

Herausgeber: Möller und Partner - Kanzlei für MedizinrechtErscheinungsdatum:
20.12.2019Erscheinungsweise:
monatlichBezugspreis:
10,- € monatlich
zzgl. MwSt.**12/2019****Inhaltsübersicht:****Anm. 1****Nichteignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen**

Anmerkung zu BSG, Beschluss vom 13.02.2019, B 6 KA 14/18 B
von Detlef Kerber, Vizepräsident SG a.D.

Anm. 2**Anzuwendendes Beweismaß bei mehreren Schädigungsursachen**

Anmerkung zu BGH, Urteil vom 29.01.2019, VI ZR 113/17
von Joachim Francke, RA, FA für Medizinrecht und FA für Sozialrecht, Francke Rechtsanwälte,
Düsseldorf

Anm. 3**Beweisführung durch Ausdrücke elektronisch übermittelter Abrechnungsdaten im Regress nach § 116 SGB X**

Anmerkung zu LG Bremen, Urteil vom 10.07.2019, 1 O 2112/16
von Wolfdietrich Prelinger, RA, FA für Medizinrecht, FA für Verkehrsrecht, FA für
Versicherungsrecht, Rechtsanwaltskanzlei Prelinger, Berlin

Anm. 4**Aufklärungspflichten bei zahnärztlicher Behandlung**

Anmerkung zu OLG Karlsruhe, Urteil vom 31.07.2019, 7 U 118/18
von Dirk Hüwe, RA, Jorzig Rechtsanwälte, Düsseldorf

Zitiervorschlag: Kerber, jurisPR-MedizinR 12/2019 Anm. 1
ISSN 1869-2982

3

**Beweisführung durch Ausdrücke
elektronisch übermittelter
Abrechnungsdaten im Regress nach § 116
SGB X**

Orientierungssatz zur Anmerkung:

Bei Regressen nach § 116 SGB X kann die klagende Krankenkasse die Schadenshöhe durch Vorlage einer Auflistung der Schadenspositionen unter Beilage der ihr nach den §§ 284 Abs. 1 Nr. 11, 295, 300 ff. SGB V elektronisch übersandten Abrechnungsdaten der jeweiligen Leistungserbringer nachweisen.

Anmerkung zu LG Bremen, Urteil vom 10.07.2019, 1 O 2112/16

von **Wolfdietrich Prelinger**, RA, FA für Medizinrecht, FA für Verkehrsrecht, FA für Versicherungsrecht, Rechtsanwaltskanzlei Prelinger, Berlin

A. Problemstellung

Kommt es zu einem Schadensereignis, infolge dessen gesetzlich Krankenversicherte medizinisch versorgt werden müssen, trägt weitgehend die gesetzliche Krankenkasse die Behandlungskosten. Die Abrechnung der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen erfolgt aber nicht wie zivilrechtlich üblich durch Rechnungen in Papierform, vielmehr werden die Abrechnungsdaten gemäß den §§ 284 Abs. 1 Nr. 8, 300 ff. SGB V ausschließlich elektronisch übermittelt.

Kommt es infolge eines Schadensereignisses zu einem Regress gemäß § 116 SGB X, dann möchte die Krankenkasse diese Schadenspositionen vom Schädiger ersetzt bekommen. Folgerichtig benutzt sie zur entsprechenden Abrechnung die Ausdrücke der ihr von den Leistungserbringern übermittelten Datensätze. In letzter Zeit ist verstärkt zu beobachten, dass viele Haftpflichtversicherungen die Ausdrücke dieser elektronisch übermittelten Daten unzutreffenderweise nicht mehr als Nachweis der Schadenshöhe akzeptieren und deren Beweiskraft in Frage stellen. Dabei wird verkannt, dass es gar keine anderen Daten gibt, die eine Krankenkasse zur Darlegung der Schadenshöhe verwenden darf.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Die Geschädigte lief am 06.02.2013 gegen 8:30 Uhr bei Glätte auf einem ungestreuten Bürgersteig. Die Streupflicht für diese Stelle oblag der beklagten Stadt. Die Geschädigte stürzte glättebedingt und zog sich erhebliche Verletzungen zu. Erst gegen 14:45 Uhr wurde an der Sturzstelle gestreut.

Die beklagte Stadt behauptete, dass sie bei normalem Verlauf der Dinge gegen 7:00 Uhr dort gestreut hätte, aber aufgrund eines nicht vorhersehbaren Maschinenausfalls dieses nicht

haben ausführen können. Um 6:30 Uhr sei der Frontbesen des ausgesandten Streufahrzeugs gebrochen, woraufhin die Tour habe abgebrochen werden müssen. An dem Unfalltag seien alle Streufahrzeuge im Einsatz gewesen, und es könne ihr auch nicht abverlangt werden, den Streudienst so zu organisieren, dass jederzeit unverzüglich ein Ersatzfahrzeug mit Ersatzpersonal zur Verfügung steht.

Das LG Bremen erkannte, dass zwar ein Maschinenausfall nicht stets konkret vorhersehbar sei und zu Verzögerungen führen könne. Jedoch handele es sich hier nicht um einen umfangreichen Defekt, der eine Verzögerung von mehreren Stunden rechtfertigt. Denn der Fahrer des Streufahrzeugs habe ausgesagt, dass es sich bei dem Bruch eines Frontbesens um eine nicht unübliche Begebenheit handle und der Besen mit einer einfachen Dreipunktaufhängung befestigt ist und daher einfach ausgetauscht werden kann, sofern ein Ersatzbesen vorhanden ist. Daher hätten solche Ersatzbesen vorgehalten werden müssen.

