
Datum: 26.02.2026
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: 5 U 61/25
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2026:0226.5U61.25.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 27 O 180/23

Leitsätze:

Erstattet eine Krankenversicherung ihrem Versicherungsnehmer Aufwendungen für eine Heilbehandlung, deren Kosten dem Versicherungsnehmer von dem behandelnden Arzt vorsätzlich zu Unrecht in Rechnung gestellt worden sind, stellen sich die Leistung der Krankenversicherung und der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Arzt aus § 823 Abs. 2 BGB i.Vm. § 263 Abs. 1 StGB als kongruent im Sinne der §§ 194 Abs. 1, 86 Abs. 1 VVG dar.

Der Übergang des Anspruchs aus der vorsätzlichen unerlaubten Handlung auf die neue Gläubigerin ändert im Fall eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Schuldners nichts daran, dass der Anspruch und die Verbindlichkeit des Schuldners von der Erteilung der Restschuldbefreiung nicht berührt werden, § 302 Nr. 1 InsO.

Tenor:

Die Berufung des Beklagten gegen das am 08.04.2025 verkündete Urteil der 27. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 27 O 180/23 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt der Beklagte.

Das angefochtene Urteil und dieser Beschluss sind vorläufig vollstreckbar.

Der Beklagte kann die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages leisten.

Gründe:

I.

Die Klägerin ist ein privater Krankenversicherer. Der Beklagte war als Augenarzt tätig und behandelte in der Vergangenheit Versicherungsnehmer der Klägerin.

Der Beklagte behandelte in seiner augenärztlichen Praxis „Z.“ regelmäßig Patienten, bei denen die Diagnose einer feuchten, altersbedingten Makuladegeneration gestellt wurde, mit den Medikamenten R., D. oder C.. Hierbei handelte es sich um Medikamente zur Injektion in den Glaskörper des Auges, die sowohl als Fertigspritze als auch als Durchstechflasche erhältlich sind. Beide Darreichungsformen sind durch den jeweiligen Hersteller nur für den einmaligen Gebrauch, also die einmalige Behandlung eines Auges zugelassen. Dabei übersteigt die in einer Durchstechflasche enthaltene Menge des Medikaments die für die jeweilige Behandlung erforderliche Menge um mehr als das Doppelte. Soweit der Beklagte die Behandlung im Fall eines gesetzlich versicherten Patienten für erforderlich erachtete, stellte er für diesen ein Kassenrezept aus und ließ für das jeweils zu behandelnde Auge eine Durchstechflasche des jeweiligen Medikaments durch sein Praxispersonal unter Vorlage des entsprechenden Rezepts bei einer bundesweit tätigen Versandapotheke bestellen und an die Praxis liefern. Die nach der Behandlung des jeweiligen Kassenpatienten in der Durchstechflasche jeweils verbliebenen Reste der Medikamente verwendete der Beklagte dann im Rahmen der Behandlung von Privatpatienten weiter. Diesen Privatpatienten ließ er anschließend die Sachkosten für das Medikament in Rechnung stellen. Auf derartige Rechnungen erstattete die Klägerin zwischen den Jahren 2014 bis 2019 ihren Versicherungsnehmern Behandlungskosten in einer Gesamthöhe von 49.752,92 €. In anderen Fällen rechnete der Beklagte Medikamentenmengen ab, die den betroffenen Patienten nicht in den durch die jeweiligen Abrechnungen ausgewiesenen Mengen verabreicht wurden. So ließ der Beklagte die Medikamente A. und Y. durch Praxismitarbeiter über Rezept als sogenannten Sprechstundenbedarf und damit als Produkte, die der Arzt für mehrere gesetzlich versicherte Patienten anwenden kann, beschaffen. Das Medikament A. wurde dabei jeweils in einer 50 Einheiten enthaltenden Großpackung zum Gesamtpreis von 548,32 € und das Medikament Y. in einer Großpackung mit 30 Einheiten zum Gesamtpreis von 171,30 €, 218,13 €, 231,61 € und 285,91 € (je nach Bezugsweg) geliefert, wobei der Beklagte in der Folge für die Behandlung eines jeden Patienten jeweils nur eine Einheit der beiden Medikamente benötigte. Die so vorgenommene Behandlung ließ der Beklagte wiederum über seine Praxismitarbeiter sowie unter Inanspruchnahme eines Abrechnungsunternehmens gegenüber den jeweiligen Patienten dergestalt abrechnen, dass diesen der Preis einer Großpackung des ausgewiesenen Medikaments in Rechnung gestellt wurde, anstatt des Preises für die tatsächlich verwendete Teilmenge. Auch hier erstattete die Klägerin ihren Versicherungsnehmern Rechnungsbeträge in einer Gesamthöhe von 23.018,21 €.

