

Jahrbuch für das Gesamte Krankenhauswesen

L. Ebermayer · A. Philipsborn

Krankenhausrecht einschließlich Arzt- und Heilmittelrecht

**JAHRBUCH
FÜR DAS GESAMTE
KRANKENHAUSWESEN
BAND I**

HERAUSGEGEBEN

VON

A. GOTTSTEIN
PROFESSOR,
MINISTERIALDIREKTOR A. D.
BERLIN

W. HOFFMANN
PROFESSOR, DIREKTOR IM
HAUPTGESUNDHEITSAMT DER STADT
BERLIN

L. EBERMAYER
PROFESSOR, OBERREICHSANWALT A. D.
LEIPZIG

A. PHILIPSBORN
RECHTSANWALT AM KAMMERGERICHT
UND NOTAR, BERLIN

ZWEITER TEIL

KRANKENHAUSRECHT

EINSCHLISSLICH

ARZT- UND HEILMITTELRECHT

HERAUSGEGEBEN VON

L. EBERMAYER UND A. PHILIPSBORN



SPRINGER-VERLAG
BERLIN HEIDELBERG GMBH 1932

KRANKENHAUSRECHT
EINSCHLISSLICH
ARZT- UND HEILMITTELRECHT

HERAUSGEGEBEN

VON

L. EBERMAYER UND **A. PHILIPSBORN**

PROFESSOR, OBERREICHSANWALT A. D.
LEIPZIG

RECHTSANWALT AM KAMMERGERICHT
UND NOTAR, BERLIN



SPRINGER-VERLAG
BERLIN HEIDELBERG GMBH 1932

ISBN 978-3-662-29822-0 ISBN 978-3-662-29966-1 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-29966-1

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.

Vorwort.

Das dem Krankenhausrecht im weitesten Sinne gewidmete Werk ist der juristische Teil des Jahrbuchs für das gesamte Krankenhauswesen, dessen gleichzeitig erscheinender erster Teil den Krankenhausbetrieb darstellt und insbesondere Fragen der Krankenhauswirtschaft, der Krankenhauspolitik, des Krankenhausbauens, der Krankenhaustechnik, der Anstaltsfürsorge und der Anstaltsstatistik behandelt.

Für die Anlage des Werkes sind drei Gesichtspunkte maßgebend gewesen: Erfassung sämtlicher Rechtsgebiete, Verbindung von Systematik und Berichterstattung, periodisches Erscheinen.

Im Mittelpunkt steht das Recht des *Krankenhauses* selber, und zwar: die Errichtung von Krankenanstalten, die Grundlagen ihrer Verwaltung, die Beziehungen zu Staat und Kirche, zur Umwelt, zu den im Krankenhaus tätigen Personen, zum Patienten, zu den Reichsversicherungsträgern und zur öffentlichen Fürsorge.

Über die eigentliche Krankenhaushausgrenze hinausgehend, behandeln weitere Teile ausführlich das *Heil- und Arzneimittelrecht*, mit besonderer Berücksichtigung des Entwurfs des Reichsarzneimittelgesetzes und Reichsapothekengesetzes, sowie das Recht des gewerblichen Apothekenwesens, *steuerrechtliche* Fragen und insbesondere das *Ärzterecht*, auch das der frei praktizierenden Ärzte vom Standpunkt des Zivil-Straf- und Verwaltungsrechts. Sind doch viele Rechtsgebiete für sie und die Krankenhausärzte die gleichen, wie z. B. die Fragen der Ausbildung, Approbation, Standesrecht, Haftung für Kunstfehler usw. Die Beschränkung auf einen Ausschnitt würde ein unvollständiges Bild von zweifelhaftem Wert geben.

In der Abhandlung über die Grundlagen der Verwaltung der Krankenhäuser sind typische Verwaltungsbestimmungen der verschiedensten Anstaltskategorien verarbeitet, die in dieser Weise noch nie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht sind. Diese Rechtstatsachenforschung dürfte nicht ohne Interesse sein. In dem Abschnitt über Grundstückserwerb, Zuwendungen und Anleihen ist versucht worden, eine möglichst erschöpfende Übersicht über die staatlichen und kirchlichen Beschränkungen aller deutschen Länder zu geben. Allen Verwaltungen und Organisationen, die durch Öffnung ihrer Archive und durch Mitteilungen die Vervollständigung des Materials ermöglicht haben, sei auch an dieser Stelle herzlichst gedankt.

Führt dieses Material zum Teil in alte Zeit zurück, so bringt der Beitrag über den Kassenarzt eine sehr aktuelle Darstellung des durch die Notverordnung vom 8. Dezember 1931 neu geregelten und vereinfachten Rechtszustandes.

Die Art der Darstellung verbindet Berichterstattung über amtliches Material (Gesetze, Verordnungen, Judikatur) und Literatur mit systematischen, kritischen Behandlungen des Stoffes, welche als „Bemerkungen“ den Referaten über „Schrifttum und Rechtsprechung“ vorausgehen. Diese Zweiteilung, welche sich freilich nicht ausnahmslos durchführen ließ, verdankt ihre Entstehung insbesondere der Notwendigkeit, dem Leser, hauptsächlich dem nichtjuristischen, eine Kenntnis der Gesetze, Rechtsgrundsätze und Streitfragen zu verschaffen, ohne welche die Wiedergabe der Entscheidungen und Aufsätze meist unverständlich bleiben müßte.

Sie hängt auch mit dem Plane zusammen, in zwangloser Folge weitere Jahrbücher erscheinen zu lassen, welche etwa den Zeitraum von einem Jahr oder von mehreren umfassen. Diese werden dann nur die inzwischen eingetretenen Veränderungen zu behandeln haben, die im wesentlichen die Referatenteile betreffen werden.

Der vorliegende I. Band verfolgt die Entwicklung bis in die neueste Zeit, in der Regel bis zum Herbst 1931, und unterliegt, im Gegensatz zu dem medizinisch-technischen Teil, rückwärts keiner zeitlichen Beschränkung. Eine solche wäre naturgemäß nur unter Verzicht auf Wesentliches möglich und wissenschaftlich nicht zu vertreten gewesen.

Das Ziel möglicher Lückenlosigkeit, das den Herausgebern vorschwebt, konnte dieses Mal noch nicht auf allen Gebieten erreicht werden. Die erforderlichen Ergänzungen z. B. des ärztlichen Gebührenwesens, um nur ein Gebiet herauszugreifen, wird der nächste Band bringen. Auch mit diesem Vorbehalt hoffen die Herausgeber, daß das Jahrbuch in seinen einzelnen Beiträgen und mit der Aufzeigung von Zusammenhängen bisher vielfach getrennt behandelte Fragen der wissenschaftlichen Vertiefung dienen und gleichzeitig der Praxis ein brauchbares Hilfsmittel darbieten wird.

Bei der Arbeit der Herausgeber, insbesondere der Vorbereitung sowie bei der Ausarbeitung der PHILIPSBORN'SCHEN Beiträge, hat Herr Referendar SIDNEY JACOBY, Berlin, wertvolle Hilfe geleistet, wofür ihm die Unterzeichneten herzlich danken.

Berlin 1932.

L. EBERMAYER. A. PHILIPSBORN.

Inhaltsverzeichnis.

I. Krankenhausrecht.

	Seite
A. Errichtung von Krankenhäusern	1
1. Beschränkungen bei Grundstückserwerb, Zuwendungen und Anleihen. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	1
Beschränkungen für juristische Personen nach Reichs-, Landes- und Kirchenrecht. S. 1 ff.	
2. Konzession privater Krankenanstalten. Von Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. ERNST ISAY, Berlin	7
Konzessionspflichtige Personen und Anstalten. S. 8. — Voraussetzungen der Gewährung und Versagung der Konzession. S. 9. — Verfahren bei Erteilung. S. 10. — Wirkungen und Erlöschen der Konzession. S. 11. — Betrieb ohne Konzession. S. 12.	
3. Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung. Von Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. ERNST ISAY, Berlin	14
B. Grundlagen der Verwaltung von Krankenhäusern	18
1. Allgemeine Grundsätze. Von Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. ERNST ISAY, Berlin	18
Ärztliche Leitung. S. 18. — Leitende Ärzte, Privatirrenanstalten. S. 19.	
2. Krankenhäuser der Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger. Von Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. ERNST ISAY, Berlin	20
Reich (Versorgungskrankenhäuser). S. 20. — Länder (Universitätskrankenhäuser). S. 22. — Preußen (Charité, Polizei- und Gefängniskrankenhäuser). S. 22. — Provinzen. S. 24. — Kreise. S. 25. — Gemeinden. S. 26. — Sozialversicherungsträger. S. 30.	
3. Freie gemeinnützige und private gewerbliche Krankenhäuser. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	31
Begriffliche Unterscheidungen und Terminologie. S. 31. — Verwaltung und Vertretung der freien gemeinnützigen und der privaten gewerblichen Krankenhäuser. S. 32.	
C. Krankenhaus, Staat und Kirche	37
1. Polizei und Meldewesen. Von Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. ERNST ISAY, Berlin	37
Medizinalbehördliche Aufsicht über die Krankeneinrichtungen und -verrichtungen. S. 37. — Krankenanstalt und allgemeine Polizei. S. 38. — Meldewesen (Personenstandsgesetz, Anmeldung der in eine Irrenanstalt aufgenommenen Personen, Allgemeine polizeiliche Meldepflicht). S. 42.	
2. Seuchengesetzgebung und Desinfektion. Von Oberregierungs- und Obermedizinalrat Dr. Dr. WALTER LUSTIG, Berlin	45
Seuchengesetzgebung (Impfgesetz, Reichsseuchengesetz und Landesgesetze zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten, Tuberkulosegesetze). S. 45. — Desinfektion. S. 53.	
3. Politische Wahlen in Krankenhäusern. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	55
4. Anstaltsgottesdienst und Seelsorge. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	56
D. Schutz des Krankenhausbetriebes. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	58
Schutz vor Störungen der Nachbarn. S. 58. — Gewerberechtlicher Schutz. S. 59. — Schutz der Krankenhausbezeichnung. S. 60.	

	Seite
E. Die Ärzte und das sonstige Krankenhauspersonal	62
1. Die im Krankenhaus tätigen Personen. Von Oberregierungs- und Obermedizinalrat Dr. Dr. WALTER LUSTIG, Berlin	62
Ärzte (Chefärzte, Ober-, Assistenz- und Hilfsärzte, Medizinalpraktikanten). S. 62. — Medizinisch-technisches Hilfspersonal. S. 64. — Krankenpflegepersonen. S. 65. — Säuglings- und Kleinkinderschwestern. S. 66. — Irrenpflegepersonen. S. 67. — Masseur. S. 67. — Krüppelfürsorge- und -erziehungsschwestern. S. 67. — Wochenbettpflegerinnen. S. 67. — Wohlfahrtspflegerinnen. S. 67. — Hebammen. S. 68. — Apotheker. S. 71. — Verwaltungspersonal. S. 71. — Hauspersonal. S. 71.	
2. Arbeitsrecht der im Krankenhaus tätigen Personen. Von Senatspräsident Professor Dr. HERMANN DERSCH, Berlin	72
Einzelarbeitsvertragsrecht. S. 72. — Arbeitnehmerschutz. S. 77. — Betriebsvertretung. S. 78. — Tarifvertragsrecht. S. 79. — Arbeitsstreitigkeiten. S. 79.	
3. Das Sozialversicherungsrecht der im Krankenhaus tätigen Personen. Von Senatspräsident Professor Dr. HERMANN DERSCH, Berlin	83
Krankenversicherung. S. 83. — Unfallversicherung. S. 85. — Invalidenversicherung. S. 86. — Angestelltenversicherung. S. 87. — Arbeitslosenversicherung. S. 89.	
F. Krankenhaus und Patient. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	94
Die Krankenhausaufnahme (Allgemeines, Arten der Patienten, Aufnahme mit Vertrag, Aufnahme ohne Vertrag, Unentgeltliche Aufnahme). S. 94. — Die Verpflichtungen und Haftungen des Krankenhauses im einzelnen (Die vertraglichen Verpflichtungen und Haftungen gegenüber dem Patienten, Vertragliche Verpflichtungen und Haftungen gegenüber den im Krankenhaus tätigen Personen und im Krankenhaus beschäftigten Patienten, Außervertragliche Haftung, Besondere Haftungsfälle, Haftung dritten Personen gegenüber). S. 101. — Verpflichtungen des Patienten. S. 115. — Beendigung des Krankenhausaufenthaltes (Kündigung, Entlassungszwang, Pfandrecht, Zurückbehaltungsrecht). S. 117. — Leichensektion. S. 119. — Leichenbeförderung. S. 121. — Bestattung. S. 122. — Gesetzliches Erbrecht der Anstalt. S. 123. — Testament im Krankenhaus. S. 124.	
Anhang: Die Krankenhausgebühr. Von Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. ERNST ISAY, Berlin	125
G. Krankenhaus und Reichsversicherungsträger. Von Senatspräsident Professor Dr. HERMANN DERSCH, Berlin	130
Krankenhaus als Arbeitgeber. S. 130. — Aufnahme von Kranken. S. 132. — Leistungen. S. 134. — Fremde und eigene Anstalten. S. 137.	
H. Krankenhaus und öffentliche Fürsorge. Von Ministerialrat FRITZ RUPPERT, Berlin	140
Hilfsbedürftigkeit, Fürsorge, vorläufige und endgültige Fürsorgepflicht, §§ 7, 9, 14 R.F.V. S. 140 ff.	

II. Ärzterecht.

A. Kurierfreiheit, Ausbildung, Promotion und Approbation der Ärzte. Von Oberregierungs- und Obermedizinalrat Dr. Dr. WALTER LUSTIG, Berlin	157
Allgemeines. Kurierfreiheit. Kampf gegen Kurpfuschertum. S. 157. — Ausbildung und Promotion (Das medizinische Studium, Die Prüfungen, Das praktische Jahr, Doktor-Promotion, Zahnärztliche Ausbildung und Promotion). S. 159. — Approbation (Form der Erteilung, Vorrechte der Approbation, Arzt-, Doktor- und Professortitel, Arztberuf als freier Beruf). S. 161. — Entziehung der Approbation (Die geltenden Bestimmungen, Reformbestrebungen). S. 164.	
B. Besondere Form der Ausübung des ärztlichen Berufes	166
1. Der Facharzt. Von Oberregierungs- und Obermedizinalrat Dr. Dr. WALTER LUSTIG, Berlin	166
2. Der Kassenarzt und der Vertrauensarzt. Von Ministerialrat M. SAUERBORN, Berlin, und Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	167
Der Kassenarzt (Allgemeines, Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Versicherten, Krankenkassen und Ärzten, Arzt und Patienten). S. 167. — Der Vertrauensarzt. S. 180.	

3. Der beamtete Arzt. Von Oberregierungs- und Obermedizinalrat Dr. Dr. WALTER LUSTIG, Berlin	182
4. Der Arzt als Zeuge und Sachverständiger im Zivil- und Strafrecht. Von Ober-Reichsanwalt a. D., Professor Dr. LUDWIG EBERMAYER, Leipzig	185
Der Arzt als Zeuge. S. 185. — Der Arzt als Sachverständiger. S. 185. — Der sachverständige Zeuge. S. 186. — Gebührenfragen. S. 186.	
C. Ärztliches Landesrecht. Von Oberregierungs- und Obermedizinalrat Dr. Dr. WALTER LUSTIG, Berlin	188
Ärzttekammern. S. 188. — Die Landesordnung für Ärzte. S. 189. — Die Ehrengerichtsbarkeit. S. 191. — Die ärztlichen Vereine. S. 192. — Zahnärztekammer, Landesordnung und Ehrengerichte der Zahnärzte. S. 194.	
D. Arzt und Patient im Zivilrecht. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ALEXANDER PHILIPSBORN, Berlin	198
Das Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient (Der Arztvertrag, Behandlung ohne Vertrag, Unentgeltliche Behandlung). S. 198. — Verpflichtungen und Haftungen des Arztes (Die Vertragspflichten, Außervertragliche Verpflichtungen und Haftungen, Kausalzusammenhang, Mitwirkendes Verschulden, Verjährung, Vergleich, Beweisfragen, Haftung für Garderobe. S. 207. — Verpflichtungen des Patienten. S. 220. — Beendigung der ärztlichen Behandlung. S. 224.	
E. Berufsgeheimnis und Krankengeschichten. Von Ober-Reichsanwalt a. D., Professor Dr. LUDWIG EBERMAYER, Leipzig	226
Berufsgeheimnis. S. 226. — Krankengeschichten. S. 228.	
F. Arzt und Strafrecht. Von Ober-Reichsanwalt a. D., Professor Dr. LUDWIG EBERMAYER, Leipzig	230
Tötung und Körperverletzung, Fahrlässigkeit, Kausalzusammenhang. S. 230. — Tötung auf Verlangen, Euthanasie, ärztlicher Eingriff. S. 231. — Schwangerschaftsunterbrechung, Sterilisierung. S. 233. — Ärztliche Zeugnisse. S. 233.	
G. Geschlechtskrankheitengesetz. Von Ober-Reichsanwalt a. D., Professor Dr. LUDWIG EBERMAYER, Leipzig	236

III. Heilmittelrecht.

Das Recht des Arzneimittelverkehrs und der Apothekenbetriebsrechte. Von Rechtsanwalt und Notar Dr. ADOLF HAMBURGER, Berlin, approb. Apoth., Mitgl. des Pr. Landesgesundheitsrates	240
Apothekenbetriebsrechte in gewerbe- und steuerrechtlicher Hinsicht (Die deutsche Apotheke in gewerberechtlicher Hinsicht unter Berücksichtigung der Apothekenreformpläne, Die wichtigsten Steuerfragen des Apothekengewerbes). S. 240. — Verkehr mit Arzneimitteln (Die wichtigsten Bestimmungen des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln [Opiumgesetz] unter besonderer Berücksichtigung der Verordnung über das Verschreiben betäubungsmittelhaltiger Arzneien und ihre Abgabe, Die wichtigsten Bestimmungen über den Arzneimittelverkehr, das Rezept und der Verkehr mit Giften unter Berücksichtigung des kommenden Reichsarzneimittelgesetzes, Apothekenbetriebsordnung, Deutsches Arzneibuch und Apothekenpersonal, Die Zulässigkeit der Ankündigung von Arzneimitteln, Geheimmittel und abgabefertige Spezialitäten, Prüfungspflicht des Apothekers). S. 246. — Die Haftung des Arzneimittelfabrikanten und -händlers in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht. S. 260.	

IV. Steuerrecht.

Das Steuerrecht des Krankenhauses, der Ärzte und Apotheken. Von Ministerialrat Dr. ROLF GRABOWER, Berlin	263
Allgemeines. S. 263. — Einkommensteuergesetz. S. 263. — Zuschläge zur Einkommensteuer. S. 274. — Bürgersteuer. S. 274. — Körperschaftsteuergesetz. S. 275. — Gewerbesteuer. S. 276. — Vermögensteuergesetz. S. 277. — Erbschaftsteuergesetz. S. 280. — Grundsteuer. S. 280. — Aufbringungsumlage. S. 280. — Umsatzsteuergesetz. S. 281. — Grunderwerbsteuergesetz. S. 286. — Versicherungsteuergesetz. S. 287. — Kraftfahrzeugsteuergesetz. S. 287. — Mineralwassersteuergesetz. S. 287. — Abgabenordnung. S. 288. — Sonstiges. S. 288.	

I. Krankenhausrecht.

A. Errichtung von Krankenhäusern.

1. Beschränkungen bei Grundstückserwerb, Zuwendungen und Anleihen.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin.

Bemerkung 1. Beschränkungen bei der Mittelbeschaffung. Die Beschaffung der zur Errichtung eines Krankenhauses notwendigen Mittel erfordert nach verschiedensten Richtungen die Beachtung von Rechtsvorschriften. Nach der noch heute geltenden Bundesratsverordnung über Wohlfahrtspflege während des Krieges vom 15. 2. 17, sog. Sammelverordnung (RGBl. 143) bedarf derjenige, der zu gemeinnützigen oder mildtätigen Zwecken eine öffentliche *Sammlung*, einen öffentlichen Vertrieb von Gegenständen u. a. veranstalten will, für jeden Bundesstaat, in welchem die Veranstaltung stattfinden soll, der Erlaubnis der zuständigen Behörde.

Neben diesen für die Errichtung gemeinnütziger Krankenhäuser wichtigen Vorschriften kommen solche für alle Krankenhäuser in Betracht. Da die überwiegende Mehrheit von Krankenhäusern nicht von Einzelpersonen, sondern von Kollektivpersönlichkeiten betrieben wird, sind hier die Vorschriften, die den Rechtserwerb durch juristische Personen in irgendeiner Weise einschränken, von besonderem Interesse. In Frage kommen bei der Errichtung hauptsächlich Beschränkungen bezüglich des *Grundstückserwerbs*, aber auch solche, die *Zuwendungen* jeder Art betreffen. Eine eingehende Regelung hat die Aufnahme von *Anleihen* gefunden.

Alle diese Beschränkungen gelten nicht nur bei Neuerrichtung, sondern auch bei Erweiterung und während des Betriebes von Anstalten.

