BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

III ZR 351/04

Verkündet am:
28. April 2005
F r e i t a g
Justizamtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

BGHR: ja

BGB § 242 Bb, Bd; § 313 Abs. 2 n.F.

Haben der Krankenhausträger und der Patient (hier: die Mutter des minderjährigen Patienten) die gemeinsame Vorstellung, daß eine gesetzliche Krankenversicherung bestehe, die die Kosten des Krankenhausaufenthalts übernehme, und stellt sich dies als Irrtum heraus, dann fehlt dem zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten (hier der Mutter des minderjährigen Patienten) geschlossenen Behandlungsvertrag die Geschäftsgrundlage.

Die bei Fehlen der Geschäftsgrundlage gebotene Anpassung des zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten (hier: der Mutter des Patienten) geschlossenen Behandlungsvertrages führt dazu, daß der Krankenhausträger die nach Maßgabe der §§ 10 ff BPflV zu ermittelnde Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen von dem Patienten (hier: von der Mutter des Patienten) fordern kann.

BGH, Urteil vom 28. April 2005 - III ZR 351/04 - OLG Koblenz
LG Koblenz

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 7. April 2005 durch den Vorsitzenden Richter Schlick und die Richter Dr. Wurm, Dr. Kapsa, Dörr und Galke

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des 3. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Koblenz vom 20. Juli 2004 aufgehoben.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil der 15. Zivilkammer des Landgerichts Koblenz vom 18. Oktober 2002 wird zurückgewiesen, soweit die Beklagte verurteilt worden ist, an die Klägerin 4.665,04 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 23. Januar 2002 zu zahlen.

Im übrigen wird die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsrechtszuges, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Die klagende Stadt ist Trägerin eines Krankenhauses, in dem S. P. H. , die Tochter der Beklagten und ihres früheren Ehemannes S. H. , stationär behandelt wurde.

Am 5. März 1999 brachte die Beklagte ihre Tochter zur stationären Behandlung in das Krankenhaus der Klägerin. Bei der Aufnahme gab sie an, für ihre Tochter bestehe Versicherungsschutz durch die AOK L. ; Versicherter sei ihr Ehemann, der Dachdecker S. H. . Ferner unterschrieb die Beklagte einen "Aufnahme-Antrag", in dem es unter anderem hieß:

> "Ich beantrage für meine Person/für den oben bezeichneten Patienten die Gewährung der Regelleistung im Krankenhaus.
>
> ...
>
> Ich erkenne hiermit die Allgemeinen Vertragsbedingungen und die Hausordnung für die Patienten sowie den Pflegekostentarif in der jeweils gültigen Fassung an."

§ 8 Abs. 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klägerin bestimmt, daß ein Kassenpatient, der Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nimmt, die nicht durch die Kostenübernahme einer Krankenkasse gedeckt sind, als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für diese Leistungen verpflichtet ist.

Nach der vorgenannten, bis zum 19. März 1999 dauernden stationären Behandlung war die Tochter der Beklagten nochmals, nämlich vom 19. Februar 2000 bis zum 20. März 2000, im Krankenhaus der Klägerin. Bei diesem Krankenhausaufenthalt hatte der damalige Ehemann der Beklagten das Kind eingeliefert.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Die AOK L. übernahm die Kosten dieser stationären Behandlungen nicht, weil der Ehemann der Beklagten zur fraglichen Zeit nicht versichert war und damit auch keine Familienversicherung für die gemeinsame Tochter S. -P. bestand. Das Krankenhaus stellte der Beklagten daraufhin für die stationäre Behandlung der Tochter in der Zeit vom 5. bis 19. März 1999 9.124,02 DM (= 4.665,04 €) und für die stationäre Behandlung vom 19. Februar 2000 bis zum 20. März 2000 weitere 20.202,39 DM (= 10.329,32 €), insgesamt also 14.994,36 €, in Rechnung. Dieser Betrag nebst Zinsen wird mit der Klage geltend gemacht.

Die Klägerin trägt vor, die Tochter der Beklagten sei aufgrund eines am 5. März 1999 mit der Beklagten geschlossenen Behandlungsvertrages im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden. Für die bis zum 19. März 1999 dauernde stationäre Behandlung könne sie nach dem Behandlungsvertrag und nach ihren Allgemeinen Vertragsbedingungen von der Beklagten das Entgelt beanspruchen, nachdem sich herausgestellt habe, daß für deren Tochter keine gesetzliche Krankenversicherung bestanden habe. Für die Kosten der von dem damaligen Ehemann der Beklagten veranlaßten stationären Behandlung der Tochter im Jahr 2000 hafte die Klägerin nach § 1357 BGB.

