

17

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: -----ja

BGB §§ 133 C, 157 Ga

Wer sich auf Grund des Überweisungsscheins (Krankenscheins) seiner Ersatzkrankenkasse in die Behandlung eines Arztes begibt, muß die Versicherungsbedingungen der Krankenkasse und die gleichlautenden Vereinbarungen des Arzt-Ersatzkassenvertrages gegen sich gelten lassen. Das gilt auch für die Bestimmung, daß nur Mitglieder, deren Einkommen die Pflichtgrenze für die Angestelltenversicherung (hier: 1 250 DM monatlich) nicht übersteigt, Anspruch auf Behandlung gegen Krankenschein haben, während Mitglieder mit einem höheren Einkommen als Privatpatienten behandelt werden.

BGB § 1357

Läßt sich eine Ehefrau durch einen Arzt behandeln, so handelt sie im Rahmen ihrer Schlüsselgewalt. Aus dem Behandlungsvertrag, den sie mit dem Arzt abschließt, haftet in der Regel nur der Mann für das Arzthonorar.

BGH, Urt. v. 3. Februar 1967 - VI ZR 114/65 - OLG Celle  
LG Verden

# BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 114/65

URTEIL

Verkündet am

3. Februar 1967  
Kriegl, Justiz-  
hauptsekretär

als Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

1. des Ziegeleiprokuristen Walter T [REDACTED],
  2. seiner Ehefrau Hedwig T [REDACTED],
- beide wohnhaft in W [REDACTED] Nr. [REDACTED], über N [REDACTED],

Beklagte, Berufungskläger  
und Revisionskläger,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

g e g e n

die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und  
Tierärzteschaft in Niedersachsen, H [REDACTED],  
S [REDACTED], (rechtsfähig kraft Verleihung),

Klägerin, Berufungsbeklagte  
und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -.

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 3. Februar 1967 unter Mitwirkung der Bundesrichter Hanebeck, Dr. Bode, Dr. Hauß, Heinr. Meyer und Dr. Nüßgens

für R e c h t erkannt:

- I. Die Revision des Beklagten Walter T. [REDACTED] gegen das Urteil des 1. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Celle vom 29. April 1965 wird zurückgewiesen.
- II. Auf die Rechtsmittel der Beklagten Hedwig T. [REDACTED] wird das unter I genannte Urteil, soweit zu deren Nachteil entschieden worden ist, aufgehoben und das Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Verden vom 6. Oktober 1964 geändert:

Die Klage wird abgewiesen, soweit sie gegen die Beklagte Hedwig T. [REDACTED] gerichtet ist.

- III. Von den Kosten der Rechtsmittelverfahren haben zu tragen:

der Beklagte Walter T. [REDACTED] seine eigenen außergerichtlichen Kosten, die Hälfte der außergerichtlichen Kosten der Klägerin sowie die Hälfte der Gerichtskosten,

die Klägerin die Hälfte ihrer eigenen außergerichtlichen Kosten und die Hälfte der Gerichtskosten;

Ferner werden der Klägerin die gesamten außergerichtlichen Kosten der Beklagten Hedwig T. [REDACTED] auferlegt.

Von Rechts wegen



Tatbestand:

Die Beklagte Hedwig T. war in der Zeit vom 28. Februar 1963 bis zum 16. Januar 1964 in Behandlung des Facharztes für Orthopädie Dr. B. in N. Dieser trat seine Honorarforderung aus der Behandlung an die Klägerin ab.

Die fachärztliche Behandlung wurde auf Grund eines Überweisungsscheines der Kaufmännischen Krankenkasse H. eingeleitet. Auch für die folgenden Quartale erhielt Dr. B. Krankenscheine dieser Ersatzkrankenkasse. Der Beklagte Walter T. ist freiwillig weiterversichertes Mitglied der Kasse; seine Frau, die Beklagte Hedwig T., ist mitversichert.

