

Gesundheitsforen Leipzig

Fokustag

**Einnahmemanagement – Ersatzansprüche nach
§ 116 SGB X**

Leipzig, den 6. Oktober 2020

Vorträge:

**»Aktuelle relevante Rechtsprechung zum Bereich
§116 SGB X«
(10.15 – 11.00 Uhr)**

**»Gesundheitsschäden, Vorschäden und
Zweifelsfälle bei Teilungsabkommen«
(15.30 – 16.15 Uhr)**

Wolfdietrich Prelinger
Rechtsanwalt

Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Verkehrsrecht
Fachanwalt für Versicherungsrecht

Englerallee 40
D-14195 Berlin-Dahlem
Tel 030.89 50 34 80
Fax 030.89 50 34 81
kanzlei@ra-prelinger.de
www.ra-prelinger.de

Geschäftskonto
Commerzbank AG
DRESDEFF100
DE51 1008 0000 0501 6046 01

Anderkonto
Commerzbank AG
DRESDEFF100
DE83 1008 0000 0310 3596 01

USt.-ID: DE212372087

Änderung des Familienprivilegs aus § 116 Abs. 6 SGB X mit Wirkung ab 1. Januar 2021

(Bundesgesetzblatt 2020 I, S. 1248, 1271)

1. Historie: Urteil des BGH vom 17. Oktober 2017 – VI ZR 423/16

Die Geschädigte ist der beklagten Kfz-Haftpflichtversicherung gegenüber auch aktivlegitimiert, selbst wenn sie Schadensersatzleistungen verlangt, die mit den vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Sozialleistungen kongruent sind. Ein Verlust der Aktivlegitimation ist aufgrund des Familienprivilegs des § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X ausgeschlossen.

Die Sperre des Übergangs auf den Sozialversicherungsträger gilt auch für den Direktanspruch. Zwar ist weder der Familienfrieden noch die Familie als Wirtschaftseinheit gefährdet. Aber die Rechtsnatur als *akzessorisches* Recht steht dem entgegen, da der Direktanspruch keine selbständige Bedeutung hat, sondern von dem Haftpflichtanspruch abhängt.

Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, die gerade im Hinblick auf eine besondere Situation des Geschädigten erbracht werden, in die er durch das schädigende Ereignis geraten ist, sollen dem Geschädigten zu Gute kommen. Dies kann zur Folge haben, dass der Geschädigte kongruente Leistungen sowohl von dem Sozialversicherungsträger als auch von dem angehörigen Schädiger bzw. dessen Versicherer erhält, er insoweit *also doppelt entschädigt* wird.

Fazit des BGH: Aufgrund des klaren Wortlauts des § 116 Abs. 6 SGB X kann die Rechtsprechung die Möglichkeit der doppelten Inanspruchnahme nicht beseitigen (Art. 20 Abs. 3 GG)

2. Neufassung des § 116 Abs. 6 SGB X

„¹Ein nach Absatz 1 übergegangener Ersatzanspruch kann bei nicht vorsätzlichen Schädigungen durch eine Person, die im Zeitpunkt des Schadensereignisses mit dem Geschädigten oder seinen Hinterbliebenen in häuslicher Gemeinschaft lebt, nicht geltend gemacht werden. ²Ein Ersatzanspruch nach Absatz 1 kann auch dann nicht geltend gemacht werden, wenn der Schädiger mit dem Geschädigten oder einem Hinterbliebenen nach Eintritt des Schadensereignisses die Ehe geschlossen oder eine Lebenspartnerschaft begründet hat und in häuslicher Gemeinschaft lebt. ³Abweichend von den Sätzen 1 und 2 kann ein Ersatzanspruch bis zur Höhe der zur Verfügung stehenden Versicherungssumme geltend gemacht werden, wenn der Schaden bei dem Betrieb eines Fahrzeugs entstanden ist, für das Versicherungsschutz nach § 1 des Gesetzes über die Pflichtversicherung für Kraftfahrzeughalter oder § 1 des Gesetzes über die Haftpflichtversicherung für ausländische Kraftfahrzeuge und Kraftfahrzeuganhänger besteht. ⁴Der Ersatzanspruch kann in den Fällen des Satzes 3 gegen den Schädiger in voller Höhe geltend gemacht werden, wenn er den Versicherungsfall vorsätzlich verursacht hat.“

2.1 Gesetzgeberische Motive zu Satz 1 (Regierungsentwurf vom 13.12.2019, S. 136):

Die Änderung verhindert, dass der Geschädigte für dasselbe Schadensereignis Leistungen aus der Sozialversicherung und aus der Haftpflichtversicherung beanspruchen kann. Künftig gehen Ersatzansprüche auf den jeweiligen SVT über; sie können vom Träger allerdings grundsätzlich nicht geltend gemacht werden.