Aufgrund dieser Vorgehensweise sowie weiterer Vergehen wurde der Beklagte vom Landgericht Köln mit Urteil vom 27.05.2020 unter anderem wegen Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von fünf Jahren und vier Monaten verurteilt (LG Köln, Az. 119 KLS

7/19). Das Urteil ist rechtskräftig.

Am 23.07.2021 wurde über das Vermögen des Beklagten das Insolvenzverfahren eröffnet (Amtsgericht Köln, Az. 70f IN 145/20). Die Klägerin meldete Forderungen in Höhe von insgesamt 85.948,92 €, bestehend aus einer Hauptforderung in Höhe von 72.771,08 € und einer Zinsforderung in Höhe von 13.177,84 €, zur Insolvenztabelle an und machte dabei geltend, dass es sich um Verbindlichkeiten aus vorsätzlich begangener unerlaubter Handlung handele. Wegen der Einzelheiten der Forderungsanmeldung wird auf Bl. 95 ff d.A. Bezug genommen. Von der angemeldeten Forderung stellte das Insolvenzgericht einen Betrag in Höhe von 82.745,54 EUR zur Insolvenztabelle fest (vgl. Auszug aus der Insolvenztabelle, Bl. 99 d.A.). Die Differenz resultierte daraus, dass Zinsen nur bis zum Tag vor der Eröffnung des Insolvenzverfahrens festgestellt wurden. Der Beklagte erhob Widerspruch gegen das Vorliegen der Ausnahme von der Restschuldbefreiung gemäß § 302 Nr. 1 InsO, nicht aber gegen die Forderung selbst. 6

Die Klägerin hat mit der Klage die gerichtliche Feststellung begehrt, dass die zur Insolvenztabelle festgestellte Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung stammt und damit von der Restschuldbefreiung gemäß § 302 Nr. 1 InsO ausgenommen ist. Sie ist der Ansicht gewesen, dass die Vorschrift des § 302 Nr. 1 InsO tatbestandlich nicht voraussetze, dass der Beklagte die vorsätzliche unerlaubte Handlung gerade gegenüber ihr, der Klägerin, begangen habe. Nach dem Wortlaut der Vorschrift reiche es aus, dass die Verbindlichkeit aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung resultiere. Dies entspreche auch dem Sinn und Zweck des § 302 Nr. 1 InsO, der gerade verhindern solle, dass rechts- und sittenwidrig erlangte Vorteile aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung im Wege der Restschuldbefreiung beim Schädiger verbleiben. Die Klägerin ist ferner der Auffassung gewesen, dass der Ersatzanspruch ihrer Versicherungsnehmer gegen den Beklagten gemäß § 86 Abs. 1 VVG im Wege der cessio legis auf sie übergegangen sei. 7

Die Klägerin hat beantragt, 8

festzustellen, dass es sich bei der aus dem mit gerichtlichen Schreiben vom 19.04.2023 übermittelten aktuellen Auszug aus der Insolvenztabelle ersichtlichen festgesetzten Forderung in Höhe von 82.745,54 € um eine Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung des Beklagten im Sinne von § 302 Nr. 1 InsO handelt. 9

Der Beklagte hat beantragt, 10

die Klage abzuweisen. 11

Der Beklagte hat gemeint, dass die Vorschrift des § 302 Nr. 1 InsO zugunsten der Klägerin keine Anwendung finden könne, weil die zur Insolvenztabelle angemeldete Forderung jedenfalls keine Forderung aus unerlaubter Handlung zu Lasten der Klägerin sei. Ein Betrug zu Lasten der Klägerin ergebe sich aus dem Urteil des Landgerichts Köln vom 27.05.2020 nicht. Es müsse zwischen dem Verhältnis des Beklagten zu seinem Patienten und dem Verhältnis der Klägerin zu ihren Versicherungsnehmern unterschieden werden. Der Beklagte ist ferner der Ansicht gewesen, dass es mangels Kommunikation an einer Täuschungshandlung fehle. Zudem mangle es an einer Vermögensverfügung der Klägerin gegenüber dem Beklagten sowie an einer Stoffgleichheit von Vorteil und Schaden. 12

Wegen der Einzelheiten des streitigen Vorbringens der Parteien und der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO auf die Ausführungen in 13

dem angefochtenen Urteil (Bl. 468 ff. d.A.) Bezug genommen.