Nach den Versicherungsbedingungen der Kaufmännischen Krankenkasse H. haben Anspruch auf ärztliche Behandlung gegen Krankenschein alle Mitglieder und ihre mitversicherten Angehörigen, soweit das Einkommen des Mitglieds die Pflichtgrenze für die Angestelltenversicherung - das sind 1 250 DM monatlich - nicht übersteigt ( § 17 Nr. 9). Mitglieder, bei denen die Voraussetzungen der Behandlungsberechtigung gegen Krankenschein nicht vorliegen, sowie deren Angehörigen werden nach § 17 Nr. 11 der Versicherungsbedingungen von den Ärzten als Privatpatienten behandelt. In diesem Falle werden von der Kasse gegen Vorlage der spezifizierten Originalrechnung diejenigen Sätze übernommen, die den Ärzten für die behandlungsberechtigten Mitglieder vertraglich zustehen würden. Nach § 17 Nr. 4 haben die Verträge, welche die Kasse mit Ärzten, Zahnärzten usw. abgeschlossen hat, für die Mitglieder und die mitversicherten Familienangehörigen rechtsverbindliche Gültigkeit.

Das Rechtsverhältnis der Kassenärzte zu den Ersatzkranken-kassen ist in dem sogenannten Arzt-Ersatzkassen-vertrag geregelt, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. miteinander abgeschlossen haben und dem auch die Kaufmännische Krankenkasse H. [REDACTED] beigetreten ist. Nach § 1 Nr. 2 des bis zum 30. September 1963 und nach § 4 Nr. 2 des seit dem 1. Oktober 1963 geltenden Vertrages sind Mitglieder der Ersatzkranken-kassen, deren Einkommen die Pflichtgrenze der Angestelltenversicherung - 1 250 DM im Monat - übersteigt, nicht berechtigt, sich oder ihre Familienangehörigen auf Grund von Krankenscheinen ärztlich behandeln zu lassen. Für den Fall, daß einem hier-nach nicht anspruchsberechtigten Versicherten ein Krankenschein ausgestellt wird, ist bestimmt, daß "der Kranke trotzdem Privatpatient ist". Ferner bestimmt § 5 Nr. 7 des alten Vertrages: " In diesem Fall haftet die Vertragskasse zur Abgeltung des hieraus entstandenen Schadens dem Vertragsarzt für die Bezahlung seiner dem Patienten ausgestellten Rechnung, jedoch nur bis zur Höhe der doppelten Vertragssätze." In § 4 Nr. 8 des neuen Vertrages lautet die entsprechende Bestimmung: "In diesem Falle haftet die Vertragskasse dem Vertragsarzt - unbeschadet einer weitergehenden Forderung gegenüber dem Patienten - bis zur Höhe der doppelten Vertragssätze."

Das Monatseinkommen des Beklagten Walter T. [REDACTED] überstieg schon bei Beginn der ärztlichen Behandlung seiner Frau den Betrag von 1 250 DM. Dr. B. [REDACTED] erfuhr dies erst anfangs 1964. Er übersandte daraufhin den Beklagten Rechnungen vom 24. Januar 1964 über 1 230,50 DM und vom 21. Februar 1964 über weitere 102 DM.

Die Klägerin ist der Ansicht, Dr. B. [REDACTED] könne die Beklagten wie Privatpatienten in Anspruch nehmen. Sie hat die Rechnungssumme von insgesamt 1 332,50 DM um 290,75 DM gekürzt, die von der Kaufmännischen Krankenkasse H. [REDACTED] auf Grund der Überweisungsscheine an Dr. B. [REDACTED] gezahlt worden sind. Mit der Klage hat sie von den Beklagten 1 041,75 DM sowie 5,60 DM als Porto, Mahn- und Schreibgebühren, zusammen also 1 047,35 DM nebst Zinsen verlangt.

Die Beklagten haben gebeten, die Klage abzuweisen. Sie haben geltend gemacht: Frau T. [REDACTED] habe sich auf Grund der kassenärztlichen Überweisung an Dr. B. [REDACTED] gewandt und sei von ihm nicht auf Grund eines Arztvertrages behandelt worden. Von den Ersatzkassenverträgen habe weder sie noch ihr Ehemann etwas gewußt. Vor allem sei ihnen bis Mitte Januar 1964 nicht bekannt gewesen, daß eine Behandlung auf Krankenschein bei Versicherten mit einem Monatseinkommen von mehr als 1 250 DM nach den Ersatzkassenverträgen ausgeschlossen sei. Bisher sei eine Behandlung auf Grund von Krankenscheinen gegenüber Mitgliedern mit einem Einkommen dieser Höhe nicht abgelehnt worden.

Das Landgericht hat den Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt und angenommen, der Anspruch sei aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung begründet.

