019, 12 Rn. 2 bis 10) rechtfertigen keine Abweichung von den zivilrechtlichen Grundsätzen der Darlegungs- und Beweislast nach dem Forderungsübergang gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X.

26 (1) Das Berufungsgericht stützt seine gegenteilige Ansicht auf §§ 294 bis 303 SGB V, die die Übermittlung von Leistungsdaten durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen regeln, und §§ 284 bis 293 SGB V, die die Grundsätze der Datenverarbeitung bei den gesetzlichen Krankenkassen und deren Informationsgrundlagen enthalten. Weiter führt das Berufungsgericht §§ 275, 275c SGB V an, die die Begutachtung und Beratung der Krankenkassen sowie die Durchführung von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst regeln, sowie § 17c Abs. 2b KHG, der seit 1. Januar 2020 gilt und die Prüfung von Krankenhausabrechnungen beschränkt.

27 Diese vom Berufungsgericht angeführten Normen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) legen ausschließlich Rechte und Pflichten von Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern fest, regeln aber nicht das Verhältnis zum Schädiger im Rahmen der zivilrechtlichen Haftung (vgl. auch Möhlenkamp, VersR 2024, 209, 211 f.). Die im Sozialrecht für die Klägerin als gesetzliche Krankenkasse geltenden Beschränkungen für die Prüfung der Krankenhausrechnung können nicht als Grundlage herangezogen werden, um die Rechtsposition des Schädigers nach dem Forderungsübergang gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X zu beschneiden. Andernfalls würden die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung überschritten (vgl. hierzu BVerfGE 128, 193, 210, juris Rn. 53 mwN; Senatsurteil vom 11. Juni 2024 - VI ZR 133/23, juris Rn. 21). Denn der Gesetzgeber hat, wie unter bb) ausgeführt, die

Darlegungs- und Beweislast für die Kosten der stationären ärztlichen Behandlung im Rahmen des Forderungsübergangs nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X gerade nicht abweichend von den allgemeinen Anforderungen geregelt.

28 Vor diesem Hintergrund stellen die von den Behandlungseinrichtungen erstellten Abrechnungsdaten nach allgemeinen Grundsätzen auch nur einen Anhaltspunkt, aber - entgegen der Annahme des Berufungsgerichts - kein wesentliches bzw. starkes Indiz für die Erbringung und/oder Erforderlichkeit der abgerechneten Leistung dar (ablehnend zu "Grouper-Ausdrucken" auch OLG Stuttgart, VersR 2024, 716, 718, juris Rn. 31; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 30. Januar 2024 - 1 W 24/23, juris Rn. 23; aA AG Reutlingen, Urteil vom 21. April 2021 - 13 C 654/20, juris Rn. 36; siehe zum Problem von Fehlcodierungen BVerfG, KrV 2019, 12 Rn. 3).

29 (2) Im Übrigen sind nach § 294a SGB V unter anderem Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V verpflichtet, "die erforderlichen Daten", einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Krankheit die Folge eines Unfalls ist. Der Gesetzgeber hat mit § 294a SGB V eine Norm geschaffen, mit der Krankenkassen Angaben zur Verfügung gestellt werden sollen, die sie benötigen, um nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X auf sie übergegangene Schadensersatzansprüche geltend machen zu können (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drucks. 15/1525 S. 146; Senatsurteil vom 23. März 2010 - VI ZR 327/08, VersR 2010, 971 Rn. 20; BeckOGK/Hess, SGB V, Stand: 15.5.2024, § 294a Rn. 3).

30 ee) Die im Fall der Beschädigung einer Sache für Reparatur- und Sachverständigenkosten anerkannten Grundsätze zum "Werkstattisiko" (vgl. Senats-

urteile vom 12. März 2024 - VI ZR 280/22, ZfSch 2024, 309 Rn. 11 ff.; vom 16. Januar 2024 - VI ZR 253/22, BGHZ 239, 208 Rn. 14 ff.) sind - anders als das Berufungsgericht meint - auf den im Streit stehenden, von einer gesetzlichen Krankenkasse geltend gemachten Ersatz der Kosten der Heilung nicht übertragbar.

