

1. **Nur mit der Vorlage selbstgefertigter Forderungsaufstellungen hat eine regressnehmende Krankenkasse die Unfallkausalität der aufgelisteten Aufwendungen noch nicht bewiesen.**
2. **Der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss ist sachlich kongruenter Teil der Heilbehandlungskosten.**

§ 116 SGB X, §§ 415 ff. ZPO

Urteil des Thüringer OLG vom 15.05.2012 – 4 U 661/11 –
Abänderung des Urteils des LG Gera vom 19.07.2011 – 2 O 930/10 – [UV-Recht Aktuell 002/2012, S. 119-123](#)

1. Dem von der Beklagtenseite (Schädiger bzw. dessen Haftpflichtversicherung) geäußerten Verlangen **inhaltlich überprüfbarer Belege** stehen nach Auffassung des OLG die §§ 415, 417, 418 ZPO nicht entgegen (mwN). Die klagende Krankenkasse mache mit ihrem Beharren auf dem nach §§ 415 ff. ZPO geführten Beweis letztlich nichts anderes geltend, als im eigenen Prozess die Berechtigung der streitigen Klageforderung **nur** mit einer selbstgefertigten Kostenaufstellung beweisen zu dürfen (und müssen), und zwar allein deshalb, weil sie als gesetzliche Krankenkasse eine öffentlich-rechtliche Körperschaft sei. Das könne im Lichte des Rechtsstaatsprinzips nicht richtig sein. Eine Vorschrift, die es im Zivilprozess einer Partei erlauben würde, sich ihre Beweismittel selbst zu erschaffen, wäre wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der prozessualen Waffengleichheit nach Maßgabe von Art. 2, 3 und 20 GG verfassungswidrig. § 418 ZPO könne deshalb verfassungskonform nur dahin verstanden werden, dass er für öffentliche Urkunden ausschließlich in solchen Prozessen gelte, an denen der Aussteller der Urkunde nicht selbst als Partei beteiligt sei (mwN). Festzuhalten sei somit, dass die Kl. mit den selbstgefertigten Forderungsaufstellungen die streitige Unfallkausalität der aufgelisteten Aufwendungen noch nicht bewiesen gehabt hätte; die Beweisführung sei ihr vielmehr erst mit Vorlage des Grouperausdrucks und der (späteren) Rechnungskopien etc. gelungen.
2. Der **Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss** stehe – so das OLG weiter – in einem so engen Zusammenhang mit der Heilbehandlung, dass er im Lichte der neue Wege beschreitenden Entscheidung des BGH vom 03.05.2011 – VI ZR 61/10 – zur Übergangsfähigkeit des Investitionszuschlages zur Subventionierung des Krankenhauswesens in den neuen Bundesländern ([UV-Recht Aktuell 016/2011, S. 1128-1135](#)) als sachlich kongruenter Teil der Heilbehandlungskosten gesehen werden müsse; ein gesetzlicher Anspruchsübergang auf die Krankenkasse nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X sei also die einzig logische und richtige Konsequenz.

Das **Thüringer Oberlandesgericht** hat mit **Urteil vom 15.05.2012 – 4 U 661/11 –** wie folgt entschieden:

Gründe

I.

1

Die Klägerin nimmt die Beklagte aus übergegangenem Recht (§ 116 SGB X) auf Ersatz stationärer Heilbehandlungskosten und weiterer Kosten (Krankengeld, Transportkosten etc.) in Anspruch, die sie für Ihren Versicherungsnehmer D F aufgewandt hat.

2

Der Versicherungsnehmer der Klägerin erlitt im Mai 2008 bei einem Motorradunfall Verletzungen an Beinen und Händen; die Talusfraktur nebst Bänderruptur am linken Sprunggelenk musste stationär behandelt werden. Zwischen den Parteien steht außer Streit, dass

der Beklagte zu 2) den Unfall mit seinem bei der Beklagten zu 1) haftpflichtversicherten Motorrad allein verschuldet hat; die beiden Beklagten also für den Unfallschaden zu 100 % haften.

3

Die Klägerin hat die von ihr aus Anlass des Unfalls getragenen Kosten mit insgesamt 10.305,59 € gegenüber der Beklagten zu 1) zum Ersatz geltend gemacht; und zwar erstmals mit Schreiben v. 12.01.2009 (Anlage K1, I/7f. und K3, I/11f.), im Weiteren dann noch einmal mit Schreiben v. 01.10.2009 (Anlage K4, I/13f.). Den Schreiben war jeweils eine Forderungsaufstellung in Gestalt einer tabellarischen Auflistung der einzelnen Forderungen (Krankenhauskosten, Transportkosten, Physiotherapiekosten, Krankengeld etc.) beigefügt.

4

Die Beklagte zu 1) hat die Zahlung jedoch mit der Begründung verweigert, die Forderungshöhe sei nicht durch entsprechende Rechnungen etc. belegt. Nur mittels solcher Nachweise könne nachvollzogen werden, ob die von der Klägerin getätigten Aufwendungen dem Regress nach § 116 SGB X unterfielen, insbesondere unfallkausal seien.

5

Der Forderung nach geeigneten Fremdnachweisen hat sich die Klägerin auch im Prozess zunächst verweigert und in erster Instanz die Auffassung vertreten, ihrer Darlegungs- und Beweislast mit den öffentlichen Urkunden im Sinne von § 418 ZPO darstellenden eigenen Forderungsaufstellungen nachgekommen zu sein. Die Klägerin hat deshalb unter Vorlage (nur) der Anlagen K1, K3 und K4 in erster Instanz ursprünglich die Zahlung von 10.305,59 € und daneben noch die Feststellung der Ersatzpflicht beider Beklagter für künftige weitere Schäden aus dem Unfallereignis verlangt.