Das Berufungsgericht hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Nach seiner Ansicht ist der Klageanspruch dem Grunde nach aus Vertrag gerechtfertigt.

Mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision erstreben die Beklagten weiterhin die Abweisung der Klage. Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

I. Das Berufungsgericht hat angenommen, daß zwischen Dr. B. [REDACTED] und den Beklagten ein Arztvertrag (Dienstvertrag) zustandegekommen sei, der den Arzt berechtige, für die Behandlung der Frau T. [REDACTED] von den Beklagten die amtlichen Gebührensätze der Preugo zu beanspruchen. Frau T. [REDACTED] habe mit der Übergabe des Überweisungsscheines der Kaufmännischen Krankenkasse H. [REDACTED] schlüssig ausgedrückt, daß sie von Dr. B. [REDACTED] nach den Bedingungen der Ersatzkassenverträge behandelt werden wolle. Diesen Antrag auf Abschluß eines Behandlungsvertrages habe Dr. B. [REDACTED] angenommen; er habe erkennbar die Behandlung der Patientin auf Grund der in den Ersatzkassenverträgen getroffenen Vereinbarungen übernommen, also bei einem Einkommen des Versicherten von weniger als 1 250 DM monatlich einen Vergütungsanspruch gegen die Kaufmännische Krankenkasse Halle und bei einem höheren Einkommen einen Anspruch gegen die Patientin erlangen wollen.

II. Diese Auslegung der Parteierklärungen ist abgesehen von der Frage, ob aus dem Behandlungsvertrag beide Ehegatten verpflichtet wurden, rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Revision kann nicht bezweifeln, daß Dr. B. [REDACTED] gewillt war, den Arztvertrag auf dieser Basis abzuschließen.

Sie wendet sich nur gegen die Auslegung, die das Berufungsgericht der in dem Verhalten der Frau T. [REDACTED] liegenden Willenserklärung gegeben hat, und meint, Frau T. [REDACTED] habe durch die Übergabe des Überweisungsscheines klar zum Ausdruck gebracht, daß sie sich nicht selbst verpflichten, sondern ihren Anspruch auf ärztliche Versorgung gegen die Krankenkasse verwirklichen wolle. Nur so habe ihr Verhalten von Dr. B. [REDACTED] verstanden werden können.

Diese Ansicht kann nicht gebilligt werden. Bei der Auslegung einer Willenserklärung kommt es nicht darauf an, den inneren, unerklärt gebliebenen Willen zu erforschen. Maßgebend ist vielmehr nur der erklärte Wille, aber nur das, was als Wille für denjenigen erkennbar geworden ist, für den die Erklärung bestimmt war. Sie gilt so, wie sie der Erklärungsempfänger nach Treu und Glauben und nach der Verkehrsanschauung verstehen mußte (§§ 133, 157 BGB). Geht man von diesen Grundsätzen aus, so können die Erklärungen und das Verhalten der Beklagten Hedwig T. [REDACTED] gegenüber Dr. B. [REDACTED] nicht anders gedeutet werden, als das Berufungsgericht es getan hat. Wer sich in die Behandlung eines Arztes begibt und dabei den Überweisungsschein einer Krankenkasse übergibt, weist damit nicht nur auf die Mitgliedschaft bei dieser Kasse hin, sondern macht zugleich deutlich, daß er die Behandlung auf Grund des mit der Krankenkasse bestehenden Versicherungsvertrags und im Rahmen der Versicherungsbedingungen der Krankenkasse in Anspruch nimmt. Da zudem allgemein bekannt ist, daß die für Krankenkassen tätigen Ärzte die Behandlung auf Grund der zwischen Ärzten und Krankenkassen bestehenden Verträge übernehmen, muß sich der Patient,