Das Landgericht hat der Klage überwiegend stattgegeben. Es hat festgestellt, dass es sich bei der aus dem mit gerichtlichen Schreiben vom 19.04.2023 übermittelten aktuellen Auszug aus der Insolvenztabelle ersichtlichen festgesetzten Forderung in Höhe von 82.745,54 € in Höhe eines Betrags von 82.145,03 € um eine Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung des Beklagten im Sinne von 302 Nr. 1 InsO handele. Die Voraussetzungen des § 302 Nr. 1 InsO seien gegeben. Die Klägerin habe die Forderung gemäß § 174 Abs. 2 InsO als aus unerlaubter Handlung herrührend angemeldet. Das Bestehen der Rückzahlungsforderung der Klägerin gegenüber dem Beklagten in der geltend gemachten Höhe sei kraft der ohne Widerspruch des Schuldners gebliebenen Feststellung zur Insolvenztabelle mit der Wirkung eines rechtskräftigen Urteils nach § 201 Abs. 2 InsO festgestellt. Die Rückzahlungsforderung stamme in Höhe eines Betrags von 82.145,03 € aus einer unerlaubten Handlung. Gegenüber den Versicherungsnehmern hafte der Beklagte wegen der zu Unrecht in Rechnung gestellten Sachkosten für die Medikamente R., D. und C. sowie A. und Y. nach § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 263 StGB. Aus dem rechtskräftigen Strafurteil ergebe sich dabei, dass der Beklagte die Medikamente R., D. und C. gegenüber Privatpatienten abgerechnet habe, obwohl er für diese die Reste aus schon für gesetzlich versicherte Patienten bestellte und in Rechnung gestellte Medikamente verwendet hatte, ihm also gar keine Kosten für die Medikamente entstanden waren. Der Beklagte habe auch vorsätzlich gehandelt. Die Patienten hätten im Vertrauen auf die Richtigkeit der Rechnungen den entsprechenden Betrag gezahlt und diesen bei der Versicherung eingereicht. Die Kosten der Medikamente seien daher in voller Höhe von 49.752,92 € zurückzuerstatten. Das Landgericht hat zudem einen Rückforderungsanspruch der Versicherungsnehmer der Klägerin aus § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 263 StGB in Bezug auf die durch den Beklagten in Rechnung gestellten Medikamente A. und Y. in Höhe von 22.473,04 € bejaht. Ein höherer Anspruch stehe der Klägerin gegen den Beklagten nicht zu. Aus dem Strafurteil ergebe sich ein vorsätzliches Handeln lediglich in Höhe von 49/50 des Preises des Medikaments A. und 29/30 des Preises des Medikaments Y.. Der Beklagte habe die entsprechenden Medikamente in Großpackungen zu 50 bzw. 30 Einzeldosen bestellt und für die von ihm behandelten Privatpatienten dann jeweils eine Dosis für die Behandlung verwendet. Gleichwohl habe der Beklagte die gesamte Großpackung in Rechnung gestellt. Wie die Hauptforderung sei auch der Zinsanspruch von der Restschuldbefreiung ausgenommen. Dass die unerlaubte Handlung nicht gegenüber der Klägerin, sondern gegenüber ihren Versicherungsnehmern begangen worden sei, stehe der Anwendung des § 302 Nr. 1 InsO nicht entgegen. Ebenfalls stehe nicht entgegen, dass die Rückzahlungsansprüche der Versicherungsnehmer mangels Kongruenz nicht nach § 86 Abs. 1 VVG auf die Klägerin übergegangen seien. Es sei anerkannt, dass der Übergang des Anspruchs des Geschädigten auf einen Dritten durch cessio legis nicht dazu führe, dass die Forderung gegen den Schuldner nunmehr von der Restschuldbefreiung erfasst werde. Dies würde der Zielvorstellung des Gesetzgebers, der Ausgleichsfunktion des Deliktsrechts Vorrang vor dem Gedanken der Entschuldung zu verschaffen, zuwiderlaufen. Gleiches müsse aber auch gelten, wenn die Forderung aus einem anderen Grunde als über eine cessio legis auf einen Dritten übergegangen sei. Wegen der Feststellung der entsprechenden Forderungen zur Insolvenztabelle stehe vorliegend fest, dass die Ansprüche der Versicherungsnehmer gegen den Beklagten wegen zu Unrecht abgerechneter Sachkosten auf die Klägerin übergegangen seien. Auf den Rechtsgrund für den Übergang komme es insoweit nicht an.