6

Diese Leistungs- und Feststellungsanträge sind dann im Verlauf des erstinstanzlichen Verfahrens zurückgenommen, für erledigt erklärt, bzw. anerkannt worden; schlussendlich musste das Landgericht nur noch über einen geringfügigen Teilbetrag der Krankenhauskosten von 90 Cent, den sog. Systemzuschlag für den gemeinsamen Bundesausschuss in der Sache streitig entscheiden.

7

Mit Schriftsatz v. 22.11.2010 (I/41ff.) hat die Klägerin den Leistungsantrag in Höhe von 810 € (erstattungsfähige Arbeitgeberaufwendungen wegen fortgezahlten Arbeitsentgelts, Anlage K3) zurückgenommen, nachdem die Beklagte nachgewiesen hatte, den Lohnfortzahlungsschaden des Arbeitgebers bereits seit langem direkt ausgeglichen zu haben.

8

Schon vorher, nämlich mit der Klageerwiderung v. 27.09.2010 (I/29) hatten die Beklagten den Feststellungsanspruch anerkannt; wenn auch – begründet mit der erstmaligen Geltendmachung im Prozess – unter Verwahrung gegen die Kostenlast.

9

In der mündlichen Verhandlung erster Instanz am 22.02.2011 erging in Bezug auf den Feststellungsantrag ein Teil-Anerkenntnisurteil (I/115f.).

10

Mit Schriftsatz vom 20.12.2010 (I/62ff.) hat die Klägerin – wohl in Reaktion auf den Hinweisbeschluss des Landgerichts v. 23.11.2010 (I/54), es möge mitgeteilt werden, was die Vorlage von Originalbelegen (Rechnungen) hindere – zum Nachweis der Krankenhauskosten

kosten einen sog. "Grouper"-Ausdruck (Anlagenkonvolut K14, I/677ff.) vorgelegt, also einen Ausdruck der nach dem diagnose-orientierten Fallpauschalensystem computergestützt ermittelten und übermittelten Krankenhausabrechnung.

11

Von den solchermaßen belegten, mit 5.155,19 € zum Ersatz geltend gemachten Krankenhauskosten haben die Beklagten mit Schriftsatz vom 17.01.2011 (I/109f.) 5.154,29 € anerkannt; lediglich der Zuschlag für den Bundesausschuss iHv 90 Cent war weiter streitig. Insoweit haben die Beklagten einen Rechtsübergang auf die Klägerin nach § 116 SGB V in Abrede gestellt.

12

In der Folge ist der anerkannte Betrag auch tatsächlich gezahlt worden, weshalb die Klägerin mit Schriftsatz v. 15.02.2011 (I/111) iHv 5.154,29 € ausdrücklich Teilerledigung erklärt hat. Dieser Teilerledigungserklärung haben sich die Beklagten nicht angeschlossen, sondern in der mündlichen Verhandlung v. 22.02.2011 nach dem Teilanerkennnis in Bezug auf den Feststellungsanspruch Klageabweisung im Übrigen beantragt (I/115).

13

Im nachfolgenden schriftlichen Verfahren hat die Klägerin dann mit Schriftsatz v. 14.04.2011 (I/119ff.) zwar an ihrer Rechtsauffassung festgehalten, die eigene Forderungsaufstellung erbringe als öffentliche Urkunde vollen Beweis der in ihr bekundeten Tatsachen und reiche damit als Nachweis der Forderungshöhe aus. Dennoch hat sie nun auch Rechnungsbelege für den Notarzt- u. Rettungswageneinsatz, die Physiotherapie, das dem Versicherten gezahlte Krankengeld etc. vorgelegt (Anlagen K17 –K39, I/125ff.).

14

Auf die Vorlage dieser Belege haben die Beklagten mit Schriftsatz v. 09.05.2011 (I/ 151f.) reagiert und – mit Ausnahme des nach wie vor streitigen Zuschlags für den Bundesausschuss – die noch streitige Restforderung iHv 4.340 € anerkannt.

15

Nachdem dieser Restbetrag zeitnah auch tatsächlich geflossen ist, hat die Klägerin mit Schriftsatz v. 26.05.2011 (I/153) in Höhe von 4.340 € weitere Teilerledigung erklärt. Auch dieser Teilerledigungserklärung haben sich die Beklagten nicht angeschlossen. Sie haben im Gegenteil mit Schriftsatz v. 05.07.2011 (I/164f.) Klageabweisung beantragt mit der Begründung, die einzelnen Forderungen seien bis zur Vorlage der jeweiligen Belege nicht prüfbar und somit auch nicht fällig gewesen.

16

Das Landgericht hat mit Schlussurteil v. 19.07.2011 die "weitergehende Klage" abgewiesen; und zwar mit folgender Begründung:

17

Die zulässige Leistungsklage sei erst mit den nachgereichten Belegen begründet. Die Forderungsaufstellung des Sozialversicherungsträgers erbringe allenfalls Beweis für die Abgabe der beurkundeten Erklärung, nicht jedoch für deren inhaltliche Richtigkeit. Erst mit dem Grouperausdruck und den (noch später) nachgereichten Abrechnungsunterlagen seien die Beklagten in die Lage versetzt worden, die Forderungsaufstellung der Klägerin auf ihre inhaltliche Berechtigung zu überprüfen. Deshalb sei der dem Grunde nach unstrittige Regressanspruch erst seit diesem Moment begründet. Bei Zustellung der Klage sei er mit der Folge noch unbegründet gewesen, dass eine Teilerledigung des Rechtsstreits durch im Laufe des Prozesses erfolgten Zahlungen nicht eingetreten sei; der Feststellungsantrag auf teilweise Erledigung sei also unbegründet.