Die Beschränkung des Regressausschlusses auf *Familienangehörige* in häuslicher Gemeinschaft entspricht nicht mehr den gesellschaftlichen Verhältnissen. Die für die Änderung von Absatz 6 Satz 1 maßgeblichen Erwägungen gelten zudem für alle Personen, die in einem *familiären Näheverhältnis* in häuslicher Gemeinschaft miteinander leben. Die bisherige Beschränkung des Wortlauts von Absatz 6 Satz 1 wird daher aufgehoben.

„Die bisherige Beschränkung des Wortlauts von Absatz 6 Satz 1 auf Familienangehörige wird daher aufgehoben und die Regelung an die geänderten gesellschaftlichen Verhältnisse angepasst, ohne dass die Reichweite des Anwendungsbereichs inhaltlich über die ohnehin bereits von der Rechtsprechung aufgezeigten Weiterungen hinaus verändert werden soll (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 5.2.2013 zur Einbeziehung der nichtehelichen Lebensgemeinschaft; Az. VI ZR 274/12).

Dementsprechend bleibt § 116 Absatz 6 Satz 2 unverändert bestehen, da die Begründung der häuslichen Gemeinschaft nach dem schadensverursachenden Ereignis wie bislang nur dann eine Haftungsprivilegierung rechtfertigt, wenn die Personen ihre besondere Bindung durch eine Eheschließung oder Begründung einer Lebenspartnerschaft manifestieren.“

Folgen:

- Der Anspruch geht gemäß § 116 Abs.1 SGB X grundsätzlich über, kann aber vom SVT nicht geltend gemacht werden
- Der Geschädigte ist nicht mehr gegenüber dem Schädiger für Schäden, die durch den SVT kompensiert werden, aktivlegitimiert
- Nur bei Vorsatz kann der Schädiger vom SVT in Anspruch genommen werden
- Bei mehreren Schädigern besteht das Problem der gestörten Gesamtschuld weiterhin

Exkurs: die weiterhin anwendbare Rechtsprechung zur neLG

- **BGH, Urteil vom 5. Februar 2013 – VI ZR 274/12**

In einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, für die *gemeinsame Mittelaufbringung und -verwendung* prägende Merkmale sind, trifft die Inanspruchnahme des Partners den Versicherungsnehmer wirtschaftlich nicht minder als in einer Ehe. Der *häusliche Friede* zwischen Partnern nichtehelicher Lebensgemeinschaften kann durch zwischen diesen auszutragende Streitigkeiten über die Verantwortung für Schadenszufügungen in gleicher Weise gestört werden wie bei Ehegatten. Zum Sachverhalt folgt nur der Verweis, das die Vorinstanz zutreffend eine nichteheliche Lebensgemeinschaft gemäß der Voraussetzungen des BVerfG in **BVerfGE 87, 234 ff.** angenommen habe.

- **BVerfG, Urteil vom 17. November 1992 – 1 BvL 8/87, BVerfGE 87, 234 ff.**

„Die eheähnliche Gemeinschaft ist eine typische Erscheinung des sozialen Lebens. Von anderen Gemeinschaften hebt sie sich hinreichend deutlich ab. Mit dem Begriff "eheähnlich" hat der Gesetzgeber ersichtlich *an den Rechtsbegriff der Ehe angeknüpft*, unter dem die Lebensgemeinschaft zwischen einem Mann und einer Frau zu verstehen ist. Gemeint ist also eine Lebensgemeinschaft zwischen einem Mann und einer Frau, die auf Dauer angelegt ist, daneben keine weitere Lebensgemeinschaft gleicher Art zulässt und sich durch innere Bindungen auszeichnet, die ein gegenseitiges Einstehen der Partner füreinander begründen, also über die Beziehungen in einer reinen Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgehen. ... Ob eine Gemeinschaft von Mann und Frau diese besonderen Merkmale der eheähnlichen Gemeinschaft aufweist, lässt sich in der Verwaltungspraxis nur anhand von Indizien feststellen. Als solche Hinweistatsachen, die sich *nicht erschöpfend* aufzählen lassen, kommen etwa in Betracht die lange Dauer des Zusammenlebens, die Versorgung von Kindern und Angehörigen im gemeinsamen Haushalt und die Befugnis, über Einkommen und Vermögensgegenstände des anderen Partners zu verfügen.“