Das hier im Kern der Urteilsbesprechung stehende Zahlenwerk sei nur unsubstantiiert bestritten worden. Die Klageforderung sei aufgrund der Aufstellung aus dem Abrechnungsschreiben hinreichend konkret dargelegt. Anhand der Aufschlüsselung der Einzelbeträge mit entsprechender Erklärung hätte es der Beklagten möglich sein müssen, zu den Schadenspositionen vorzutragen und diese ggf. konkret zu bestreiten. Insbesondere sind auch die errechneten Betragspositionen nachvollziehbar. Bezüglich der Krankengeldzahlungen sei der betreffende Zeitraum angegeben, der Tagessatz werde genannt und mit den Tagen multipliziert. Auch die übrigen Positionen ließen sich anhand des Anlagenkonvolutes nachvollziehen. So werden Heilmittelverordnungen für die Physiotherapie eingereicht und das Einsatzprotokoll mit Gebührenbescheid für den Rettungswageneinsatz. Daher sei der Beklagten ein substantiiertes Bestreiten möglich gewesen.

C. Kontext der Entscheidung

Die Ausführungen des Landgerichts zur prozesualen Darlegung des Zahlenwerks sind zutreffend. Die abgemilderten Anforderungen an die Darlegung der Schadenshöhe im Gerichtsverfahren ergeben sich aus einer Gesamtbetrach-

tung der sozialrechtlichen Herkunft des Zahlwerks (I.) und der zivilprozessualen Anforderungen an die Schadensdarlegung (II.), die dem Gericht gemäß § 287 Abs. 1 Satz 1 ZPO ein Ermessen bei der Feststellung der Schadenshöhe gibt.

I. Zunächst erscheint eine genaue Betrachtung der sozialrechtlichen Herkunft des Zahlwerks und der strengen sozialrechtlichen Datenschutzbestimmungen geboten, aus denen sich ausdrücklich ergibt, dass diese Daten bei Schadensfällen zur Abrechnung benutzt werden sollen.

Sozialdaten sind personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 1 der Verordnung (EU) 2016/679), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre gesetzlichen Aufgaben verarbeitet werden, § 67 Abs. 2 SGB X. Gemäß § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB I hat jeder Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden (Sozialgeheimnis). Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung – auch innerhalb des Leistungsträgers – sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden, § 35 Abs. 1 Satz 2 SGB I. Soweit eine Übermittlung von Sozialdaten nicht zulässig ist, besteht keine Auskunftspflicht, keine Zeugnispflicht und keine Pflicht zur Vorlegung oder Auslieferung von Schriftstücken, nicht automatisierten Dateisystemen und automatisiert verarbeiteten Sozialdaten, § 35 Abs. 3 SGB I.

Gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 8 SGB V i.V.m. den §§ 295, 300-303 SGB V dürfen Krankenkassen die Sozialdaten zur Abrechnung mit den Leistungserbringern (Vertragsärzte, Apotheken, Arzneimittelanbieter, Krankenhäuser, Hebammen, sonstige Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel) erheben und speichern. Sämtliche dieser Abrechnungsdaten sind der Krankenkasse gemäß den §§ 300 ff. SGB V nur noch „maschinenlesbar“ bzw. „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ und somit stets elektronisch zu übermitteln. Nur auf diesem elektronischen Weg ist die gigantische Menge an Daten noch zu verarbeiten. Diese Vereinfachung für Verwaltung und Gerichte ist auch aus vielen anderen Rechtsbereichen, wie z.B. der Abgabe von elektronischen Steuererklärungen (ELSTER) oder dem besonderen elektronischen Anwaltspostfach (beA) bekannt und

bekommt immer stärkere Bedeutung, ist aber für das besonders datenintensive Gesundheits- und Abrechnungswesen schon seit Jahren unerlässlich.

§ 284 Abs. 1 Nr. 11 SGB V ermöglicht den Krankenkassen, die Datenerhebung und Datenspeicherung für die „Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen“ gemäß den §§ 102 ff. SGB X, 116 SGB X (für die Pflegekasse vgl. § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI, für die gesetzliche Unfallversicherung vgl. § 199 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 SGB VII).

Dieses Erheben und Speichern steht gemäß § 284 Abs. 1 SGB V unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit. Zudem dürfen die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 – also insbesondere zur „Durchführung von Ersatzansprüchen“ – in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist, § 284 Abs. 3 SGB V.

Für Krankenhausabrechnungen zählt § 301 SGB V abschließend (!) auf, welche Angaben den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten elektronisch zu übermitteln sind (vgl. BT-Drs. 12/3608, 112; BSG, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R Rn. 19). Das Gesetz geht hierbei von dem Regelfall aus, dass die in der Abrechnung und Datenübermittlung enthaltenen Angaben „zutreffend und vollständig“ sind. Denn in der Übermittlung der nach den Abrechnungsbestimmungen verschlüsselten Information an die Krankenkasse liegt die implizite Tatsachenbehauptung des Krankenhauses, es habe beim Versicherten die Befunde erhoben, die die angegebene Diagnose als rechtlich relevanten Abrechnungsbegriff rechtfertigen, und die medizinischen Behandlungen im weiteren Sinne durchgeführt, die die tatbestandlichen Voraussetzungen der kodierten Operation oder Prozedur erfüllen (BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 28/16 R Rn. 25 ff.).

Das BSG erkannte zudem, dass das Überprüfungsrecht auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einem eigenen Prüfregime unterliegt (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R Rn. 17). Die gesetzliche Regelung der Informationsübermittlung an die Krankenkasse gemäß § 301

SGB V korrespondiert mit der Prüfberechtigung der Krankenkassen. Diese sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen. Denn das Krankenhaus hat zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf. Jedenfalls dann, wenn sich auch nur „geringste Anhaltspunkte“ dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist und/oder dass das Krankenhaus seine primären Informationspflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt, trifft das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der Krankenkasse die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R. Rn. 17, 18). Selbst nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (die keinen Einwendungsausschluss darstellt, vgl. BSG, Urt. v. 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R. Rn. 39) ist eine Prüfung durch den MDK möglich, wenn das wegen Fristablaufs zur Verweigerung der Übermittlung der Daten berechnete Krankenhaus trotzdem die Daten freiwillig übermittelt oder die Prüfung aufgrund anderer zulässiger Informationsquellen, z.B. eines bereits erstellten MDK-Gutachtens möglich ist (BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 34/13 R. Rn. 17; BSG, Urt. v. 17.12.2013 - B 1 KR 14/13 R. Rn. 13, 21).