Bem. 2. Erwerbsbeschränkungen für juristische Personen. Die reichsrechtliche Grundlage für die in den einzelnen deutschen Ländern erlassenen Beschränkungenvorschriften liefert Art. 86 EinfGes. BGB. Auf Grund dieses Vorbehalts ist die Landesgesetzgebung in der Lage, den entgeltlichen oder unentgeltlichen Erwerb von Rechten jeglicher Art unter Lebenden oder von Todes wegen überhaupt für nichtig zu erklären oder seine Wirksamkeit von einer staatlichen Genehmigung im einzelnen Falle abhängig zu machen; sie kann auch die juristische Person verpflichten, den erworbenen Gegenstand innerhalb einer bestimmten Zeit wieder zu veräußern. Die Landesgesetzgebung kann ihre Beschränkung beliebig auf bestimmte Erwerbsarten, z. B. auf Verfügungen von Todes wegen oder auf Schenkungen oder auf den Erwerb von Grundstücken bezogen; die meisten Landesrechte enthalten gerade über den letzteren Erwerb ins

einzelne gehende Vorschriften. Jedoch kann nur der Erwerb eines Gegenstandes im Werte von mehr als 5000 RM. (RGBl. 1924 I, S. 775) beschränkt werden.

Bem. 3. Beschränkungen für kirchliche Anstalten. Neben den Vorschriften, die für sämtliche juristischen Personen gelten, finden auf die von Religionsgesellschaften betriebenen Krankenanstalten noch die besonderen staatlichen Kirchenaufsichtsgesetze Anwendung. Für diese Krankenhäuser kommen auch noch die eine kirchliche Genehmigung erfordernden Bestimmungen in Betracht. Für physische Personen sind ferner die auf Grund des Art. 87 EinfGes. BGB. aufrechterhaltenen landesgesetzlichen Vorschriften beachtlich, welche die staatliche Genehmigung für Schenkungen an Mitglieder religiöser Orden oder ordensähnlicher Kongregationen oder für ihren Erwerb von Todes wegen vorschreiben, sofern bei den Orden oder Kongregationen Gelübde auf Lebenszeit oder auf unbestimmte Zeit abgeleistet werden. Solche Vorschriften bestehen nur in Lübeck (§ 14 AG. BGB.) und Thüringen (§ 17 AV. BGB. vom 16. 5. 23).

Bem. 4. Bedeutung der Beschränkungen. Ist eine Genehmigung verlangt, so bedeutet ihr Fehlen Unwirksamkeit des Geschäfts mit den Folgen der Unrichtigkeit des Grundbuches bei dinglichen Erwerbsbeschränkungen und mit der Verpflichtung zur Rückgabe des Geleisteten, wenn die Eintragung im Grundbuch ordnungswidrig erfolgt sein sollte. Nachträgliche Genehmigung heilt mit rückwirkender Kraft. Verstöße gegen die Sammelverordnung ziehen nur strafrechtliche Folgen nach sich.

Staatliche und kirchliche Gesetzgebung.

1. Allgemeine Beschränkungen bei Grundstückserwerb und bei Zuwendungen.

Die auf Grund des Art. 86 EG. BGB. erlassenen landesrechtlichen Beschränkungen gelten für alle Krankenanstalten, öffentliche wie private, es sei denn, daß im folgenden Ausnahmen gemacht sind.

Preußen. Schenkungen und Zuwendungen von Todes wegen über 5000 RM. an juristische Personen bedürfen staatlicher Genehmigung, desgleichen Erwerb von Grundstücken im Werte von mehr als 5000 RM (Art. 6, 7 preuß. AG. BGB). Jedoch können ohne Genehmigung Grundstücke erwerben: Familienstiftungen, auf Grund des HGB. errichtete juristische Personen (z. B. Aktiengesellschaften), Gesellschaften m. b. H. Dagegen bedürfen der Genehmigung rechtsfähige Vereine, Anstalten und Stiftungen, gleichgültig, ob ihre Rechtsfähigkeit auf staatlicher Genehmigung (pr. ALR. II 6 § 22, II 19 § 42, BGB. §§ 22, 23, 80) oder auf Eintragung im Vereinsregister (BGB. § 21) oder auf Anerkennung durch die Rechtsordnung ohne besondere Verleihung (im Gebiete des früheren sog. gemeinen Rechts) beruht. Vgl. AG. BGB. Art. 7 § 1 Abs. 2.

Auch in den übrigen Ländern bestehen z. T. ähnliche Vorschriften: *Württemberg*, Art. 140 AusfGes. BGB. 28. 7. 99: Genehmigung der Kreisregierung beim Grundstückserwerb im Werte von mehr als 5000 RM. für juristische Personen, welche religiöse oder wohltätige Zwecke verfolgen; *Baden*, Art. 8 AusfGes. BGB. 17. 6. 99: Genehmigung für Schenkungen und letztwillige Verfügungen im Werte von mehr als 5000 RM. zugunsten schon bestehender oder anderer juristischer Personen. Ähnliche Bestimmungen in *Thüringen*, §§ 16, 18 AusfGes. BGB. 16. 5. 23; *Hessen*, Art. 12—14 AusfGes. BGB. in der Fassung des Ges. vom 28. 11. 23: Genehmigung für Schenkungen und Verfügungen von Todes wegen im Werte von mehr als 5000 RM.; *Mecklenburg-Schwerin*, §§ 26—30 AusfGes. BGB.: Erwerb von Lehngütern nur mit lehns herrlicher Genehmigung, Erwerb von Landgütern im Werte von mehr als 5000 RM. nur mit Genehmigung des Ministeriums; ebenso *Mecklenburg-Strelitz*, §§ 26—29 AusfGes. BGB.; *Anhalt*, Gesetz betr. die Genehmigung zu Zuwendungen an juristische Personen und die Beaufsichtigung von Stiftungen vom 29. 4. 04: Genehmigung für Schenkungen und letztwillige Zuwendungen an juristische Personen im Werte von mehr als 5000 RM.; *Hamburg*, Gesetz 20. 2. 20, Amtsbl. 269: Juristische Personen mit Ausnahme solcher des hamburgischen öffentlichen Rechts bedürfen bei Grundstückswert über 5000 RM. der Genehmigung zum Erwerb. Wegen *Bayern* s. Nr. 4.

2. Besondere Beschränkungen bei Aufnahme von Anleihen für Krankenhäuser von Gebietskörperschaften.

Auf Grund der Richtlinien für das Schuldenwesen der Gemeinden vom 3. 12. 30 ist in *Preußen* das Gesetz über die Aufnahme von Anleihen und Darlehen usw. durch Gemeinden

und Gemeindeverbände vom 29. 5. 31 ergangen. Danach (§ 1) bedürfen Gemeinden und Gemeindeverbände zur rechtswirksamen Aufnahme von Anleihen und Darlehen u. a. der vorherigen Genehmigung durch die nach den Gemeindeverfassungsgesetzen und dem Zuständigkeitsgesetze für die Genehmigung zuständigen Behörden. Genehmigungsfrei sind bloße Kassenkredite und Geschäfte der laufenden Verwaltung, sofern es sich nicht um Auslandskredite handelt. Durch die Reichsnotverordnung vom 6. 10. 31 (RGBl. I, 543) ist — soweit hier von Bedeutung — dieser Rechtszustand auf das ganze Reich ausgedehnt worden (3. Teil, Kap. 1). Die Länder können noch schärfere Vorschriften erlassen.

Durch diese Regelung sind die älteren übereinstimmenden Vorschriften der Gemeindeverfassungsgesetze bedeutungslos geworden (z. B. § 50 Ziff. 3 östl. StädteO. v. 30. 5. 53, § 49 StädteO. f. d. Prov. Westfalen 19. 3. 56, § 71 Ges. betr. Verf. u. Verw. d. Städte und Flecken in d. Prov. Schleswig-Holstein v. 14. 4. 69, § 119 rev. StädteO. f. d. Prov. Hannover v. 24. 6. 58, § 56 StädteO. f. d. Prov. Hessen-Nassau v. 4. 8. 97, Art. 42 Bayr. GemO. v. 17. 10. 27, Art. 218 Württ. GemO. v. 19. 3. 30, Art. 118 Hess. GemO. v. 10. 7. 31, §§ 92, 93 d. Gem.- und KreisO. f. Thür. v. 8. 7. 26, § 39 StädteO. f. d. Freistaat Mecklenburg-Schwerin v. 18. 7. 19, Art. 56 GemO. f. d. Landesteil Oldenburg v. 25. 6. 21).

In Kraft geblieben sind dagegen die Vorschriften, die eine darüber hinausgehende Genehmigungspflicht vorschreiben, insbesondere die Bestimmungen, die allgemein bei der „Übernahme einer neuen Belastung ohne gesetzliche Verpflichtung“ eine Genehmigung erfordern (§ 56 StädteO. f. d. Prov. Hessen-Nassau, § 124 KreisO. f. d. östl. Prov., § 119 ProvO. f. d. östl. Prov. u. a.).

3. Besondere kirchliche Beschränkungen in Preußen.

(Über den Codex vgl. unten Nr. 6.)

Neben den allgemeinen Vorschriften der Art. 6, 7 PrAG BGB. gelten für die Kirchen noch die staatlichen Kirchengesetze [für die evangelische Landeskirche: Ev.KirchenVerfGes. v (GS. 1924, 585)]. Hier kommt für die Errichtung von Krankenanstalten die staatliche Ges. v. 8. 4. 24 (GS. 1924, 221), für die katholische Kirche: Kath.KirchenVermGes. v. 24. 7. 24 Genehmigungspflicht bei Anleihen, die nicht bloß zur vorübergehenden Aushilfe dienen und bei Sammlungen in Betracht. Die kirchliche Genehmigung ist nach der Kath.KirchenAufs. Anordnung v. 26. 2. 28 (GS. 1928, 12) (vgl. die in gleichlautender Form auch für die übrigen Diözesen erlassene Geschäftsanweisung für die Verwaltung des Vermögens in den Kirchengemeinden und Gemeindeverbänden der Erzdiözese Köln v. 11. 7. 28; Arch. Kath.KR. 1928, 644ff.) erforderlich u. a. bei Erwerb des Eigentums an Grundstücken, Kaufverträgen über Gegenstände im Werte von mehr als 2000 RM., Annahme belasteter Schenkungen und anderer Zuwendungen und Aufnahme von Anleihen, die nicht bloß zu vorübergehender Aushilfe dienen.

Von — allerdings wohl nur inner-kirchenrechtlicher — Bedeutung ist z. B. der Erzbischöfliche Erlaß der Erzdiözese Köln vom 20. 11. 15 (CORSTEN: Samml. kirchl. Erlasse, Verordnungen und Bekanntmachungen für die Erzdiözese Köln 1929, 722), nach dem für die Errichtung von gemeinnützigen kirchlichen Anstalten, die nicht dem Kirchenvorstande unterstellt sind, sondern auf den Namen eines Geistlichen oder einer besonderen juristischen Person errichtet werden, Hilfsgeistliche, Rektoren und Kapläne bzw. Vikare niemals ohne Einvernehmen mit dem Ortspfarrer die Hand bieten sollen und in allen Fällen die erzbischöfliche Genehmigung erforderlich sein soll. Nach der Verordnung des Erzbischöflichen Generalvikariats derselben Diözese vom 25. 6. 25 (CORSTEN, a. a. O. 762) dürfen Kirchenvorstände verbindliche Verträge über die Aufnahme eines Darlehns mit einem Geldinstitut erst nach Genehmigung der staatlichen und kirchlichen Aufsichtsbehörde schließen.

Von den Bestimmungen des Ev.KirchenAusfGes. v. 18. 7. 92 (GS. 1893, 25) interessiert hier die kirchliche Genehmigungspflicht bei dem Erwerbe von Grundeigentum, bei Anleihen, soweit sie nicht bloß zu vorübergehender Aushilfe dienen und aus den laufenden Einnahmen derselben Voranschlagsperiode zurückerstattet werden können und bei Neubauten (vgl. auch Verordnung des Evangel. Landeskirchenausschusses betr. Angelegenheiten der kirchlichen Vermögensverwaltung vom 18. 12. 24 in KirchlGes.- u. VOBlatt 1915, 2).

4. Besondere kirchliche Beschränkungen in Bayern.

(Über den Codex vgl. unten Nr. 6.)

Infolge Art. 2 Abs. 2 Satz 3 des Konkordates vom 29. 3. 24 haben Art. 7, 8 AG. BGB. die Genehmigung für Schenkungen oder Zuwendungen von Todes wegen und für Erwerb von Gegenständen des unbeweglichen Vermögens im Werte von mehr als 10000 RM.) nur noch für selbständige Bruderschaften, deren Vermögen nicht eine Stiftung bildet, Bedeutung. Außerhalb der katholischen Kirche ist die Vorschrift (Genehmigung für Zuwendungen an weltliche Gesellschaften) bedeutungslos, da die protestantische Kirche solche Gesellschaften nicht kennt, insbesondere sind die Diakonissenanstalten keine solchen.

Entsprechend den preußischen Staatsgesetzen von 1924 besteht in *Bayern* eine *Kirchengemeindeordnung* vom 24. 9. 12: staatsaufsichtliche Genehmigung bei Beschlussfassungen der Kirchengemeindeversammlung oder der Kirchenverwaltung mit Zustimmung der Kirchengemeindebevollmächtigten über a) Unternehmungen, Einrichtungen oder sonstige außerordentliche, finanziell wichtige Maßnahmen, deren Kosten ganz oder teilweise durch Umlage bestritten werden sollen, b) außerordentliche, finanziell wichtige Rechtsakte, die auf die Leistung von Kirchenumlagen dauernd Einfluß haben können (Art. 23). Ferner Genehmigung, wenn bei Anleiheaufnahmen der Betrag, um welchen die Schuldenlast in demselben Rechnungsjahre vermehrt wird, bei Kirchengemeinden in unmittelbaren Städten mindestens 3500 RM., im übrigen mindestens 1000 RM. ausmacht (Art. 34). Schließlich Genehmigung bei Erwerb von Grundstücken und Übernahme fortdauernder oder wiederkehrender Ausgaben oder sonstiger bleibender Lasten (Art. 75).

Protestantische Kirche der Pfalz § 5 KirchenVermO. vom 23. 4. 28: Genehmigung des Landeskirchenrates zur Aufnahme von Anleihen, wenn der innerhalb eines Rechnungsjahres aufzunehmende Betrag bei Kirchengemeinden in unmittelbaren Städten mindestens 3500 RM., im übrigen mindestens 1000 RM. ausmacht.

Ev.-luth. Kirchen rechts des Rheins: Beschlüsse der Steuerverbandsvertretungen über außerordentliche, finanziell wichtige Rechtsakte, die auf die Leistung von Kirchenumlagen Einfluß haben können, sind dem Landeskirchenrat anzuzeigen, der den Vollzug ganz oder teilweise einstellen kann.

Protestantische Kirche der Pfalz § 8 Ziff. 1 KirchenVermO. vom 23. 4. 28: Genehmigung des Landeskirchenrates zum Erwerb von Grundstücken, Erwerb eines Einrichtungs- oder Ausstattungsgegenstandes; § 8 Ziff. 8: Genehmigung des Landeskirchenrates zu Bauwerken mit Bedarf von mehr als 5000 RM.

5. Besondere kirchliche Beschränkungen in den übrigen Ländern nach evangelischem Kirchenrecht.

Anleihen. Für die evangelischen Kirchen kommen in den übrigen deutschen Ländern ähnliche Vorschriften in Frage. Die Genehmigung einer kirchlichen Behörde wird bei der Aufnahme von *Anleihen* erfordert, d. h. von Geldern, die nicht nur zur Aushilfe für kurze Zeit dienen. (*Baden*: § 12 Nr 10 Vorschr. f. d. Verw. u. das Rechnungswesen des örtl. evang. Kirchenvermögens v. 17. 7. 08: Genehmigung des Oberkirchenrats; *Braunschweig*: § 101 Nr 2 Kirchengemeindeordng. für die evang.-luther. Kirchengemeinden v. 21. 7. 22: Zustimmung des Stadtkirchentages; *Oldenburg*: § 37 Verf. der evang.-luther. Kirche des Landesteils Oldenburg v. 12. 11. 20: Genehmigung des Oberkirchenrats; *Hannover*: § 52 Nr 2 Verf. der evang.-luther. Landeskirche Hannover: Genehmigung des Kreiskirchenvorstandes bei Anleihen, die nicht aus der laufenden Einnahme derselben Voranschlagszeit erstattet werden können; so auch *Mecklenburg-Strelitz*: § 15 Verf. der evang.-luther. Landeskirche v. 16. 7. 29: Genehmigung des Oberkirchenrats; ebenso *Anhalt*: § 21c Verf. der evang. Landeskirche Anhalts v. 9. 2. 26: Genehmigung des Landeskirchenrats; *Württemberg*: § 64 Nr 5 evang. Kirchengemeindeordnung v. 16. 12. 24: Genehmigung des Oberkirchenrats bei Aufnahme von Anleihen und bei Feststellung des Tilgungsplanes; *Thüringen*: § 3 Ziff. 3, Gesetz über die Verwaltung des ortskirchlichen Vermögens v. 5. 5. 23: Genehmigung des Landeskirchenrats, mit Ausnahme der aus laufenden Einnahmen desselben und des folgenden Rechnungsjahres zurückzuerstattenden Anleihen; VO. über die Zuständigkeit der Kreiskirchenräte v. 25. 7. 27: Genehmigung des Kreiskirchenrats bei Anleihen und Darlehen, die nicht als Wirtschaftsdarlehen anzusehen sind und beim Tilgungsplan für ihre Rückzahlung, wenn 1000 RM. oder 50% der Einnahmesumme des letzten Haushaltsplanes nicht überschritten werden. Bei höherer Genehmigung des Landeskirchenrats; *Lippe-Deimold*: § 1 Ziff. 3, § 2 Kirchengesetz v. 6. 3. 30: Genehmigung des Konsistoriums, bei mehr als 10000 RM., des Landeskirchenrats für Anleihen, die nicht aus der laufenden Einnahme desselben oder des folgenden Rechnungsjahres getilgt werden können; *Lübeck*: Art. 57 Ziff. 8 Verf. der evang.-luther. Kirche im lübeckischen Staate v. 4. 6. 30: Genehmigung des Stadtkirchentages bei Aufnahme von Anleihen durch den Landeskirchenrat; *Bremen*: § 11 Ziff. 8—10 Verf. der bremenschen evang. Kirche v. 14. 6. 20: Genehmigung des Kirchengemeindevorstandes; *Sachsen*: § 13 Ziff. 7 Kirchengemeindeordnung der evang.-luther. Landeskirche Sachsens v. 2. 3. 21: Genehmigung der Kirchengemeindevertretung bei Anleihen auf den Kredit der Kirchengemeinde, soweit sie nicht binnen Jahresfrist zurückgezahlt werden sollen; § 32 Ziff. 20 Verf. der evang.-luth. Landeskirche v. 29. 5. 22: zuständig zur Aufnahme von Darlehen auf den Kredit der Kirche: Landeskonsistorium).

Der Erwerb von Grundstücken durch Kirchen unterliegt in den meisten deutschen Ländern innerkirchlichen Beschränkungen, so der Genehmigung einer höheren kirchlichen Behörde. *Baden*: § 12 Ziff. 3 Vorschr. f. d. Verw. des örtl. evang. Kirchenvermögens v. 17. 7. 08: Genehmigung des Oberkirchenrats zu derartigen Beschlüssen der Gemeindevorstände; *Braunschweig*: §§ 35, 73 Kirchengemeindeordnung v. 21. 7. 22, mit Änderungsgesetz v.

24. 3. 30: Genehmigung des Landeskirchenamtes bei Beschlüssen des Gemeindegemeinderats, § 101 Kirchengemeindeordnung: Zustimmung des Stadtkirchentages bei Beschlüssen des Stadtkirchenverbandes; *Hannover*: § 52 Ziff. 13 Verf. der evang.-luther. Landeskirche: Genehmigung des Kreiskirchenvorstandes nach Zustimmung des Landeskirchenamtes bei Beschlüssen des Kirchenvorstandes; *Mecklenburg-Strelitz*: § 15 Abs. 2 Ziff. 1 Verf. der evang.-luther. Landeskirche: Genehmigung des Oberkirchenrats für Beschlüsse des Kirchengemeinderats; *Anhalt*: § 21a Verf. der evang. Landeskirche: Genehmigung des Landeskirchenrats zu Beschlüssen des Gemeindegemeinderats; *Lippe-Detmold*: § 1 Ziff. 1 Kirchengesetz: bei Wert von mehr als 10000 RM. Genehmigung des Landeskirchenrats, sonst des Konsistoriums.

Innerkirchliche Genehmigungsvorschriften betreffen auch die *Erweiterung einer kirchlichen Anstalt*. *Baden*: § 12 Ziff. 3 Vorschr. f. d. Verw. u. das Rechnungswesen des örtl. evang. Kirchenvermögens: Genehmigung des Oberkirchenrats zu Beschlüssen der Kirchengemeinderäte wegen Vornahme von Neubauten, Erweiterungsbauten und Bauveränderungen; *Braunschweig*: § 73 Ziff. 4 Kirchengemeindeordnung: Genehmigung des Landeskirchenamtes zum Neubau oder Erweiterungen kirchlicher Gebäude; *Hannover*: § 52 Ziff. 9 Verf. der evang.-luther. Landeskirche: Genehmigung des Kreiskirchenvorstandes und Zustimmung des Landeskirchenamtes bei Neubauten und Um- und Wiederherstellungsarbeiten; *Württemberg*: § 64 Ziff. 8 evang. Kirchengemeindeordnung: Genehmigung des Oberkirchenrats bei Neubauten, bedeutenden Ausbesserungen oder Änderungen; *Lübeck*: Art. 57 Ziff. 9 Verf. der evang. Landeskirche: Oberaufsicht über Ausführungen kirchl. Bauten durch einen vom Landeskirchenrat und Landeskirchentag zu bestellenden Ausschuß, Art. 57 Ziff. 6: Mitwirkung des Landeskirchentages bei Bewilligung von Verwendungen aus der allgemeinen Kirchenkasse durch den Landeskirchenrat.