18

Auch einen Anspruch auf Erstattung der 90 Cent Zuschlag für den Bundesausschuss habe die Klägerin nicht. Der Zuschlag diene dafür, die Verwaltungskosten der ... abzudecken. Es fehle deshalb an der sachlichen Kongruenz, nämlich an einer ursprünglich beim Versicherungsnehmer der Klägerin selbst entstandenen Schadensposition.

19

Wegen des in Bezug auf den Feststellungsantrag sofort erklärten Anerkenntnisses habe die Kostenlast schließlich insgesamt bei den Beklagten zu verbleiben.

20

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 22.07.2011 zugestellte Schlussurteil hat die Klägerin am 22.08.2011 Berufung eingelegt und diese innerhalb gewährter Fristverlängerung am 21.10.2011 begründet.

21

Mit der Berufung hält die Klägerin an ihren Schlussanträgen aus der ersten Instanz fest und greift hierzu das angefochtene erstinstanzliche Urteil mit drei näher ausgeführten Rechtsrügen (§§ 513, 546 ZPO) an.

22

Rechtsfehlerhaft sei das Landgericht von einer erst mit Vorlage des Grouperausdrucks und der anderen Belege begründeten Klage ausgegangen.

23

Als gesetzliche Krankenkasse und damit als selbstverwaltete Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V) sei die Klägerin mit hoheitlicher Gewalt ausgestattet und in die mittelbare Staatsverwaltung eingegliedert, also Behörde im Sinne der Urkundsvorschriften der ZPO. Da sie hierbei unzweifelhaft auch innerhalb ihrer Amtsbefugnisse gehandelt habe, habe sie mit der Forderungsaufstellung öffentliche Urkunden erstellt, die nach § 418 ZPO den vollen Beweis für den unfallkausalen Anfall und die Auszahlung der im Einzelnen aufgelisteten Forderungen, mithin für die inhaltliche Richtigkeit der Forderungsaufstellung erbringe.

24

Aber auch mit dem materiellen Recht sei die Abweisung des auf Feststellung der Teilerledigung gerichteten Antrags nicht zu vereinbaren. Die Vorlage von Rechnungen oder anderer Belege sei grundsätzlich keine Fälligkeitvoraussetzung. Jedenfalls deshalb sei die Auffassung des Landgerichts von der bei Zustellung unbegründeten Klage fehlerhaft.

25

Der dritte Berufungsangriff hat den Bundesausschusszuschlag zum Gegenstand. Auch er sei Teil der für die stationäre Behandlung zu leistenden Vergütung. An der sachlichen Kongruenz fehle es deshalb nicht, was zwischenzeitlich im Lichte der jüngsten BGH-Rechtsprechung (Urteil v. 03.05.2011 zum Az.: VI ZR 61/10) nicht anders gesehen werden könne. Mit seiner Entscheidung zur Regressfähigkeit des Investitionszuschlages habe der Bundesgerichtshof zum Ausdruck gebracht, dass grundsätzlich sämtliche von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte kongruente Leistungen iSd § 116 SGB X seien.

II.

26

Die Berufung ist zulässig; insbesondere ist die für ihre Statthaftigkeit erforderliche Beschwer der Klägerin gegeben, denn das angefochtene erstinstanzliche Schlussurteil beschwert sie mit mehr als 600 € (§ 511 Abs. 2 Nr. 1 ZPO).

27

Da sich die Beklagten den beiden Teil-Erledigungserklärungen der Klägerin nicht angeschlossen haben, sondern im Gegenteil das Klageabweisungsbegehren ausdrücklich weiterverfolgt, also der Erledigung widersprochen haben, haben die einseitigen Teilerledigungserklärungen der Klägerin zu einer nach § 264 Nr. 2 ZPO zulässigen Beschränkung und damit Änderung der Leistungsklage in der Weise geführt, dass ein auf Feststellung des in der Hauptsache teilweise erledigten Rechtsstreits gerichteter Antrag an Stelle des Leistungsbegehrens getreten ist (immer noch h. M., sog. Klageänderungstheorie BGH NJW 94, 2364; 02, 442; OLG München NJW-RR 95, 1086; OLG Karlsruhe NJW-RR 94, 761; Vollkommer in Zöller, ZPO, 27. Aufl., Rn. 34 zu § 91a mit zahlreichen weiteren Nachw.).

28

Dass die Klägerin einen solchen Feststellungsantrag nicht ausdrücklich gestellt hat, ist unschädlich. Die bloße Erledigungserklärung reicht bei Widerspruch des Beklagten regelmäßig aus, sofern nicht die Auslegung ausnahmsweise ergibt, dass der Kläger wegen des Widerspruchs nicht mehr die Erledigung erklären, sondern sein ursprüngliches Begehren wieder verfolgen will. Hierfür spricht im Entscheidungsfall jedoch nichts.

29

Für die Beschwer der Klägerin kann demzufolge lediglich betreffend den Systemzuschlag für den Bundesausschuss, also in Höhe von 90 Cent auf den Leistungsantrag abgestellt werden. Im Übrigen bestimmt sich der Wert der Beschwer wegen der einseitigen Erledigungserklärung der Klägerin und des hierin liegenden geänderten Feststellungsantrags nach dem an Stelle des ursprünglichen Sachinteresses getretenen Kosteninteresse (ständige BGH-Rechtspr., vgl. hierzu BGH NJW 82, 768; NJW-RR 96,1210; 05,1728; ebenso die überwiegende obergerichtl. Rspr. OLG Köln OLGR 05, 19; OLG Frankfurt OLGR 01, 12; OLG Naumburg FamRZ 02, 680; OLG Düsseldorf OLGR 02, 296; OLG Hamm OLGR 01, 297; KG MDR 04, 116; OLG Jena OLG-NL 02,18). Bei einer Teilerledigung wie hier ist das für die Beschwer maßgebende Kosteninteresse mit einer Differenzrechnung zu ermitteln. Von den Gesamtkosten sind dabei die Kosten abzuziehen, die entstanden wären, wenn der Prozess ohne den erledigten Teil geführt worden wäre (BGH NJW-RR 05, 1728 mwN).