Die Gesetzeskonzeption einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung entspricht dem von § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V berufenen Regelungssystem des Bürgerlichen Rechts. Hiernach dient eine Rechnung der textlichen Fixierung einer vom Gläubiger geltend gemachten Entgeltforderung und muss erkennen lassen, in welcher Höhe der jeweilige Betrag für welche Leistung verlangt wird, um eine sachgerechte Überprüfung zu ermöglichen. Die Berechtigung des Schuldners, die Rechnung zu überprüfen und die Bezahlung von sachlich-rechnerisch Unrichtigem zu verweigern, ist der Rechtsordnung immanent. Wer sich auf eine Ausnahme von dieser Regel beruft, muss sich auf eine Rechtsgrundlage stützen können. Eine solche Ausnahmeregel für die Krankenhausvergütung Versicherter besteht nicht. Diese Grundsätze gelten erst recht, wenn die Rechtsord-

nung besondere Anforderungen an die Abrechnung stellt, wie es bei Fallpauschalen für Krankenhausvergütung der Fall ist. Wie beim Erfordernis der Prüffähigkeit einer Architekten-schlussrechnung sollen die zwingenden Abrechnungserfordernisse für die Fallpauschalen die Krankenkassen als Auftraggeber der Krankenhäuser im Rechtssinne (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V) in die Lage versetzen, die Rechnungen zu prüfen und die Richtigkeit der einzelnen Ansätze zu beurteilen. Dementsprechend systemgerecht ist § 301 SGB V von einem „Ring anderer Regelungen“ zu Abrechnungsprüfungen umgeben, deren es zur Transparenz von Datentransfer und -nutzung unter Achtung des Gebots der informationellen Selbstbestimmung der versicherten Patienten bedarf (vgl. die §§ 295 bis 300, 301a bis 303 SGB V). Denn die hierin liegende Beschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der versicherten Patienten bedarf nach Art. 2 Abs. 1 GG einer verfassungsmäßigen gesetzlichen Grundlage, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen klar erkennbar ergeben. Sie muss dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entsprechen (BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 28/16 R. Rn. 20, 21 m.w.N.).

Bei Zweifeln an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung ist gemäß § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Allein der MDK ist im Falle einer Abrechnungsprüfung nach § 276 Abs. 2 Satz 1 HS. 2 SGB V ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern, und nach § 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V verpflichtet, den Krankenkassen nur die „notwendigen“ Informationen, d.h. nur das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund, mitzuteilen (BSG, Urt. v. 28.05.2003 - B 3 KR 10/02 R. Rn. 20, 21; BSG, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R. Rn. 21). Auch nur der MDK hat das Zutrittsrecht aus § 276 Abs. 4 SGB V. Die Handlungs- und Überprüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen sind somit aus den vorgenannten verfassungsrechtlichen Gründen erheblich eingeschränkt.

Somit ist die Rechnungsprüfung durch das geschlossene System der §§ 275 ff. SGB V („Ring anderer Regelungen“) alleinige Aufgabe der Krankenkassen und des MDK. Haftpflichtversicherungen und deren Dienstleistern sind nicht durch eine - verfassungsrechtlich zwingend er-

forderliche, vgl. o. – gesetzliche Regelung ermächtigt, Rechnungsprüfungen vorzunehmen oder auch nur die hierfür notwendigen Daten zu erhalten.

II. Das dargestellte verfassungsbedingt strenge sozialrechtliche System der Datenverwendung und die abschließende Rechnungsprüfung durch den MDK wirkt bei der zivilrechtlichen Geltendmachung nach § 116 SGB X übergegangener Ansprüche fort.

1. Auch bei Regressen gemäß § 116 SGB X liegt die Feststellung der Schadenshöhe nach § 287 Abs. 1 Satz 1 ZPO im Ermessen des Gerichts (BGH, Urt. v. 23.02.2010 - VI ZR 331/08; KG Berlin, Urt. v. 02.06.2015 - 7 U 102/14; OLG Köln, Urt. v. 19.02.2014 - 16 U 99/10).

Bei der Schätzung der Schadenshöhe gemäß § 287 Abs. 1 ZPO wird in Kauf genommen, dass das Ergebnis unter Umständen mit der Wirklichkeit nicht übereinstimmt (BGH, Urt. v. 17.09.2019 - VI ZR 494/18; BGH, Urt. v. 06.12.2012 - VII ZR 84/10). Die Vorschrift des § 287 Abs. 1 ZPO will nämlich verhindern, dass eine Klage allein deshalb abgewiesen wird, weil der Kläger nicht in der Lage ist, den vollen Beweis für einen ihm erwachsenen Schaden zu erbringen, sei es dass die Schadensberechnung Ermessenssache ist oder wegen hypothetischer Schadensberechnung schwer zu beziffern ist oder die Beweiserhebung über die Schadenshöhe einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern müsste, so dass auch bei Regressen nach § 116 SGB X eine solche Schätzung möglich ist (OLG Düsseldorf, Urt. v. 20.06.2012 - I-15 U 25/11 Rn. 97 m.w.N.).

Bei diesem Ermessen muss das Gericht somit die dargestellten zwingenden sozialgesetzlichen Vorgaben, die dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung und dem Sozialgeheimnis zwingend Rechnung tragen, berücksichtigen.

a) Der Gesetzgeber hat in § 284 Abs. 1 Nr. 11 SGB V ausdrücklich geregelt, dass die von den Leistungserbringern übermittelten Zahlungsdaten zur „Durchführung von Ersatzansprüchen“ insbesondere nach § 116 SGB X verwendet werden sollen. Die Regelung erstreckt sich zudem auch auf die Bezifferung zur „Durchführung von Erstattungsansprüchen“ zwischen Sozialversicherungsträgern gemäß den §§ 102 ff.