Das Landgericht hat der Klage stattgegeben, das Berufungsgericht hat sie abgewiesen. Mit der von dem Berufungsgericht zugelassenen Revision verfolgt die Klägerin ihr Zahlungsbegehren weiter.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist begründet, soweit die Klägerin Zahlung von 4.665,04 € nebst Zinsen begehrt. Im übrigen führt die Revision zur Aufhebung des Berufungsurteils und zur Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht.

I.

Das Berufungsgericht hat im wesentlichen ausgeführt:

Bezüglich der Behandlung der Tochter der Beklagten in der Zeit vom 5. bis zum 19. März 1999 sei ein entgeltlicher Behandlungsvertrag zwischen den Parteien nicht zustande gekommen. Ein etwaiger Behandlungsvertrag des Kassenpatienten mit dem Krankenhaus habe jedenfalls nicht zum Inhalt gehabt, daß der Patient - über die gesetzlich vorgeschriebene Selbstbeteiligung hinaus - ein Entgelt für die stationäre Behandlung zu zahlen habe. Denn mit der Angabe der gesetzlichen Krankenversicherung gebe der Patient - wie hier die Beklagte als Mutter der Patientin - unmißverständlich zu erkennen, daß er sich nicht persönlich zu einer Zahlung verpflichten wolle. Aus dem von der Beklagten unterschriebenen "Aufnahme-Antrag" ergebe sich nichts anderes. Auf § 8 Abs. 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen könne die Klägerin ihre Entgeltforderung nicht stützen. Die Allgemeinen Vertragsbedingungen seien nicht wirksam in einen etwaigen Behandlungsvertrag der Parteien einbezogen worden (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 AGBG); zudem habe es sich bei § 8 Abs. 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen um eine überraschende und deshalb nach § 3 AGBG nichtige Klausel gehandelt.

Zu einer Zahlungsverpflichtung der Beklagten führe ferner nicht eine ergänzende Vertragsauslegung. Bei der Abwägung der beiderseitigen Interes-

sen könne ein Wille der Parteien, wonach bei fehlendem Versicherungsschutz die Beklagte die Krankenhauskosten zu tragen habe, nicht ermittelt werden. Zwar habe im Behandlungsvertrag möglicherweise eine Regelungslücke bestanden. Die Parteien hätten sich nicht über den Fall verständigt, daß ein Versicherungsverhältnis nicht bestehe. Diesbezüglich sei indes auszuschließen, daß sich die Beklagte bereitgefunden hätte, eine Zahlungsverpflichtung zu übernehmen. Denn sie sei mangels eigener Einkünfte nicht zahlungsfähig gewesen. Daß die Klägerin aus einer solchen vertraglichen Verpflichtung den Ehemann der Beklagten nach § 1357 BGB hätte in Anspruch nehmen können, sei unerheblich.

Die Beklagte müsse nicht gemäß § 1357 Abs. 1 BGB für die Kosten der von ihrem damaligen Ehemann veranlaßten Behandlung ihrer Tochter (19. Februar 2000 bis 20. März 2000) einstehen. Diese Mithaftung entfalle nämlich schon dann, wenn der in Anspruch genommene Ehegatte, wie hier die Beklagte, nicht über die erforderlichen Mittel verfüge, um den - im Streitfall durch die stationäre Behandlung des gemeinsamen Kindes verursachten - Sonderbedarf zu bestreiten.

Auch ein Anspruch der Klägerin auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 683, 670 BGB) scheide aus.

II.

Das Berufungsurteil hält der rechtlichen Prüfung nicht stand.

1. Die Klägerin kann von der Beklagten für die Behandlung von deren Tochter im März 1999 eine Vergütung in Höhe von 4.665,04 € beanspruchen (§ 611 Abs. 1 BGB).

a) Wie das Berufungsgericht im Ansatz zu Recht ausgeführt hat, ging der Wille der Parteien dahin, einen für die Beklagte nicht mit Zahlungspflichten verbundenen (privatrechtlichen) Vertrag über die stationäre Behandlung von deren Tochter zu schließen.