2.2 Gesetzgeberische Motive zu Satz 3 (Regierungsentwurf vom 13.12.2019, S. 136):

„Der Ausschluss gilt nicht in Fällen, in denen ein Schaden durch den Betrieb eines Fahrzeugs entstanden ist, für das eine Versicherung nach § 1 des Gesetzes über die Pflichtversicherung für Kraftfahrzeughalter oder § 1 des Gesetzes über die Haftpflichtversicherung für ausländische Kraftfahrzeuge und Kraftfahrzeuganhänger besteht. Der Anspruch kann in diesen Fällen nicht gegenüber der schädigenden Person, sondern nur gegenüber der Haftpflichtversicherung geltend gemacht werden.

Durch den Eintritt der Haftpflichtversicherung ist eine Störung des Friedens sowie der wirtschaftlichen Einheit der häuslichen Gemeinschaft nicht zu befürchten. Daher besteht in diesen Fällen keine Rechtfertigung für den Regressausschluss, da das Haftungsprivileg dem Schutz nahestehender Personen und nicht dem Schutz der Haftpflichtversicherungsunternehmen dient. Vielmehr besteht ein Interesse der Solidargemeinschaft, dass für die durch das schädigende Ereignis entstandenen Aufwände für Sozialleistungen, wie von der Grundregelung des § 116 Absatz 1 vorgesehen, verursachergerecht die schädigende Person beziehungsweise in diesem Fall ihre Haftpflichtversicherung aufkommt, die sie für Schadensfälle abgeschlossen hat.

Die Einstandspflicht der Haftpflichtversicherung ist in diesen Fällen auch sachgerecht, da die Haftpflichtversicherung zuvor Prämien des Versicherungsnehmers zur Deckung des versicherten Risikos vereinnahmt hat und ihn dafür in ihrem Verhältnis von der Haftung freistellt. Da die Haftung auf die Höhe der aus der bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehenden Versicherungssumme begrenzt ist, ist auch nicht zu befürchten, dass es bei darüber hinaus gehenden Forderungen zu einer Aushöhlung der Haftungsprivilegierung für den geschützten Personenkreis kommt.“

Folgen:

- Deckung für *mindestens* 7,5 Mio. € (Ziffer 1 a) der Anlage zu § 4 Abs. 2 PflVG)
- Der Schädiger kann im Regressprozess Zeuge sein
- Bei mehreren Schädigern besteht nicht das Problem der gestörten Gesamtschuld
- Bei Vorsatz besteht Anspruch gegen Schädiger (S. 4), die KH ist i.d.R. für den Fahrzeugführer nicht deckungspflichtig (§ 103 VVG), ggf. aber für den Halter

3. Übergangsvorschrift § 120 Abs. 1 S.2 SGB X

Die Endfassung des Gesetzes vom 12. Juni 2020 lautet in § 120 Abs.1 S. 2:

„§ 116 Absatz 6 ist nur auf Schadensereignisse nach dem 31. Dezember 2020 anzuwenden; für frühere Schadensereignisse gilt das bis 31. Dezember 2020 geltende Recht weiter.“

Begründung gemäß des Regierungsentwurfs vom 13.12.2019, S. 136/137:

„In Altfällen, in denen der Anspruchsübergang auf Grund des Angehörigenprivilegs ausgeschlossen war, soll der Schadensersatzanspruch nicht nachträglich infolge der Rechtsänderung übergehen. Im Sinne der Rechtssicherheit und Vorhersehbarkeit soll die auf Grund der Rechtsänderung modifizierte Risikoverteilung zwischen Sozialversicherungsträgern und Haftpflichtversicherungen nur für Fälle gelten, in denen das Schadensereignis nach dem Zeitpunkt der Rechtsänderung liegt. Es wird auf den Zeitpunkt des Eintritts des schädigenden Ereignisses abgestellt (den Haftungsgrund) und nicht auf den Eintritt des Schadens, der auch noch zeitlich nachgelagert auftreten kann.“