30

Die solchermaßen als Beschwer der Klägerin zu ermittelnden, allein auf die erledigten Teile entfallenden Kosten belaufen sich auf 2.003,20 €, was sich im Einzelnen wie folgt berechnet:

31

Die drei gerichtlichen (erstinstanzlichen) Verfahrensgebühren nach Nr. 1210 KV zu § 34 GKG betragen bei einem Streitwert bis 13.000 €, wie er hier bei Eingang und Zustellung der Klage mit 12.817,59 € vorlag, 657 €. Reduziert um die Teilerledigung von zunächst 5.154,29 € (am 15.02.2011) und weiterer 4.340,40 € (am 10.05.2011), d.h. um insgesamt 9.494,69 € ist für die Differenzrechnung von einem Streitwert von lediglich 3.322,90 € aus-

zugehen, also von (fiktiven) Gerichtsgebühren ohne den erledigten Teil iHv 291 €. Die auf den erledigten Teil entfallenden Gerichtsgebühren betragen mithin 366 €.

32

Für die Rechtsanwaltsgebühren sieht die Differenzrechnung aus wie folgt:

33

Für den ursprünglichen Gegenstandswert von unter 13.000 € beläuft sich die 1,3 Verfahrensgebühr (Nr. 3100 VV zu § 13 RVG) auf 683,80 €; hochgerechnet auf beide am erstinstanzlichen Verfahren beteiligte Prozessbevollmächtigte also auf 1.367,60 €. Hinzu kommt auf Beklagtenseite die 0,3 Erhöhungsgebühr (Nr. 3104 VV zu § 13 RVG), also ein weiterer Betrag von 157,30 €. Wegen der vor der mündlichen Verhandlung vom 22.02.2001, nämlich am 15.02.2011 in Höhe von 5154,29 € erklärten Teilerledigung ist für die 1,2 Terminsgebühr im Rahmen der Kostenermittlung auf einen entsprechend reduzierten Gegenstandswert abzustellen. Da auch die Teilklagerücknahme (in Höhe von 810 €) lange vor der mündlichen Verhandlung, nämlich schon am 22.11.2010 erklärt wurde, sind die anwaltlichen Terminsgebühren lediglich aus einem Gegenstandswert von 6.853,30 €, also in Höhe von jeweils 450 €, d.h. für beide Prozessbevollmächtigte in Gesamthöhe von 900 € und dem – im Rahmen einer an dieser Stelle inzident nochmals anzustellenden Differenzrechnung – Gebührenaufkommen aus dem Kosteninteresse der Teilerledigung angefallen. Dieses Differenzkosteninteresse (nur) für die anwaltlichen Terminsgebühren beläuft sich auf 362,40 €. In der hier anzustellenden Kostenermittlung sind damit für die Terminsgebühren insgesamt 1.262,40 € anzusetzen, sodass sich das tatsächlich angefallene Gebührenaufkommen auf 2.787,30 € beläuft.

34

Hiervon sind die Gebühren abzuziehen, die entstanden wären, wenn der Prozess ohne den teilerledigten Gesamtbetrag von 9.494,69 €, also von Anfang an nur über einen Gegenstandswert von 3.322,90 € geführt worden wäre.

35

Die zweifache 1,3 Terminsgebühr aus 3.322,90 € beträgt 564,20 €. Die 0,3 Erhöhungsgebühr für den PV der Beklagten beläuft sich auf 65,10 €; die 1,2 Terminsgebühr auf 260,40 €; hochgerechnet auf beide Prozessbevollmächtigte also auf 520,80 €. Der in Abzug zu bringende Differenzwert beträgt mithin insgesamt 1150,10 €.

36

Im Ergebnis berechnen sich die allein auf die erledigten Teile entfallenden Anwaltsgebühren also auf 1.637,20 € und damit das gesamte Differenzkosteninteresse der Klägerin auf 2.003,20 €. (=1.637,20 € Anwaltsgebühren + 366 € Gerichtsgebühren). Schon allein mit dem Feststellungsanspruch betreffend die Teilerledigung ist damit der von § 511 Abs. 2 Nr. 1 ZPO verlangte Beschwerwert von mehr als 600 € sicher erreicht.

37

Die mithin zulässige Berufung ist auch weitgehend begründet.

38

Zu Unrecht hat das Landgericht einen Regressanspruch der Klägerin in Bezug auf den 90 Cent betragenden Systemzuschlag für den gemeinsamen Bundesausschuss verneint und auch den Antrag auf Feststellung der Teilerledigung abgewiesen; sowohl dem Leistungs-, als auch dem Feststellungsantrag ist nun im zweiten Rechtszug zu entsprechen. Ohne Erfolg bleibt die Berufung nur bei der weiterverfolgten Zinsforderung; hier gibt es gegen die Klageabweisung im Ergebnis (nahezu) nichts zu erinnern.

39

Im Einzelnen:

40

Entgegen der Auffassung des Landgerichts hat auch in Bezug auf den Systemzuschlag nach § 91 Abs. 3, 139 c SGB V ein Anspruchsübergang stattgefunden.

41

Eine cessio legis nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X auf den Sozialversicherungsträger findet statt, "soweit dieser auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, die der Behebung eines Schadens der gleichen Art dienen und sich auf denselben Zeitraum wie der vom Schädiger zu leistende Schadensersatz beziehen."