SGB X und ermöglicht somit die Verwendung der Daten auch gegenüber Sozialversicherungsträgern. Die Regelung soll somit gerade ermöglichen, dass mit diesen Daten die Bezifferung der „Erstattungs- und Ersatzansprüche“ erfolgt.

b) Das Gesetz – an das die Gerichte nach Art. 20 Abs. 3 GG gebunden sind – geht zudem von dem Regelfall aus, dass die in der Abrechnung und Datenübermittlung enthaltenen Angaben „zutreffend und vollständig“ sind (BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 28/16 R Rn. 25). Schon deswegen besteht die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit der von der Krankenkasse zur Bezifferung der Schadenshöhe vorgetragenen Daten.

c) Es handelt sich bei Sozialversicherungsträgern um öffentlich-rechtliche Hoheitsträger (§ 4 Abs. 1 SGB V; § 1 Abs. 3 SGB XI; § 29 Abs. 3 SGB IV), die somit an Gesetz und Recht gebunden sind, Art. 20 Abs. 3 GG. An die Glaubhaftmachung ihrer Forderungen sind daher keine nach dem Zweck des Gesetzes nicht veranlassten formalen Anforderungen zu stellen (so zur Forderungsanmeldung durch eine Krankenkasse im Insolvenzverfahren BGH, Beschl. v. 05.02.2004 - IX ZB 29/03 Rn. 7).

d) Wenn nach dem sozialrechtlichen System die Daten zwingend nur elektronisch übermittelt werden und dieses auch gerade gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 11 SGB V zur „Durchführung von Ersatzansprüchen“ ermöglicht wurde, dann muss aufgrund des Prinzips der Einheit der Rechtsordnung (Rechtsstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 3 GG) auch zivilrechtlich bzw. zivilprozessual die Vorlage dieser Dateien bzw. entsprechender Ausdrucke als Beweismittel genügen.

e) Da keine weiteren Daten über die von der Krankenkasse an die Leistungserbringer erbrachten Zahlungen zur Verfügung stehen, kann auch ein Gericht zur Bezifferung der Schadenshöhe im Rahmen seines Ermessens gemäß § 287 Abs. 1 Satz 1 ZPO nicht mehr zur Darlegung der Schadenshöhe fordern. Hierzu zwingt das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 3 GG) und auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG), da anderenfalls in diesem – äußerst voluminösen – Rechtsbereich niemals der Beweis erbracht werden könnte. Die Parteien eines Zivilprozesses müssen nämlich die Möglichkeit erhalten, sich im Rechtsstreit nicht nur mit rechtli-

chen, sondern auch mit tatsächlichen Argumenten zu behaupten, so dass ihre Beweisanträge nicht abgelehnt werden dürfen, selbst wenn unabhängige Beweismittel fehlen (BVerfG, Beschl. v. 27.02.2008 - 1 BvR 2588/06; BVerfG, Urt. v. 18.07.2005 - 2 BvR 2236/04).

Folgerichtig sind dann, wenn weitere Daten zur Darlegung der Schadenshöhe nicht existieren, diese Daten als einziges Beweismittel auf entsprechenden Beweisanspruch zu berücksichtigen, insbesondere wenn es sich wie hier um öffentliche Urkunden gemäß den §§ 416a, 415 ZPO handelt (vgl. nachfolgend).

f) Aus den dargestellten sozialrechtlichen Zusammenhängen folgt eindeutig, dass es sich bei den mit einem Beglaubigungsvermerk des Sozialversicherungsträgers versehenen Ausdrucken der nach den §§ 284 ff. SGB V übertragenen Dateien um öffentliche Urkunden gemäß den §§ 416a, 415 ZPO handelt.

Denn es handelt sich bei Sozialversicherungsträgern um an Recht und Gesetz gebundene öffentlich-rechtliche Körperschaften (vgl. o.), so dass die Dateien vollen Beweis über den „beurkundeten Vorgang“ i.S.d. § 415 Abs. 1 ZPO erbringen (LG Kiel, Urt. v. 30.10.2018 - 6 O 90/18 Rn. 42; LG Itzehoe, Urt. v. 30.04.2010 - 6 O 210/08 Rn. 75; LG Frankfurt, Urt. v. 18.03.2008 - 2-18 O 239/06 Rn. 21). Bei diesem „beurkundeten Vorgang“ handelt es sich um die Tatsache, dass es sich bei den in der Urkunde ausgewiesenen Daten um diejenigen handelt, die der Krankenkasse gemäß den §§ 284 Abs. 1 Nr. 11, 295, 300 ff. SGB V von den jeweiligen Leistungserbringern zur Abrechnung – und eben auch zur „Geltendmachung von Ersatzansprüchen“ – übermittelt wurden.

Dies wird auch nicht von der aus dem Lager der Haftpflichtversicherer oftmals angeführten Entscheidung des OLG Jena – die sich mit den vorstehenden entscheidenden sozialrechtlichen Aspekten ohnehin nicht auseinandersetzt – widerlegt, weil es dort nur um den Fall ging, ob allein eine von der Krankenkasse erstellte einfache Tabelle (!) eine öffentliche Urkunde darstellt (OLG Jena, Urt. v. 15.05.2012 - 4 U 661/11 Rn. 62; vgl. auch Lang, jurisPR-Verkr 17/2019 Anm. 2). Dass eine einfache Tabelle nicht ausreichen kann, bedarf keiner Vertiefung. Das OLG Jena (Urt. v. 15.05.2012 - 4 U 661/11 Rn. 63) sowie das OLG Saarbrücken

(Urt. v. 12.03.2015 - 4 U 32/14 Rn. 122) sahen aber – und das wird regelmäßig verkannt – sehr wohl den Beweis bereits als geführt an, wenn eine tabellarische Übersicht mit den Ausdrucken der vorliegenden Rechnungsdaten – eben den nach § 284 Abs. 1 Nr. 11 SGB V übermittelten Daten – überreicht wird.

g) Auch das Argument, dass sich ein Anspruchsteller im Prozess nicht die zur Beweisführung benötigten Belege „selbst erstellen“ dürfe (so OLG Jena, Urt. v. 15.05.2012 - 4 U 661/11), ist aufgrund der vorstehenden sozialdatenrechtlichen Aspekte – die vom OLG Jena gar nicht beleuchtet wurden – unzutreffend.