Die Parteien gingen nach den Feststellungen des Berufungsgerichts davon aus, die Tochter der Beklagten werde als Kassenpatientin in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. In einem solchen Fall besteht ein Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers unmittelbar und ausschließlich gegen die gesetzliche Krankenkasse. Das gilt unbeschadet dessen, daß neben dieses öffentlich-rechtliche "Abrechnungsverhältnis" ein "Behandlungsverhältnis" zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus tritt, das auf einem privatrechtlichen Vertrag (§ 611 BGB) beruht. Dementsprechend richtete sich schon das "Angebot" der Klägerin von vornherein auf die stationäre Behandlung ohne Kostenbelastung - nach den Modifizierungen des Sozialrechts - für die Patientin und die diese einliefernde Beklagte (vgl. BGHZ 89, 250, 258; BGH, Urteil vom 9. Mai 2000 - VI ZR 173/99 - NJW 2000, 3429 f; s. auch Senat BGHZ 140, 102, 110; BSGE 70, 20, 22 f und BSG NJW-RR 1998, 273, 274).

b) Die Parteien haben keine subsidiäre Haftung der Beklagten ausbedungen für den Fall, daß - entgegen ihrer gemeinsamen Annahme - gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für die Tochter der Beklagten nicht besteht.

aa) Eine solche Haftung kann nicht § 8 Abs. 3 der - in dem schriftlichen "Aufnahme-Antrag" der Beklagten in Bezug genommenen - Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klägerin entnommen werden.

In der von der Klägerin nur dem Wortlaut nach mitgeteilten Klausel heißt es, ein Kassenpatient, der Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nehme, die nicht durch die Kostenübernahme einer Krankenkasse gedeckt seien, sei als Selbstzahler zur Entrichtung eines Entgelts für diese Leistungen verpflichtet. Der Senat kann diese Bestimmung selbst auslegen, weil das Berufungsgericht deren Inhalt nicht hinreichend geprüft hat und weitere Feststellungen insoweit nicht zu erwarten sind. Die Prüfung ergibt, daß offenbleibt, ob § 8 Abs. 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen überhaupt die vorliegende Sachverhaltsgestaltung betrifft. Die Revisionserwiderung macht mit Recht geltend, die Klausel scheine den - hier nicht gegebenen - Fall zu regeln, daß vom Kassenpatienten Wahlleistungen oder sonstige, von vornherein nicht im GKV-Leistungs-Katalog enthaltene Behandlungen oder Leistungen in Anspruch genommen würden; § 8 Abs. 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen bestimme nicht darüber hinaus die Vergütungspflicht eines Patienten, der - in der irrtümlichen Annahme, gesetzlich versichert zu sein - sich als Kassenpatient in stationäre Behandlung begeben und die üblichen Leistungen für gesetzlich Versicherte erhalten habe. Der Wortlaut des § 8 Abs. 3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen läßt ein solches Verständnis zu. Von ihm ist nach der Unklarheitenregel (§ 5 AGBG i.V.m. Art. 229 § 5 Satz 1 EGBGB <jetzt: § 305c Abs. 2 BGB>) zu Lasten der Verwenderin der AGB, d.h. der Klägerin, auszugehen.

bb) Eine ergänzende Vertragsauslegung, wonach die Beklagte eine (subsidiäre) Haftung für die Krankenhausbehandlung ihrer Tochter trifft, hätte

eine Regelungslücke - eine planwidrige Unvollständigkeit - vorausgesetzt (vgl. BGHZ 127, 138, 142). Eine solche dürfte im Streitfall indes - was das Berufungsgericht offengelassen hat und damit der Feststellungsbefugnis des Senats unterliegt - nicht vorliegen. Die Parteien haben die Frage, ob die Beklagte für die Kosten der stationären Behandlung ihrer Tochter aufkommen muß, geregelt; nämlich in dem Sinne, daß die Tochter der Beklagten im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Versorgung - mit Kostenausgleich im Verhältnis der Klägerin und der zuständigen AOK - behandelt und die Beklagte nicht in Anspruch genommen werden sollte. Daß die Parteien dabei von falschen Voraussetzungen ausgingen, ändert nichts daran, daß sie diesen Punkt - den Ausschluß einer Zahlungspflicht der Beklagten - tatsächlich geregelt haben.

c) Das Berufungsgericht hat jedoch nicht berücksichtigt, daß dem privatrechtlichen "Behandlungsverhältnis", das zwischen den Parteien bestand, die Geschäftsgrundlage fehlte und die deshalb gebotene Vertragsanpassung zu einem Zahlungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte führt.