42

Die Zahlung des Systemzuschlags stellt eine solche Sozialleistung der Klägerin dar.

43

Mit seinem jüngst (am 03.05.2011 unter dem Az.: VI ZR 61/10) ergangenen (u.a. in NJW 11, 2583 veröffentlichten) Urteil zu dem zur Subventionierung des Krankenhauswesens in den neuen Bundesländern befristet bis Ende 2014 eingeführten Investitionszuschlag hat der Bundesgerichtshof – wie es Herbert Lang in seiner Urteilsanmerkung v. 31.08.2011, zitiert nach jurisPr-VerkR 17/2011 Anm.1, formuliert hat – "viele Experten des Sozialversicherungsrechts überrascht" und eine Übergangsfähigkeit nach § 116 SGB X entgegen der bis dahin einhellig anderweitigen Auffassung in Rechtsprechung und Literatur angenommen.

44

Im Lichte dieser Entscheidung lässt es sich schwerlich vertreten, dem hier streitgegenständlichen Systemzuschlag eine Übergangsfähigkeit abzusprechen; vom Investitionszuschlag unterscheidet er sich nämlich in den maßgeblichen, das Urteil "tragenden" Punkten nicht.

45

Dem Sozialleistungscharakter steht nicht entgegen, dass der Systemzuschlag kein unmittelbares Entgelt für die Krankenhausbehandlung eines bestimmten Patienten ist, sondern ein letztlich allen Patienten zugute kommendes, pauschal für jede Krankenhausbehandlung erhobenes allgemeines Finanzierungsinstrument für die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der z.B. bundesweite Qualitätsstandards verbindlich festlegt (§§ 91, 139 c SGB V).

46

Mit dem Bundesgerichtshof ist nämlich die maßgebliche Sozialleistung die von der Krankenkasse zu erbringende, bzw. erbrachte Krankenhausbehandlung als solche. Gegenstand des hieran anknüpfenden Anspruchsübergangs sind dann sämtliche Kosten, die die Krankenkasse an den Leistungserbringer zu bezahlen hat, damit er die notwendige Krankenhausbehandlung erbringt.

47

Der bundesweit von jedem Krankenhaus bei der Behandlung eines Kassenpatienten erhobene Systemzuschlag ist deshalb dem Anspruch des Geschädigten auf Erstattung seiner unfallbedingten Heilbehandlungskosten auch – wie für die cessio legis weiter erforderlich – sachlich kongruent. Da der gesetzlich Versicherte Geschädigte – worauf der Bundesgerichtshof für den Investitionszuschlag maßgeblich abgestellt hat – ohne den Sys-

temzuschlag keine Behandlung im Krankenhaus erhält, sondern der Systemzuschlag wie der Investitionszuschlag als (wenn auch gesondert ausgewiesener) Teil der Krankenhausrechnung aufgrund der gesetzlichen Regelungen (§§ 91 Abs. 3, 139 c SGB V) von der Krankenkasse zwingend gezahlt werden muss, damit "ihr" Versicherungsnehmer die nötige stationäre Behandlung erfährt, steht die Verpflichtung, den Systemzuschlag zu erbringen, in dem von § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X geforderten unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung des Geschädigten.

48

Soweit sich der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss vom Investitionszuschlag dadurch unterscheidet – worauf die Beklagten mit der Berufungserwiderung abstellen –, dass er nur gegenüber gesetzlich Krankenversicherten und nicht auch von selbstzahlenden (privat versicherten) Patienten erhoben wird, ändert das nichts an der entscheidenden Argumentation, dass ein gesetzlich versichertes Unfallopfer (wie jeder andere Kassenpatient auch) ohne Entrichtung des Systemzuschlags überhaupt keine stationäre Behandlung erhält. Damit steht auch der Systemzuschlag in einem so engen Zusammenhang mit der Heilbehandlung, dass er im Lichte der hier besprochenen, neue Wege beschreitenden Entscheidung des Bundesgerichtshofs als sachlich kongruenter Teil der Heilbehandlungskosten gesehen werden muss; ein gesetzlicher Anspruchsübergang auf die Krankenkasse nach § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X also die einzig logische und richtige Konsequenz ist.

49

Sind der Klägerin deshalb die noch offenen 90 Cent Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Ersatz zuzusprechen, ist die Berufung daneben auch mit ihrem Hauptziel, nämlich der Stattgabe des geänderten Antrags auf Feststellung der Teilerledigung erfolgreich.

50

Dass die Klägerin die beiden gesamtschuldnerisch haftenden Beklagten aus §§ 7 Abs. 1; 17 Abs. 1, 2; 18 Abs. 1, 3 StVG; 3 PflVersG; 823 Abs. 1 BGB; 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X dem Grunde nach auf hundertprozentigen Ersatz der unfallbedingten Heilbehandlungskosten, die sie für ihren Versicherungsnehmer aufgewandt hat, in Regress nehmen kann, stand zwischen den Parteien nie im Streit. Die Beklagte zu 1) hat deshalb auch – mit Ausnahme des o. abgehandelten Systemzuschlags – die Kosten der stationären Behandlung sogleich erstattet, nachdem die Klägerin die Abrechnungsunterlagen des Krankenhauses, den sog. Grouperausdruck vorgelegt hat. Ebenso hat sie es mit den weiteren Kosten der poststationären Weiterbehandlung, des Notarzt- u. Rettungswageneinsatzes am Unfalltag, des an den Verletzten gezahlten Krankengeldes etc. gehalten; auch hier hat sie unmittelbar nach Vorlage der Abrechnungsbelege gezahlt.