14

Hiergegen wendet sich der Beklagte mit seiner form- und fristgerecht eingereichten Berufung, mit der er seinen erstinstanzlichen Antrag auf Klageabweisung weiterverfolgt. Der Beklagte

15

ist der Auffassung, den Patienten und Versicherungsnehmern der Klägerin stehe ein Schadensersatzanspruch aus § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 263 StGB nicht zu, weil diesen aufgrund der Erstattung der gezahlten Beträge durch die Klägerin kein Schaden entstanden sei. Aus gleichem Grund bestehe auch kein Anspruch der Patienten aus § 826 BGB. Soweit Ansprüche der Patienten auf Rückzahlung der Vergütung allenfalls aus §§ 812 ff. BGB denkbar seien, stellten diese wiederum keine Ansprüche aus unerlaubter Handlung im Sinne von § 302 Nr. 1 InsO dar. Darüber hinaus fehle es an einem Übergang der Ansprüche der Patienten auf die Klägerin. Die Eintragung der Ansprüche der Klägerin gegenüber der Beklagten in der Insolvenztabelle habe keinen Übergang der Ansprüche auf die Klägerin bewirkt. Rechtsfehlerhaft sei das Landgericht davon ausgegangen, dass es auf den Rechtsgrund für den Übergang nicht ankomme. Der Beklagte rügt ferner, dass das Landgericht nicht auf seinen Vortrag im Schriftsatz vom 18.09.2024 eingegangen sei, nach dem er ab Anfang 2017 Inhaber einer Herstellererlaubnis für die W.-Zubereitung gewesen sei. Eine solche wäre ihm nicht erteilt worden, wenn die Wirksamkeit der Behandlung nicht gegeben gewesen wäre.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung, hält aber die Auffassung des Landgerichts im angefochtenen Urteil, dass die Rückzahlungsansprüche der Versicherungsnehmer nicht gemäß § 86 Abs. 1 VVG auf sie übergegangen seien, für rechtsfehlerhaft. Sinn und Zweck der cessio legis sei, dass der zum Schadensersatz verpflichtete schädigende Dritte durch die Leistung des Versicherers keinen Vorteil erhalten solle. Daneben solle eine Bereicherung des Versicherungsnehmers verhindert werden, indem das Gesetz anordne, dass im Fall der Leistung durch den Versicherer der Anspruch auf diesen übergehe. Diese Schutzzwecke seien im vorliegenden Fall einschlägig. Anders als es das Landgericht angenommen habe, seien die Ansprüche gegen den Beklagten aus vorsätzlich begangener unerlaubter Handlung und die Erstattungsleistungen der Klägerin an die Versicherungsnehmer auch kongruent. Das Kongruenzprinzip besage, dass der Ersatzanspruch des Versicherten gegen den Dritten und der Entschädigungsanspruch des Versicherten gegen den Versicherer deckungsgleich sein müssen. Dies sei hier der Fall. Sie habe Ansprüche der Versicherungsnehmer erstattet, für die nach dem Versicherungsvertrag Ersatz zu leisten gewesen sei. Es komme dabei nicht auf eine enge Betrachtung der möglichen Ersatzansprüche unter ihrer rechtsdogmatischen Einordnung an, sondern auf eine wirtschaftliche Betrachtung dahingehend, ob durch den Anspruch der durch den Versicherungsfall eingetretene wirtschaftliche Schaden ersetzt werden solle. Maßgeblich sei darauf abzustellen, welche Gefahr und welches Risiko versichert sei und ob die Ersatzansprüche des Geschädigten in den Schutzbereich des Versicherungsvertrags fielen. Die zwischen der Klägerin und ihren Versicherungsnehmern abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge würden Versicherungsschutz für die Kosten gewähren, die für Behandlungen, Medikamente und Hilfsmittel bei Krankheit und Verletzungen anfielen. Die Verpflichtung zur entsprechenden Erstattung ergebe sich aus § 192 Abs. 1 VVG. Die Tatsache, dass die Klägerin Erstattung für tatsächlich nicht entstandene Sachkosten geleistet habe, stehe dem nicht entgegen. Denn nach überwiegender Auffassung komme es auch insoweit zu einem Anspruchsübergang nach § 86 VVG und dem dieser Vorschrift zugrundeliegenden Gedanken der richtigen Schadensdistribution. Denn wenn ein Versicherer geleistet habe, obwohl er nicht eintrittspflichtig gewesen sei, solle hiervon nicht der Geschädigte, der andernfalls doppelt liquidieren könne, noch der Schädiger selbst profitieren. Im Übrigen stehe der Forderungsübergang ohnehin bereits aufgrund der Feststellung der Forderung zur Insolvenztabelle fest.