6. Besondere kirchliche Beschränkungen in den übrigen Ländern nach katholischem Kirchenrecht.

Für die katholische Kirche kommen als innerkirchliche Vorschriften in der Hauptsache die Bestimmungen des *Codex Juris Canonici* in Frage. Danach (c. 1530ff.) ist für jedes *Rechtsgeschäft*, durch welches die Vermögenslage eines kirchlichen Instituts verschlechtert wird, also für die Aufnahme von Schulden, Errichtung von Hypotheken auf kirchliche Liegenschaften, Einräumung einer Grunddienstbarkeit usw. ein besonderes Verfahren vorgeschrieben. Die durch die Belastung eintretende Wertminderung ist durch Sachverständige zu schätzen. Eine *justa causa* (dringende Notwendigkeit, z. B. Vornahme von Reparaturen oder Bauten) und ein erheblicher Nutzen (Erfüllung einer Pietät) muß vorliegen. Ferner ist die vorgängige Erlaubnis (Veräußerungskonsens) des rechtmäßigen Oberen einzuholen. Die ohne diese Erlaubnis erfolgte Veräußerung ist nichtig. Zuständig zur Erteilung des Konsenses ist der apostolische Stuhl (Konzils Kongregation), wenn die Belastung den Wert von 30000 Lire oder Franken übersteigt, sonst der Ortsordinarius. Zur Gültigkeit des Veräußerungskonsenses ist, außer bei Gegenständen von ganz geringfügigem Werte, erforderlich, daß der Ordinarius den Diözesanvermögensrat hört und sich der Zustimmung der Interessenten (Benefizianten, Kirchenverwaltung) versichert. Bei Gegenständen im Werte zwischen 1000 und 30000 Lire bedarf der Ortsordinarius zur Gültigkeit des Veräußerungskonsenses der Zustimmung des Kathedralekapitels, des Diözesanvermögensrates und der Interessenten. Der kirchliche Obere hat dafür zu sorgen, daß die Schulden sobald als möglich wieder getilgt werden; die Höhe der zur Schuldentilgung bestimmten Jahresraten ist vom Ordinarius festgesetzt (c. 1538).

Anleihen. An Bestimmungen neben denen des Codex kommen für die Aufnahme von *Anleihen* in Betracht: *Hessen*: Genehmigung des bischöflichen Ordinariats, bei mehr als 24000 RM. Zustimmung des Heiligen Stuhls; *Oldenburg* (§ 99 Kirchengemeindeordnung für den oldenburg. Teil der Diözese Münster v. 8. 6. 24): Genehmigung des Officialrats für Anleihen, falls sie nicht nur zu vorübergehender Aushilfe dienen und innerhalb des Rechnungsjahres zurückzuerstatten sind; ebenso für jede Änderung der Anleihebestimmungen und jede Abweichung vom Tilgungsplan. In *Bayern* (Satzung der kirchl. Steuerverbandsvertretungen in den bayer. Diözesen, 1930), *Mecklenburg-Strelitz* (§ 11 Verfassg. der kathol. Gemeinden im Freistaate Mecklenburg-Strelitz v. 1. 1. 31) und *Bremen* (§ 12 Verfassg. der kath. Kirche zu Bremen v. 23. 1. 30) wird das im Codex bestimmte Genehmigungserfordernis der kirchl. Oberbehörde noch einmal ausdrücklich wiederholt.

Für den *Grundstückserwerb* sind an besonderen Vorschriften zu beachten: *Baden* (§ 54 Ziff. 2 VO. 20. 11. 61, betr. Verwaltung des kath. Kirchenvermögens): Ohne Ermächtigung des erzbischöflichen Ordinariats kein Vollzug der Stiftungsbeschlüsse über Erwerb unbeweglicher Güter), *Hessen*: Genehmigung des bischöflichen Ordinariats, *Mecklenburg-Strelitz* (§ 11 d. Verf. d. kath. Gemeinden: Beschlüsse des Kirchenvorstandes bei Erwerb von Grundstücken bedürfen der Genehmigung der kirchl. Oberbehörde), ebenso *Bremen* (§ 12 d. Verf. d. kath. Gemeinde).

Für die *Annahme von Zuwendungen* vgl. die besonderen Bestimmungen in *Baden* (§ 54 Ziff. 11 VO. 20. 11. 61: Ohne Ermächtigung des erzbischöflichen Ordinariats kein Vollzug der

Stiftungsratsbeschlüsse über Annahme von Schenkungen und Vermächtnissen), *Mecklenburg-Strelitz* (§ 11 h Verf. d. kath. Gemeinden: Genehmigung der kirchl. Oberbehörde bei Annahme belasteter Schenkungen und anderer belasteter Zuwendungen), ebenso *Bremen* (§ 12g Verf. d. kath. Gemeinde), auch *Hessen* (Genehmigung des bischöfl. Ordinariats zur Annahme belasteter Schenkungen).

Über *Erweiterungsbauten* bestehen Bestimmungen in *Baden* (§ 54 Ziff. 3 VO. 20. 11. 61: Ohne Ermächtigung des erzbischöfl. Ordinariats kein Vollzug der Stiftungsratsbeschlüsse über neue Bauten), *Württemberg* (§ 224 Ziff. 4 VerwO. f. d. Kirchenpflegen, Kirchengemeinden und ortsüblichen Stiftungen der Diözese Rottenburg v. 13. 11. 25: Beschlüsse der Kirchengemeinderäte bedürfen der Genehmigung des Diözesanverwaltungsrates, wenn ein Neubau oder bedeutende Ausbesserung an ortskirchl. Gebäuden und der Inneneinrichtung derselben ausgeführt werden soll).

7. Besondere Beschränkungen für jüdische Anstalten.

Für die von *jüdischen* Religionsgesellschaften betriebenen Krankenhäuser gelten entsprechend den obigen Vorschriften die Bestimmungen der sog. Judengesetze; *Preußen*, § 48 Ges. über die Verhältnisse der Juden v. 23. 7. 47: Genehmigung der Regierung erforderlich zur Aufnahme von Anleihen und zum Ankaufe von Grundstücken, Ges. wegen Anerkennung der Synagogengemeinde „Israelitische Religionsgesellschaft“ in Frankfurt a. M. als Körperschaft des öffentlichen Rechts v. 16. 4. 28 (GS. S. 81): Genehmigung der Staatsbehörde erforderlich zur Aufnahme von Anleihen, die nicht bloß zur vorübergehenden Aushilfe dienen, sowie zu Sammlungen, vgl. auch *Braunschweig*, Ges. v. 1. 4. 08, *Hamburg*, Ges. v. 7. 11. 64.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Zu den auf Grund des Art. 86 EinfGes. BGB. aufrecht erhaltenen landesrechtlichen Vorschriften vgl. STAUDINGER: Komm. z. BGB., 9. Aufl. zu Art. 86 EinfGes. BGB. und die dort angegebene Literatur, zu den *bayerischen* Bestimmungen insbesondere HENLE-SCHNEIDER: Bayer. AusfGes. BGB. 1931. — Über die Regelung des kommunalen Kredites ZSCHINTZSCH: Kommunalkredit. 1931. — Zu den *preuß. Staatskirchengesetzen* des Jahres 1924 und zu der Kath. Kirchl. Aufs.-Anordnung vom 20. 2. 28 vgl. PHILIPSBORN: Beschränkungen der Kirchen im Grundstücksverkehr nach preuß. Recht in Festschr. f. Oberneck 1930, 96ff., SCHLÜTER: Rechtsgeschäfte der katholischen Kirchengemeinden in Preußen 1930. — Über die Frage, ob in Preußen Kirchengemeinden zur Annahme von Schenkungen, zum Erwerb von Todes wegen und zum Erwerb von Grundstücken der Genehmigung der Staatsaufsichtsbehörde bedürfen, vgl. (bejahend) SCHLÜTER: JW. 1926, 954, 2309; SIEGERT: JW. 1928, 3211; GÜTHE-TRIEBEL: GrundbO., 5. Aufl., S. 1986; PHILIPSBORN: a. a. O. S. 100ff.; dagegen (verneinend) GIESE: JW. 1926, 1479; v. BONIN, RuPrVBl. 1924, 337; CUSTODIS: RheinNotZ. 1925, 83; 1928, 31. — Über die innerkirchlichen Bestimmungen EICHMANN: Lehrbuch des Kirchenrechts auf Grund des Codex Juris Canonici 1930, insbes. S. 306ff. — KLEIN: Welche Bedeutung kommt den nach katholischem Kirchenrecht bestehenden Beschränkungen der Veräußerung von res ecclesiasticae nach deutschem bürgerlichem Rechte zu? ArchKathKirchRecht 1905, 242ff. (nimmt lediglich kirchliche Bedeutung an). — KORMANN: Die kirchenrechtlichen Veräußerungsbeschränkungen beim katholischen Kirchengut und das bürgerliche Recht. 1907 (Kirchenrechtl. Abhandlungen 42. Heft). — SCHACHIAN: Die relative Unwirksamkeit der Rechtsgeschäfte. 1910 (behandelt S. 159ff. die sog. Veräußerungsverbote des geltenden katholischen Kirchengüterrechts und sieht sie als zivilrechtlich wirksame Beschränkungen der Vertretungsmacht einzelner kirchlicher Organe an). — Eingehend EBERS: Staat und Kirche im neuen Deutschland. 1930, bes. S. 394ff.; vgl. auch die allgemeinen Lehrbücher des Kirchenrechts (RESEK: Kirchenrecht. 1931 — FRIEDBERG: Lehrbuch des katholischen und evangelischen Kirchenrechts. 1909 — GIESE-HOSEMANN: Verfassungen der deutschen evangel. Landeskirchen. 1927 — SCHOEN: Das neue Verfassungsrecht der evangel. Landeskirchen in Preußen. 1929 — STUTZ: Kirchenrecht. 1914 u. a.). — Über die Verhältnisse der israelitischen Religionsgesellschaften s. ausführlich mit Literaturangaben: STENGEL-FLEISCHMANN: Wörterbuch deutschen Staats- und Verwaltungsrechts. 1914. Zum Sammelwesen vgl. FRANK-WRONSKY: Komm. z. Bundesratsverordn. über Wohlfahrtspflege. 1917.

Rechtsprechung:

Nr. 1. Berechnung der Wertgrenze von 5000 RM.

RG. 17. 6. 11, RGZ. 76, 384: Maßgebend ist der Bruttowert d. i. der Wert des Gegenstandes des Erwerbes ohne Abzug der etwa auf demselben ruhenden Lasten.

Nr. 2. Rechtszustand vor Genehmigung.

Bis zur Genehmigung liegt Unwirksamkeit, d. h. ein Fall der „schwebenden Ungewißheit“ vor (RG. 2. 3. 11, RGZ. 75, 406; vgl. auch RG. 17. 6. 11, RGZ. 76, 384). RG. 24. 6. 16,

RGZ. 88, 335: Bis zur Genehmigung liegt ein Schwebezustand vor, während dieses Schwebezustandes besteht ein Rechtsverhältnis, das nicht nur Feststellungsklagen, sondern auch die Eintragung von Hypotheken ermöglicht. Vor der Entscheidung über die Genehmigung der Zuwendung kann daher Löschung der Hypothek nicht verlangt werden. Ob eine aufschiebende oder eine auflösende Bedingung gegeben ist, kann dahingestellt bleiben. Für die steuerrechtliche Beurteilung hat sich der RFH. (14. 3. 19, RFH. 1, 16) für die Annahme einer aufschiebenden Bedingung entschieden; vor Erteilung der Genehmigung sei für den Empfänger nicht eine Rechtslage geschaffen, in der ihm als Erwerber eine Verfügungsmacht eingeräumt wäre, die ihm ermöglichte, die Erbschaftssteuer aus der Masse bereits zu bestreiten. Die Steuerschuld entsteht deshalb erst mit der Genehmigung (vgl. KIPP: ErbschStG. § 14 Anm. 8, der bezweifelt, daß sie dann nach ihrer Entstehung als mit dem Tode des Erblassers entstanden gilt.)

Nr 3. Rückwirkende Kraft staatlicher Genehmigungen.

RG. 2. 3. 11, RG. 75, 406: Die Genehmigung nach Art. 86 EinfGes. BGB. hat rückwirkende Kraft mit dem Erfolge, daß die Zuwendung von Anfang an Wirksamkeit erlangt; vgl. auch RG. 21. 2. 29; JW. 1929, 1393.

Nr 4. Genehmigung bei Anleihen.

KG. 14. 6. 28, DNotV. 1929, 300: In den Fällen, in denen zur Kapitalausleihe durch eine evangelische Kirchengemeinde die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erforderlich ist, ist sie auch zur nachträglichen Rücktrittserklärung erforderlich; die Genehmigung muß auch zur Bewilligung einer Veränderung oder Verminderung der bestellten Sicherheit durch Pfandentlassung u. dgl. erteilt werden.

Nr 5. Genehmigung bei Grundstücken.

Nach LG. Cleve 20. 3. 29, JW. 1929, 3401, bezieht sich die nach §§ 14, 21 PrKathKirchVermGes. zum Grundstückserwerb erforderliche Genehmigung nur auf das Innenverhältnis; während nach außen hin der ohne die bischöfliche Genehmigung gefaßte Beschluß wirksam sei. Dagegen mit Recht SCHLÜTER in der Anm., da ohne die Genehmigung der Beschluß noch nicht rechtswirksam sei. RG. 12. 5. 30, RGZ. 128, 371: Der Begriff des „Erwerbes“ von Grundstücken ist so allgemein gehalten, daß er den darauf gerichteten schuldrechtlichen Vertrag mit umfaßt. Ein solcher Vertrag ist, solange die Genehmigung noch nicht versagt ist, schwebend unwirksam. Mit der Erteilung der Genehmigung wird der Vertrag wirksam, mit ihrer Versagung hört die Gebundenheit der Vertragschließenden auf.

Nr 6. Anwendbarkeit der Erwerbsbeschränkungen auch für die preußischen Kirchengemeinden.

LG. Brieg 28. 9. 25, JW. 1926, 1479 hält zum Erwerbe von Grundeigentum durch evangelische Kirchengemeinden eine Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde nicht für erforderlich; in den Staatskirchengesetzen des Jahres 1924 sei dieser Genehmigungsfall nicht enthalten, so daß nach Art. 7 Abs. 2 PrAGBGB. eine Genehmigung entfallt. Dagegen mit Recht das KG. (18. 2. 26; DNotV. 1926, 197); die Kirchengemeinden seien von vornherein nicht unter die Ausnahme des Abs. 2 des Art. 7 gefallen, sondern nach der allgemeinen Regel des Abs. 1 zu beurteilen. Das Schweigen der neuen Staatskirchengesetze ist deshalb bedeutungslos, es hätte vielmehr einer *ausdrücklichen* Befreiungsvorschrift bedurft. Ebenso KG. 18. 2. 26, DNotV. 1926, 197 und 30. 9. 26, DJZ. 1927, 322. Über die Literatur hierzu siehe oben unter Schrifttum.

2. Konzession privater Krankenanstalten.

Von

E. ISAY, Berlin.

Bemerkung 1. § 30 GewO. bestimmt:

„Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irenanstalten bedürfen einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde.“

Begriff der Konzession. Konzession bedeutet Erteilung der behördlichen Erlaubnis zu einem Gewerbebetrieb. Im Gegensatz zur „Approbation“ als der bloßen Feststellung, daß eine Person genügende Sachkunde zur Ausübung eines Berufs oder Gewerbes habe, wird durch die Konzession zum Ausdruck gebracht,

daß der Ausübung der Tätigkeit nichts entgegenstehe. Der Konzession nach § 30 bedarf nur der Betrieb der in ihm genannten Anstalten, nicht etwa schon die Errichtung des Gebäudes.

Bem. 2. I. Konzessionspflichtige Person. Konzessionspflichtig ist der „Unternehmer“ der Anstalt, d. i. der, unter dessen Oberleitung und Namen und für dessen Rechnung der Betrieb geführt wird. Das braucht nicht ein Arzt zu sein, der leitende Arzt ist nicht notwendig der Unternehmer. Nach neuerer Auffassung kann die Konzession erteilt werden: einer physischen oder einer juristischen Person, einer Korporation, einem Verein, auch einer offenen Handelsgesellschaft (VON LANDMANN, GewO. 8. Aufl. I, 86), obgleich diese keine selbständige Rechtspersönlichkeit besitzt.

Bem. 3. II. Konzessionspflichtige Anstalt. Konzessionspflichtig sind nur solche Anstalten, die ein *gewerbliches Unternehmen* darstellen, d. h. deren Betrieb in der Absicht geschieht, einen Vermögensvorteil zu erzielen. Demnach bedürfen der Konzession in der Regel *nicht* insbesondere die Krankenanstalten der kirchlichen Orden, Kongregationen, Wohltätigkeitsvereinigungen usw., da sie nicht gewerbsmäßig betrieben zu werden pflegen. Die Erhebung von Pflegegeldern gibt der Anstalt nur dann den Charakter eines gewerblichen Unternehmens, wenn damit die Erzielung von Überschüssen bezweckt wird (Zirkular d. PrMdI. und Kultusmin., MBliV. 1893, 128). Ebenso wenig bedarf ein Arzt der Konzession, wenn seine ärztliche Tätigkeit die Unterhaltung einer Privatkrankenanstalt (z. B. einer chirurgischen Klinik) erforderlich macht, d. h. die Anstalt kein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle bildet (RG. 8. 11. 18, 94, 109).

Konzessionspflichtig ist ein Unternehmen nur dann, wenn es sich als *Anstalt* darstellt, d. h. wenn auf gewisse Dauer eine Anzahl besonderer Räumlichkeiten für die Behandlung einer Mehrzahl von Personen bestimmt wird. An dieser Voraussetzung fehlt es z. B., wenn schwangere Frauen vereinzelt zur Entbindung aufgenommen werden. Hydrotherapeutische Anstalten erlangen den Charakter einer Krankenanstalt erst dann, wenn zu den Bädern noch eine weitere Pflege und Heilbehandlung tritt (PrOVG. 8. 12. 04, GewArch. 4, 421). Andererseits ist ein Großbetrieb oder das Bestehen besonderer technischer Einrichtungen für den Begriff der Anstalt nicht erforderlich. Das PrOVG. 1. 4. 97, 31, 284 verlangt freilich, daß Betten für die zu behandelnden Kranken vorhanden seien, während es nach dem RG.(Str) 32, 255 genügt, wenn die Räume den örtlichen Mittelpunkt darstellen, zu dem die Kranken ständig zurückkehren und an dem ihre Lebensweise nach der betreffenden Heilmethode geregelt und überwacht wird, mag auch eine Beherbergung während der Nacht nicht stattfinden. Maßgebend ist im einzelnen Fall jedenfalls, ob nach dem tatsächlichen Betrieb eine Prüfung des Unternehmens gemäß den in § 30 GewO. zum Ausdruck gebrachten polizeilichen Gesichtspunkten notwendig erscheint, d. h. ob die Gefahren, denen durch diese Prüfung begegnet werden soll, ernstlich in Frage kommen (so LANDMANN, GewO. I 331, v. ROHRSCHEIDT, GewO. I 136).

Der Konzession bedürfen sodann nur *private* Kranken- usw. -Anstalten. Öffentliche Anstalten, z. B. solche des Staats, der Gemeinden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften usw., sind nicht konzessionspflichtig, selbst dann nicht, wenn ihr Betrieb gewerbsmäßig, d. h. in der Absicht des Gewinnes, erfolgt.

Der Konzession bedürfen schließlich nur *Kranken-, Entbindungs- oder Irrenanstalten*. Ob ein Genesungsheim als Krankenanstalt i. S. d. Vorschr. des § 30 GewO. zu gelten hat, beurteilt sich danach, ob wirklich kranke oder nur solche Pflinglinge Aufnahme finden sollen, deren Genesung vollendet ist, die daher als krank nicht mehr angesehen werden können oder deren körperlicher Zustand

besondere Schutzmaßregeln nicht mehr erheischt; befinden sich die Pflinglinge noch in der Rekonvaleszenz, so wird es sich regelmäßig um eine Krankenanstalt handeln (MinErl. 12. 2. 03, MBl. f. MedAng., 83, GewArch. 2, 417). Als Privatirrenanstalt ist jede gewerbsmäßig betriebene Anstalt anzusehen, welche die Pflege oder Heilung von Geisteskranken oder Gemütsleidenden bezweckt, wobei es auf den Namen („Pensionat“ od. dgl.) nicht ankommt (PrOVG. 12. 5. 80, 6, 256, 263).

III. Voraussetzungen der Gewährung und Versagung der Konzession.

Bem. 4. § 30 Abs. 1 Satz 2, Abs. 20 schreiben vor:

„Die Konzession ist nur dann zu versagen

a) wenn Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt dartun,

b) wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen,

c) wenn die Anstalt nur in einem Teile eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann,

d) wenn die Anstalt zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskranken bestimmt ist und durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann.

Vor Erteilung der Konzession sind über die Fragen zu c und d die Ortspolizei und die Gemeindebehörden zu hören.“

Bem. 5. Das Gesetz gibt die Gründe für die Versagung der Konzession erschöpfend an. Aus anderen als den genannten Gründen darf daher die Konzession nicht versagt werden. Der Unternehmer hat einen Anspruch auf Konzessionserteilung, wenn keiner der aufgezählten Versagungsgründe vorliegt. Die Konzession ist aber zu versagen, wenn auch nur *einer* der Gründe gegeben ist. Bei *Wechsel der Person des Unternehmers* ist eine erneute Konzession erforderlich. Die Prüfung erstreckt sich auch in diesem Fall nicht nur auf die persönliche Zuverlässigkeit des Unternehmers, sondern ebenso auf die übrigen in § 30 genannten Voraussetzungen, wobei die Behörde an ihre frühere Auffassung nicht gebunden ist. Entsprechendes gilt für den Fall einer Veränderung oder eines Wechsels des Lokals sowie für Änderung oder Erweiterung der Betriebsart.