<https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/siebtes-gesetz-aenderung-viertes-sozialgesetzbuch.html>

Auch Verletzungen neben einer HWS-Distorsion genügen als Primärschaden –

BGH, Urteil vom 23. Juni 2020 – VI ZR 435/19

Die Schädigerin fuhr auf den Pkw der Klägerin auf. Es wurde vom Arzt eine AU-Bescheinigung ausgestellt, die eine vom 18. bis 24. März 2016 andauernde Arbeitsunfähigkeit attestierte. Daher leistete die Klägerin an die Geschädigte Entgeltfortzahlung. Die Klägerin verlangt hiernach aus übergegangenem Recht Ersatz und behauptet, die Arbeitsunfähigkeit sei Folge einer durch den Unfall bedingten HWS-Distorsion. Die Geschädigte hat zudem glaubhaft bekundet, nach dem Unfall unter starken Nacken- und Kopfschmerzen gelitten zu haben.

1. HWS-Distorsion: alles wie bisher

Die AU-Bescheinigung genügt nicht zur Beweisführung über die Verletzung, da sie weder Angaben zur Diagnose bzw. Art der Krankheit aufweist, noch eine Aussage darüber trifft, ob die die Arbeitsunfähigkeit auslösende Krankheit unfallbedingt ist.

Dass der Arzt ein Schleudertrauma diagnostizierte lässt nicht darauf schließen, dass diese Diagnose richtig war. Der Arzt untersucht und behandelt den Geschädigten nicht aus der Sicht eines Gutachters, sondern als Therapeut, für ihn steht die Therapie im Mittelpunkt, während die Benennung der Diagnose zunächst von untergeordneter Bedeutung ist. Eine ausschlaggebende Bedeutung ist daher solchen Diagnosen im Allgemeinen nicht beizumessen. Im Regelfall wird das Ergebnis einer solchen Untersuchung nur als eines unter mehreren *Indizien* für den Zustand des Geschädigten nach dem Unfall Berücksichtigung finden können.

Ohne Beweisantrag wird weder ein Sachverständigengutachten eingeholt, noch der behandelnde Arzt als sachverständiger Zeuge vernommen.

2. Begleitverletzungen: nicht die Hälfte vergessen!

Das OLG hat übersehen, dass der Begriff der Körperverletzung weit auszulegen ist und daher jeden Eingriff in die Integrität der körperlichen Befindlichkeit umfasst. Daher können auch starke Nacken- und Kopfschmerzen eine Rechtsgutsverletzung darstellen. Das OLG habe daher zu prüfen, ob zumindest diese Beschwerden durch den Unfall hervorgerufen wurden (*haftungsbegründende* Kausalität).

Der Beweis, dass die Beschwerden zur krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit führten (*haftungsausfüllende* Kausalität) ist normalerweise als erbracht ansehen, wenn eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt und dem Arbeitnehmer, der auf die ihm bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vertraut und deshalb nicht arbeitet, hierdurch ein ersatzfähiger normativer Schaden entsteht.

Fazit:

- Der Nachweis einer HWS-Distorsion als Primärverletzung kann durch den Nachweis anderer Verletzungen umgangen werden
- Analog zur Entgeltfortzahlung reicht auch hinsichtlich des Krankengelds die AU-Bescheinigung als AU-Nachweis
- Die Sekundärverletzungen müssen aber auch auf dem Primärschaden beruhen (BGH, Urteil vom 29.01.2019 – VI ZR 113/17)

Kein Beitragsschaden bei nur verringerter Erwerbstätigkeit

Kammergericht, Beschluss vom 18. Mai 2020 – 20 U 53/19

§ 44 SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ... behandelt werden.

§ 224 SGB V

(1) 1 Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld. 2 Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen. 3 Für die Dauer des Bezugs von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld gilt § 240 Absatz 4 Satz 1 nicht.
(2) Durch die Beitragsfreiheit wird ein Anspruch auf Schadensersatz nicht ausgeschlossen oder gemindert.