Es handelt sich bei den Ausdrucken der EDV-Daten schon nicht um „selbst erstellte“ Daten, sondern um Daten, die Dritte – namentlich die Leistungserbringer – innerhalb des gesetzlich zwingenden Systems der §§ 284, 295, 300 ff. SGB V übermittelten (vgl. o.) und die nur von der EDV der Sozialversicherungsträger infolge der Datenübertragung empfangen wurden.

Vor allem aber hat das BVerfG in Hinblick auf Art. 103 Abs. 1 GG mehrfach erkannt, dass bei Beweisnot sehr wohl ein „selbsterstelltes“ Beweismittel verwertet werden muss, nämlich die Anhörung oder Vernehmung der Prozesspartei (BVerfG, Beschl. v. 27.02.2008 - 1 BvR 2588/06; BVerfG, Urt. v. 18.07.2005 - 2 BvR 2236/04). Die Überzeugung des Gerichts kann zudem auch allein auf Parteierklärungen gestützt werden (st. Rspr., vgl. BVerfG, Beschl. v. 01.08.2017 - 2 BvR 3068/14 Rn. 58 m.w.N.).

Wenn das ohnehin schon für Private gilt, dann muss das erst recht für an Gesetz und Recht gebundene öffentlich-rechtliche Körperschaften gelten, die über keinerlei weitere Abrechnungsdaten als diejenigen, die ihnen aufgrund des gesetzlichen Systems nach den §§ 300 ff. SGB V übertragen wurden, verfügen und diese noch nicht einmal selbst prüfen dürfen (vgl. o.).

Allerdings muss auch klargestellt werden, dass von der öffentlichen Wirkung gemäß den §§ 416a, 415 ZPO nur die Schadenshöhe umfasst ist. Die haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem vorfallsbedingten Gesundheitsschaden und den der Abrechnung zugrunde liegenden Heilbehandlungsmaßnahmen oder sonstigen Sozialleistungen (z.B. Krankengeld) kann natürlich nicht durch EDV-Ausdrucke

nachgewiesen werden, sondern ist regelmäßig eine medizinische Fachfrage.

h) Das Ermessen gemäß § 287 Abs. 1 Satz 1 ZPO wird in der gerichtlichen Praxis ohnehin regelmäßig bereits auf der Ebene der Substantiierung des Klagevortrags zugunsten der Sozialversicherungsträger ausgeübt, wie es auch in der hier besprochenen Entscheidung erfolgte.

Nach einhelliger Auffassung genügt für die prozessuale Beweisführung, dass die Krankenkasse eine tabellarische Übersicht der Schadensposten unter Beifügung entsprechender Ausdrucke der übermittelten Rechnungsdaten vorlegt (vgl. OLG Jena, Urte. v. 15.05.2012 - 4 U 661/11 Rn. 63; OLG Saarbrücken, Urte. v. 12.03.2015 - 4 U 32/14 Rn. 122; LG Stade, Urte. v. 05.03.2019 - 4 O 430/16; LG Kiel, Urte. v. 30.10.2018 - 6 O 90/18; LG Berlin, Urte. v. 13.01.2011 - 14 O 15/08; LG Itzehoe, Urte. v. 30.04.2010 - 6 O 210/08; LG Frankfurt, Urte. v. 18.03.2008 - 2-18 O 239/06).

Ein pauschales Bestreiten ist hingegen unsubstantiiert und damit prozessual unbeachtlich (OLG Nürnberg, Urte. v. 13.05.2015 - 4 U 1839/14 Rn. 42; OLG Saarbrücken, Urte. v. 12.03.2015 - 4 U 32/14 Rn. 125; LG Kiel, Urte. v. 30.10.2018 - 6 O 90/18 Rn. 43; LG Berlin, Urte. v. 13.01.2011 - 14 O 15/08 Rn. 69; LG Bremen, Urte. v. 10.07.2019 - 1 O 2112/16 Rn. 25).

Es ist auch nicht erforderlich, Kontoauszüge als Zahlungsbelege vorzulegen, da eine gesetzliche Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts typischerweise keine Leistungen abrechnet, die nicht bereits zugunsten des Versicherungsnehmers erbracht wurden (OLG Saarbrücken, Urte. v. 12.03.2015 - 4 U 32/14 Rn. 127 m.w.N.).

i) Ebenfalls unzutreffend ist der oftmals aus dem Lager der Haftpflichtversicherer erfolgende Verweis auf die Entscheidung des BGH vom 23.02.2010 (VI ZR 331/08), woraus sich ergebe, dass der Schaden stets konkret nachgewiesen werden müsse. Es handelte sich dort nur um den nicht verallgemeinerungsfähigen Sonderfall des Erwerbsschadens eines selbstständigen Unternehmers, der von der gesetzlichen Unfallversicherung Verletztengeld erhielt. Sozialrechtlich erfolgt für Unternehmer gemäß den §§ 47 Abs. 5, 83 Abs. 1 SGB VII eine abstrakte Berechnung des Verletztengeldes. Zivilrechtlich ist hingegen in Hinblick auf die nötige sach-

liche Kongruenz gemäß § 116 Abs. 1 SGB X der Erwerbsschaden eines Selbstständigen konkret und nicht abstrakt zu berechnen ist. Hierfür gelten aber ohnehin auch Beweiserleichterungen nach § 287 Abs. 1 ZPO, § 252 Satz 2 BGB.