16

Wegen aller weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Parteien im Berufungsverfahren wird auf die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

17

II.	18
Die Berufung war gemäß § 522 Abs. 2 ZPO durch einstimmigen Beschluss zurückzuweisen, denn sie hat offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg. Es ist nicht ersichtlich, dass die angefochtene Entscheidung auf einer Rechtsverletzung beruht oder nach § 529 ZPO zugrunde zu legende Tatsachen eine andere Entscheidung rechtfertigen. Die Rechtssache hat auch keine grundsätzliche Bedeutung. Ebenso wenig ist eine Entscheidung des Senats durch Urteil zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich oder aus anderen Gründen eine mündliche Verhandlung geboten.	19
Die Klägerin ist auf die beabsichtigte Zurückweisung der Berufung und die Gründe hierfür mit Beschluss vom 07.01.2026 hingewiesen worden. Die daraufhin mit Schriftsatz vom 19.02.2026 erhobenen Einwände des Beklagten gegen die Hinweise des Senats führen auch nach nochmaliger Überprüfung der Sach- und Rechtslage nicht zu einer anderen Beurteilung.	20
Entgegen der Annahme des Beklagten hat der Senat bei der Bejahung eines Schadensersatzanspruchs aus § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 263 StGB sowohl einen Vermögensschaden im Sinne des § 263 Abs. 1 StGB als auch einen zivilrechtlichen Vermögensschaden gemäß §§ 823, 249 BGB geprüft und als gegeben angesehen (vgl. Ziff. 1. a. und b. des Hinweisbeschlusses). In Bezug auf den zivilrechtlichen Vermögensschaden hat der Senat darauf hingewiesen, dass die Patienten auf die Rechnungen des Beklagten hin gezahlt haben, obwohl sie dem Beklagten in Höhe der diesem nicht entstandenen Kosten nicht zur Zahlung verpflichtet waren und dass der ihnen dadurch entstandene Vermögensschaden nicht anschließend dadurch entfallen ist, dass die Klägerin ihren Versicherungsnehmern die entsprechenden Rechnungsbeträge erstattet hat, weil ein solcher Vorteil dem Beklagten nach den Grundsätzen der Vorteilsanrechnung nicht zugutekommen kann. Der sich aus dem Gesetz ergebende Forderungsübergang zeigt, dass die Versicherungsleistung einen solchen, den Schädiger entlastenden Zweck nicht hat. Soweit der Beklagte meint, ein Übergang der Ansprüche der Versicherungsnehmer auf die Klägerin scheitere an einer mangelnden Kongruenz, hat sich der Senat mit dieser Frage ausführlich im Hinweisbeschluss auseinandergesetzt. An seiner Rechtsauffassung hält er auch weiterhin fest. Das im Schriftsatz vom 19.02.2026 vorgebrachte Argument, Leistungen, die außerhalb des vertraglichen Risikos stünden, seien nicht vom Schutzbereich der privaten Krankenversicherung umfasst, greift nicht durch. Wie der Senat bereits ausgeführt hat, gehören dem Versicherungsnehmer durch einen Arzt in Rechnung gestellte Behandlungskosten zu dem Risiko, welches der Versicherungsvertrag sachlich und zeitlich abdeckt. Auf die Frage, ob eine Rechtspflicht zur Zahlung bzw. Erstattung der Kosten bestand, kommt es nicht an.	21
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	22
Berufungsstreitwert: 65.716,02 EUR	23