Geschäftsgrundlage sind die gemeinsamen Vorstellungen beider Vertragspartner, die nicht zum eigentlichen Vertragsinhalt erhoben worden sind, die beim Abschluß aber zutage getreten sind, oder die dem Geschäftspartner erkennbaren oder von ihm nicht beanstandeten Vorstellungen der anderen Partei von dem Vorhandensein und dem künftigen Eintritt oder Nichteintritt bestimmter Umstände, auf denen sich der Geschäftswille der Parteien aufbaut (st. Rspr., z.B. BGHZ 25, 390, 392; 40, 334, 335 f; 61, 153, 160; <Senat> 84, 1, 8 f; 120, 10, 23; BGH, Urteile vom 26. Oktober 1999 - X ZR 54/97 - NJW-RR 2000, 1219 und vom 15. November 2000 - VIII ZR 324/99 - NJW 2001, 1204, 1205).

aa) Zwischen der Klägerin und der Beklagten kam - jedenfalls konkludent - mit der von der Beklagten gewünschten Behandlung ihrer Tochter im Krankenhaus der Klägerin ein von der Beklagten im eigenen Namen geschlossener Vertrag über die stationäre Behandlung ihrer Tochter zustande (§§ 611, 328 BGB; vgl. BGHZ 89, 263, 266; 106, 153, 161; BGB-RGRK/Nüßgens 12. Aufl. 1989 § 823 Anh. II Rn. 7; Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht 9. Aufl. 2002 Rn. 10; Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts 3. Aufl. 2002 § 40 Rn. 8; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht 5. Aufl. 2003 Rn. 81 und 563).

bb) Bei Abschluß des Behandlungsvertrages hatten die Parteien gemeinsam die Vorstellung, die AOK L. werde die Kosten des Krankenhausaufenthalts der Tochter der Beklagten übernehmen, weil die Tochter über den damaligen Ehemann der Beklagten familienversichert sei; das stellte sich als Irrtum heraus. Ein solcher gemeinschaftlicher Irrtum ist ein typischer Fall des Fehlens der Geschäftsgrundlage (vgl. BGHZ 58, 355, 361 f; 123, 76, 82; Staudinger/J. Schmidt, BGB 13. Bearb. 1995 § 242 Rn. 370; s. auch § 313 Abs. 2 BGB n.F.).

cc) Fehlte aber dem von den Parteien geschlossenen Behandlungsvertrag die Geschäftsgrundlage, dann hat eine Anpassung des Vertragsinhalts nach den Grundsätzen von Treu und Glauben unter umfassender Abwägung der beiderseitigen Interessen zu erfolgen (vgl. BGH, Urteil vom 26. Oktober 1999 aaO S. 1220; s. auch § 313 Abs. 1 BGB n.F.). Eine solche Vertragsanpassung führt hier dazu, daß die Klägerin die Vergütung für die stationäre Behandlung von der Beklagten fordern kann.

(1) Die Beklagte trug das Risiko, daß das von ihr zur stationären Behandlung gebrachte Kind krankenversichert war. Es ist nicht Sache des Krankenhausträgers, für den Versicherungsschutz des Patienten Sorge zu tragen. Der Patient (bzw. bei Minderjährigen deren Eltern) hat hierzu im eigenen Interesse das Nötige zu veranlassen und den Krankenhausträger zutreffend zu unterrichten. Er weiß in der Regel, ob und bei wem eine Krankenversicherung besteht; Zweifel kann er gewöhnlich ohne Schwierigkeiten durch eine Anfrage bei der Krankenkasse ausräumen. Besteht kein Versicherungsschutz, kann der Patient gegebenenfalls durch die Inanspruchnahme von Sozialhilfe für Kostendeckung sorgen. Umgekehrt hat der Krankenhausträger in der Regel keinen Einblick in die persönlichen und sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse sowie in die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Patienten. Dem Krankenhausträger, der täglich eine Vielzahl von Aufnahmen - teilweise unter Notfallbedingungen - zu bewältigen hat, ist es schon aus praktischen Gründen kaum möglich, die Angaben des Patienten bezüglich der Krankenversicherung jeweils vor Beginn der Behandlung zu überprüfen. Vielmehr darf er grundsätzlich darauf vertrauen, daß der Patient ihm gegenüber zutreffende Angaben macht. Zwar holt bei den Kassenpatienten meist das Krankenhaus die Kostenübernahme der Krankenkasse für den Patienten ein. Diese, ersichtlich durch Gründe der Verwaltungsvereinfachung veranlaßte Übung, berührt die vorbeschriebene Risikozuweisung an den Patienten jedoch nicht. Auch kann es einem Krankenhausträger nicht angesonnen werden, sich ohne konkreten Anlaß mit der Einkommens- und Vermögenslage eines eingelieferten Patienten zu befassen, um vorsorglich abzuklären, ob eigene Leistungsansprüche gegen den zuständigen Sozialhilfeträger wegen der Behandlung des - mittellosen - Patienten in Betracht kommen (§ 121 BSHG; jetzt § 25 SGB XII; siehe dazu

das zur Veröffentlichung vorgesehene Senatsurteil vom 10. Februar 2005 - III ZR 330/04).