51

Die von der Klägerin in Nachfolge und wegen der Zahlungen (am 15.02. und 10.05.2011) erklärte Teilerledigung des Rechtsstreits hat – wie eingangs dargelegt – wegen des ausdrücklichen Widerspruchs der Beklagten zur zulässigen Änderung des Leistungsantrags in einen auf Feststellung der Teilerledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache gerichteten Klageantrag geführt.

52

Entgegen dem Dafürhalten des Landgerichts und der Beklagten ist diese geänderte Feststellungsklage nicht nur zulässig, sondern auch begründet.

53

Ein auf Feststellung der Hauptsacheerledigung gerichteter Antrag ist begründet, wenn tatsächlich Erledigung der Hauptsache eingetreten ist (ständige BGH-Rechtsprechung: BGHZ 37, 137; 83, 12; 91, 126; NJW 86, 588; GRUR 90, 530; MDR 92, 707; NJW 99, 2520; 03, 3134).

54

Voraussetzung für den Erfolg der Feststellungsklage ist zunächst, dass tatsächliche Erledigung eingetreten ist; d.h. ein Ereignis, das die Klage unzulässig oder unbegründet, sie also gegenstandslos macht. Die hier vorliegende (Teil-)Erfüllung ist das klassische Erledigungsereignis. Sie führt zum Erlöschen der Forderung (§ 362 Abs. 1 BGB), was als rechtsvernichtende Einwendung im Prozess vAw zu berücksichtigen ist.

55

Auch die weitere Begründetheitsvoraussetzung, nämlich der Erledigungseintritt nach Klageerhebung (BGH a.a.O.) liegt hier unproblematisch vor.

56

Über die vorstehenden beiden (ersichtlich unproblematischen) Voraussetzungen haben die Parteien auch weder in erster Instanz gestritten, noch stehen sie im zweiten Rechtszug im Streit. Streitig ist nur die dritte (und letzte) Voraussetzung; und zwar die Begründetheit der ursprünglichen Leistungsklage. Während deren Zulässigkeit außer Streit steht – und tatsächlich auch völlig unproblematisch ist – vertreten die Beklagten die Auffassung, die Zahlungsklage sei zunächst deshalb unbegründet gewesen, weil die Forderung ohne nachprüfbare Rechnungs-, bzw. Abrechnungsbelege nicht fällig gewesen sei.

57

Das geht jedoch in der Sache fehl. Die Erteilung einer Rechnung ist grundsätzlich keine Fälligkeitsvoraussetzung; und zwar auch dann nicht, wenn der Schuldner nach der Verkehrssitte (§§ 157, 242 BGB) einen Anspruch auf eine spezifizierte (Ab-)Rechnung hat (BGHZ 79, 178). Eine ausnahmsweise entgegen § 271 Abs. 1 BGB bis zum Zugang einer Rechnung hinausgeschobene Fälligkeit bedarf daher einer vertraglichen oder gesetzlichen Sonderregelung; wie sie z.B. in § 16 Abs. 3 VOB/B, 15 HOAI oder auch in § 12 Abs. 2 GOÄ für Werklohnforderungen, Architekten- oder Arzthonorar enthalten ist.

58

Für das hiesige Rechtsverhältnis gibt es eine solche Sonderregelung – sei sie vertraglicher oder gesetzlicher Natur – nicht. Insbesondere kann nicht auf § 12 Abs. 2 GOÄ abgestellt werden, denn streitgegenständlich ist kein Arzthonorar, auch kein diesbezüglicher Aufwendungsersatz, sondern ein per cessio legis übergegangener Schadensersatzanspruch. Bei einem Schadensersatzanspruch, auch bei einem übergegangenen liegt jedoch die Rechnungserteilung als Fälligkeitsvoraussetzung dogmatisch fern.

59

Das Landgericht hat seine Auffassung von der "bei Zustellung der Klage noch nicht begründeten" Forderung auch nicht mit mangelnder Fälligkeit begründet, sondern mit einer Beweisfälligkeit der Klägerin. Dieser prozessuale Ansatz ist denn auch der dogmatisch korrekte (richtige) Lösungsansatz.

60

Die Anforderungen an Anspruchsgrund- und Schadensnachweis sind für den Rechte aus § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X herleitenden Sozialversicherungsträger nicht anders, insbesondere besser als für seinen Versicherungsnehmer, den unmittelbar Geschädigten. Der Aufwand des Sozialversicherungsträgers wird durch ein Haftpflichtgeschehen ausgelöst;

er tritt nur infolge der Legalzession in die Rechte des unmittelbar verletzten Versicherungsnehmers ein. Es geht also dogmatisch nicht um Aufwendungsersatz. Der Sozialversicherungsträger macht vielmehr einen auf ihn übergegangenen Schadensersatzanspruch geltend. Hieraus folgt zwingend, dass ihn die gleiche Darlegungs- und Beweislast trifft wie – hätte er den Prozess selbst geführt – den Geschädigten. Der Sozialversicherungsträger muss also den Strengbeweis (§ 286 ZPO) für die Verletzungen und die Unfallkausalität von Behandlungen und Arbeitsunfähigkeit führen (BGH VersR 2010, 550; 07, 1536; OLG Brandenburg VersR 06, 237; KG VersR 06, 235; OLG Oldenburg, DAR 01, 313).