Ansonsten muss der Schaden gerade nicht konkret genau nachgewiesen werden, vielmehr wird wegen des Schätzungsermessens nach § 287 Abs. 1 Satz 1 ZPO in Kauf genommen, dass das Ergebnis unter Umständen mit der Wirklichkeit nicht übereinstimmt (BGH, Urte. v. 17.09.2019 - VI ZR 494/18; BGH, Urte. v. 06.12.2012 - VII ZR 84/10, vgl. o. II.1).

Diese Problematik stellt sich auch üblicherweise schon deshalb nicht, weil Verletzten- und Krankengeld regelmäßig durch begünstigenden Verwaltungsakt (Bescheid) bewilligt werden und dieser in Bestandskraft erwächst, so dass zivilrechtlich gemäß § 118 SGB X keine Einwendungen mehr gegen die Zuständigkeit des Sozialversicherungsträgers, die Versicherteneigenschaft des Geschädigten sowie Art und Höhe der Sozialleistung erhoben werden können (BGH, Urte. v. 20.10.2011 - III ZR 252/10; BGH, Urte. v. 05.05.2009 - VI ZR 208/08).

2. Wenn schon bei Gericht nicht mehr Sachvortrag des Sozialversicherungsträgers benötigt wird, gilt dies erst recht bei der außergerichtlichen Schadensregulierung, da diese auf einer Prognose der Erfolgsaussichten eines Klageverfahrens beruht. Umso mehr verwundert es, dass das außergerichtliche Regulierungsverhalten vieler Haftpflichtversicherungen nicht den vorgenannten Umständen Rechnung trägt.

a) Wie Lang (jurisPR-VerkR 17/2019 Anm. 2) zutreffend ausführt, ist verstärkt festzustellen, dass nicht wenige Haftpflichtversicherungen unter Zuhilfenahme von Dienstleistern versuchen, die Anspruchsverfolgung der Sozialversicherungsträger durch besonders hohe Darlegungsanforderungen insbesondere auch an die Schadenshöhe zu erschweren und es hierdurch zu starken Meinungsverschiedenheiten kommt, die sachlich gelöst werden sollten. Dabei müssen aber die vorstehenden sozial- und prozessrechtlichen Aspekte auch bei der außergerichtlichen Regulierung berücksichtigt werden.

Ein wichtiger Aspekt ist sicherlich auch die oftmals nicht immer ganz einfach verständliche Darstellung der ausgedruckten Datensätze, de-

ren Struktur von IT-Fachleuten entworfen wurde, die nicht primär die Darlegung der Schadenshöhe bei zivilrechtlichen Streitigkeiten vor Augen hatten, sondern entsprechend des Gesetzeszwecks der §§ 284 ff. SGB V die Vereinfachung der Verarbeitung des gigantischen Anfalls von tagtäglich zu verarbeitenden Sozialdaten.

Haftpflichtversicherungen fordern aber eben zur Weiterleitung und Prüfung durch externe Dienstleister regelmäßig sämtliche erdenklichen Daten an (vgl. Kornes, Berliner Anwaltsblatt 2019, 364), die zur Abrechnungsprüfung nicht erforderlich sind und auch nicht der Krankenkasse übermittelt, somit erst recht nicht von der Krankenkasse zur Regressierung weitergeleitet werden dürfen (vgl. o.). Das beruht auf einer verfassungsrechtlich zwingenden gesetzgeberischen Entscheidung (vgl. o.), die von vielen Haftpflichtversicherungen einfach ignoriert wird – sicherlich aber aufgrund der komplexen Zusammenhänge auch nicht ganz einfach zu verstehen ist.

Mit dieser Problematik befasste sich auch Anfang November die Tagung des Instituts für Faire Schadensregulierung (IFS) in Berlin, in der einhellig die negativen Erfahrungen über die Erschwerung der Schadensregulierung und die Vorwände der Haftpflichtversicherer zusammengetragen wurden (vgl. Kornes, Belegforderungswelle und massive Datenerhebung bei Regressforderung, in: Huber/Kornes/Mathis/Thoenneßen, Fachtagung Personenschaden 2019, S. 9 ff.). Insbesondere die elektronischen Abrechnungen der Leistungserbringer gegenüber dem Sozialversicherungsträger werden nicht anerkannt, obwohl diese Daten zwingend nur noch elektronisch gemäß § 294 ff. SGB V, § 105 Abs. 2 SGB XI übertragen werden (vgl. o., auch Kornes, a.a.O., S. 43).

b) Das Problem der Regulierungerschwerung ist bereits aus dem vorgelagerten Verhältnis zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen bekannt und hat sich auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Schädiger bzw. dessen Haftpflichtversicherungen nachverlagert. Früher kam es nämlich zu massiven Störungen des Krankenhausbetriebs dadurch, dass einige Krankenkassen die Bezahlung der Krankenhausabrechnung erschwerten, indem sie ohne jeden Verdacht bis zu 45% aller Krankenhausfälle überprüfen ließen. Daher wur-

de § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine Aufwandspauschale eingeführt (BSG, Urt. v. 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R Rn. 23; BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R Rn. 18 m.w.N.).

Nunmehr hat sich das Problem der willkürlichen Regulierungsverweigerung auf den Regress des Sozialversicherungsträgers gegenüber dem Schädiger gemäß § 116 SGB X verlagert. Denn viele Haftpflichtversicherungen bzw. deren Dienstleister verlangen nicht auf einen Verdacht hin selektiv im Einzelfall die Vorlage von weiteren Daten und Berichten, sondern „flächendeckend“ zur Versorgung ihrer Dienstleister mit Gesundheitsdaten, was auch das BSG im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse für rechtsmissbräuchlich erachtete (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R Rn. 18). Es besteht insbesondere gerade kein Generalverdacht, dass Krankenhausabrechnungen fehlerhaft sind, ganz im Gegenteil geht das Gesetz von dem Regelfall aus, dass die in der Abrechnung und Datenübermittlung enthaltenen Angaben „zutreffend und vollständig“ sind (BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 28/16 R Rn. 25).

c) Der Anspruchsgegner hat zwar prozessual gemäß Art. 103 Abs. 1 GG und entsprechend auch vorgerichtlich das Recht, sich gegen den geltend gemachten Anspruch zu verteidigen und muss hierzu die Möglichkeit erhalten, die hierfür notwendigen Umstände und Daten in Erfahrung zu bringen, um etwaige Einwendungen prüfen zu können. Dem Anspruchsgegner bzw. Schädiger dürfen daher nach zivilrechtlichen Grundsätzen diejenigen Tatsachen und Daten mitgeteilt werden, die dieser zur Schadensprüfung und -regulierung und zur Kapitalisierung benötigt.