31 (1) Diese Grundsätze sind von dem Gedanken geprägt, dass es Sinn und Zweck des § 249 Abs. 2 Satz 1 BGB widersprechen würde, wenn der Geschädigte bei Ausübung der ihm durch das Gesetz eingeräumten Ersetzungsbefugnis - sei es aus materiell-rechtlichen Gründen oder aufgrund der Beweislastverteilung - im Verhältnis zu dem ersatzpflichtigen Schädiger mit Mehraufwendungen der Schadensbeseitigung belastet bliebe, deren Entstehung seinem Einfluss entzogen ist und die ihren Grund darin haben, dass die Schadensbeseitigung in einer fremden, vom Geschädigten, wohl auch nicht vom Schädiger kontrollierbaren Einflussosphäre stattfinden muss. Unter diesen Umständen besteht kein Sachgrund, dem Schädiger das "Werkstattribisiko" abzunehmen, das er auch zu tragen hätte, wenn der Geschädigte ihm die Beseitigung des Schadens nach § 249 Abs.1 BGB überlassen würde. Die dem Geschädigten durch § 249 Abs. 2 Satz 1 BGB gewährte Ersetzungsbefugnis ist kein Korrelat für eine Überbürdung dieses Risikos auf ihn (vgl. Senatsurteil vom 29. Oktober 1974 - VI ZR 42/73, BGHZ 63, 182, 185, juris Rn. 10).

32 (2) Diese Situation liegt im Streitfall nicht vor. Die Klägerin ist, wie unter a) ausgeführt, als gesetzliche Krankenkasse nicht die aus dem schadensstiftenden Ereignis Geschädigte; Geschädigter ist der verletzte Versicherte. Die Klägerin hat die Behandlungskosten aufgrund ihrer Leistungspflicht dem Versicherten gegenüber nach § 11 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2, § 27 Abs. 1, § 39 SGB V zu tragen. Ihre Zahlungsverpflichtung entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird

und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (BSGE 116, 165 Rn. 8 mwN; Senatsurteil vom 3. Mai 2011 - VI ZR 61/10, VersR 2011, 946 Rn. 10). Die nach diesen sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen zu erbringende Leistung der Krankenkasse ist nicht zwingend deckungsgleich mit den im Sinne des § 249 Abs. 2 Satz 1 BGB "erforderlichen" Heilbehandlungsmaßnahmen (vgl. MüKoBGB/Oetker, 9. Aufl., § 249 Rn. 336, 410). Selbst wenn eine sachliche und zeitliche Kongruenz zwischen der Leistungspflicht der Krankenkasse und dem zu leistenden Schadensersatz besteht (hierzu unter a) aa)), bemisst sich beides jedoch nach unterschiedlichen Grundsätzen.

33 (3) Im Übrigen hat der Senat entschieden, dass das Werkstattrisiko in Abtretungsfällen stets der Zessionar trägt (Senatsurteile vom 16. Januar 2024 - VI ZR 239/22, VersR 2024, 445 Rn. 25; - VI ZR 38/22, DAR 2024, 253 Rn. 27).

34 ff) Der Hinweis der Revisionserwiderung, dass im Schadensersatzrecht - wie der Senat in seinem Urteil vom 11. März 1986 (VI ZR 64/85, NJW 1986, 2762, 2763, juris Rn. 8) ausgeführt habe - der Grundsatz gelte, dass der Schädiger sein Opfer in der Konstellation hinnehmen müsse, in der sich das Opfer befinde, ist in diesem Zusammenhang unbehelflich. Denn zum einen ist die Klägerin nicht Geschädigte, zum anderen ist dieser Grundsatz im Zusammenhang mit gesundheitlichen Vorschäden des Geschädigten entwickelt worden. Hier geht es aber um etwas anderes, nämlich die prozessuale Darlegungs- und Beweislast.

35 c) Das Berufungsgericht ist der Verpflichtung des Tatrichters nicht nachgekommen, im Rahmen der Schadensermittlung nach § 287 ZPO den gesamten Parteivortrag zu würdigen und alle für die Beurteilung maßgeblichen Umstände zu berücksichtigen (vgl. hierzu Senatsurteil vom 16. Oktober 2001 - VI ZR 408/00, BGHZ 149, 63, 66, juris Rn. 11). Die Beklagte hat nach den Feststellun-

gen des Berufungsgerichts bereits in erster Instanz und, worauf die Revision hinweist, auch in zweiter Instanz Einwendungen gegen die noch offenen Abrechnungspositionen vorgebracht. Diese Einwendungen der Beklagten gegen die Klageforderung durfte das Berufungsgericht nicht ohne nähere Prüfung als generell unbeachtlich ansehen.

III.

36 Das Urteil des Berufungsgerichts ist aufzuheben, soweit - über zuerkannte Zinsen auf den anerkannten Betrag und darauf angefallene vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten hinaus - zum Nachteil der Beklagten erkannt worden ist. Die Sache ist im Umfang der Aufhebung mangels Entscheidungsreife zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen (§ 562 Abs. 1, § 563 Abs. 1 Satz 1 ZPO).

Seiters

Oehler

Klein

Allgayer

Linder

Vorinstanzen:

LG Dessau-Roßlau, Entscheidung vom 12.08.2022 - 2 O 770/21 -

OLG Naumburg, Entscheidung vom 06.07.2023 - 9 U 125/22 -