Bem. 6. Unzuverlässigkeit. Der Unternehmer muß die Umsicht und Erfahrung haben, die ihn zur Leitung eines solchen Unternehmens befähigen. Er muß bürgerlich unbescholten sein und die erforderlichen sachlichen und administrativen Kenntnisse besitzen. Auch sein Charakter ist zu berücksichtigen, doch kann nicht ohne weiteres irgendein beliebiger Charakterfehler zur Abweisung des Konzessionsgesuchs führen. Approbation als Arzt ist nicht zu verlangen, ebensowenig eine besondere finanzielle Sicherung. Die Unzuverlässigkeit muß dem Gesuchsteller nachgewiesen werden. Sie kann daraus gefolgert werden, daß er längere Zeit eine Privatkrankenanstalt ohne Genehmigung geführt hat.

Bem. 7. Einrichtungen der Anstalt. Der Gesuchsteller hat Beschreibungen und Pläne der Anstalt einzureichen. Ergeben sie, daß die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht genügen, so ist die Konzession zu versagen. Doch dürfen die Beanstandungen nicht auf das Gebiet der ärztlichen Kunst hinübergreifen (STIER-SOMLO, GewO. Anm. 5 zu § 30). Insbesondere kann nicht die Vorlegung

eines Betriebsprogramms gefordert werden, das den Unternehmer in der Art der Behandlung der Kranken beschränkt. Über die Einrichtung der Anstalt s. auch S. 14 ff.

Bem. 8. Unterbringung in einem Wohngebäude. Die Konzession ist zu versagen, wenn die Anstalt in einem von anderen, d. h. nicht zur Anstalt gehörenden Personen bewohnten Gebäude untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann. Es genügt, daß solche Nachteile oder Gefahren nach allgemeiner Auffassung eintreten *können*, daß sie eintreten *müssen*, ist nicht erforderlich. Als erhebliche Nachteile kommen auch vermögensrechtliche Nachteile in Betracht, nicht jedoch bloße Belästigungen (OVG. 17. 4. 02, GewArch. 2, 53).

Bem. 9. Gefahr für Grundstücksnachbarn. Rücksicht auf Besitzer oder Bewohner von Nachbargrundstücken macht die Versagung nur dann notwendig, wenn es sich um Anstalten zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskranken handelt. Auch hier darf Versagung nur erfolgen, wenn die Nachbarn erheblichen Nachteilen oder Gefahren (auch vermögensrechtlichen, z. B. der Gefahr einer Verminderung des Grundstückswerts), nicht aber, wenn sie bloßen Belästigungen ausgesetzt sein können.

Bem. 10. Bedingungen. Die Gewährung der Konzession kann an „Bedingungen“ — die jedoch in Wahrheit „Auflagen“ sind (da nach § 40 keine Konzession auf Zeit und folglich auch keine auflösend bedingte Konzession erteilt werden darf, vgl. Bem. 13) — geknüpft werden, z. B. daran, daß bei erheblichen Nachteilen oder Gefahren für Nachbarn keine Personen mit ansteckenden Krankheiten oder Geisteskrankheiten aufgenommen werden. Ist der die Konzession Nachsuchende kein Arzt, so kann ihm die Auflage gemacht werden, daß die ärztliche Leitung einem approbierten Arzte übertragen werde. Dagegen ist es unzulässig, die Konzession daran zu knüpfen, daß der Konzessionar sich jeder ärztlichen Behandlung der Kranken zu enthalten habe (OVG. 19. 1. 98, Reger 18, 417). Dem Konzessionar können auch Auflagen hinsichtlich der baulichen oder sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt gemacht werden.

Bem. 11. IV. Verfahren bei Konzessionserteilung. Das Konzessionsgesuch muß genau erkennen lassen, welche Art von Anstalt betrieben werden soll. Ihm sind Pläne über die baulichen und technischen Einrichtungen der Anstalt beizufügen. Einzureichen ist es bei der für die Konzessionserteilung zuständigen Behörde. Zuständig ist in *Preußen* der BezAussch. (in Berlin der PolPr.), vgl. §§ 115, 118, 161 des ZustG. 1. 8. 83 (GesS. 237). Gegen den die Konzession versagenden Beschluß findet innerhalb zweier Wochen der Antrag auf mündliche Verhandlung im Verwaltungsstreitverfahren statt (§ 115 Abs. 2 ZustG.). Für die im Verwaltungsstreitverfahren hinsichtlich der baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen zu treffenden Entscheidungen sind nach § 115 Abs. 3 ZustG. die von den Medizinalaufsichtsbehörden innerhalb ihrer gesetzlichen Zuständigkeit getroffenen allgemeinen Anordnungen bindend. Als „Polizeiverordnungen“ dürfen diese Anordnungen nicht erlassen werden (OVG. 35, 342). Zu den MedAufBeh. gehören der MfV. und der RegPräs., nicht dagegen die Kreis- und Ortspolizeibehörden (OVG. 40, 309f.). Gegen das Endurteil des BezAussch. ist nur das Rechtsmittel der Revision gegeben (§ 118 ZustG.). In *Bayern* erteilen die BezVerwBeh., in München die PolDir. die Konzession, in *Württemberg* die Ministerialabteilungen für Bezirks- und Körperschaftsverwaltung (Rekurs an den MdI.), in *Sachsen* die Kreishauptmannschaft unter Zuziehung des Kreis Ausschusses, in *Baden* die Bezirksräte, in *Thüringen* das BezVerwGericht, in *Hessen* das Kreisamt oder der Kreis Ausschuß. Die von einer unzuständigen

Behörde erteilte Konzession ist nichtig. — In die Konzessionsurkunde ist eine Bestimmung aufzunehmen, daß der Unternehmer verpflichtet sei, die von den zuständigen MedAufsBeh. über den Betrieb erlassenen Vorschriften zu befolgen (PrAusfAnw. GewO. Ziff. 30).

Bem. 12. V. Wirkungen der Konzession. Die Konzession gewährt dem Unternehmer nur das Recht, die Anstalt unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der behördlichen Anordnungen zu betreiben, sie schützt ihn nicht gegen eine Verletzung dieser Bestimmungen und Anordnungen. Ist die Konzession nicht nachgesucht oder ist sie versagt, so kann die Polizei einschreiten, wenn fälschlich der Glaube erweckt wird, als liege ein konzessionierter Gewerbebetrieb vor; so kann sie verlangen, daß von einem Straßenschild mit der Aufschrift „Kur- und Badeanstalt“ das Wort „Kur“ entfernt werde, wenn sonst der Anschein hervorgerufen wird, es handle sich um eine konzessionierte Krankenanstalt (OVG. 10. 6. 95, 28, 326).

Bem. 13. VI. Erlöschen der Konzession. Die Konzession darf nicht auf Zeit, also auch nicht unter einer auflösenden Bedingung, erteilt werden (§ 40 GewO.). Jedoch kann nach § 49 GewO. von der erteilenden Behörde den Umständen nach eine Frist festgesetzt werden, binnen der das Unternehmen bei Vermeidung des Erlöschens der Konzession begonnen und ausgeführt und der Gewerbebetrieb angefangen werden muß; ist eine solche Frist nicht bestimmt, so erlischt die erteilte Konzession, wenn der Inhaber nach deren Empfang ein ganzes Jahr verstreichen läßt, ohne von ihr Gebrauch zu machen (eine Verlängerung der einjährigen Frist kann jedoch von der Behörde, falls nicht erhebliche Gründe entgegenstehen, bewilligt werden). — Ein *Verzicht* auf die Konzession ist zulässig, muß aber ausdrücklich oder durch schlüssige Handlungen (z. B. Zurückgabe der Konzessionsurkunde, Steuerabmeldung des Gewerbebetriebs) ausgesprochen sein (OVG. 10. 4. 02, GewArch. 2, 278 und 19. 6. 05, Reger 26, 213, bayrVGH. 20. 11. 83, 5, 35); die bloße Nichtausübung des Betriebs ist kein Verzicht. Auch die zivilrechtliche Unmöglichkeit, eine Konzession auszuüben, ist für deren Rechtsbestand unerheblich, desgleichen der Konkurs des Unternehmers. — Untergang der Anlage (z. B. durch Feuersbrunst oder Überschwemmung) beseitigt die Konzession nicht, wenn die Anlage in der gleichen Weise, wie sie früher bestand, wiederhergestellt wird (v. LANDMANN, GewO. I, 635). Die Konzession erlischt ferner durch *Zurücknahme*. Eine solche ist jedoch nur in den vom Gesetze ausdrücklich bestimmten Fällen zulässig (§ 40 Abs. 1 GewO.). Nach § 53 Abs. 1, 2 GewO. kann die Konzession einer Kranken- usw. Anstalt zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise (z. B. eines Führungszeugnisses) dargetan wird, auf Grund deren sie erteilt worden ist (mag selbst Unrichtigkeit dem Konzessionsinhaber unbekannt gewesen sein), ferner, wenn dem Konzessionsinhaber die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt worden sind, für die Dauer des Ehrverlustes. Sodann kann die Konzession zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel solcher Eigenschaften klar erhellt, die bei Erteilung der Konzession nach dem Gesetze vorausgesetzt werden mußten. Hier kommen alle Handlungen oder Unterlassungen in Betracht, die einen Schluß auf die vom Gesetze vorausgesetzten Eigenschaften des Inhabers zulassen, so Nichtbeachtung wesentlicher Konzessionsbedingungen (z. B. der Bedingung, daß die Anstalt von einem approbierten Arzt geleitet werde, OVG. 14. 7. 99, PrVBl. 21, 219), Nichterhaltung der baulichen oder sonstigen technischen Einrichtungen in einem den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechenden Zustande, Geisteskrankheit des Konzessionsinhabers. Verfehlungen des Inhabers vor Konzessionserteilung können die Zurücknahme nicht begründen, sofern sie der erteilenden Behörde

bekannt waren, sie können aber bei späterer Zurücknahme mitberücksichtigt werden (OVG. 6. 7. 25, PrVBl. 47, 192).

Bem. 14. VII. Betrieb ohne Konzession. a) § 15 Abs. 2 GewO. bestimmt: „Die Fortsetzung des Betriebes kann polizeilich verhindert werden, wenn ein Gewerbe, zu dessen Beginn eine besondere Genehmigung erforderlich ist, ohne diese Genehmigung begonnen wird.“

Voraussetzung der polizeilichen Verhinderung ist hiernach, daß der Gewerbebetrieb „begonnen“ sei. Daran fehlt es, wenn zwar die Kranken-, Entbindungs- oder Irrenanstalt errichtet und selbst eingerichtet, eine Aufnahme zu behandelnder Personen vorläufig aber noch nicht vorgesehen ist. Dagegen findet § 15 Abs. 2 Anwendung, sobald Aufnahmen stattfinden, mag auch die Anstalt oder ihre Einrichtung noch nicht vollendet sein. Ebenso ist § 15 Abs. 2 anwendbar, wenn der Unternehmer von den genehmigten Betriebsbedingungen abweicht, eine wesentliche Veränderung der Anlage vornimmt oder nach Zurücknahme der Konzession den Betrieb fortsetzt. Die Verhinderung kann auch erfolgen, wenn die Konzession zwar erteilt, die Erteilung aber noch nicht rechtskräftig ist. Die Polizei kann unter den genannten Voraussetzungen die Fortsetzung des Betriebs verhindern, muß dies aber nicht; sie wird es zweckmäßig tun, wenn die Erteilung der Konzession unwahrscheinlich ist, sonst nur, wenn der Fortsetzung des Betriebs ohne Konzession das öffentliche Interesse entgegensteht. Gegen die polizeiliche Einstellungsverfügung sind in Preußen die gegen polizeiliche Verfügungen überhaupt zulässigen Rechtsmittel (Beschwerde, Verwaltungsklage) gegeben, doch haben sie keine aufschiebende Wirkung. Polizeilicher Zwang zur Einreichung eines Konzessionsgesuches kann nicht ausgeübt werden. Die Einstellung des Betriebs kann von der Polizei durch unmittelbaren Zwang herbeigeführt werden.

Bem. 15. b) § 147 Abs. 1 GewO. schreibt vor:

„Mit Geldstrafe wird bestraft:

1. wer den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, zu dessen Beginn eine besondere polizeiliche Genehmigung (Konzession, Approbation, Bestallung) erforderlich ist, ohne die vorschriftsmäßige Genehmigung unternimmt oder fortsetzt oder von den in der Genehmigung festgesetzten Bedingungen abweicht.“

§ 147 droht nur eine Geldstrafe, nicht wahlweise neben ihr eine Freiheitsstrafe an (wie er dies nach seiner früheren Fassung tat), doch tritt für den Fall der Nichtbeitreibung Gefängnisstrafe an ihre Stelle. Strafbar macht Vorsatz, aber auch Fahrlässigkeit. Die Bestrafung setzt eine gewerbliche Tätigkeit, d. h. eine solche auf Erwerb gerichtete Tätigkeit voraus, die für eine gewisse Dauer entfaltet wurde oder werden sollte. Der Versuch ist straflos, ebenso sind es bloße Vorbereitungshandlungen, strafbar ist also nur, wer in Erwerbsabsicht mit dem Betrieb begonnen (ihn fortgesetzt usw.) hat. Der Stellvertreter des konzessionierten Unternehmers bedarf keiner Konzession, kann sich daher durch seine Tätigkeit nicht nach § 147 strafbar machen (wohl dagegen, wer als Stellvertreter eines nicht-konzessionierten Unternehmers das Gewerbe beginnt). Das Abweichen von den in der Konzession festgesetzten „Bedingungen“ (Auflagen, vgl. Bem. 10, 13) macht nur strafbar, wenn die Bedingungen auferlegt werden durften. Enthält die nach § 147 strafbare Handlung zugleich eine Zuwiderhandlung gegen die Steuergesetze, so soll nach § 147 Abs. 2 nicht außerdem auf eine Steuerstrafe erkannt werden, es ist aber darauf bei Zumessung der Strafe Rücksicht zu nehmen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Anm. zu § 30 GewO. in folgenden Werken: VON LANDMANN: Kommentar zur GewO., herausg. von ROHMER. 8. Aufl. München 1928. — VON ROHRSCHIED: GewO. f. d. Deutsche Reich. 2. Aufl. Berlin 1912. — STIER-SOMLO: GewO. und Nebengesetze.

Mannheim u. Leipzig 1912. — Derselbe: Das öffentliche Recht der Krankenhäuser (Krankenanstalten), in: Das deutsche Krankenhaus, herausg. von GROBER. 2. Aufl., S. 870ff. Jena 1922. — CONRAD und FLOEGEL: Reichsgewerbeordnung und Gaststättengesetz. Berlin 1931. — REGER: Handausg. d. GewO., herausg. von STÖHSEL. Ansbach 1916. — NEUKAMP: GewO. f. d. Deutsche Reich. 10. Aufl. 1912. — HILLER-LUPPE: GewO. f. d. Deutsche Reich. Berlin u. Leipzig 1928.

Rechtsprechung:

Nr 1. Konzessionspflichtige Person.

Für die Pflicht zur Einholung der Konzession ist es unerheblich, in welchem privatrechtlichen Verhältnis der Unternehmer zum Eigentümer des Grundstücks steht, er bedarf der Konzession, auch wenn er nicht Eigentümer oder Pächter, sondern nur Besitzer ist (OLG. Dresden 26. 10. 99, Reger Erg.Bd. 2, 11).

Nr 2. Konzessionspflichtige Anstalt.

Als Unternehmer einer Privatkrankenanstalt ist ein Arzt nur dann Gewerbetreibender, wenn die Anstalt als selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle gehalten wird (RG. 8. 11. 18, 94, 109). Ob eine Privatklinik ein Gewerbebetrieb ist, ist eine nach den Umständen zu beurteilende Tatfrage (Erl. d. RFMin. 1. 11. 20, Bl. f. bayer. Finanzw. 1921, Nr 46). — Über die Frage, ob eine Krankenanstalt nur vorliegt, wenn Betten für die zu behandelnden Kranken vorhanden sind oder ob es genügt, wenn die Räume den örtlichen Mittelpunkt für den Aufenthalt der Kranken während der Behandlung bilden, vgl. OVG. 31, 284, RG(Str) 32, 255, Celle, Reger 23, 367, KG., Reger 16, 299, 17, 244, Dresden, Reger 23, 366, württ.MinErl. 11. 5. 97, Reger 17, 245. — Eine Kurbadeanstalt wurde nach Einrichtung und Betrieb als Privatkrankenanstalt angesehen v. Dresden 23. 1. 24 (Sächs.ArchRpfl. 1, 177).

Nr 3. Unzuverlässigkeit des Unternehmers.

Kann dem Antragsteller nachgewiesen werden, daß er bei anderen Gelegenheiten dem Gesetz ungehorsam gewesen und die zum Schutz der öffentlichen Interessen von den zuständigen Behörden getroffenen Anordnungen außer acht gelassen hat, so fehlt eine genügende Gewähr dafür, daß er sich nicht auch bei dem beabsichtigten Gewerbebetrieb eines ähnlichen, das öffentliche Wohl gefährdenden Verhaltens schuldig machen werde (PrOVG. 12. 5. 80, 6, 257). Die Tatsache allein, daß der Unternehmer nicht schreiben und lesen kann, beweist seine Unzuverlässigkeit, eine Person von so niedrigem Bildungsstande kann niemals eine Gewähr für eine sachgemäße Leitung der Anstalt bieten (PrOVG. 28. 9. 78, 4, 337). Die Unzuverlässigkeit ist nicht schon dann zu bejahen, wenn der Unternehmer sich zwar unter dem Einfluß eines krankhaften Geisteszustandes befindet, diese Krankheit aber auf die Führung der Anstalt keinen Einfluß ausübt (PrOVG. 20. 6. 07, GewArch. 7, 106). Unzuverlässigkeit, wenn der Unternehmer wissend, daß er mit einer ansteckenden Krankheit behaftet ist, dennoch eine Privatkranken- oder Entbindungsanstalt weiter leitet und dadurch seine Kranken der Ansteckungsgefahr aussetzt (PrOVG. 14. 12. 93, Kunze-Kautz, 3. Aufl., 2, 343). Die Unternehmerin einer Privatirrenanstalt erweist sich als unzuverlässig, wenn Tatsachen vorliegen, welche das Bestehen von Garantien für die Erhaltung peinlicher Sauberkeit und Ordnung als eines Haupterfordernisses für die ordnungsmäßige Führung einer solchen Anstalt in Frage stellen, z. B. Vernachlässigung in der Sauberkeit der Kinder der Unternehmerin selbst (PrOVG. 6. 7. 05, GewArch. 5, 232). Unzuverlässigkeit der Unternehmerin einer Privatentbindungsanstalt, die sich der Beihilfe zur versuchten Abtreibung schuldig gemacht hat (PrOVG. 19. 6. 05, GewArch. 5, 304). Erscheint der um die Konzession für eine Privatkrankenanstalt Einkommende nur nach einer bestimmten einzelnen Richtung hin, z. B. nur hinsichtlich der eigenen Leitung der Heilbehandlung, unzuverlässig (etwa weil er kein Arzt ist), und kann dem Hindernis durch die Auflage abgeholfen werden, daß die Heilbehandlung einem approbierten Arzte zufalle, so ist die Konzession unter dieser Auflage zu erteilen (PrOVG. 5. 3. 96, Kunze-Kautz, 3. Aufl., 2, 342). Doch ist an sich die mangelnde Fähigkeit, eine Krankheit richtig zu erkennen, noch keine Unzuverlässigkeit i. S. des § 30, sofern der Unternehmer Einrichtungen trifft, die den Anstaltsbesuchern die jederzeitige Einholung ärztlicher Hilfe ermöglichen, die dauernde Anstellung einer zur Behandlung der Kranken genügenden Hilfskraft kann nicht gefordert werden (PrOVG. 9. 12. 09, GewArch. 9, 563).

Nr 4. Einrichtung der Anstalt.

Die gesundheitspolizeilichen Anforderungen können nicht über das hinausgehen, was zur Verhütung von Schäden für Leben und Gesundheit der Kranken oder Schwangeren oder einer nachteiligen Beeinflussung der Heilbehandlung erforderlich ist. Maßgebend sind hinsichtlich der an Bau und Einrichtung zu stellenden Anforderungen diejenigen Bestimmungen, die z. Z. der Entscheidung über den Antrag bestehen (PrOVG. 20. 3. 02, Reger 23, 6).

Nr. 5. Gefahr für die Grundstücksnachbarn.

Als „benachbarte“ Grundstücke sind nicht bloß die unmittelbar an das Anstaltsgrundstück angrenzenden, sondern alle diejenigen Grundstücke der Umgebung anzusehen, für welche die geplante Anstalt erhebliche Gefahren und Nachteile hervorrufen kann; für die Frage, ob eine Privatkrankenanstalt für Grundstücke der Umgebung erhebliche wirtschaftliche Nachteile hervorzurufen vermag, ist zwar u. a. von einer etwaigen allgemeinen (wenn auch vielleicht an sich nicht begründeten) Auffassung des Publikums hinsichtlich dieser Nachteile auszugehen, aber nicht von einer Auffassung über die Nachteile von Privatkrankenanstalten überhaupt (z. B. Lungenheilstätten), sondern nur von einer allgemeinen Meinung, die etwa im Publikum über die Gefahren und Nachteile einer solchen Anstalt, wie sie hier geplant ist, gehegt zu werden pflegt; es fragt sich also immer nur, ob die Anstalt so, wie sie konzessioniert werden soll, durch ihre örtliche Lage für die Besitzer und Bewohner der Grundstücke ihrer Umgebung erhebliche wirtschaftliche Nachteile erwarten läßt (PrOVG. 9. 10. 24, 79, 307, 315).

3. Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung.

Von

E. ISAY, Berlin.

Bemerkung 1. Vor Errichtung von Krankenhäusern, mögen sie nun konzessionspflichtig sein oder nicht, bedarf es der Einholung einer polizeilichen Genehmigung zum Bau. Das gleiche gilt für jede bauliche Umänderung und jede Neuerrichtung eines Baus in einem bereits bestehenden Krankenhaus.

Bem. 2. Vor Erteilung der Konzession sowie der Baugenehmigung hat die Behörde zu prüfen, ob der Bau in sanitäts- und baupolizeilicher Hinsicht den geltenden Bestimmungen entspricht. Die in Preußen bestehenden Grundsätze sind niedergelegt in den Erl. des MfV. vom 30. März 1920 (Volkswohlf. S. 64), 23. Oktober 1922 (Volkswohlf. S. 550) und 12. Januar 1923 (Volkswohlf. S. 58). Durch sie sind die Vorschriften des RdErl. vom 8. Juli 1911 (MBifMedAng. 233) abgeändert worden. Dem ersten Erlasse ist ein Entwurf für Polizeiverordnungen beigelegt. Ihm gleichlautende PolVO. sind überall ergangen.

Bem. 3. Danach muß die Krankenanstalt frei und entfernt von Betrieben liegen, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Bauplatz muß eine Durchschnittsgröße von 75 qm — auf ein Bett berechnet — haben. Der Baugrund soll in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein. Die Fensterwände solcher Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, müssen von anderen Gebäuden mindestens 14 m, die übrigen mindestens 9 m entfernt sein. Alle Krankenräume müssen durch unmittelbares Himmelslicht genügend erhellt sein. Diese Bedingung gilt als erfüllt, wenn auf jeden Punkt des Fußbodens ein Lichteinfallwinkel von mindestens 5 Grad Höhe einwirken kann; sind die Nachbargrundstücke noch nicht so weit bebaut, als es die Bauordnung des betreffenden Ortes zuläßt, so ist bei Neubauten von Krankenhäusern vorzusehen, daß die Bedingung erfüllt bleibt. Die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen ist im allgemeinen unzulässig. Jedes Stockwerk, das für mehr als 40 Betten bestimmt ist, muß zwei Treppen mit Ausgängen ins Freie haben. In mittleren und großen Krankenhäusern muß für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungsabteilung mit besonderem Eingang von außen vorhanden sein. Flure und Gänge müssen bei mehr als 5 m Länge mindestens 1,8 m breit, im übrigen immer gut belichtet, lüft- und heizbar sein. Flure und Gänge, in denen Krankenräume liegen, sind bei mehr als 25 m Länge einseitig anzulegen. Die für Kranke bestimmten Räume müssen in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein; sie

dürfen, soweit ihr Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, mit Kranken nicht belegt werden. Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen. Die Wände in allen Krankenzimmern sollen glatt, in Operations- und Entbindungszimmern sowie in Räumen für Personen mit übertragbaren Krankheiten abwaschbar und mit ausgerundeten Ecken hergestellt sein. Die Haupttreppen der Stockwerke mit mehr als 25 Betten sollen *feuerfest*, die Haupttreppen für Stockwerke bis zu 25 Betten *feuersicher* im Sinne der Bauordnung sein. Alle Krankenzimmer, Nebenräume, Flure usw. müssen mit Fenstern versehen werden, die unmittelbar ins Freie führen, sie müssen ferner mit geeigneten Einrichtungen zum Schutze gegen Sonnenstrahlen versehen sein. In mehrbettigen Zimmern muß für jedes Bett ein Luftraum von mindestens 25 cbm auf 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von mindestens 35 cbm auf 10 qm Bodenfläche vorhanden sein; Ausnahmen hiervon können zugelassen werden. Für jede Abteilung oder für jedes Geschoß muß ein Tagesraum für zeitweise nicht bettlägerige Kranke, für jedes Krankenbett ferner ein mit Gartenanlage versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett vorgesehen werden. Die Krankenzimmer müssen ordnungsmäßig geheizt, gelüftet und beleuchtet werden können. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muß in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen. Für je 15 Betten der Männer- und für je 10 Betten der Frauenabteilung ist ein Abort vorzusehen, desgleichen Einrichtungen für Vollbäder, für ärztliche Untersuchungen, für die Gewährung der „ersten Hilfe“ sowie Einzelzimmer zur Absonderung und Zimmer für Operationen, wenn solche in dem Krankenhaus ausgeführt werden sollen, eine ausschließlich für die Insassen bestimmte Waschküche, eine Desinfektionseinrichtung und ein besonderer Raum für Leichen. Sämtliche männliche und weibliche Kranken, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, sind getrennt unterzubringen. Absonderungsräume nebst Abort und Baderaum sind für Personen, die an übertragbaren Krankheiten leiden, einzurichten; in großen Krankenhäusern sind diese Räume in einem besonderen Gebäude unterzubringen, während in kleinen und mittleren Anstalten die Einrichtung dieser Räume wenigstens in einer abgesonderten Abteilung des Gebäudes mit besonderem Eingang von außen geschehen muß.

Bem. 4. Nach den gleichen Grundsätzen regelt sich auch die Einrichtung von Anstalten für *Geisteskranke*, Epileptische und Schwachsinnige. Doch sind Abweichungen in den Fällen zulässig, in denen durch die Befolgung der Grundsätze eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird oder wo die besonderen Verhältnisse dieser Anstalten solche Abweichungen bedingen. Für Kranke, die am Tage den Krankenräumen ganz fernbleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 15 cbm für den Kranken zulässig. Auch können hinsichtlich der Größe der Fensterfläche Ausnahmen zugelassen werden. Arbeitsräume für diese Kranken können in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

Bem. 5. Lungenheilstätten und Abteilungen für Lungenkranke in allgemeinen Krankenhäusern unterliegen gleichfalls den in Bem. 3 mitgeteilten Grundsätzen. In solchen Anstalten und Abteilungen sind Gesellschafts- und Beschäftigungsräume, ferner überdachte Einrichtungen für die Liegekur im Freien vorzusehen. Auch hier ist für Kranke, die am Tage den Schlafräumen fernbleiben, unter der Voraussetzung genügender Lüftung, Belichtung und des Bestehens ausreichender Tagesräume eine Verminderung des Luftraums in den Schlafzimmern für mehrere Kranke auf 20 cbm zulässig.

Bem. 6. In Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasylen, Säuglingsheimen und ähnlichen Anstalten finden die in Bem. 3 angeführten Bestimmungen mit der Maßgabe Anwendung, daß in Zimmern für mehrere Wöchnerinnen für je eine Wöchnerin mit ihrem Kinde wenigstens 30 cbm und in Zimmern für nur eine Wöchnerin mit Kind wenigstens 40 cbm in Ansatz zu bringen sind. In Entbindungsanstalten mit mehr als 4 Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer mit der nötigen Einrichtung vorzusehen. In Räumen für gesunde Säuglinge und Kleinkinder soll auf ein Bett wenigstens ein Luftraum von 10 cbm, für erkrankte Säuglinge und Kleinkinder auf ein Bett wenigstens ein Luftraum von 15 cbm vorhanden sein.

Bem. 7. Ausnahmen von gewissen der mitgeteilten Vorschriften kann der RegPräs., weitere Abweichungen der MfV. zulassen.

Bem. 8. Zur Erzielung möglichst großer Sparsamkeit empfiehlt der Minister in seinen Leitsätzen die Wahl von Einheitsbauten. Nebengebäude sollen nur errichtet werden, soweit sie aus hygienischen und wirtschaftlichen Gründen unbedingt erforderlich sind. Verschwendung von unbebautem Raum ist zu vermeiden, jeder Raum zweckmäßig auszunutzen, so insbesondere die Dachgeschosse, Untergeschosse usw. Möglichst viele große Krankenzimmer sollen angelegt, die Zahl der Einzelzimmer auf das notwendige Maß beschränkt werden. Alle Teile des Baues sollen einfach und zweckmäßig ausgeführt, möglichst billige Baustoffe sollen verwendet werden, soweit dadurch Güte und Dauerhaftigkeit des Krankenhausbaues nicht beeinträchtigt werden.

Bem. 9. In Bayern, Sachsen, Hessen fehlen ähnliche Vorschriften, in den *anderen deutschen Ländern* entsprechen sie im wesentlichen den vorgenannten preußischen Bestimmungen. *Württemberg* wünscht die Vermeidung des Einflusses von Nord- und Ostwinden und verlangt eine gegen Süden freie Lage, außerdem werden mindestens 100 qm Gelände für das Bett als erstrebenswert bezeichnet. *Württemberg* und *Oldenburg* verlangen ferner einen Ergehungsplatz oder Garten für die Kranken. *Baden* verlangt freie, ruhige und gesunde Lage des Bauplatzes und schließt die Errichtung der Anstalt zwischen überragenden Häusern oder stehenden Gewässern aus, es fordert zwischen Wänden mit Fenstern 20 m, sonst 10 m Entfernung. *Württemberg* verlangt für Haupttreppen mindestens 1,30 m, *Oldenburg* mindestens 1,50 m Breite. *Württemberg* schreibt ferner vor, daß die Fenster in Krankenzimmern in ganzer Breite bis zur Decke gehen, und daß die oberen Fensterflügel heruntergeklappt werden können.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Das deutsche Krankenhaus, herausg. von GROBER, 2. Aufl., Jena 1922, Art.: Das öffentliche Recht der Krankenhäuser (Krankenanstalten), von STIER-SOMLO, S. 870ff. — Behördliche Vorschriften über Anlage, Bau, Einrichtung und Betrieb von Krankenanstalten, von KROHNE, ebendort S. 901ff. — ECKSTEIN: Rechtshandbuch für private und öffentliche Heilanstalten, S. 34ff. Berlin 1917. — LUSTIG: Gesetz und Recht im Krankenhaus, S. 81ff. (Handbücherei für das gesamte Krankenhauswesen, herausg. von ADOLF GOTTSCHALK, 7. Berlin 1930). — RAPMUND: Das öffentliche Gesundheitswesen, besonderer Teil, S. 660ff. Leipzig 1914. — FIELITZ: Krankenhauswesen in Handbücherei für Staatsmedizin. Bd. 10, Berlin 1928 (CARL HEYMANN).

Rechtsprechung:

Nr 1. Bauliche und technische Einrichtungen einer Privatkrankenanstalt.

Zu ihnen kann auch ein Garten gehören, die Konzession daher wegen Fehlens eines solchen versagt werden (PrOVG. 1. 4. 97, **31**, 288ff., s. auch **40**, 311).

Nr 2. Polizeiverordnung.

Die Regelung der polizeilichen Anforderungen an das zum Krankenhausbetrieb bestimmte Lokal kann nicht zu dem Zwecke durch eine PolV. erfolgen, daß durch sie die Verwaltungsgerichte zur Versagung einer Konzession verpflichtet werden sollen, wenn

den aufgestellten Anforderungen nicht genügt ist, daß aber das Publikum selbst und insbesondere der Unternehmer der Krankenanstalt durch sie nicht gebunden werden soll (PrOVG. 19. 1. 98, **33**, 341, 344, ebenso 27. 5. 99, **35**, 342, 344).

Nr 3. Auslegung der ministeriellen Vorschriften über Bau und Einrichtung von Krankenhäusern.

Wo in diesen Vorschriften die Zulassung von Ausnahmen oder Abweichungen vorgesehen ist, hat sie nicht nach Art der Baudispense durch besondere Verwaltungsakte zu geschehen. Es handelt sich dabei vielmehr um einen Teil der Entscheidung über die Erlaubnis selbst, die von der Genehmigungsbehörde zu treffen ist. Unter Erweiterungsbauten im Sinne der ministeriellen Bestimmungen sind auch solche Erweiterungen einer Krankenanstalt zu verstehen, die nicht durch einen An- oder Umbau, sondern nur durch die Hinzunahme bereits vorhandener Räume zu der Anstalt erfolgen (PrOVG. 25. 3. 15, **70**, 401ff.).

Nr 4. Wirksamkeit der ministeriellen Anordnungen.

Allgemeine Anordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen an Privatkranken-, Entbindungs- oder Irrenanstalten setzen, wenn sie von der obersten MedAufsBeh. in der Absicht erlassen werden, daß sie zukünftig allein maßgebend sein sollen, ältere Anordnungen der RegPräs. über den gleichen Gegenstand außer Kraft und stehen dem ferneren Erlaß solcher Anordnungen durch die RegPräs. entgegen (PrOVG. 26. 5. 13, **65**, 340).

B. Grundlagen der Verwaltung von Krankenhäusern.

1. Allgemeine Grundsätze.

Von

E. ISAY, Berlin.

Bemerkung 1. Verwaltung. Verwaltung eines Krankenhauses ist die Tätigkeit zur Erreichung des Endzwecks der Anstalt. Da jedes Krankenhaus der Bekämpfung menschlicher Krankheiten dient, so umschließt der Begriff der Verwaltung hier alle Handlungen, die mittelbar oder unmittelbar auf Bekämpfung von Krankheiten durch den Mechanismus der Anstalt hinzielen. Zu diesen Handlungen gehört in erster Linie die Tätigkeit der Ärzte und des Pflegepersonals sowie die Beköstigung der Kranken, sodann aber die Führung der vermögensrechtlichen Geschäfte, die der Betrieb der Anstalt notwendig macht, von der Aufnahme des zur Führung der Anstalt erforderlichen Kapitals bis zum Abschluß von Lieferungsverträgen und der Kontrolle der Einnahmen und Ausgaben.

Bem. 2. Ärztliche Leitung. Von besonderer Bedeutung für den Anstaltsbetrieb ist die Frage der *ärztlichen Leitung*. Wie S. 8, Bem. 2 ausgeführt, ist es nicht erforderlich, daß der Unternehmer selbst Arzt sei. Der prMedMin. hat in dem Erl. vom 12. Oktober 1908 allgemeine Grundsätze für die ärztliche Leitung der Krankenanstalten aufgestellt (mitgeteilt GewArch. 8, 233, vgl. hierzu LUSTIG, Gesetz und Recht im Krankenhaus, S. 91). Danach muß in jeder Krankenanstalt eine verantwortliche ärztliche Leitung für den allgemeinen Krankendienst und für gesundheitliche Maßnahmen vorhanden sein. Dem damit beauftragten Arzt ist innerhalb der Verwaltung die nötige Selbständigkeit zu gewähren. Doch ist nichts dagegen einzuwenden, daß die Haushalts- und Wirtschaftsführung der von dem Vorstand, Beisitzer oder Unternehmer dazu bestellten Persönlichkeit (Oberin, Inspektor usw.) verbleibt (MinErl. 2. 6. 10). In allen größeren öffentlichen Krankenanstalten — wobei unter „öffentlichen“ solche Anstalten zu verstehen sind, für die es einer Konzession nicht bedarf —, muß ein Arzt an leitender Stelle nicht nur für den allgemeinen Krankendienst und die gesundheitlichen Maßnahmen, sondern auch für die Krankenbehandlung im einzelnen Falle stehen oder je ein Arzt an die Spitze der einzelnen Abteilungen gestellt sein. Doch wird hierdurch die Zuziehung von Spezialärzten nicht berührt. In kleineren öffentlichen Anstalten sowie in Privatanstalten kann die Zulassung mehrerer oder aller Ärzte für Behandlung der von ihnen eingelieferten Kranken oder zur gegenseitigen Unterstützung gestattet werden, vorausgesetzt, daß ein Arzt für die Hygiene des Hauses, die Ausbildung und Überwachung des Pflegepersonals und für die den allgemeinen Krankendienst betreffenden Maßnahmen allein verantwortlich und zuständig ist. Als kleinere Anstalten in diesem Sinne werden regelmäßig Anstalten bis zu 30 Betten (allenfalls, bei Berücksichtigung der sonstigen örtlichen Verhältnisse, Anstalten bis zu 50 Betten)

anzusehen sein. — Der Grundsatz, daß in allen größeren öffentlichen Krankenanstalten auch für die Krankenbehandlung ein Arzt an leitender Stelle stehen soll, schließt nicht aus, daß die Kranken der ersten und zweiten Klasse solcher Anstalten mit Genehmigung des Vorstandes sich von einem anderen Arzte ihres Vertrauens behandeln lassen können; aber auch für diesen Fall wird vorauszusetzen sein, daß der leitende Arzt für die Hygiene des Hauses und für die Ausbildung und Überwachung des Pflegepersonals beim Krankendienst verantwortlich und zuständig ist (MinErl. 2. 6. 10). Wo die Verfassung der Anstalt die Verteilung des Pflegepersonals und dessen Versetzung an andere Abteilungen der Oberin vorbehält, verbleibt es hierbei, doch ist dafür zu sorgen, daß durch den Wechsel des Pflegepersonals die Versorgung der Kranken nicht leidet, und daß sich deshalb die Oberin vor der Anordnung des Wechsels mit dem leitenden Arzt ins Vernehmen setzt (Erl. 2. 6. 10).

Bem. 3. Stellung der leitenden Ärzte. Nach den Grundsätzen des MV. sollen die ihm unterstellten Behörden dahin wirken, daß folgende *Leitsätze über die Stellung der leitenden Krankenhausärzte* beobachtet werden: Der *leitende Arzt* wird auf 5 Jahre *angestellt*, eine Kündigung während dieser Zeit und nach ihrem Ablauf eine Nichterneuerung des Vertragsverhältnisses soll nur aus wichtigen Gründen erfolgen (worüber ein Schiedsgericht unter Ausschluß des ordentlichen Rechtswegs entscheidet); die meisten öffentlichen Anstalten haben jetzt leitende Ärzte als Dauerbeamte mit Pensionsberechtigung angestellt. In Krankenanstalten der privaten Wohlfahrtspflege kann eine vorläufige Anstellung auf 1 Jahr vereinbart werden. Der leitende Arzt ist *für den ganzen Betrieb der Anstalt*, zum mindesten für den medizinischen und hygienischen, *verantwortlich*. Ihm ist die nötige Selbständigkeit zu gewähren. Im übrigen werden die Anstalten der freien Liebestätigkeit durch deren Organe vertreten. Besteht für die Anstalt ein *Krankenhausvorstand* (Verwaltungsausschuß), so gebührt dem leitenden Arzte bzw. seinem Stellvertreter darin *Sitz und Stimme*. Besteht für die Anstalt kein besonderes Kuratorium, so muß der leitende Arzt in allen medizinischen und hygienischen Belangen vor Erlaß etwaiger Anordnungen gehört werden, ebenso auf Wunsch der Anstaltsleitung in wirtschaftlichen Angelegenheiten. Der leitende Arzt ist der *Vorgesetzte des ärztlichen Hilfs- und Krankenpflegepersonals* in allen den Krankendienst betreffenden Angelegenheiten. Im übrigen unterstehen die Mitglieder religiöser Genossenschaften nur ihren Oberen. Ist der leitende Arzt nicht Mitglied des Kuratoriums, so müssen alle vom Vorstand hinsichtlich des Personals und der Krankenfürsorge zu erlassenden Anordnungen durch seine Hand gehen und unterliegen seiner Aufsicht. Der leitende Arzt hat Anspruch auf ausreichendes Pflegepersonal, insbesondere darauf, daß ihm zu ärztlichen Leistungen die nötigen Hilfskräfte zur Verfügung gestellt werden. Die Anstellung der in dem Krankenhaus tätigen *Assistenzärzte* erfolgt durch die Verwaltung bzw. den Vorstand des Krankenhauses auf Vorschlag des leitenden Arztes. Selbständige Abteilungsärzte haben für ihre Abteilung zur Anstellung von Assistenzärzten das gleiche Vorschlagsrecht. Die Assistenzärzte unterstehen dem leitenden Arzte ärztlich und dienstlich. Der leitende Arzt (Abteilungsarzt) entscheidet nach Maßgabe der allgemeinen *Aufnahmeordnung über Aufnahme und Entlassung der Kranken* und über deren Verteilung in den zur Verfügung stehenden Räumen. Vorläufige Maßnahmen trifft das Pflegepersonal.

Bem. 4. Privatirrenanstalten. Nach dem prMinErl. vom 26. März 1901 (mit späteren Änderungen) über Unterbringung in *Privatanstalten für Geisteskranke* (§ 20) hat der Unternehmer dem leitenden Arzte namentlich folgende Obliegenheiten zu übertragen (vgl. LUSTIG, a. a. O. S. 64): Die Bestimmung über die gesamte Tätigkeit des Pflegepersonals, soweit es sich um die Krankenpflege

handelt (gelangt die von dem leitenden Arzte für notwendig erachtete Entfernung eines Pflegers aus dem Krankendienste nicht zur Ausführung, so ist durch den Kreisarzt an den RegPräs. zu berichten), ferner die Anordnung der den einzelnen Kranken zu gewährenden besonderen Kost und Verpflegung, die Anordnung der Isolierung oder der etwaigen mechanischen Beschränkung eines Kranken, die Beantwortung aller schriftlichen und mündlichen Anfragen von Behörden, Anverwandten und gesetzlichen Vertretern, soweit die Anfragen sich auf den Zustand der Kranken, ihre Behandlung und Beschäftigung, die Aussichten auf Genesung oder Entlassung usw. beziehen, die Verlegung von Kranken, die Ordnung der Beschäftigung nach ihrer Art und Dauer, die Beaufsichtigung im allgemeinen wie auch die des einzelnen Kranken. Die allgemeine Regelung der Beköstigung sowie die Verteilung des Pflegepersonals auf die einzelnen Abteilungen darf der Unternehmer nur unter Zustimmung des Arztes vornehmen. Für jeden Kranken müssen Personalakten mit ärztlicherseits geführter, fortlaufender Krankengeschichte vorhanden sein, sie müssen die auf Aufnahme, Beurlaubung, Entlassung, Entmündigung usw. bezüglichen Schriftstücke geordnet enthalten. Es muß ein Hauptbuch sowie eine Zu- und Abgangsliste geführt werden, dabei sind in dem Hauptbuche und der Abgangsliste die Angaben über Art und Ausgang der Krankheit ärztlicherseits auszufüllen. Es sind sämtliche, die Regelung und Verwaltung der Anstalt betreffenden Schriftstücke, Pläne, Verfügungen, Bescheide usw. geordnet in einer Generalakte zu vereinigen.