Dies gilt aber auch nicht vorbehaltlos, sondern muss dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung des Geschädigten Rechnung tragen, das wie dargestellt zu einer restriktiven Datenverwendung im Rahmen der Erforderlichkeit zwingt (vgl. o.). Da die Prüfung der Krankenhausabrechnungen spezialgesetzlich in den §§ 275 ff. SGB V geregelt ist, ist es nicht erforderlich und daher auch rechtlich nicht zulässig, dass der Schädiger bzw. dessen Haftpflichtversicherung und deren Dienstleister die Abrechnungsprüfung anstelle des MDK vornehmen. Dieses wird erst recht nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes gelten (vgl. unten).

Erst recht kann eine Haftpflichtversicherung bei der außergerichtlichen Schadensregulierung nicht mehr Daten anfordern, als der Krankenkasse nach den §§ 284, 300 ff. SGB V übermittelt werden dürfen, zumal das Überprüfungsrecht auf sachlich-rechnerische Richtigkeit nur dem MDK obliegt und nicht einmal die Krankenkasse die hierfür maßgeblichen Informationen erhält, sondern nur das Prüfergebnis (vgl. o.).

d) Ein verfassungs- und datenschutzrechtlich besonders gravierendes Problem besteht darin, dass Dienstleister scheinbar nicht nur die Daten von Haftpflichtversicherungen erhalten, um im Auftrag der Haftpflichtversicherer die Schadenshöhe zu prüfen, sondern diese Daten gewerblich nutzen wollen und mit den Daten auch Prädiktionsmodelle (Zukunftsprognosen und Risikobewertungen) erstellt werden sollen (vgl. Kornes, a.a.O., S. 91; Hülsmann, Sammlung, Auswertung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Haftpflichtversicherer über ihre Dienstleister am Beispiel ACTINEO in: Huber/Kornes/Mathis/Thoenneßen, Fachtagung Personenschaden 2019, S. 97 ff., 112 ff.).

3. Der vorliegende Entwurf des „Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz, vgl. BT-Drs. 19/13397, S. 1 ff.) stellt die Notwendigkeit der Rechnungsprüfung durch Haftpflichtversicherungen und deren Dienstleister noch stärker in Frage, weil der dann neu geschaffene Medizinische Dienst (MD) verselbstständigt und neutral wird und somit erst recht – auch im Interesse des Schädigers bzw. dessen Haftpflichtversicherung – als neutrale Prüfstelle dient.

Das MDK-Reformgesetz führt vor allem aber mit Erweiterung des § 17c Abs. 2a und 2b KHG zu erheblichen Änderungen für den Regress. Denn gemäß § 17c Abs. 2a KHG wird nunmehr geregelt, dass nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen (!) ist, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfolgen keine (!) weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. § 17c Abs. 2b KHG regelt ergänzend, dass eine gerichtliche

Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur stattfindet, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen.

In den gesetzgeberischen Motiven ist hierzu ausgeführt (vgl. BT-Drs. 19/13397, S. 88), dass dann, wenn die Prüfung durch den MD ergibt, dass die Rechnung des Krankenhauses zu niedrig oder überhöht war, das Krankenhaus die Rechnung korrigieren kann. Dies dient der Umsetzung des Prüfergebnisses des MD, das andernfalls unberücksichtigt bleiben müsste. Gleiches gilt, wenn ein rechtskräftiges Urteil eine Korrektur der Abrechnung erforderlich macht. Darüber hinaus werden nach Abschluss einer Prüfung weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkassen oder den MD ausgeschlossen. Mit dem Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, wird durch Absatz 2b Satz 1 die Erhebung einer Klage auf gerichtliche Überprüfung der erfolgten Abrechnung jedoch künftig an die vorherige Durchführung einer einzelfallbezogenen Erörterung geknüpft. Es sollen alle Einwendungen gegen die Krankenhausabrechnung und gegen das Prüfergebnis des MD erörtert und nach Möglichkeit einvernehmlich erledigt werden. Im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung haben die Krankenkassen und Krankenhäuser, wie auch bereits bislang, die Möglichkeit, ihre Auffassungsunterschiede über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung durch Abschluss eines Vergleichsvertrags zu bereinigen. Da die einzelfallbezogene Erörterung bereits vor Beauftragung des MD durch die Krankenkasse erfolgen kann, kann durch eine im Rahmen der Erörterung erzielte Einigung eine Beauftragung des MD entbehrlich werden. Im Anschluss an die MD-Prüfung kann durch eine Einigung über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung ein gerichtliches Streitverfahren vermieden werden.

Da hiernach bereits im vorgelagerten Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse weitere Prüfungen ausgeschlossen sind und die Sozialgerichte entlastet werden sollen, ist eine nachgelagerte Prüfung im zivilrechtlichen Regressverfahren erst recht ausgeschlossen, da sie dem vorgenannten Gesetzeszweck zuwider-

laufen würde. Es wäre hier sogar an eine direkte, jedenfalls aber analoge Anwendung des § 118 SGB X zu denken (zur Zulässigkeit einer analogen Anwendung vgl. Peters-Lange in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, § 118 Rn. 5, 11; Halbach in: Freymann/Wellner, jurisPK-Straßenverkehrsrecht, 1. Aufl. 2016, § 118 SGB X Rn. 5, 9).