61

Dies zu den dogmatischen Grundsätzen des ursprünglich streitgegenständlichen Regressanspruchs vorausgeschickt, liegt es auf der Hand, dass die Auffassung der Klägerin von dem mit der eigenen Forderungsaufstellung geführten Beweis der streitigen Forderungshöhe nicht richtig sein kann. Es geht eben nicht (nur) um den Nachweis des selbst entfalteten Zahlungsaufwandes, sondern in erster Linie um den Schadensnachweis; also um den Nachweis der Unfallkausalität der gesamten, kostenmäßig zum Ersatz begehrten Heilbehandlung. Deshalb kann sich die Klägerin nicht (nur) auf den von ihr betriebenen Kostenaufwand berufen; sie muss die Anspruchs-, also die Schadenshöhe im Strengbeweis (voll) beweisen (hierzu bes. instruktiv BGH VersR 2010, 550). Das bedeutet, dass sie jede in ihrer Unfallkausalität streitige Einzelaufwendung belegen musste, ebenso wie es auch der unmittelbar verletzte Versicherungsnehmer selbst hätte tun müssen (zur nämlichen Nachweispflicht des Sozialversicherungsträgers im Regressprozess vgl. auch BGH VersR 91, 172 und NJW 62, 1770; im Ergebnis ebenso: OLG Hamm VersR 2010, 91; OLG Frankfurt OLGR 09, 641).

62

An dieser die Klägerin treffende Nachweispflicht ändert auch der Umstand nichts, dass sie als öffentlichrechtliche Körperschaft verfasst ist. Dem von den Beklagten mit Recht geäußerten Verlangen inhaltlich überprüfbarer Belege stehen die §§ 415, 417, 418 ZPO nicht entgegen (so schon der BGH in einem ähnlich gelagerten Fall mit Urteil v. 13.07.1962, IV ZR 21/62, NJW 62, 1770). Die Klägerin macht mit ihrem Beharren auf den nach §§ 415ff. geführten Beweis – bringt man es auf den Punkt – letztlich nichts anderes geltend, als im eigenen Prozess die Berechtigung der streitigen Klageforderung nur mit einer selbstgefertigten Kostenaufstellung beweisen zu dürfen (und müssen); und zwar allein deshalb, weil sie als gesetzliche Krankenkasse eine öffentlichrechtliche Körperschaft ist. Das kann im Lichte des Rechtsstaatsprinzips nicht richtig sein. Eine Vorschrift, die es im Zivilprozess einer Partei erlauben würde, sich ihre Beweismittel selbst zu erschaffen, wäre wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der prozessualen Waffengleichheit nach Maßgabe von Art. 2, 3 und 20 GG verfassungswidrig. § 418 ZPO kann deshalb verfassungskonform nur dahin verstanden werden, dass er für öffentliche Urkunden ausschließlich in solchen Prozessen gilt, an denen der Aussteller der Urkunde nicht selbst als Partei beteiligt ist (ebenso: OLG Hamburg MDR 97, 1156).

63

Festzuhalten ist somit, dass die Klägerin mit den selbstgefertigten Forderungsaufstellungen die streitige Unfallkausalität der aufgelisteten Aufwendungen noch nicht bewiesen hatte; die Beweisführung ist ihr vielmehr erst mit Vorlage des Gruppenausdrucks und der (späteren) Rechnungskopien etc. gelungen.

64

Auch wenn damit das Landgericht im Ergebnis zu Recht von einer bei Zustellung noch unbegründeten Klage ausgegangen ist, ist die hieran anknüpfende Wertung, deshalb sei auch die geänderte Klage auf Feststellung der (Teil-)

65

Hauptsacheerledigung unbegründet, nicht frei von Rechtsfehlern. Ihr kann nicht beigetreten werden.

66

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Prüfung der Zulässigkeit und Begründetheit der ursprünglichen Klage ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht die Rechtshängigkeit, sondern der Eintritt des erledigenden Ereignisses (BGH NJW 86, 589; 92, 2236 mwN). Das Abstellen auf den Erledigungszeitpunkt bedeutet, dass eine Erledigung im Rechtssinn auch eintreten kann, wenn die Klage erst im Zeitpunkt des erledigenden Ereignisses, nicht schon bei ihrer Erhebung zulässig und begründet war (so ausdrücklich BGH NJW 86, 589).

67

So ist es hier. Im Zeitpunkt des jeweils erledigenden Ereignisses, d.h. der zur Erfüllung führenden Zahlungen der Beklagten zu 1) hatte die Klägerin die zuvor streitige Unfallkausalität der von ihr getätigten Aufwendungen beweisen, war also die Leistungsklage nicht nur zulässig, sondern auch begründet.

68

Im Ergebnis erweist sich damit die auf Feststellung der Teil-Hauptsacheerledigung gerichtete Klage als begründet; das angefochtene erstinstanzliche Urteil ist deshalb auch insoweit abzuändern.

69

Anders als bei dem – insoweit das erstinstanzliche Urteil abändernden – Zuspruch von 90 Cent Systemzuschlag und der Feststellung der Teilerledigung bleibt es in Bezug auf die Zinsentscheidung im Wesentlichen bei der Klageabweisung. Insoweit ist die Berufung weitgehend, nämlich nur mit Ausnahme der auf die auf die Hauptforderung Systemzuschlag zuzusprechenden Zinsen unbegründet. Zwar war die aus übergegangenem Recht geltend gemachte Zahlungsforderung aus den aufgezeigten Gründen schon vorprozessual fällig. Die Beklagten haben jedoch mit Recht vorsorglich ein Zurückbehaltungsrecht geltend gemacht (vgl. hierzu die Klageerwiderung, I/33).

70

Das Zurückbehaltungsrecht (§ 273 BGB) schließt, wenn es wie hier frühzeitig mit der Möglichkeit der Abwendungsbefugnis für den Gläubiger (§ 273 Abs. 3 BGB) ausgeübt wird, den Verzug aus (BGH NJW-RR 05. 170). Der aus §§ 286, 288 BGB geltend gemachte Verzugszinsanspruch der Klägerin besteht daher nicht.

71

Das den Verzug ausschließende Zurückbehaltungsrecht gründete sich inhaltlich auf §§ 119 Abs. 3 VVG, 157, 242 BGB.