Über die ökonomische usw. Verwaltung der Krankenanstalten finden sich keine allgemeinen Anordnungen. Dieser Gegenstand ist der Ordnung in den einzelnen Krankenhausstatuten überlassen.

Bem. 5. Gestaltung im einzelnen. Die Anstalten — private, aber auch öffentliche — sind gehalten, sich den vorstehenden Regeln zu 2 anzupassen. Im übrigen sind sie, was die Aufstellung von Grundsätzen für ihre Verwaltung angeht, frei. Solche Grundsätze pflegen, wie gesagt, in besonderen, von dem Träger der Anstalt erlassenen Ordnungen niedergelegt zu sein. Sie sind je nach der Art der Krankenanstalt verschieden ausgestaltet.

2. Krankenhäuser der Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger.

Von

E. ISAY, Berlin.

I. Reich.

Versorgungskrankenhäuser.

Bem. 1. Versorgungswesen. Das Versorgungswesen für die Angehörigen der ehemaligen Wehrmacht und deren Hinterbliebene ist im Jahre 1919 von den damaligen Kriegsministerien der Länder auf das Reich übergegangen. Zentralstelle ist das RArbMin. Gesetzliche Grundlage für die KrBeschVersorgung ist das RVersG. vom 12. Mai 1920 (RGBl. 989). Anspruch auf Reichsversorgung haben die im Kriege beteiligt gewesenen Angehörigen der ehemaligen deutschen Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen sowie das Personal der freiwilligen Krankenpflege und die Zivilärzte, die durch privatrechtlichen Dienstvertrag zur Dienstleistung beim Heere verpflichtet worden waren, außerdem die aus der Reichswehr, der Schutzpolizei der Länder und dem Reichswasserschutz mit einer Dienst-

beschädigung ausgeschiedenen Personen (nicht dagegen die ehemaligen aktiven Offiziere, Sanitätsoffiziere und Beamten der Wehrmacht, ebensowenig die vor dem Beginn des Weltkrieges ausgeschiedenen anspruchsberechtigten Militärpersonen und deren Hinterbliebene).

Bem. 2. Leistungen. Voraussetzung für den Anspruch auf Versorgungsleistung ist das Bestehen einer durch Dienstbeschädigung verursachten Gesundheitsschädigung (also einer Gesundheitsschädigung, die durch militärische Dienstverrichtungen oder durch einen während der Ausübung des Militärdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist, s. hierzu MARTINECK, „Über den gegenwärtigen Stand der KrBeschVersorgung“, Klin.Wschr. 1926, Nr 40). Für die Begutachtung schwieriger Fälle sind versorgungsärztliche Untersuchungsstellen geschaffen. Die Leistungen der Reichsversorgung bestehen vorwiegend in Heilbehandlung, sozialer Fürsorge und Geldleistungen. Die Heilbehandlung ist in der Hauptsache den Krankenkassen übertragen, nichtversicherte Beschädigte sind zur Krankenbehandlung den Orts- oder Landeskrankenkassen „zugeteilt“. Unter diesen Umständen verfügt das Reichsversorgungswesen nur mehr über wenige Anstalten. Besondere Krankenanstalten der Versorgung sind eine Reihe von Lungenkrankenanstalten. Es sind dies 4 Versorgungskrankenhäuser (Hanau, Minden i. W., Potsdam, Weingarten i. W.), ferner 2 Heilstätten (Hellsa b. Kassel, Waldeck b. Nagold) sowie 9 Versorgungskuranstalten.

Bem. 3. Krankenhausfürsorge. Nach dem Erlasse des RArbMin. vom 23. November 1921 (IX Nr. 139. 9. 21. B 1) können in die Lungenkrankenhäuser mit Genehmigung der zuständigen HVÄ. aufgenommen werden: 1. Zur Begutachtung solche Fälle, bei denen festzustellen ist, ob eine Tuberkuloseerkrankung vorliegt oder nicht, sowie Tuberkulosefälle, bei denen zu entscheiden ist, ob Heilstättenbehandlung notwendig oder zweckmäßig ist oder nicht, 2. zur Behandlung: Tuberkulosefälle, die zu einer Heilstättenbehandlung nicht geeignet sind, aber einer Fachbehandlung bedürfen, Tuberkulosefälle, die erst nach einer im Lungenkrankenhaus durchzuführenden Vorbehandlung sich zur Heilstättenbehandlung eignen oder bei denen eine Heilstättenbehandlung wegen Platzmangels zunächst nicht durchgeführt werden kann oder bei denen die Art der Erkrankung die Umgebung gefährdet oder eine genügende Behandlung ausschließt. Die unter 2. genannten Fälle sollen in der Regel auf die Dauer von drei Monaten aufgenommen werden; der Aufenthalt kann bis zu 6 Monaten, darüber hinaus mit ministerieller Genehmigung, verlängert werden. Grundsätzliche Voraussetzung der Aufnahme ist, daß sich der Kranke bereiterklärt, sich an die Hausordnung und den Behandlungsplan zu halten. Wiederholte oder grobe Verstöße gegen Hausordnung oder Behandlungsplan haben die Entlassung des Kranken zur Folge.

Bem. 4. Verwaltung. Die Versorgungskrankenhäuser sind in eine Behandlungsabteilung und eine Beobachtungsabteilung gegliedert. Der *Chefarzt* ist der ärztliche Leiter des Krankenhauses und bestimmt als solcher die grundsätzlichen Richtlinien für die Durchführung der Behandlung. Im übrigen sollen, soweit keine beamteten Ärzte zur Verfügung stehen, geeignete Ärzte vertraglich verpflichtet werden. Für jedes Krankenhaus ist mindestens 1 *Verwaltungsbeamter*, zu seiner Unterstützung eine hierfür geeignete Schwester heranzuziehen. Es soll vorwiegend weibliches *Pflegepersonal* verwandt werden, Männer nur ausnahmsweise für die schwereren Arbeiten und Hilfeleistungen.

Bem. 5. Kosten. Entsprechend der Natur der Versorgung ist die Aufnahme und Behandlung der Versorgungsberechtigten in den Versorgungskrankenhäusern gebührenfrei. Soweit andere als Versorgungsberechtigte ausnahmsweise aufgenommen werden, sind sie gebührenpflichtig.

Schriftum: MARTINECK: Über den gegenwärtigen Stand der Kriegsbeschädigtenversorgung. *Klin. Wschr.* 1926, Nr 40 — Die Betätigung des RArbMin. auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege. Berlin: Reichsdruckerei 1927. — HARTRODT: Das RArbMin., seine Entstehung, sein Aufgabenkreis und seine Organisation und der Behördenorganismus auf dem Arbeitsgebiet des RArbMin. Ministerialdrucksache S. 15ff. — Organisationsfragen der Reichsversorgung. Bücherei des ZBl. für Reichsversicherung und Reichsversorgung, Stuttgart 1931, S. 6 — Verzeichnis der HVÄ., VersorgÄ. und sonstigen Dienststellen der Reichsversorgung mit ihren Bezirken; Stand vom 1. Januar 1931. Beilage zum ReichsversorgBl. herausg. v. RArbMin. 1930, Nr 12. — HELM: Tuberkulose-Heilstätten im Deutschen Reich. Düsseldorf 1930 — Deutsche Sozialpolitik 1918—1928. Erinnerungsschrift des RArbMin., S. 33. Berlin 1929.

II. Länder.

a) Universitätskrankenhäuser.

Bem. 1. Verwaltung. Die Universitätskrankenhäuser gliedern sich durchweg in 8 Unterabteilungen: innere Klinik, chirurgische, Frauenklinik, dermatologische, Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Augenklinik, psychiatrische und Kinderklinik; ferner gibt es an den Universitäten ein zahnärztliches Institut. Die Direktoren der Kliniken sind gleichzeitig Professoren an der Universität. Bei einer Anzahl von Instituten stehen den Institutsdirektoren besondere etatsmäßige „Abteilungsvorsteher“ zur Seite. Das weitere Personal der medizinischen Institute besteht aus wissenschaftlichen Assistenten (Assistenten mit planmäßiger Vergütung, die Staatsbeamte mit kündbarer Stellung sind, sowie Assistenten mit nichtplanmäßiger Vergütung, die rechtlich Angestellte sind).

Bem. 2. Ärztliche Leitung. Der Direktor der Klinik ist ärztlicher Leiter. Ihm liegt auch die Oberaufsicht über die wirtschaftliche Verwaltung der Anstalt ob. Er bestimmt die Aufnahme, Behandlung und Entlassung der Kranken.

Bem. 3. Verpflegungskosten. Für die Universitätskliniken pflegt ein staatlicher Zuschuß gegeben zu werden. Die eigenen Einnahmen der Kliniken bestehen aus den von den Kranken zu zahlenden Kur- und Verpflegungskosten, den Einnahmen aus Kapitalien und Grundeigentum, den Entschädigungen der Anstaltsärzte und Beamten für Wohnung und Verpflegung. Die Kur- und Verpflegungskosten stellen eine Gebühr, nicht ein privatrechtliches Entgelt dar (s. unten S. 125 ff.). Die Gebühren werden im Einvernehmen mit dem FinMin. festgesetzt. Die Universität, der die Klinik angehört, kann in eigenem Namen für diese Rechtsgeschäfte eingehen, klagen und verklagt werden, da die Universitäten (in Preußen) selbständige vermögensrechtliche Persönlichkeiten sind (FRITZE-WERNER, Prozeßvertretung, S. 101).

Schriftum: GUTTSTADT: Die Universitätsstädte und die Universitätskliniken (als Manuskript gedruckt). Berlin 1903. — SPIELMANN: Die medizinischen Institute der preußischen Universitäten und die für sie aufgewandten staatlichen Mittel in den letzten 30 Jahren. *Klin. Jahrb.* 26, 687ff. — FRITZE-WERNER: Die Prozeßvertretung des Fiskus in Preußen und im Reiche. 2. Aufl., S. 101. Berlin 1910.

b) Preußen.

1. Charité.

Bem. 1. Rechtsgrundlage. Die Charité ist im 18. Jahrhundert gegründet worden. Sie unterstand bis zum Jahre 1819, ebenso wie die Armenpflege, dem königlichen Armendirektorium. Dessen Geschäfte wurden durch Kabinettsordre von 1819 der Stadt Berlin übertragen, ausgenommen hiervon blieben jedoch die Geschäfte des Charité-Krankenhauses, das sein Vermögen behielt und für das später eine besondere Verwaltung eingerichtet wurde. Die Charité stellt vermögensrechtlich nicht etwa eine Abzweigung des staatlichen Fiskus (sog. *statio fisci*) dar, sondern sie ist eine Stiftung mit selbständiger Rechtspersönlichkeit

(RG. 14. 3. 12, IV 411/1911). Klagen aus einer Verpflichtung der Anstalt sind demnach nicht gegen den preußischen Fiskus zu richten (eine gegen diesen gerichtete Klage würde abzuweisen sein), sondern gegen die Charité.

Bem. 2. Verwaltung. Durch die Kabinettsordre vom 17. April 1846 (GS., S. 166) wurde die Anstalt dem KultMin. unmittelbar unterstellt. Die Instruktion vom 10. März 1850 gliederte die Verwaltung in ein ärztliches und ein Verwaltungsdirektorium. Zur Führung von Prozessen ist nach § 20 der Instruktion das Zusammenwirken beider Direktorien nötig. Sie sind auch im übrigen gleichgeordnet. Doch sind die ärztlichen Angelegenheiten vorzugsweise dem ärztlichen Direktor, die wirtschaftlichen Verwaltungsangelegenheiten (Personalsachen, Rechnungssachen, Vermögensverwaltung und Kassenwesen) vorwiegend dem Verwaltungsdirektor, übertragen. Durch die Charitédirektion erfolgt auch die Aufnahme und Entlassung der Kranken.

Bem. 3. Universitätsunterricht. Die Charité ist den Zwecken des akademischen Unterrichts zur Verfügung gestellt. Die Charitékliniken sind Universitätskliniken, ihre Direktoren Universitätsprofessoren, deren Berufung nach Anhörung der Fakultät durch den Kultusminister erfolgt.

Schrifttum: FÖRSTER: Denkschrift über das zwischen dem Charité-Krankenhaus und der Stadt Berlin bestehende Rechtsverhältnis (als Manuskript gedruckt). Berlin: Reichsdruckerei 1892. — PÜTTER: Erinnerungen an die Charité. Düsseldorf 1928. — FRITZE-WERNER: Prozeßvertretung des Fiskus in Preußen und im Reich. 2. Aufl., S. 120. Berlin 1910.

2. Polizeikrankenhäuser.

Bem. 1. Zuständigkeit. Die Anstalten [ein Krankenhaus (Berlin) und 3 Kuranstalten (in Biesenthal i. Mark, Hann.-Münden und Lauterbach bei Glatz)] unterstehen dem MdI. Das Staatskrankenhaus in Berlin ist unmittelbar unterstellt dem PolPräs. von Berlin, ebenso die Kuranstalt in Biesenthal. Die Anstalt in Hann.-Münden untersteht unmittelbar dem Oberpräsidenten in Kassel, die Anstalt in Lauterbach dem Oberpräsidenten in Breslau.

Bem. 2. Leistungen. Die Behandlung in den Krankenanstalten ist ein Teil der gesetzlich vorgeschriebenen Heilfürsorge für die Polizei. Diese hat ihre gesetzliche Grundlage im PolBG. vom 31. Juli 1927 (GS. S. 151), dessen § 7 Abs. 2 besagt: „Ob und inwieweit Unterkunft, Verpflegung, Bekleidung und ärztliche Behandlung auf das Dienst Einkommen anzurechnen sind, wird durch den Haushaltsplan geregelt.“ Nach dem Haushalt des MdI. Kap. 91 Tit. 42 des laufenden Rechnungsjahrs 1931 ist den kündbar angestellten Polizeiwachtmeistern, den Polizei- und Landjägeroffizieren sowie den Polizei- und Landjägeranwärtern, in besonderen Fällen auch anderen Polizeibeamten freie ärztliche Behandlung einschließlich Arznei und Verbandmitteln gewährt.

Bem. 3. Verwaltung. In dem Polizeikrankenhaus zu Berlin besteht ein Verwaltungsamt, das Fragen der Unterkunft, Verpflegung, Bekleidung, Beschaffung von Arznei- und Verbandsmitteln usw. erledigt. An der Spitze des Verwaltungsamts steht ein Polizeirat und ein ärztlicher Direktor mit ständigem Vertreter. Das Krankenhaus umfaßt als Stationen eine chirurgische Abteilung, eine Abteilung für innerlich Kranke, eine dermatologisch-urologische Abteilung, eine neurologisch-psychiatrische Abteilung, eine Röntgenabteilung, eine bakteriologisch-hygienische Abteilung, eine pharmazeutische Abteilung sowie die dazugehörigen Ambulatorien, ferner ein Frauen- und Kinderambulatorium. Angegliedert ist ihm eine Fachschule zur Ausbildung des Nachwuchses für polizeiliche Sanitätsbeamte.

Bem. 4. Vertretung. Die rechtliche Vertretung des Krankenhauses zu Berlin steht dem PolPräs. von Berlin, die rechtliche Vertretung der Kuranstalten

den betreffenden Oberpräsidenten zu. Für ihr Fachgebiet sind verantwortlich der Direktor und der Chefarzt.

3. Gefängniskrankenhäuser.

Bem. 1. Übersicht. In Preußen bestehen folgende Gefängniskrankenhäuser: am Untersuchungsgefängnis in Berlin, am Gefängnis in Düsseldorf-Derendorf, am Zentralgefängnis in Bochum, am Strafgefängnis in Breslau, an der Strafanstalt in Kassel-Wehlheiden, sowie eigene Lazarettabteilungen an den besonderen Gefangenenanstalten. Außerdem ist je eine Tuberkuloseabteilung bei dem Gerichtsgefängnis in Glatz und dem Gefängnis in Rhein i. Ostpr. eingerichtet. Schließlich sind vorhanden Irrenbeobachtungsabteilungen am Zellengefängnis Lehrterstr. Berlin, am Strafgefängnis Breslau, am Strafgefängnis Halle, an der Strafanstalt Münster i. W. und am Untersuchungsgefängnis Köln sowie eine Psychopathenabteilung (Sonderabteilung für geistig Abnorme schweren Grades) am Strafgefängnis in Berlin-Plötzensee.

Bem. 2. Verwaltung. Die Gefängniskrankenhäuser sind den Strafanstalten angeschlossen. Die ärztliche Leitung liegt in Händen eines Arztes, die Verwaltung bei dem Anstaltsdirektor, in Glatz und bei der Psychopathenabteilung in Plötzensee führt der Arzt auch die Verwaltungsgeschäfte; eine gleiche Regelung ist zukünftig auch für die Irrenbeobachtungsabteilungen und die Krankenhäuser bei den größeren Gefangenenanstalten beabsichtigt.

III. Provinzen.

Bem. 1. Rechtsquellen. In Preußen hat durch das sog. Dotationsgesetz vom 8. Juli 1875 (GS., S. 497) der Staat aus seinen Einnahmen eine jährlich zu zahlende Summe den Provinzen zur Verfügung gestellt zwecks Erfüllung bestimmter, den Provinzen übertragener Aufgaben. Zu diesen gehört nach § 4 des Gesetzes die Fürsorge oder die Gewährung von Beihilfen für das Irren-, Taubstumm- und Blindenwesen. Durch § 7 des Gesetzes ist den Provinzen eine größere Zahl bisher staatlicher Irren-, Taubstumm- usw. Anstalten zur Verwaltung und Unterhaltung überwiesen worden, ebenso nach § 13 eine Anzahl Hebammen-Lehrinstitute. Gemäß § 6—8 der prAusfVO. vom 17. April 1924 (GS., S. 210) zur RFV. (RGBl. I, 100) sind die Landesfürsorgeverbände (das sind nach § 1 der VO. die Provinzen) verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Die allgemeinen Verwaltungskosten der Anstalt trägt die Provinz (§ 7). Die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Anstaltsbedürftigen werden in Reglements getroffen, welche der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen (§ 8). Auf Grund dieser Vorschriften haben die einzelnen Provinzen AusfVorsch. für ihre Anstalten erlassen. Die Organisation der Anstalten, ihre Überwachung durch die Provinz und die hierfür zuständigen Organe, die Stellung der Anstaltsbeamten (z. B. des Direktors), die Art der Verwaltungsführung pflegen in Geschäfts-, Dienst- oder Verwaltungsordnungen geregelt zu sein.

Bem. 2. Arten der Provinzialanstalten. Die Provinzen unterhalten Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke (auch Idioten, Epileptische), ferner Taubstummen-, Blinden- und Krüppelanstalten. In manchen Provinzen finden sich auch Provinzial-Tuberkuloseanstalten („Pommersche Kaiser Wilhelm II. Stiftung“) und Anstalten für jugendliche Gemütskranke (Landes-, Heil- und Pflegeanstalt für Jugendliche der Provinz Schleswig-Holstein in Hesterberg).

Bem. 3. Zuständigkeit der Provinzialorgane. Die Anstellung der Ärzte und der Verwaltungsbeamten pflegt durch den ProvAussch. zu erfolgen.

Die Anstellung des für Krankenpflege, Betrieb und den übrigen Anstaltsdienst erforderlichen Personals ist vielfach dem Landeshauptmann vorbehalten, der auch in Verbindung mit dem Landesausschuß die auf die Anstalt bezüglichen laufenden Geschäfte der Provinz führt. Nach den ProvO. können Kommissionen der Provinz (Provinzialkommissionen, Hospitalkommissionen) eingesetzt werden, die aus dem Landeshauptmann oder dem von ihm zu bestellenden Vertreter als Vorsitzenden und mehreren vom ProvAussch. zu erwählenden Mitgliedern bestehen. Aufgabe dieser Kommissionen ist es, die Verbindung zwischen dem ProvAussch. und den Anstalten und eine möglichst einheitliche Verwaltung aller Anstalten durch den ProvAussch. zu gewährleisten. Sie steht begutachtend dem ProvAussch. zur Seite und hat die Anstalt durch ihre Mitglieder zu revidieren. Vielfach sind ihr auch die Anstellung gewisser Hilfskräfte und die Ausführung gewisser vermögensrechtlicher Geschäfte der Anstalt (Anlegung des Anstaltsvermögens usw.), die Entscheidung von Beschwerden gegen die Hospitalbeamten und Schwestern, in Verbindung mit dem Landeshauptmann die Anstellung von Klagen (so der Kommission für das Löbenichtsche Hospital zu Königsberg i. Pr.) übertragen. Eine Beschlußfassung des Provinziallandtags ist insoweit erforderlich, als sie überhaupt für Provinzialangelegenheiten durch die ProvO. vorgeschrieben ist (Aufnahme von Anleihen, Verpfändung des der Anstalt gehörenden Grundeigentums, Feststellung des Etats und der Satzungen), auch pflegt ihm die Bestimmung der Zahl und Besoldung der Beamten sowie der Art ihrer Anstellung und der Aufnahmebedingungen vorbehalten zu sein.