§ 116 Abs. 1 SGB X

„Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht auf den Versicherungsträger oder Träger der Eingliederungshilfe oder der Sozialhilfe über, 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. Dazu gehören auch

1. die Beiträge, die von Sozialleistungen zu zahlen sind, und
2. die Beiträge zur Krankenversicherung, die für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld unbeschadet des § 224 Abs. 1 des Fünften Buches zu zahlen wären.“

Die gesetzliche Krankenversicherung macht geltend, aufgrund des Behandlungsfehlers könne die bei ihr versicherte Patientin ihrer früheren Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen und daher Beiträge zur Krankenversicherung nicht mehr in der Höhe zahlen, wie dies vor der Behandlung der Fall war.

Das Kammergericht verneinte einen Anspruch, da ein nicht ersatzfähiger *mittelbarer Schaden* vorliegt. Durch § 224 Abs. 2 SGB V wird angeordnet, dass der Schadensersatzanspruch durch die Beitragsfreiheit nicht berührt wird, so dass dieser gemäß § 116 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB X übergeht. Durch die Regelungen wurde ein Beitragsschaden des Verletzten fingiert, um ausnahmsweise auch die Geltendmachung eines nicht kongruenten Schadens des Sozialversicherers zu ermöglichen.

Nicht geregelt ist der Fall, dass der Krankenversicherer nur noch *verringerte* Beiträge von dem Versicherten erhält, obwohl er weiterhin in vollem Umfang die Versicherungsleistungen erbringen muss, weil diese nicht von der Höhe der Beiträge abhängig sind. § 224 Abs. 2 SGB V kann aber nicht entsprechend herangezogen werden, da er lediglich eine Ausnahmeregelung für den vollständigen Beitragsausfall darstellt. Dass mit der Regelung in § 224 Abs. 2 SGB V ein genereller Systemwechsel beabsichtigt war lässt sich der Entstehungsgeschichte jedoch nicht entnehmen.

Hinweis: Es wurde beim BGH Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt

Teilungsabkommen: Späte Diagnose ist kein „Zweifelsfall“

LG München II, Urteil vom 25. September 2019 – 11 O 2462/18

Sachverhalt

Der Schädiger stieß am 8.1.2016 mit dem Pkw des Geschädigten zusammen. Der Geschädigte verspürte bereits am nächsten Tag Schmerzen im Rücken und am Knie. Ärztlich wurde u.a. eine Prellung des rechten Knies festgestellt. Der Geschädigte war in der Folgezeit arbeitsunfähig geschrieben. Die Arbeitsunfähigkeit begründeten ICD-Diagnosen waren u. a. M 23.33RG, M 23.33.RZ (sonstige Meniskusschädigung rechts). Erst am 26.02.2016 wurde infolge MRT ein Riss im Innenmeniskus diagnostiziert als "nicht frisch imponierender Meniskusriss".

Die Klägerin klagte gegen die HV aus TA. Die HV meint, es liege ein Zweifelsfall gemäß § 3 TA vor. Typische Begleiterscheinung einer akuten Meniskusverletzung sei nach dem Unfallereignis nicht vorhanden gewesen. Der Meniskusriss sei am 25.02.2016 als nicht frisch imponierend klassifiziert worden.

Rechtliche Würdigung

Nach § 3 TA kann der Haftpflichtversicherer im Zweifelsfall den Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen Schadenfall und dem der Kostenanforderung zugrundeliegenden Krankheitsfall verlangen.

Ein Nachweis zwischen Schadensfall und Krankheitsfall ist nur dann zu erbringen, wenn aus der Sicht eines verständigen Dritten sachliche und stichhaltige Gründe vorgebracht werden. Für eine einschränkende Auslegung spricht der Grundgedanke des Teilungsabkommens, wonach eine singuläre Prüfung nicht stattfinden soll. Diese Beschränkung wäre überflüssig, wenn die Beklagte ohnedies gemäß § 3 TA nach Belieben einen diesbezüglichen Ursächlichkeitsnachweis von der Klägerin verlangen könnte.