der den Arzt in Anspruch nimmt, auch darüber im klaren sein, daß der Arzt die Behandlung nur im Rahmen und unter den Bedingungen dieser Verträge übernimmt. Das muß erst recht gelten, wenn wie im vorliegenden Falle in den Versicherungsbedingungen der Krankenkasse ausdrücklich gesagt ist, daß die Bestimmungen der Verträge, welche die Kasse mit Ärzten abgeschlossen hat, für die Mitglieder und die mitversicherten Familienangehörigen rechtsverbindlich sind ( § 17 Nr. 4 der Versicherungsbedingungen). Hiernach kann das Verhalten der Beklagten Hedwig T. gegenüber Dr. B. nach der Verkehrsanschauung und nach der tatsächlichen Übung, wie sie in den in Betracht kommenden Kreisen herrscht, nur so verstanden werden, daß sie sich in der Frage, ob sie als Privatpatientin behandelt wurde oder ob die Krankenkasse den Arzt honorierte, der Regelung unterwarf, wie sie in den Versicherungsbedingungen ihrer Kasse und in dem Arzt- und Krankenkassenvertrag übereinstimmend geregelt war. Damit ist diese Regelung stillschweigend Inhalt des Behandlungsvertrages geworden, ohne daß es darauf ankommt, ob Frau T. den Inhalt der Versicherungsbedingungen und des Arzt-Krankenkassenvertrages im einzelnen gekannt hat.

Die Revision meint: Frau T. habe bei einer objektiven Auslegung ihrer Erklärung allenfalls insoweit Verpflichtungen gegenüber Dr. B. eingehen wollen, als es ihren eigenen rechtlichen Beziehungen zu der Krankenkasse entsprochen habe. Insoweit sei von Bedeutung, daß die jetzige Fassung der Versicherungsbedingungen den Beklagten gegenüber keine Wirkung habe. Der Beklagte Walte T. sei schon im Jahre 1924 Mitglied der Kaufmännischen Krankenkasse H. geworden. Damals hätten die Versicherungsbedingungen keine Bestimmung enthalten, die

Mitglieder, deren Einkommen die Pflichtversicherungsgrenze überstieg, von der ärztlichen Behandlung gegen Krankenschein ausschlossen. Diese Regelung sei erst viel später eingeführt worden. Die Änderung der Versicherungsbedingungen in einer so wichtigen Frage habe öffentlich bekannt gemacht oder den Mitgliedern durch Rundschreiben bekannt gemacht werden müssen. Das sei nicht geschehen. Den Beklagten sei die neue Regelung erst nach der Behandlung durch Dr. B. bekannt geworden.

Diese Erwägungen der Revision können ihr nicht zum Erfolge verhelfen. Walter T. war als Mitglied der Kaufmännischen Krankenkasse H. deren Satzung unterworfen. Nach ihr werden Änderungen der Versicherungsbedingungen durch die Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von 2/3 der in der Sitzung anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung beschlossen. Die Änderungen sind nach § 20 Abs. 3 der Satzung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse wirksam. Es kommt daher nicht darauf an, ob und wann die hier in Betracht kommende Änderung der Versicherungsbedingungen den Beklagten bekannt geworden ist. Die Versicherungsbedingungen gelten somit auch für sie in der Fassung, die zur Zeit der Behandlung der Frau T. in Kraft war.

Mit Recht hat das Berufungsgericht angenommen, daß es Dr. B. nicht zuzumuten war, bei der Annahme des Überweisungsscheines und der Übernahme der ärztlichen Behandlung Nachforschungen nach den Einkommensverhältnissen der Beklagten anzustellen und damit sogleich zu klären, zu welcher Gruppe der Patienten Frau T. gehörte. Solche Nachforschungen sind nicht üblich und würden auch

dem auf Vertrauen abgestellten Verhältnis zwischen Arzt und Patient widersprechen. Wichtig war zunächst, daß Dr. B. [REDACTED] bereit war, Frau T. [REDACTED] zu behandeln, so daß seine Vertragsleistung feststand. Ob er als Gegenleistung hierfür einen Honoraranspruch gegen die Krankenkasse oder einen Anspruch gegen den Patienten erwarb, konnte zunächst offen bleiben. Diese Frage war in den zum Vertragsinhalt gewordenen Bestimmungen der Versicherungsbedingungen und des Ersatzkassenvertrages geregelt. Es war daher nicht erforderlich, sie sogleich zu klären. Angesichts dieser Vertragsbestimmungen kann auch nicht angenommen werden, daß Dr. B. [REDACTED] mit dem Einreichen des Krankenscheines bei der Krankenkasse auf seine Ansprüche gegen die Beklagten verzichtet oder diese Ansprüche verwirkt habe.

Zusammenfassend ergibt sich somit, daß Frau T. [REDACTED] Privatpatientin des Dr. B. [REDACTED] war, weil das Einkommen ihres Mannes die bei 1 250 DM liegende Grenze für Pflichtversicherungen überstieg. Daraus folgt, daß die Klägerin berechtigt ist, für Dr. B. [REDACTED] die Sätze der ärztlichen Gebührenordnung zu fordern.