Bem. 4. Die *örtliche Verwaltung* der Anstalten wird nach einer erlassenen Dienstanweisung von einem Direktor geführt, der dem Landeshauptmann untersteht. Er ist der Vorgesetzte der Beamten und Angestellten, handhabt die Hauspolizei und die Dienstdisziplin und führt den Schriftverkehr, insbesondere mit dem Landeshauptmann und anderen Behörden. Bei besonderen Vorkommnissen und wichtigen Ereignissen hat er dem Landeshauptmann sofort Bericht zu erstatten. Die Kassengeschäfte werden durch einen Rechnungsbeamten geführt.

Bem. 5. In die Anstalten werden vorzugsweise hilfsbedürftige Kranke aufgenommen, für die die LFürsBeh. Fürsorge zu treffen hat (s. Bem. 1), sowie Geisteskranke, die nach Anweisung der Polizei wegen Gemeingefährlichkeit aufzunehmen sind. Soweit Raum besteht, werden auch Privatranke und freiwillige Pensionäre aufgenommen. Ferner werden aufgenommen geistesranke Personen der Reichswehr sowie Personen zur Feststellung des Geisteszustandes auf Ersuchen der zuständigen Behörden.

Schrifttum: Die Handbücher über Verwaltung bestimmter Provinzen, so Handbuch der Verfassung und Verwaltung des Provinzialverbandes von Niederschlesien, S. 434ff. Breslau 1930.

IV. Kreise.

Bem. 1. Übersicht. Viele Kreise, namentlich dicht bevölkerte, sind im Besitz besonderer Krankenhäuser. Manche von ihnen besitzen zwar keine eigenen Anstalten, sind aber mit Städten oder Privatgesellschaften Betriebsgemeinschaften eingegangen. In manchen Ländern fehlt es an Kreiskrankenanstalten, da die Krankenhausfürsorge hier vom Staate geregelt und durch Landeskrankenhäuser sichergestellt ist.

Bem. 2. Die Ordnungen für die Kreiskrankenhäuser sind vielfach vom Kuratorium (der Verwaltung, dem Vorstand) der Anstalt erlassen, nachdem sie die Genehmigung der Kreisbehörde (in Preußen des KreisAussch.) erhalten haben. Die juristische Gestaltung der Anstalten ist verschieden. Bisweilen haben sie die Form einer G. m. b. H., an der als Gesellschafter der Kreis, gewisse Städte,

Ortskrankenkassen u. dgl. beteiligt sind. Dabei kann vorgeschrieben sein, daß die Veräußerung der Anteile nur mit einer qualifizierten Mehrheit der Gesellschafter gestattet sein und den Gesellschaftern ein Vorkaufsrecht zustehen soll (so die Regelung für das allgemeine Krankenhaus in Bitterfeld). Die Ordnungen enthalten mitunter auch Bestimmungen darüber, wie eine solche Gesellschaft über den Betrag des Stammkapitals hinaus erforderliches Kapital zu beschaffen hat (etwa durch Anleihen oder durch Darlehen der Gesellschafter) oder wie sonst die Unterhaltungskosten gesichert werden. Zuweilen hat der Kreis das Krankenhaus an einen Krankenkassenverband verpachtet, welcher sich zur Weiterführung in dem bisherigen Umfange verpflichtet hat (Arnswalde). Oder der Kreis übereignet ein Krankenhaus an eine Diakonissenanstalt, welche die Betriebsführung sowie bestimmte Verpflichtungen des Kreises gegenüber der Stadt und die Gehälter sowie die Zahlung einer Geldsumme übernimmt, sich zu einem Erweiterungsbau verpflichtet und dem Kreis das Recht einräumt, die Verwaltung für Rechnung der Diakonissenanstalt wieder zu übernehmen, falls im Krankenhausbetriebe eine derartige Störung eintritt, daß von der MedBeh. eine wesentliche Veränderung im Betriebe verlangt wird, welche die Diakonissenanstalt nicht übernehmen kann oder will (Köslin). Häufig wird jedoch das Krankenhaus unmittelbar von den Kreisbehörden (KreisAussch. und den ihm unterstellten Organen) verwaltet.

Bem. 3. Verwaltung. *Organe* der Kreiskrankenanstalten pflegen je nach der juristischen Gestaltung der Anstalt zu sein: Gesellschaftsorgane (Geschäftsführer, Verwaltungsrat, Gesellschafterversammlung) oder eine Kommission (Verwaltungsrat, Vorstand), in welcher Vertreter des Kreises sowie anderer beteiligter Körperschaften und Anstalten oder auch gewisse Privatpersonen (insbesondere oft der leitende Arzt) Sitz und Stimme haben. Die laufende Verwaltung pflegt entweder von der Kommission oder von einer Einzelperson geführt zu werden. Die Statuten treffen mitunter auch Bestimmung darüber, wem die Leitung des Hauswesens, die ärztliche Leitung und die Aufsicht über die Krankenpflege übertragen ist, welche Personen *Aufnahme* in die Anstalt finden sollen (bisweilen ist angeordnet, daß Angehörige des Kreises den Vortritt haben, so für die Krankenhäuser in Kissingen, Aschach und Münnerstadt), wer über die Aufnahme und Entlassung entscheidet (so entscheidet im Kreis Stallupönen über die Aufnahme grundsätzlich der Kreis Ausschuß, der jedoch die Entscheidung Beamten der Kreisverwaltung oder dem Kreiskrankenhausarzt übertragen kann), durch welche *Organisation die Pflege übernommen* wird und durch wen die Anstellung des Arztes oder des Krankenpflegepersonals erfolgen soll. Sodann finden sich in den Statuten Vorschriften über die *Wahrung der Disziplin* in der Anstalt. Gegenstand der Regelung sind ferner die Fragen, ob die *Behandlung* nur durch die Anstaltsärzte oder auch durch andere Ärzte erfolgen kann, ob der Anstaltsarzt ein Recht auf besondere Liquidation hat, welche *Gebühren oder Verpflegungssätze* erhoben werden, insbesondere auch, von welchen Personen Willenserklärungen im Namen der Anstalt abgegeben sein müssen, um gültig zu sein (Vorsitzender und zwei Mitglieder des Vorstands in den Kreiskrankenhäusern zu Leppersdorf und Strehlen).

Schrifttum: VON ACHENBACH: Das Krankenhauswesen in den Landkreisen, in: Die deutschen Landkreise 1, 813ff. Berlin-Friedenau 1926.

V. Gemeinden.

Bem. 1. Verwaltungsorgane. Auch die Verwaltung der Gemeindkrankenanstalten ist fast ohne Ausnahme durch besondere Statuten geregelt, welche die Grundlage der Rechtsverhältnisse der Anstalt bilden. Gewöhnlich

ist in ihnen vorgeschrieben, daß die Verwaltung durch ein Mitglied der Stadtverwaltung (Magistrat, Rat usw.) erfolgen soll (Dezernent pflegt ein besoldetes oder unbesoldetes Magistratsmitglied oder ein Beigeordneter zu sein, mitunter ist es auch der Bürgermeister selbst), und zwar in Gemeinschaft mit einem Ausschuß (Deputation, Krankenhauskommission, Verwaltungsrat), über dessen Zusammensetzung die Ordnung Bestimmung trifft.

So besteht in Bad Nauheim der Verwaltungsrat aus dem Bürgermeister oder Beigeordneten als Vorsitzenden sowie 4 weiteren Mitgliedern, welche aus den stimmberechtigten und wahlfähigen Einwohnern von der Stadtverordnetenversammlung, und zwar mindestens zur Hälfte aus ihrer Mitte, gewählt wird, die Wahl der Mitglieder erfolgt regelmäßig nach den Wahlen zur Stadtverordnetenversammlung auf drei Kalenderjahre mit der Maßgabe, daß nach Ablauf der Wahlperiode die Verpflichtung zur Weiterführung des Amtes bis zum Eintritt des Dienstnachfolgers fort dauert. In Karlsruhe besteht die „Krankenhauskommission“ aus sieben Mitgliedern, und zwar einem Stadtratsmitglied, welches den Vorsitz führt, einem Direktor des städt. Krankenhauses und weiteren fünf Mitgliedern. Die Beschlüsse der Kommissionen pflegen mit Stimmenmehrheit gefaßt zu werden, bei Stimmengleichheit pflegt die Stimme des Vorsitzenden zu entscheiden. Die Krankenhauskommission hat die zur Verwaltung des Krankenhauses gehörigen Geschäfte meist selbständig zu führen, wobei die laufenden Geschäfte von dem Vorsitzenden besorgt werden. Die Beschlüsse der Kommission bedürfen nach der Vorschrift mancher Statuten der Genehmigung der Gemeindeversammlung (in Karlsruhe z. B. die Anträge auf Genehmigung von Schenkungen oder Stiftungen zugunsten der Krankenpflege und auf Versagung dieser Genehmigung, die Verwendung von Ertragsüberschüssen zu anderen als stiftungsmäßigen Zwecken, die Ernennung des Direktors, der Oberärzte, des Apothekers usw., die Aufstellung der Vorschläge, die Erwerbung, Veräußerung und Verpfändung von Grundstücken, die Vornahme von Neubauten und Hauptausbesserungen, die Festsetzung der Verpflegungstaxen). Anderwärts führt der Ausschuß die Verwaltung selbständiger. In Harburg ist die Verwaltung dem Magistrat übertragen (§ 71 der Städteordnung), der jedoch von der Krankenhauskommission unterstützt wird, insofern dieser die Vorberatung zusteht über alle organischen Einrichtungen und über den Haushaltsplan, die Prüfung der jährlichen Geschäftsberichte, die gutachtliche Äußerung hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen, über größere fortlaufende Lieferungen von Gebrauchsgegenständen, wenn sie vom Magistrat gefordert wird, über die Anstellung des Inspektors, der Haushälterin und des Maschinisten sowie über die ihnen zu gewährende Vergütung und über Ausgaben, die nicht im Haushaltsplan vorgesehen sind.

In anderen Städten werden die Angelegenheiten des Krankenhauses von den städtischen Ausschüssen (Fürsorgeausschuß, Gesundheitsausschuß) mitverwaltet. Die Mitglieder der Ausschüsse sind gewöhnlich nach den Ordnungen befugt, das Krankenhaus zu jeder Zeit zu besuchen, sich von allen Einrichtungen in der Anstalt durch Augenschein zu überzeugen und Einsicht in die Akten über die ihrer Beschlußfassung unterliegenden Angelegenheiten zu nehmen. — In Dresden unterstehen die städt. Krankenanstalten dem Rate der Stadt; dieser wird im allgemeinen durch das Krankenpflegeamt, in den wirtschaftlichen Angelegenheiten jedoch für jede Krankenanstalt durch den aus dem Kreise der Ratsmitglieder gewählten Verwalter vertreten; der Verwalter ist in den ihm übertragenen Angelegenheiten Vorgesetzter der Oberinspektoren und des gesamten Verwaltungs-, Wirtschafts- und Pflegepersonals; ihm ist insbesondere die Annahme, Kündigung und Entlassung des nicht pensionsfähigen Haus- und Wirtschaftspersonals, der Hilfskrankenpfleger, Hilfskrankenträger usw. übertragen;

er übt grundsätzlich auch die Disziplinargewalt über das gesamte Pflege- und Wirtschaftspersonal aus.

Bem. 2. Vermögensverwaltung. Hierüber enthalten die Ordnungen mitunter Sonderbestimmungen. So ist nach der Satzung für das städt. Zentralkrankenhospital in Görlitz das Vermögen zwar durch den Magistrat, aber von dem übrigen Gemeindevermögen getrennt, zu verwalten. Nach der Krankenhausordnung von Wolfenbüttel wird die Krankenkasse gemeinsam mit der Kämmereikasse verwaltet, über ihre Einnahmen und Ausgaben ist jedoch eine besondere Rechnung zu führen; der Betrag, um welchen die Ausgaben der Krankenkasse die Einnahmen übersteigen, wird durch einen Zuschuß aus der Kämmereikasse gedeckt; sollte das Rechnungsjahr mit einem Überschuß abschließen, so wird dieser als Kassenvorrat in das folgende Rechnungsjahr übernommen.

Bem. 3. Stellung der Ärzte. Über die Stellung der Krankenhausärzte werden von fast allen Verwaltungsstatuten Bestimmungen getroffen. Nach der Ordnung der Verwaltung und des ärztlichen Dienstes in den städtischen Krankenanstalten zu Dresden sind die Oberärzte dem Rate und in dessen Vertretung dem Krankenpflegeamt unterstellt. Dasselbe gilt von dem gesamten ärztlichen Dienst der Krankenanstalten; die Oberärzte sind die unmittelbaren Vorgesetzten der Ärzte ihrer Abteilung sowie des Pflegepersonals in sämtlichen Angelegenheiten der Krankenbehandlung und des ärztlichen Dienstes; die Oberärzte sind dort für den gesamten ärztlichen Betrieb ihrer Abteilung und die Einhaltung der geltenden Bestimmungen verantwortlich sowie verpflichtet, in allen Angelegenheiten auch die finanziellen Interessen der Stadt zu wahren. Bei Anstellung und Entlassung der Ärzte und bei Disziplinarmaßnahmen gegen sie sollen die Oberärzte gehört werden; das gleiche gilt bei Annahme, Anstellung und Entlassung des Pflegepersonals. Die Oberärzte sollen wegen einfacher Übertretungen und sonstiger Unzulässigkeiten in Angelegenheiten der Krankenbehandlung und des ärztlichen Dienstes gegen das Pflegepersonal ihrer Abteilung Rügen und Ordnungsstrafen bis zu 3 R.M. verhängen oder den Urlaub versagen oder beschränken können; auch sind sie berechtigt, bei schweren Verfehlungen das Pflegepersonal vorläufig vom Dienst zu entheben. Die Ausstellung von Zeugnissen für das Pflegepersonal soll nur nach Gehör der Oberärzte erfolgen. Ähnliche Grundsätze werden auch in anderen Orten als geltend angenommen werden können, selbst wenn sie in den Ordnungen nicht ausdrücklich ausgesprochen sind. Der leitende Krankenhausarzt — und ein solcher pflegt in den meisten städt. Krankenanstalten vorhanden zu sein — hat die ärztliche Leitung und Beaufsichtigung des Krankenhauses in allen seinen Abteilungen. Er soll Sorge dafür tragen, daß Räume und Gegenstände sich in brauchbarem Zustande befinden, er behandelt die Kranken unter eigener Verantwortlichkeit, bestimmt die Aufnahme und Entlassung sowie die zeitweise Beurlaubung der Kranken. Er trägt die Verantwortung dafür, daß die von der AufsBeh. in gesundheitlicher Hinsicht erlassenen Bestimmungen befolgt werden. Er hat das Recht, in allen baulichen und technischen Fragen vor dem Erlaß von Anordnungen gehört zu werden, und bei Gefahr im Verzuge selbständige Anordnungen zu treffen. Er verteilt — vorbehaltlich anderweitiger Bestimmung des Statuts — das Pflegepersonal auf die einzelnen Abteilungen und ordnet die Unterbringung der Kranken auf den einzelnen Stationen an. Er ist für die Beachtung der gesetzlichen Anzeigepflichten verantwortlich. Die eben mitgeteilten Grundsätze sind in der Dienstanweisung für den leitenden Arzt in dem städtischen Krankenhause zu Landsberg enthalten und gelten, wenn anderes nicht ausdrücklich bestimmt ist, dem Sinne der Statuten nach wohl auch in den übrigen Städten. Mancherorts wird die Stelle des leitenden Arztes nicht durch eine einzelne Person, sondern durch ein Kollegium versehen.

So in Dresden, wo die Oberärzte und selbständigen Leiter einer Abteilung ein „Oberarztkollegium“ mit einem jährlich zu wählenden Geschäftsführer bilden; zum Dienstbereich dieses Kollegiums gehören insbesondere die Beratung allgemeiner Angelegenheiten der Krankenbehandlung sowie des ärztlichen Dienstes und die damit verbundenen Angelegenheiten des Pflegepersonals, die Begutachtung der von den Oberärzten zum Haushaltsplan zu stellenden Anträge, die Mitwirkung bei der Vorbereitung des Haushaltsplans, die Begutachtung von Eingaben der Ärzte und des Pflegepersonals.

Bem. 4. Verwaltungspersonal. Viele Ordnungen enthalten eingehende Bestimmungen über die Aufgaben des Inspektors. Mitunter ist er dem ärztlichen Leiter als Vorgesetztem, in der Regel aber unmittelbar dem städtischen Dezernten oder Ausschuß unterstellt. In manchen Anstalten führt er die Verwaltung selbständig, in anderen unter Verantwortung des Dezernten. Verschiedentlich hat er nur die innere Verwaltung zu besorgen, während alle Verhandlungen usw. mit anderen Verwaltungen und Behörden durch den Dezernten wahrgenommen werden. In einigen kleineren Krankenhäusern wird die Verwaltung durch ein Büro der Stadtverwaltung mit besorgt. In allen grundlegenden Fragen wird ein Beschluß des für das Krankenhaus zuständigen Ausschusses herbeigeführt. Vgl. hierzu ZKrW. 1929, 422.

Nach der Dienstanweisung für den Inspektor des städtischen Krankenhauses zu Landsberg hat er die ihm übertragenen Verwaltungsgeschäfte nach Anweisung des Vorsitzenden der Deputation zu führen, in allen die Krankenhauspflege betreffenden Angelegenheiten die Anordnungen des leitenden Arztes zu befolgen, über die äußere und innere Sicherheit, Ordnung und Reinhaltung der Gebäude zu wachen, bei Feuersgefahr für Rettung, sichere Überführung und Unterbringung der Kranken zu sorgen, auf Erhaltung und sachgemäße Unterhaltung der Gebäude seine Aufmerksamkeit zu wenden, das Hauspersonal zu beaufsichtigen und zu beschäftigen, die Kranken nach Anweisung des Arztes auf die Krankenräume zu verteilen, dafür zu sorgen, daß die Krankenhausordnung beachtet wird, die Bücher zu führen und dem Standesamte schriftliche Meldung über alle Todesfälle und Geburten zu machen. Ähnliche Aufgaben sind von dem Ortsstatut über die Verwaltung des städtischen Krankenhauses in Karlsruhe dem Verwalter übertragen.

Bem. 5. Pflegepersonal. Auch über die Rechte und Pflichten des Pflegepersonals finden sich in manchen Ordnungen ausführliche Bestimmungen. So regelt die Dienstanweisung für das Pflegepersonal des Stadtkrankenhauses in Plauen die rechtlichen Verhältnisse der Schwestern sowie der Pfleger und Pflegerinnen und gibt eingehende Vorschriften über die Personen, denen sie untergeordnet, und über die Arbeiten, die ihnen zugewiesen sind.

Bem. 6. Verpflegungsklassen. Die Statuten regeln auch die in den Krankenanstalten bestehenden Klassen (oft drei Klassen, heute finden sich jedoch vielfach Anstalten mit Einheitsklassen), über die von den Kranken zu zahlenden Gebühren und über die Aufnahme und Entlassung der Kranken.

Bem. 7. Hausordnung. Der Kranke unterwirft sich mit seiner Aufnahme in die Anstalt der bestehenden Hausordnung sowie den Anordnungen der Ärzte und des Pflegepersonals. Die Kranken haben sich der ihnen angewiesenen Betten zu bedienen und sich jeden angeordneten Wechsel gefallen zu lassen. Sie müssen sich ordnungsmäßig verhalten, ihre persönlichen Verhältnisse dem mit der Aufnahme Betrauten nach bestem Wissen angeben, die ihnen zugewiesene Anstaltskleidung und -wäsche anlegen, die Betten verlassen, wenn dies vom Arzt bestimmt wird und sich nach dessen Anordnung wieder ins Bett begeben. Andere Kost als die Anstaltskost dürfen sie nur mit Genehmigung des Arztes

genießen, Besuche nur in der festgesetzten Besuchszeit, soweit nicht ausdrückliche Erlaubnis des Arztes vorliegt, empfangen. Glauben sie Grund zur Beschwerde zu haben, so können sie dies dem Arzte oder Verwalter melden, sind aber zur selbständigen Änderung nicht befugt.

Bem. 8. Insbesondere die Rechtsverhältnisse in Berlin. Nach der Dienstanweisung für die Direktion der städtischen berliner Krankenanstalten, die für großstädtische Verhältnisse charakteristisch ist, werden die Anstalten durch eine Direktion geleitet, die aus dem Direktor der Inneren Abteilung und dem leitenden Verwaltungsbeamten besteht. In Abwesenheit oder bei Behinderung eines der ärztlichen Direktoren geschieht die Vertretung in der Direktion durch einen dirigierenden Arzt. Sämtliche Beamte und Angestellte des Krankenhauses sind der Direktion unterstellt. Die leitenden Ärzte der einzelnen Abteilungen und der leitende Verwaltungsbeamte bleiben außerdem die direkten Vorgesetzten des Personals ihrer Abteilung. Vor dem Erlaß wichtiger Verfügungen durch die Direktion, sind die zuständigen Abteilungsleiter gutachtlich zu hören. Die zuständige Deputation für das Gesundheitswesen (der Ausschuß für Krankenanstalten) ist die nächstvorgesetzte Dienststelle der Direktion. Die Angelegenheiten, die das gesamte Krankenhaus betreffen, sind von der gesamten Direktion, die reinen Verwaltungsangelegenheiten von dem leitenden Verwaltungsbeamten allein zu erledigen, die ärztlichen Angelegenheiten und die der Apotheke sind durch die Direktion dem zuständigen Abteilungsleiter zur Bearbeitung vorzulegen. Von allen wichtigen Fragen der Verwaltung sind die ärztlichen Direktoren vom Verwaltungsdirektor zu unterrichten.