D. Auswirkungen für die Praxis

Die Entscheidung des LG Bremen ergänzt die bisherige Rechtsprechung der Instanzgerichte, die ebenfalls bei Vorlage einer tabellarischen Übersicht nebst Beifügung entsprechender Ausdrucke der entsprechenden Datensätze den Klagevortrag als ausreichend und den Beweis als geführt erkannten (vgl. o. C. II.1 h).

Wenn schon im Schadensersatzprozess das Schätzungsermessen gemäß § 287 Abs. 1 Satz 1 ZPO dazu führt, dass vom Gericht kein weiterer Sachvortrag zur Schadenshöhe verlangt werden kann, so gilt dies erst recht für die vorgerichtliche Schadensregulierung. Da dieser Aspekt nicht selten von den Haftpflichtversicherungen verkannt wird und die Darlegungsanforderungen oftmals nur aus taktischen bzw. betriebswirtschaftlichen Erwägungen deutlich angehoben werden, kann nur angeraten werden, bei solchen Widerständen einzelner Haftpflichtversicherer die Ansprüche umgehend einzuklagen.

E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung

Das LG Bremen hat in seiner Entscheidung auch den wichtigen Aspekt der sekundären Darlegungslast des Schädigers bei ihn entlastenden Umständen etwas näher beleuchtet.

Das Landgericht führte aus, dass es nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme davon überzeugt sei, dass die Beklagte ihrer Streupflicht nicht ordnungsgemäß nachkam. Eine zeitnahe Streuung des Unfallbereichs wäre möglich gewesen. Die Klägerin könne keinen Einblick in die Organisationsstruktur des Winterdienstes der Beklagten haben. Es obliegt dieser im Rahmen einer sekundären Darlegungslast nachvollziehbar darzustellen, warum ein Streuen der Unfallstelle zu der Zeit des Sturzes (zwei Stunden nach

Bruch des Frontbesens) nicht möglich gewesen wäre.

Zwar muss grundsätzlich der Anspruchsteller alle Tatsachen behaupten, aus denen sich sein Anspruch herleitet. Dieser Grundsatz bedarf aber einer Einschränkung, wenn die primär darlegungsbelastete Partei außerhalb des von ihr vorzutragenden Geschehensablaufs steht und ihr eine nähere Substantiierung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, während der Prozessgegner alle wesentlichen Tatsachen kennt oder unschwer in Erfahrung bringen kann und es ihm zumutbar ist, nähere Angaben zu machen (BGH, Urt. v. 14.06.2005 - VI ZR 179/04; BGH, Urt. v. 10.02.2015 - VI ZR 343/13; BGH, Urt. v. 01.03.2016 - VI ZR 34/15; BGH, Urt. v. 28.06.2016 - VI ZR 559/14; BGH, Urt. v. 03.05.2016 - II ZR 311/14; BGH, Beschl. v. 16.08.2016 - VI ZR 634/15). Vorliegend konnte die Klägerin diese entlastenden betriebsinternen Umstände bei der Beklagten nicht kennen, da sie ihr auch vorgerichtlich nicht dargelegt wurden. Dieses entspricht der regelmäßigen Erfahrung mit Schädigern, die Einwendungen behaupten, aber sich nicht die Mühe machen, diese darzulegen und letztlich damit den Anspruchsteller in eine unsichere und unnötige Klage zwingen.

Dieses kann aber für den Anspruchsgegner teuer werden, da selbst dann, wenn sich die Klage infolge der erst im Prozess vorgetragenen Einwendungen als unbegründet herausstellt, trotzdem die Möglichkeit besteht, durch Klageänderung feststellen zu lassen, dass der Beklagte die nutzlos aufgewandten Prozesskosten zu tragen hat. Denn eine Falsch- oder Nichtauskunft kann zu einem entsprechenden Schadensersatzanspruch aus § 280 Abs. 1 BGB wegen Verletzung einer Nebenpflicht aus dem Schuldverhältnis führen (AG Miesbach v. 25.05.2009 - 1 C 4/09). Nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) besteht nämlich eine Auskunftspflicht bei jedem Rechtsverhältnis, dessen Wesen es mit sich bringt, dass der Berechtigte in entschuldbarer Weise über Bestehen oder Umfang seines Rechts im Ungewissen ist, er sich die zur Vorbereitung und Durchsetzung seines Anspruchs notwendigen Auskünfte nicht in zumutbarer Weise selbst beschaffen kann und der Verpflichtete unschwer, d.h. ohne unbillig belastet zu sein, die zur Beseitigung dieser Ungewissheit erforderlichen Auskünfte zu geben vermag, somit also insbesondere bei Schadens-

ereignissen (BGH, Urt. v. 20.01.2015 - VI ZR 137/14; BGH, Urt. v. 01.07.2014 - VI ZR 345/13). Grund für das Bestehen einer Auskunftspflicht ist, dass es der Partei generell nahezu unmöglich ist, an notwendige Informationen zu gelangen, die sie zur Sachverhaltserforschung oder zur Geltendmachung von Ansprüchen benötigt. Dahinter steht der Gedanke der Chancengleichheit (BGH, Urt. v. 20.01.2015 - VI ZR 137/14).

Zur Vermeidung nutzloser Prozesskosten und zur Entlastung der Justiz kann daher nur jedem Schädiger und insbesondere den Haftpflichtversicherungen geraten werden, außergerichtlich hinreichende Nachweise zu den von ihnen behaupteten Einwendungen vorzulegen, da sie sonst das Prozesskostenrisiko tragen.

Zudem kann sich mit der Behauptung von Einwendungen durch den Schädiger der Verjährungsbeginn verzögern. Hat nämlich der Gläubiger trotz Vorliegens solcher konkreter Anhaltspunkte für eine mögliche Einwendung des Schuldners keine hinreichende Kenntnis über die diese Einwendung begründenden Umstände und bleiben deswegen konkrete Zweifel am Bestehen seines Anspruchs, wird der Beginn der Verjährungsfrist hinausgeschoben (BGH, Urt. v. 14.05.2009 - I ZR 82/07; BGH, Urt. v. 22.06.1993 - VI ZR 190/92).