(2) Die Vertragsanpassung hat den gesetzlichen Vorgaben zu folgen. Die Klägerin war gehalten, für ihre allgemeinen Krankenhausleistungen das nach Maßgabe der §§ 10 ff BPflV zu ermittelnde Entgelt zu fordern. Von den danach zugrunde zu legenden Pflegesätzen durfte sie nicht abweichen; insbesondere war eine Differenzierung nach der Einkommens- und Vermögenslage des Patienten nicht zulässig (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG; Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht <Stand August 1997> § 17 KHG Erl. I 4 und <Stand Mai 1998> § 10 BPflV Erl. 2). Dieses staatliche Preisrecht läßt keinen Raum für - ansonsten bei der Vertragsanpassung gebotene - Zumutbarkeitserwägungen. Im Zuge der Vertragsanpassung ist die Beklagte daher verpflichtet, für die von ihr veranlaßte Behandlung ihrer Tochter den einheitlichen Pflegesatz zu entrichten.

2. Auch wegen der von dem Ehemann der Beklagten veranlaßten stationären Behandlung (19. Februar 2000 bis 20. März 2000) der gemeinsamen Tochter kommt entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts eine Haftung der Beklagten in Betracht.

a) Wird ein minderjähriges Kind zur stationären Behandlung eingeliefert, dann wird der Behandlungsvertrag in der Regel zwischen den Eltern und dem Krankenhausträger als Vertrag zugunsten des Kindes zustande kommen (§§ 611, 328 BGB; s. oben unter II 1 c aa m.w.N.). Aus einem solchen Behandlungsvertrag werden, soweit sich nicht aus den Umständen etwas anderes er-

gibt, beide Eltern berechtigt und verpflichtet; es kommt grundsätzlich nicht darauf an, wer das Kind zur Aufnahme in die stationäre Behandlung begleitet hat.

Das Berufungsgericht hat diesen, von der Klägerin allerdings bisher auch nicht geltend gemachten, Gesichtspunkt nicht geprüft. Die Klägerin erhält insoweit Gelegenheit zu neuem Sachvortrag. Das Berufungsgericht wird gegebenenfalls festzustellen haben, ob der Ehemann der Beklagten einen Behandlungsvertrag zugunsten der gemeinsamen Tochter im eigenen Namen und im Namen der Beklagten (§ 164 BGB) schloß. Die Beklagte könnte aus einem solchen - gegebenenfalls nach den vorgenannten Grundsätzen angepaßten - Vertrag unmittelbar haften, und zwar als Gesamtschuldnerin mit ihrem damaligen Ehemann.

b) Auf der Grundlage der bisher von dem Berufungsgericht getroffenen Feststellungen kann jedenfalls ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte gemäß §§ 611, 1357 Abs. 1 BGB wegen der von dem Ehemann der Beklagten veranlaßten Krankenhausbehandlung nicht verneint werden.

aa) Nach § 1357 Abs. 1 BGB ist jeder Ehegatte berechtigt, Geschäfte zur angemessenen Deckung des Lebensbedarfs der Familie zu besorgen. Die hier zu beurteilende stationäre Behandlung der Tochter der Beklagten und ihres Ehemannes, die medizinisch geboten war und ohne Inanspruchnahme von Sonderleistungen erfolgte, gehörte grundsätzlich zum angemessenen Unterhalt der Familie (BGHZ 116, 184, 186 f).