72

§ 119 VVG normiert Anzeigepflichten des geschädigten Dritten, bzw. hier solche des im Wege der Legalzession an seine Stelle getretenen Sozialversicherungsträgers gegenüber dem Versicherer des Schädigers. Im Entscheidungsfall konkret verletzt ist die Auskunftspflicht des § 119 Abs. 3 VVG, da sich die Klägerin – was außer Streit steht

– dem mehrfachen Verlangen der Beklagten zu 1) zur Vorlage spezifizierter (prüfbarer) Abrechnungsbelege verweigert hat. Das hat sie auch im Hinblick auf die "rechnungslose" Krankenhausbehandlung zu Unrecht getan, denn § 119 Abs. 3 VVG verlangt zum Schutz des berechtigten Interesses des Versicherers, eine sachgerechte Entscheidung über seine Eintrittspflicht dem Grunde und der Höhe nach treffen zu können, nicht nur die Vorlage solcher Belege, die der Dritte selbst im Besitz hat. Soweit ihm das zumutbar ist, muss er auch nicht vorhandene Belege beschaffen (Schwartz in Looschelders/Pohlmann, VVG, 2. Aufl., Rn. 9 zu § 119). So weit musste die Klägerin hier aber gar nicht gehen; der Ausdruck der computergestützten Grouperabrechnung hat der Beklagten zu 1) genügt. Dass dieser Ausdruck der elektronisch übermittelten Krankenhausabrechnung die Klägerin unzumutbar belastet haben könnte, liegt mit der Folge ersichtlich fern, dass sich die Beklagtenseite vor der Übermittlung des Grouperausdrucks der Zahlung zu Recht verweigert hatte. Sie hatte bis dahin ein aus § 119 Abs. 3 VVG iVm §§ 157, 242 BGB folgendes Leistungsverweigerungsrecht.

73

Im Ergebnis lässt sich deshalb lediglich für die bis zum Schluss verweigerte Erstattung des Systemzuschlags für den Bundesausschuss; und zwar für die Zeit nach Übermittlung und Prüfung des (auch) ihn als Einzelposten ausweisenden Grouperausdrucks ein Zahlungsverzug der Beklagten feststellen. Die im zweiten Rechtszug weiterverfolgte Zinsforderung erweist sich deshalb als weitgehend unbegründet.

III.

74

Die Kostenentscheidung (für beide Rechtszüge) folgt aus §§ 92 Abs. 1 Satz 1, 93, 269 Abs. 3 ZPO.

75

Wegen des sofortigen Anerkenntnisses in Bezug auf den ursprünglichen Klageantrag zu 2., gerichtet auf die Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für künftige Schäden hat das Landgericht insoweit zu Recht die Klägerin mit den Kosten belastet. Das greift die Berufung im Übrigen auch gar nicht an; eine ausgeführte (begründete) Berufungsrüge gibt es nicht. Damit steht fest, dass die Klägerin in jedem Fall mit den erstinstanzlichen Kosten zu belasten ist, die auf die Klagerücknahme und den sofort anerkannten Feststellungsanspruch (streitwertmäßig 810 € + 2512 € = 3322 €) entfallen. Kostenmäßig wirkt sich weiterhin zu Lasten der Klägerin aus, dass sich die ursprüngliche Zinsnebenforderung im Zuge der einseitigen Teilerledigungserklärungen und der hierin liegenden Klageänderung zur Erledigungsfeststellung zur Hauptsacheforderung gewandelt hat. Auch mit den hierauf entfallenden Kosten ist die Klägerin – da sie insoweit unterliegt – zu belasten. Für die erste Instanz schlagen die Zinsen bei einem streitigen Zinslauf von 705 Tagen streitwertmäßig mit 929,69 € zu Buche. Insgesamt unterliegt die Klägerin streitwertmäßig also mit einem Betrag von 4.251,69 € für die erste Instanz.

76

Die restlichen erstinstanzlichen Kosten belasten hingegen die Beklagten. Sie unterliegen im Ergebnis des zweiten Rechtszuges in der ersten Instanz nicht nur mit dem zuzusprechenden Systemzuschlag von 90 Cent, sondern auch in Bezug auf die auszusprechende Hauptsachelerledigung. Auch insoweit sind sie also mit den Kosten zu belasten. Zu dem Streitwert der Teilerledigungsfeststellung von 2.003,20 € sind die 90 Cent des Systemzuschlags zu addieren; im Ergebnis ist damit von einem auf das erstinstanzliche Unterliegen der Beklagten entfallenden Gesamtstreitwert von 2004,10 € auszugehen. Ins Verhältnis gesetzt zu dem o. ermittelten Streitwert von 4.251,69 €, der auf das erstinstanzliche Unter-

liegen der Klägerin entfällt, ergibt das für die erste Instanz eine Kostenverteilung von 53 % / 47 % zu Lasten der Klägerin.

77

Für die zweite Instanz beträgt der Streitwert – da der schon erstinstanzlich anerkannte "Feststeller" wie auch die Klagerücknahme entfallen – nur 3.296,43 € (= 2004,10 € für die Erledigungsfeststellung + 90 Cent Systemzuschlag + weitere 1.293,33 € für den streitigen Zinsanspruch bei nunmehr 980 Tagen streitigen Zinslaufes). Hiervon unterliegt die Klägerin mit 1.293,33 €, so dass sich für den zweiten Rechtszug eine Kostenquote von 60 % / 40 % zu Lasten der Beklagten ergibt.

78

Die Vollstreckbarkeitsentscheidung beruht auf §§ 708 Nr. 10, 713 ZPO, 26 Nr. 8 EGZPO.

79

Die Revision war nicht zuzulassen; Gründe hierfür (§ 543 Abs. 2 ZPO) liegen ersichtlich nicht vor.