III. Zu billigen ist auch die Ansicht des Berufungsgerichts, daß Frau T. [REDACTED], als sie sich von Dr. B. [REDACTED] behandeln ließ, im Rahmen der Schlüsselgewalt handelte und damit nach § 1357 BGB ihren Ehemann verpflichtete, für das Arzthonorar aufzukommen. Nach dieser Bestimmung ist die Frau berechtigt, Geschäfte, die innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises liegen, für den Mann zu besorgen. Aus Rechtsgeschäften, die sie innerhalb dieses Wirkungskreises vornimmt, wird in der Regel der Mann berechtigt und verpflichtet. Hierunter fallen nicht nur

die gewöhnlichen Geschäfte des täglichen Lebens. Vielmehr ist allgemein anerkannt, daß eine Frau auch dann im Rahmen ihres häuslichen Aufgabenkreises handelt, wenn sie einen Arzt zur Behandlung der Kinder zuzieht. Das Gleiche muß aber gelten, wenn sie die Hilfe eines Arztes für sich selbst in Anspruch nimmt, denn es besteht kein Anlaß, die ärztliche Betreuung der Frau anders als die der Kinder zu behandeln. Die Schlüsselgewalt ist im Zusammenhang mit der Tatsache, daß die Frau nach § 1356 Abs. 1 BGB den Haushalt in eigener Verantwortung führt, und mit der Unterhaltsregelung der §§ 1360, 1360 a BGB zu sehen. Sie dient der Erfüllung der sich hieraus ergebenden Pflichten der Frau, also ihrer Pflicht zur Führung des Haushalts und der Pflicht, durch die Haushaltsführung zum Unterhalt der Familie beizutragen, und ist gleichsam das Korrelat zu den Aufgaben, die das Gesetz der Frau überträgt. Durch ihre Erkrankung wird in der Regel nicht nur sie selbst, sondern die ganze Familie betroffen, weil die Frau durch ihre Erkrankung mehr oder weniger gehindert ist, ihre hausfraulichen Aufgaben zu erfüllen. Ihre ärztliche Betreuung liegt daher im Interesse des gemeinsamen Hauswesens. Mit ihrer Gesundung schafft die Frau eine Voraussetzung für den ungestörten Ablauf des täglichen Lebens in der Familiengemeinschaft. So gesehen gehört ihre Gesundung zu ihrem häuslichen Aufgabenkreis und damit das Inanspruchnehmen des Arztes zum ehelichen Aufwand und zu den Geschäften, die sie nach § 1357 BGB berechtigt ist, für den Mann zu besorgen. Daß hieraus der Mann verpflichtet wird, findet seine innere Rechtfertigung darin, daß er in erster Linie für die Geldmittel der Familie zu sorgen hat, während die Frau ihren Beitrag zum gemeinsamen Unterhalt grundsätzlich durch die Haushaltsführung und die Betreuung der Familie leistet.

Die hier befürwortete Lösung liegt auch im Interesse der Ärzte, denn sie erwerben damit einen Anspruch gegen den Ehegatten, der in erster Linie durch geldliche Mittel für den Familienunterhalt aufzukommen hat und in aller Regel der zahlungskräftigere Teil sein wird. Sie ist überdies lebensnah, wenn man berücksichtigt, daß die Ärzte die Kosten für die Behandlung einer verheirateten Frau von dem Mann anzufordern pflegen. Sie gehen also davon aus, daß sie ihre Honoraransprüche gegen den Ehemann geltend zu machen haben. So hat auch die Klägerin die Rechnung für die Behandlung von Frau T. nur an den Beklagten Walter T. gerichtet. Hinzukommt, daß die Frau in den meisten Fällen in den vom Mann besorgten Krankenversicherungsschutz einbezogen ist und der Mann die auf seinen Namen lautenden Rechnungen für die ärztliche Behandlung der Frau seiner Krankenversicherung einzureichen pflegt.