Aus der Sicht eines verständigen Dritten bestehen keine Zweifel i.S.d. § 3 TA. Der Geschädigte hat sich bereits am Tag nach dem Unfall wegen erstmaliger Knieschmerzen in ärztliche Behandlung begeben. Die Schmerzen dauerten fort. 6 Wochen später wurde daher im Rahmen eines MRT der Meniskusriss festgestellt. Die Diagnose „Knieprellung“ am Tag nach dem Unfall begründet keine Zweifel auch unter Berücksichtigung des Röntgenbefundes. Es ist gerichtsbekannt, dass ein Röntgenbefund bzgl. eines Meniskusschadens keine zuverlässige Diagnose ermöglicht.

Es gibt auch keinen zeitlichen Bruch, der begründeten Anlass dazu gäbe, ein schadensauslösendes weiteres Ereignis zu vermuten. Die Schmerzen des Patienten dauerten an. Der zeitliche Abstand zum MRT ist relativ gering. Dass der Meniskusschaden als nicht "frisch imponierend." eingeordnet wurde, lässt ebenfalls keinen objektiven Rückschluss auf den Zeitpunkt des Schadensereignisses zu, da ca. 6 Wochen vergangen waren.

Die Frage, ob ein Zweifelsfall i.S.d. § 3 TA vorliegt ist auch nicht durch einen Sachverständigen zu klären. Dies würde die Regelung geradezu konterkarieren, da die Frage nach dem Zweifelsfall dann im Ergebnis identisch wäre mit der Prüfung der haftungsausfüllenden Kausalität, die gerade nicht nachgewiesen werden muss.

Gesundheitsschäden, Vorschäden und Zweifelsfälle bei Teilungsabkommen

I. Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage: keine Prüfung eines Gesundheitsschadens

Bei TA ist zunächst die Kausalität zwischen versicherter Risikoquelle und dem Schadensgeschehen („Unfall“) zu prüfen, also ob der Haftpflichtversicherer für das Schadensereignis Deckungsschutz zu gewähren hat bzw. sich in dem Schadensgeschehen das versicherte Risiko realisiert hat. Rechtsfolge dessen ist der Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage.

Der Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage umfasst die *objektiven Tatbestandsmerkmale* des materiell-rechtlichen Anspruchs, insbesondere

- die Tathandlung des Schädigers
- die haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität
- die Pflicht- bzw. Rechtswidrigkeit und das Verschulden
- den „Betrieb“ gemäß § 7 Abs. 1 StVG
- die Unabwendbarkeit des Ereignisses nach § 17 Abs. 3 StVG
- anspruchsvernichtende Einwendungen (z.B. das Mitverschulden) und Einreden.

Bei TA ist daher insbesondere **kein Gesundheitsschaden** zu prüfen, da dieser eine Anspruchsvoraussetzung des gesetzlichen Haftungsanspruchs und damit ebenfalls vom Verzicht auf die Haftungsfrage umfasst ist. Es wird daher nur noch geprüft, ob für den Geschädigten infolge des versicherten Schadensereignisses Behandlungskosten aufgewandt wurden.

- **BGH, Urteil vom 12.6.2007 – VI ZR 110/06:**

„Dieses Verständnis des Begriffes "Schadenfall" gibt auch Sinn für § 1 Abs. 1 TA. Danach ist nicht Voraussetzung für einen Schadenfall im Sinne der betreffenden Klauseln, dass die Krankenkasse unter den zu beweisenden rechtlichen Voraussetzungen des § 116 SGB X aufgrund ihrer Aufwendungen für den Geschädigten Ausgleich verlangen kann und demzufolge jedenfalls eine durch den Unfall verursachte Körperverletzung nachzuweisen hat. Vielmehr reicht aus, dass nach einem Unfall durch den Gebrauch eines Kraftfahrzeugs, sei es auch aufgrund einer fehlerhaften Diagnose, ein Schleudertrauma festgestellt [besser hätte es heißen: „diagnostiziert“, Anm. d. Verf.] wurde und die Krankenkasse dafür Kosten aufgewendet hat. ... Es handelt sich unzweifelhaft um einen Schadenfall im Kausalzusammenhang mit dem Gebrauch eines Kraftfahrzeuges. Die Klägerin trafe nach § 1 Abs. 1 TA grundsätzlich keine weitere Beweispflicht für die Haftungsfrage, die auch den Ursachenzusammenhang zwischen der Schädigung in Form der Körperverletzung und dem Zusammenstoß mit dem Fahrzeug des bei der Beklagten Versicherten umfasst.“

Da ein Gesundheitsschaden ohnehin nicht geprüft wird, ist es unbeachtlich, wenn sich im Direktschadensprozess kein Gesundheitsschaden nachweisen lässt.