Durch solche Geschäfte werden beide Ehegatten berechtigt und verpflichtet, es sei denn, daß sich aus den Umständen etwas anderes ergibt. Die

auf dem Ersten Gesetz zur Reform des Ehe- und Familienrechts vom 14. Juni 1976 (BGBl. I S. 1421) beruhende Fassung der Vorschrift knüpft nicht mehr an die nach früherem Recht bestehende Pflicht der Frau an, den Haushalt in eigener Verantwortung zu führen (§ 1356 Abs. 1 Satz 1 BGB a.F.), und an die ihr dementsprechend eingeräumte Befugnis, Geschäfte innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises mit Wirkung für den Mann zu besorgen. Vielmehr ist mit Rücksicht darauf, daß die Aufgabenverteilung in der ehelichen Gemeinschaft den Partnern selbst überlassen und das Leitbild der sogenannten Hausfrauenehe aufgegeben worden ist, die Rechtsmacht zur Verpflichtung auch des Partners an die "angemessene Deckung des Lebensbedarfs der Familie" gebunden worden. Der Bundesgerichtshof hat hierzu entschieden, wie weit der Lebensbedarf der Familie reiche, bestimme sich familienindividuell nach den Verhältnissen der Ehegatten. Da die Einkommens- und Vermögensverhältnisse dem Vertragspartner allerdings häufig verborgen bleiben, ist entscheidend auf den Lebenszuschnitt der Familie abzustellen, wie er nach außen in Erscheinung tritt. Darüber hinaus ist die Einbindung des § 1357 BGB in das Unterhaltsrecht zusammenlebender Ehegatten (§§ 1360, 1360a BGB) zu beachten. Zu den Umständen, die bei der Anwendung des § 1357 BGB von Bedeutung sein können, gehören daher auch die wirtschaftlichen Verhältnisse in ihrem Bezug zu den Kosten, die durch die jeweils in Rede stehende Geschäftsbesorgung ausgelöst werden. Auch insoweit ist die Sicht eines objektiven Beobachters nach dem Erscheinungsbild der Ehegatten, wie es für Dritte allgemein offenliegt, entscheidend (vgl. BGHZ 94, 1, 5 f; 116, 184, 188 f; Senatsurteil vom 11. März 2004 - III ZR 213/03 - NJW 2004, 1593, 1594).

bb) Diese Grundsätze hat das Berufungsgericht nicht hinreichend berücksichtigt, indem es allein auf die Mittellosigkeit der Beklagten abgestellt hat.

Es kam darauf an, ob nach dem äußeren Erscheinungsbild die Kosten der - wie die Klägerin betont, unaufschiebbaren - Krankenhausbehandlung der gemeinsamen Tochter noch im Rahmen der damaligen wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie der Beklagten standen; denn die Eheleute lebten damals nicht getrennt (vgl. BGHZ 116 aaO; Senatsurteil vom 11. März 2004 aaO). Das ist in dem von dem Berufungsgericht zitierten Urteil des Oberlandesgerichts Köln NJW-RR 1999, 733 mißverstanden worden. Daß die Kosten der Krankenhausbehandlung außer Verhältnis zu dem Lebenszuschnitt der Familie standen, kann nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht ohne weiteres zugrunde gelegt werden. Nach dem Berufungsurteil hat die Beklagte bei ihrer Vernehmung als Partei ausgesagt, ihr Ehemann sei als Lkw-Fahrer beschäftigt gewesen, als sie ihre Tochter zum Krankenhaus gebracht habe. Ihr damaliger Ehemann hat als Zeuge bestätigt, in der fraglichen Zeit ständig als Arbeitnehmer tätig gewesen zu sein.

Das Berufungsgericht wird diesbezüglich noch Feststellungen zu treffen haben. Die Darlegungs- und Beweislast dafür, daß die grundsätzlich als Geschäft im Sinne des § 1357 Abs. 1 Satz 1 BGB anzusehende Krankenhausbehandlung der gemeinsamen Tochter ausnahmsweise deshalb nicht zu einer Mithaftung der beklagten Ehefrau nach Satz 2 dieser Bestimmung führt, weil die wirtschaftlichen Familienverhältnisse als ein Umstand zu bewerten sind, aus dem sich etwas anderes ergibt, liegt bei der Beklagten.

cc) Sollte sich nach der neuen Berufungsverhandlung ergeben, daß die Beklagte nicht nach § 1357 Abs. 1 BGB haftet, schiede auch eine Inanspruchnahme nach den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag aus. Ob und inwieweit sich aus Rechtsgeschäften eines Ehegatten wegen des diesem Ge-

schäft zugrundeliegenden "Familienbezugs bzw. -interesses" eine Mithaftung des anderen Ehegatten ergibt, beantwortet sich vorrangig nach § 1357 Abs. 1 BGB. Die sich aus dieser - in erster Linie haftungserweiternden - Vorschrift ergebenden Haftungseinschränkungen dürfen nicht über eine Anwendung der Regeln über die Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 683, 670 BGB) zu Lasten des anderen Ehegatten überspielt werden.

Schlick Wurm Kapsa

Dörr Galke