Die Ansicht des Berufungsgerichts, daß die Inanspruchnahme eines Arztes zur Behandlung einer Ehefrau unter die Schlüsselgewalt fällt, entspricht der überwiegenden Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum. Sie wird vertreten vom Landgericht Hagen, FamRZ 1958, 466, Landgericht Wiesbaden, FamRZ 1956, 287, Arnold, FamRZ 1958, 193, Beitzke, MDR 1951, 262, Weimar JR 1963, 135, Gernhuber, Familienrecht Seite 166, BGB-RGRKomm 10. und 11. Aufl., § 1357 Anm. 7, Erman, BGB-Kommentar, § 1357 Anm. 6 b und Palandt-Lauterbach, BGB § 1357 Anm. 2 b. Anderer Auffassung sind: Landgericht Stuttgart, NJW 1961 972, Döring FamRZ 1958, 358, Heesen, MDR 1948, 238 und Dölle, Familienrecht Bd. I Seite 701.

Die Gegenmeinung verweist u.a. auf die höchstpersönliche Natur der Beziehungen des Arztes zu seinem Patienten. Ihr ist zuzugeben, daß das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt weitgehend auf Vertrauen beruht. Es ist auch richtig, daß die Patientin selbst die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen geben muß und daß auch nur sie den Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden kann. Das alles schließt aber nicht aus, daß zwischen dem Arzt und dem Ehemann vertragliche Beziehungen bestehen, die den Arzt verpflichten, die Ehefrau ihrem Willen gemäß zu behandeln und die Pflicht des Mannes begründen, die Vergütung zu zahlen. Durch diese vermögensrechtliche Seite des Vertrages wird die persönliche Natur des zwischen Arzt und Kranken bestehenden Vertrauensverhältnisses nicht berührt. Sie steht nicht der Annahme entgegen, daß eine Frau, die den Arzt in Anspruch nimmt, im Rahmen ihrer Schlüsselgewalt handelt.

IV. Dem Berufungsgericht kann indes nicht beigetreten werden, soweit es neben dem Beklagten Walter Tilgner auch dessen Ehefrau für verpflichtet hält, für die eingeklagten Arztgebühren einzustehen. Aus § 1357 BGB ergibt sich, daß aus Rechtsgeschäften, die die Frau im Rahmen ihrer Schlüsselgewalt abschließt, in der Regel nur der Mann berechtigt und verpflichtet wird. Nur für den Fall, daß sich aus den Umständen etwas anderes ergibt oder daß der Mann nicht zahlungsfähig ist, wird nach dem Gesetz die Frau verpflichtet. Das Berufungsgericht will eine Verpflichtung der Frau T. vor allem daraus herleiten, daß sie den Behandlungsvertrag im eigenen Interesse abgeschlossen und dabei den natürlichen, eigenständigen Wunsch gehabt habe, zu gesunden. Dieser Gesichtspunkt kann jedoch nicht

ausreichen, eine eigene Haftung der Frau zu begründen. Mit den Rechtsgeschäften, die eine Frau im Rahmen ihres häuslichen Wirkungskreises eingeht, sind in aller Regel weitgehend auch eigene Interessen und Wünsche der Frau verbunden (z.B. beim Kleiderkauf und ähnlichem). Das allein ist aber nach dem Willen und dem Sinn des Gesetzes noch kein Grund, hieraus eine eigene Verpflichtung der Frau abzuleiten. Sie wäre gegeben, wenn ihrem Auftreten vor dem Arzt entnommen werden könnte, daß auch sie sich vertraglich binden will. Dafür ist aber hier nichts dargetan. Im Gegenteil wies das Vorlegen des Überweisungsscheines der Krankenkasse, der ihren Mann als Mitglied dieser Kasse auswies, gerade darauf hin, daß sie nicht sich selbst verpflichten, sondern im Rahmen ihrer Schlußgewalt ein Geschäft des Mannes besorgen wollte.

V. Zusammenfassend ergibt sich, daß der Klageanspruch nur gegenüber dem Beklagten Walter T. be-  
gründet ist. Daher war die Klage gegen Frau T.  
auf deren Rechtsmittel hin abzuweisen und die Revision  
des Beklagten Walter T. zurückzuweisen.

Dieser hat nach § 97 ZPO die Kosten seines erfolg-  
losen Rechtsmittels zu tragen. Der Klägerin fallen die  
ihr auferlegten Kosten nach §§ 91, 92 ZPO zur Last, weil  
sie mit ihrer Klage gegen Frau T. in allen Rechts-  
zügen unterlegen ist.

Hanebeck

Dr. Bode

Dr. Hauß

Meyer

Dr. Nüßgens