Fazit:

- Der SVT muss nachweisen, dass sich ein bei der HV versichertes Risiko verwirklicht hat
- Ein Gesundheitsschaden muss nicht nachgewiesen werden
- Gutachten, dass eine Verletzung technisch nicht plausibel sei, sind unbeachtlich
- Einer speziellen HWS-Klausel in TA bedarf es nicht.

II. Kausalität zwischen Schadensgeschehen und Aufwendungen

Greift der Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage, ist die „haftungsausfüllende“ Kausalität zwischen dem versicherten Schadensgeschehen und den für die Heilbehandlung entstandenen Aufwendungen zu prüfen (besser wäre der Begriff „anspruchsausfüllende“ Kausalität, um eine Verwechslung mit dem Haftungsrecht zu vermeiden). Es reicht hierfür aus, dass infolge eines versicherten Schadensereignisses Kosten aufgewandt wurden.

Die haftungsausfüllende Kausalität ist nur glaubhaft zu machen, da der Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage auch diese Kausalität umfasst. Dass wird auch im Umkehrschluss aus der Zweifelsfallregelung deutlich, denn der Kausalitätsbeweis muss vom SVT erst dann geführt werden, wenn zunächst vom Haftpflichtversicherer ein Zweifelsfall bewiesen wurde.

1. Verschlimmerung von Vorschäden nach Sach- und Rechtslage:

Nach SR muss der Geschädigte den Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden und den Schadenspositionen beweisen (haftungsausfüllende Kausalität). Hierfür genügt die Mitursächlichkeit, denn im Haftungsrecht steht diese – und sei es auch nur im Sinne eines Auslösers neben erheblichen anderen Umständen – der Alleinursächlichkeit grundsätzlich haftungsrechtlich völlig gleich. Daher haftet der Schädiger auch dann für alle weiteren Schäden, wenn ein Vorschaden durch das Schadensereignis verschlimmert wird.

Die Schadenszurechnung kann ausgeschlossen sein, wenn der *Schädiger* eine sog. *Reserveursache* nachweist, nämlich dass die streitigen Schadenspositionen ohnehin nur aufgrund des Vorschadens entstanden wären („Sowieso-Kosten“).

Fazit nach SR:

- Der Schädiger ist zum vollständigen Ersatz der Schadenspositionen verpflichtet
- Verschlimmerte Vorschäden stellen keine „unfallfremden“ Verletzungen dar
- Der Schädiger muss nachweisen, dass diese Schadenspositionen ohnehin allein aufgrund des Vorschadens entstanden wären

2. Verschlimmerung von Vorschäden nach TA

Vorschäden und Reserveursachen werden bei TA nicht geprüft, denn sie betreffen die haftungsausfüllende Kausalität des Haftungsanspruchs, die vom Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage umfasst ist. Der Vereinfachungszweck des TA gebietet es, komplexe medizinische Fachfragen auszuklammern. Nach TA kann der Anspruchsteller ohnehin nicht schlechter stehen, als nach SR.

Aber: Aufwendungen, die nicht einmal mitursächlich mit dem versicherten Schadensereignis in Verbindung gebracht werden können, sind „unfallfremd“ und daher auch nicht nach TA zu ersetzen

3. Zweifelsfallregelung als Unterfall der „haftungsausfüllenden“ Kausalität bei TA

Gemäß der meist in § 3 TA enthaltene Zweifelsfallklausel kann der Haftpflichtversicherer in Zweifelsfällen von der Krankenkasse den Beweis des Ursachenzusammenhangs zwischen dem versicherten Schadenfall und den Aufwendungen für den konkreten Krankheitsfall verlangen.

Die „haftungsausfüllende“ Kausalität bei TA umfasst den Zusammenhang zwischen dem versicherten Schadensgeschehen und den Aufwendungen (s.o.), die sich hierauf beziehende Zweifelsfallregelung somit ebenfalls:

- **BGH, Urteil vom 12.6.2007 – VI ZR 110/06:**

„Hingegen kann in Zweifelsfällen der Haftpflichtversicherer den Beweis des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Schadenfall und den Aufwendungen für den konkreten Krankheitsfall von der Krankenkasse verlangen. Allerdings hat der Haftpflichtversicherer, da es sich um eine für ihn günstige Ausnahme von dem umfassenden Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage in § 1 Abs. 1 TA handelt, darzulegen und erforderlichenfalls zu beweisen, dass ein solcher Zweifelsfall gegeben ist (vgl. Zöller/Greger aaO). ... Doch macht die Beklagte einen Zweifelsfall im Sinne des § 3 TA geltend. Ob die Beklagte danach den Nachweis des Ursachenzusammenhangs der einzelnen Krankheitskosten mit dem Schadenfall verlangen könnte, wird das Berufungsgericht ... zu prüfen haben.“

- **BGH, Urteil vom 01. Oktober 2008 – IV ZR 285/06:**

„§ 3 TA enthält eine weitere Ausnahme ... für die haftungsausfüllende Kausalität.“

a) Der Begriff des „Zweifels“

Ein beachtlicher Zweifel liegt vor, wenn aus der Sicht eines verständigen Dritten *sachliche und stichhaltige Gründe* gegeben sind, an dem Zusammenhang zwischen versichertem Schadensgeschehen und den Aufwendungen zu zweifeln. Denn nach Sinn und Zweck ist für diesen Ausnahmetatbestand eine enge Anwendung geboten, um eine beliebige Ausweitung und die damit verbundene Störung des wechselseitigen Risikoausgleichs zu vermeiden. Ein Zweifelsfall liegt somit nicht vor,

- wenn zuvor im geschädigten Körperbereich Gesundheitsschäden bestanden, da Vorschäden nicht geprüft werden,
- wenn der Geschädigte trotz Vorschadens erstmals seit dem Unfall durchgehend Schmerzen verspürt, deren Ursachen aber erst Wochen nach dem Unfall bildgebend festgestellt werden
- wenn aufgrund nachvollziehbarer subjektiver Einschätzungen und Wahrnehmung des Geschädigten ein Zusammenhang besteht, da eine objektive Beurteilung unter Heranziehung eines Gutachtens zweckwidrig wäre
- nur weil nach Sach- und Rechtslage typischerweise die Verletzungen schwierig nachzuweisen sind, wie z.B. HWS-Verletzungen, da ein Gesundheitsschaden nicht geprüft wird

Fazit:

- Beruhen die kostenauslösenden Heilbehandlungsmaßnahmen *auch* (=zumindest mitursächlich) auf dem aktuellen versicherten Risiko bzw. Schadensgeschehen, besteht kein Zweifelsfall
- Zumindest mitursächlich durch das Schadensereignis entstandene Aufwendungen sind weder nach Sach- und Rechtslage, noch nach TA „unfallfremd“
- Der Haftpflichtversicherung steht als Zweifelsfall nur der Einwand offen, dass die Aufwendungen *allein aufgrund eines anderen Schadensgeschehens* oder einer *anderen Krankheit* entstanden und damit völlig unfallfremd sind

Beispiele:

- Geschädigte sollte nach Krebsleiden zur Reha; dazwischen ereignet sich Unfall mit HWS-Distorsion: die Reha-Kosten beruhen eindeutig auf anderer Krankheit und sind dem Unfall nicht zuzurechnen – klar fehlender Zusammenhang mit Schadensereignis, klarer Zweifelsfall
- Geschädigter litt unter Arthrose und erleidet durch Glatteissturz OSH-Fraktur mit Krankenhausbehandlung, Reha etc.: die Kosten beruhen auf dem versicherten Schadensgeschehen, Gesundheitsschäden und damit Vorschäden werden bei TA nicht geprüft; die Behandlungskosten beruhen zumindest mitursächlich auch auf dem Schadensgeschehen – klarer Kausalzusammenhang, kein Zweifelsfall

b) Beweislast

Erst wenn die Haftpflichtversicherung einen Zweifelsfall nachweist, hat der Sozialversicherungsträger die haftungsausfüllende Kausalität zwischen versichertem Schadensgeschehen und den Aufwendungen zu beweisen, wofür das abgemilderte Beweismaß § 287 Abs. 1 ZPO gilt.

Vielen Dank – und bleiben Sie gesund !