Der Dienstverkehr der Beamten und Angestellten geht in der Regel durch die Direktion. Die Annahme und Entlassung des nach dem Tarifvertrage zu entlohnenden Dienst- und Wartepersonals liegt dem leitenden Verwaltungsbeamten ob. Mindestens allmonatlich findet unter dem Vorsitz des dienstältesten ärztlichen Mitgliedes der Direktion eine Besprechung über die das Krankenhaus betreffenden Angelegenheiten statt. Der Bezirksamtsdezernent ist berechtigt, an den Sitzungen der Direktion teilzunehmen und den Vorsitz zu führen. Die Direktion ist für die Einhaltung des Haushaltsplans verantwortlich.

Bem. 9. Gemeinsamer Betrieb von Krankenanstalten. Verschiedentlich bestehen Abkommen zwischen Stadt- und Landkreisen über den Betrieb eines gemeinsamen Krankenhauses, oder es sind Vereinbarungen dieser Art zwischen mehreren Gemeinden oder zwischen einer Gemeinde und einer Privat-anstalt getroffen. Einzelheiten hierüber vgl. in ZKrW. 1929, 432.

VI. Sozialversicherungsträger.

In der Sozialversicherung finden sich nur wenige eigene Krankenanstalten. Zu ihnen gehören insbesondere die Knappschaftskrankenhäuser. Im übrigen erfolgt die Behandlung vorwiegend in öffentlichen oder privaten Anstalten auf Grund Vertrags oder in Krankenhäusern, die die Versicherungsträger für ihre Zwecke gepachtet haben. Nach § 371 RVO. kann der Vorstand ermächtigt werden, die Krankenbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und, wo die Kasse Krankenhausbehandlung schuldet, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, außer in dringenden Fällen, abzulehnen. Der Bau von Krankenhäusern ist den Krankenkassen gestattet, doch bedarf er gemäß § 27d, e RVO. der Ermächtigung der AufsBeh. Die Errichtung von Gebäuden über einen vom R.ArbMin. festgesetzten Kostenbetrag hinaus bedarf dieser Genehmigung schlechthin (vgl. HOFFMANN, Krankenversicherung, 8. Aufl., S. 450. Berlin 1929).

Für den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern der Krankenkassen sind die PolVO. maßgebend, die auf Grund der MinVO. vom 30. März 1920 (Volkswohlfahrt S. 64) erlassen sind (vgl. oben S. 14, Bem. 2).

Die Knappschaftskrankenhäuser sind organisiert wie alle größeren Krankenanstalten. Ihnen stehen hauptamtlich angestellte Fachärzte als leitende Ärzte vor.

Die Berufsgenossenschaften unterhalten zahlreiche Heilstätten für besondere Zwecke, vor allem zur Tuberkulosebekämpfung (s. auch oben S. 21, Bem. 3, und unten S. 133, Bem. 5).

3. Freie gemeinnützige und private gewerbliche Krankenhäuser.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin

I. Begriffliche Unterscheidungen und Terminologie.

Bemerkung 1. Die freien gemeinnützigen Krankenhäuser. a) *Zweck und Charakter.* Während die im vorigen Abschnitt, S. 20ff., behandelten Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger ihre Krankenhäuser im Rahmen ihrer gesetzlichen oder gesetzlich zugelassenen Aufgaben betreiben und öffentliche Zwecke im engeren Sinne verfolgen, ruht das Anstaltswesen der nichtbehördlichen freien gemeinnützigen Krankenhäuser auf konfessioneller, religiöser oder humanitärer Grundlage. Auch sie verfolgen wegen ihres karitativen, gemeinnützigen Charakters öffentliche Zwecke, wenn auch im weiteren Sinne, und bilden zusammen mit den behördlichen Anstalten die Gruppe der öffentlichen Krankenhäuser im Unterschied von den privaten gewerblichen. Wie die letzteren, werden auch sie herkömmlich oft privat genannt, obwohl sie gemeinnützig sind, also dem allgemeinen, nicht einem Einzelnen, dienen und im Rahmen ihrer Satzungen allgemein zugänglich sind. Sie werden daher deutlicher als freie gemeinnützige Anstalten bezeichnet. Die gesetzliche und verwaltungsmäßige Terminologie rechnet sie bald zu den öffentlichen, bald zu den privaten Anstalten (wie z. B. zu den Privatirrenanstalten, vgl. S. 43). Die neue Krankenanstaltsstatistik für das Deutsche Reich unterscheidet korrekt: 1. öffentliche, 2. freie gemeinnützige und 3. private Anstalten.

b) *Träger.* Die Träger der freien gemeinnützigen Krankenhäuser sind Kirchen- und Synagogengemeinden, kirchliche und weltliche Genossenschaften, Stiftungen, Vereine, Gesellschaften und Einzelpersonen. Sofern sie nicht von Einzelpersonen, sondern von Organisationen betrieben werden, gehören sie zur freien Wohlfahrtspflege im Unterschied zur öffentlichen, behördlichen Wohlfahrtspflege.

Bem. 2. Die privaten gewerblichen Krankenhäuser. Sie werden nicht der Gemeinnützigkeit wegen, sondern zu privaten Erwerbszwecken betrieben, sei es von Einzelpersonen (Fachärzte, Oberinnen u. a.), sei es von Vereinen oder Gesellschaften. Keine Gemeinnützigkeit liegt vor, wenn der Betrieb der Anstalt nur den eigenen Interessen einer oder mehrerer bestimmter Personen oder eines engeren Kreises von Personen dient. Entgeltlichkeit der Leistungen schließt die Gemeinnützigkeit nicht aus, doch dürfen die Entgelte nur so weit gehen, daß sie höchstens die Selbstkosten decken. In beschränktem Umfange dürfen auch Teile des Gesamtbetriebes so geführt werden, daß ihre Überschüsse die Fehlbeträge der übrigen Zweige decken, wie es z. B. bei den Krankenhausstationen I. und II. Klasse der Fall ist.

Bem. 3. Gemeinsame Behandlung. Trotz des durch den Zweck bedingten Unterschiedes ist juristisch die Struktur der freien gemeinnützigen und der privaten gewerblichen Anstalten grundsätzlich ähnlich, vielfach gleich. Sie werden daher im folgenden gemeinsam behandelt.

II. Verwaltung und Vertretung der freien gemeinnützigen und der privaten gewerblichen Krankenhäuser.

Bem. 1. Rechtsform der freien Krankenhäuser. Für die Verwaltung der nichtbehördlichen Krankenhäuser gelten die verschiedensten Rechtsgebiete des privaten Rechts. Aus dem BGB. kommt das Vereins-, Stiftungs- und Gesellschaftsrecht, aus dem Handelsrecht das Gesellschaftsrecht des HGB. und das GmbHGes. in Betracht. Gewerbliche Krankenanstalten werden vielfach von Einzelpersonen betrieben, während diese in der Regel nicht Träger freier gemeinnütziger Anstalten sind, so daß für letztere die Bestimmungen über Kollektivpersönlichkeiten im Vordergrund stehen (kirchliche Beschränkungen des Rechtsverkehrs S. 2ff.). Für die vor 1900 geschaffenen Krankenhäuser kommt noch die Begründung von juristischen Persönlichkeiten auch bei nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichteten Unternehmungen durch besondere Verleihung in Frage.

Besonders zahlreich ist bei den hier in Frage kommenden Krankenhäusern die Rechtsform des Vereins (bei den nichtkonfessionellen Anstalten über 65% aller Anstalten), überwiegend wird die Form des rechtsfähigen Vereins bevorzugt, während auch bei den nichtrechtsfähigen Vereinen die satzungsmäßige Ausgestaltung meist eine große Tendenz zur Angleichung an die Form des rechtsfähigen Vereins zeigt (z. B. satzungsmäßige Beschränkung der Haftung auf das Vereinsvermögen). Häufig ist auch noch die Form der Stiftung (besonders zahlreich bei den jüdischen Anstalten: 34%, bei den nichtkonfessionellen Anstalten ca. 15%, dagegen unter 10% bei den katholischen und evangelischen Anstalten), die in vielen Fällen zugleich als milde Stiftung (manchmal auch Wohltätigkeitsstiftung genannt) anerkannt ist, was von Bedeutung für die Steuer- und Stempelbefreiung ist. In den Verfassungen der Stiftungen ist meist genau angegeben, aus welcher Quelle das Stiftungsvermögen geflossen ist; ein solcher Hinweis ist häufig von — wenn auch nicht ausschlaggebender — Bedeutung für die Eingruppierung der Stiftung als eine sog. private oder öffentliche Stiftung: z. B. deutet eine Satzungsbestimmung, daß die Stiftung eine aus der Kirchengemeinde hervorgegangene Stiftung sei, darauf hin, daß eine kirchliche und damit öffentliche Stiftung vorliegt. Kirchliche Anstalten stehen allerdings meist im Eigentum der Kirchengemeinde, wenn auch ihre Vermögensverwaltung häufig getrennt geführt wird. Derartige kirchliche Anstalten begegnen besonders häufig bei katholischen Anstalten (über 80% aller kathol. Einrichtungen), seltener bei evangelischen (ca. 23%); letztere werden dagegen häufig als sog. Mutterhaus von einer Schwesternschaft betrieben (ca. 39%). Die Rechtsform der GmbH. findet sich häufig bei gewerblichen Betrieben, selten bei gemeinnützigen; die Form der AktG. ist bei gemeinnützigen nur ganz vereinzelt (unter 1% aller Anstalten) vertreten.

Bem. 2. Vertretung im Rechtsverkehr. Die Vertretung ist verschieden geregelt. Der Verein muß einen Vorstand haben (§ 26 BGB.), auch der nicht rechtsfähige hat meist einen solchen. Bei der Stiftung muß ein Vorstand vorhanden sein — hier meist Kuratorium genannt —, es sei denn, daß sich aus der Verfassung der Stiftung, insbesondere daraus, daß die Verwaltung der Stiftung von einer öffentlichen Behörde geführt wird, etwas anderes ergibt (§ 86). Die Vertretungsmacht des Vorstandes ist grundsätzlich unbeschränkt,

jedoch kann bei der Stiftung wie auch beim rechtsfähigen Verein, der Umfang der Vertretungsmacht mit Wirkung gegen Dritte beschränkt werden (§ 26 Abs. 2); der Vorstand eines nichtrechtsfähigen Vereins hat die in §§ 710—715 BGB. behandelte Stellung der „geschäftsführenden Gesellschafter“ einer Gesellschaft, d. h. seine Vertretungsmacht, und zwar im Zweifel die jedes einzelnen Vorstandsmitgliedes, reicht so weit, wie ihm nach der Satzung eine interne Geschäftsführungsbefugnis zusteht (§ 714).

In den Vereinsstatuten der Krankenhäuser finden sich ausführliche Bestimmungen darüber, in welcher Weise die Anstalt im Rechtsverkehr vertreten wird; nicht maßgebend ist allein die Bezeichnung „Vorstand“, da das in Satzungen als Vorstand bezeichnete Organ häufig nicht zur Vertretung berechtigt ist, diese vielmehr einem anderen Organ übertragen ist: oft ist der Vorsitzende, der Präses des sog. Vorstandes, schon allein Vorstand im Sinne des Gesetzes, der Gesamtvorstand dagegen nur zur Beratung und inneren Verwaltung berufen. Zahlreich findet sich die Bestimmung, daß die Vertretung in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten, auch in solchen, die nach dem Gesetz eine Spezialvollmacht erfordern, durch den Vorsitzenden des Vorstandes oder dessen Stellvertreter, manchmal auch nur zusammen mit einem weiteren Vorstandsmitglied, erfolgt. Daneben ist die Vorschrift verbreitet, daß Urkunden, welche die Anstalt vermögensrechtlich verpflichten sollen, der Mitunterschrift eines Schriftführers bedürfen und sofern sie das Vermögen des Vereins betreffen, auch noch der Mitunterschrift des Schatzmeisters. Durch eine solche satzungsgemäße Zeichnung wird Dritten gegenüber die ordnungsmäßige Fassung des Vorstandsbeschlusses festgestellt, mögen auch bei der Beschlußfassung Satzungsvorschriften, die das innere Vereinsleben betreffen (z. B. Notwendigkeit einer Mitwirkung der kirchlichen AufsBeh. zur Veräußerung von Immobilien), nicht berücksichtigt worden sein; nur in seltensten Fällen wird der Beschlußfassung eines erweiterten Vorstandes, des Kuratoriums od. dgl. eine Wirkung nach außen in der Weise beigelegt, daß zur Verbindlichkeit von besonders wichtigen, in der Satzung angegebenen Geschäften, ein Nachweis der Ermächtigung des Kuratoriums usw. zu führen ist. Zuweilen sind satzungsmäßige Vorschriften über die Legitimation der Vorstandsmitglieder, auch gegenüber Privatpersonen, nicht nur (wie in § 69 BGB. vorgesehen) gegenüber Behörden, vorhanden (durch Vereinsregisterzeugnis, durch Bescheinigung des RegPräs., des PolPräs.); für eine auf ein solches Zeugnis sich verlassende Privatperson besteht der Vorteil, daß ihr nicht entgegengehalten werden kann, ihre Unkenntnis von einer Änderung der Vorstandsmitglieder im Register beruhe auf Fahrlässigkeit (§ 68 BGB.). Bei Anstalten mit kirchlichem Einschlag begegnet auch statt dessen häufig eine Bescheinigung des Kuratoriums.

Die AktG. wird durch den Vorstand (§ 231ff. HGB.), die GmbH. durch die Geschäftsführer gerichtlich und außergerichtlich vertreten (§ 35 GmbHGes.). Die Vertretungsmacht ist unbeschränkt; gegen dritte Personen hat eine Beschränkung der Befugnis keine rechtliche Wirkung (§ 235 Abs. 2 HGB., § 37 Abs. 2 GmbHGes.), die Abgabe von Willenserklärungen hat jedoch in der durch den Gesellschaftsvertrag bestimmten Form zu erfolgen (§ 35 Abs. 2 GmbHGes.); vgl. für die AktG. §§ 232, 235 HGB.

Bem. 3. Zusammensetzung des Vorstandes. Bestimmungen über die Ausgestaltung des Vorstandes finden sich meist in den Vereins- und Stiftungssatzungen; gerade hier zeigt es sich, welche Kräfte einen maßgeblichen Einfluß auf die Verwaltung der Anstalt gewonnen haben. Eingehende Vorschriften sind meist über die Zusammensetzung des Vorstandes getroffen: so ist ein Mitglied von dem Stifter zu ernennen oder ein Mitglied muß Geistlicher einer bestimmten

Kirche sein. Zuweilen werden satzungsgemäß alle Mitglieder des Vorstandes von der kirchlichen Aufsichtsbehörde ernannt oder bedürfen wenigstens ihrer Bestätigung; auch eine umfassende Beaufsichtigung bei der Verwaltung ist häufig vorgeschrieben. Besteht eine enge Verbindung mit der Kirchengemeinde, so wird lediglich für das Krankenhaus ein Sonderausschuß des Kirchenvorstandes gebildet. Manchmal wird auch der staatlichen Behörde, dem Chefarzt, dem Leiter eines angeschlossenen Diakonissenmutterhauses od. dgl. eine Mitbestimmung durch Gewährung eines Vorstandssitzes zuteil. Vielfach sind jedoch diese Personen nicht im Vorstand selbst vertreten, sondern lediglich in einem, nur für grundsätzliche Fragen zuständigen, im inneren Vereinsleben dem Vorstand beigeordneten oder übergeordneten besonderen Organ (Kuratorium, Verwaltungsrat od. dgl.). Nicht als eigentlicher Vorstand können Vorstände von einzelnen Abteilungen oder der sog. Hausvorstand angesehen werden, die lediglich eine interne Bedeutung haben und nur ganz selten (bei besonderen Geschäften kleineren Umfangs) nach außen hin in die Erscheinung treten dürfen.

Bem. 4. Zuständigkeit des Vorstandes. In den meisten Vereinssatzungen finden sich eingehende Bestimmungen über die Aufgaben und die der Beschlußfassung des Vorstandes unterliegenden Angelegenheiten. Neben vielen ins einzelne gehenden Vorschriften (Feststellung des Etats, Geschäftsbericht, Anstellung von Personal usw.) findet sich meist noch eine, die gesamte innere und äußere Verwaltung umfassende Generalklausel. Lediglich für besonders wichtige Vorschriften (Erwerb und Veräußerung von Grundstücken, Bestellung des Direktors der Anstalt, dauernde Anlage von Geldern des Vereins) ist häufig noch die Beschlußfassung eines besonderen Organs (erweiterter Vorstand, Verwaltungsrat u. dgl.) erforderlich; über die grundsätzliche Bedeutungslosigkeit einer solchen Vorschrift nach außen hin (vgl. oben Bem. 2). Schließlich sind noch Vorschriften darüber zu finden, daß der Vorstand die Sitzungen dieser anderen Organe vorzubereiten hat.

Bem. 5. Sonstige Organe. Neben dem Vorstand sind bei allen Rechtsformen auch noch andere Organe vorhanden.

a) Verfassungsmäßig notwendig sind noch bei Vereinen die Mitgliederversammlung, bei der AktG. die Generalversammlung und der Aufsichtsrat, bei der GmbH. die Gesellschaftsversammlung, während der Aufsichtsrat nur fakultativ ist. Diesen Organen steht das Bestimmungsrecht über die Satzungen, über die Wahlen zum Vorstand usw. zu.

b) Daneben begegnen auch noch andere durch die Satzungen geschaffene Organe.

Einen bedeutenden Umfang nehmen hierbei die Bestimmungen über Organe ein, die neben dem Vorstand an der inneren Verwaltung beteiligt sind. Manchmal erklärt sich das Vorhandensein eines solchen Organs aus dem großen Umfang der Anstalt und der Einflußnahme anderer Instanzen (Verwaltungsrat, Verwaltungsausschuß, besonders Kuratorium), häufig auch aus der Wahrung der Interessen eines besonderen Teiles des Personals (Schwesternrat, der zur Beschlußfassung über Angelegenheiten, die die Schwesternschaft angehen, heranzuziehen ist); typisch sind solche besonderen Organe auch in den Fällen, in denen die Krankenanstalt Bestandteil einer größeren Einrichtung ist (Diakonissenrat bei einem von einer Diakonissenanstalt betriebenen Krankenhaus). Die Einflußnahme der Vertreter der staatlichen Behörden und der Religionsgesellschaften in diesen Organen wird oft dadurch gewährleistet, daß die Organe zur Vornahme von Wahlen, zur Aufstellung von Grundsätzen über die Verwaltung und zur Bestimmung der Anstaltsseelsorge u. dgl. berechtigt sind. Nur bei Vereinen und Stiftungen kann der Mitwirkung von Organen neben dem Vorstand eine Be-

deutung nach außen hin beigelegt werden, während bei den übrigen Rechtsformen die Mitwirkung und Befragung der anderen Organe dem vertretungsberechtigten Vorstände zwar satzungsgemäß zur Pflicht gemacht werden kann, ohne daß jedoch die Wirksamkeit einer unter Verletzung dieser Verpflichtung vorgenommenen Handlung berührt wird.

Bem. 6. Staatliche Aufsicht. Wenn auch die hier behandelten Krankenanstalten im Gegensatz zu den Anstalten der Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger dem bürgerlichen Recht unterstehen, so sind doch, abgesehen von der für jedes Krankenhaus bestehenden staatlichen Aufsicht (vgl. dazu S. 37), gerade bei den freien gemeinnützigen Krankenhäusern weitergehende satzungsmäßige Bindungen an die staatliche Aufsicht häufig; solche Bindungen sollen eine Verfolgung der gemeinnützigen Zwecke gewährleisten. Bei kirchlichen Anstalten wird dagegen meist eine über die gesetzlichen Vorschriften hinausgehende staatliche Aufsicht ausdrücklich ausgeschlossen. Zur Änderung der Satzungen sowie zur Auflösung des Vereins usw. selbst, wird in nichtkonfessionellen Krankenhäusern meist besonders die Genehmigung einer Behörde verlangt. Meist wird zwischen gewöhnlichen Satzungsänderungen und solchen, die den Zweck der Anstalt betreffen, unterschieden und für letztere die Genehmigung einer höheren Instanz verlangt, z. B. Genehmigung des Oberpräsidenten, des PolPräs. für gewöhnliche Satzungsänderungen, die des zuständigen Ministers für zweckändernde Satzungsbestimmungen und Auflösungsbeschlüsse, zuweilen auch schon für solche Beschlüsse, die den Sitz oder die äußere Vertretung der Anstalt betreffen. Ist schon für gewöhnliche Satzungsänderungen die Genehmigung des Ministers erforderlich, so wird für die qualifizierten Beschlüsse zuweilen die Genehmigung des Gesamtministeriums verlangt. Die auf Grund des früheren landesherrlichen Kirchenregimentes in den Satzungen noch daneben vorgesehenen Genehmigungen des Landesherrn als Protektors einer Stiftung od. dgl. sind mit der Neuordnung der Verhältnisse in der Regel auf die Kirchenbehörden übergegangen.

Bem. 7. Kirchliche Beziehungen, kirchliche Aufsicht. Neben Bindungen an staatliche Organe besteht bei den in gewisser Weise mit der kirchlichen Organisation in Verbindung stehenden gemeinnützigen Anstalten häufig eine gewisse Einordnung in diese Organisation. Nach dem Maß dieser Einordnung richtet es sich, ob man noch von einer privaten, lediglich unter kirchlicher Aufsicht stehenden Anstalt reden kann oder ob es sich bereits um eine kirchliche Stiftung handelt.

Hierbei begegnen die verschiedensten Grade. Eine Bestimmung, daß die Anstalt als solche eine besondere Anstaltsparochie mit eigenem Anstaltspfarrer innerhalb der Kirche bildet, führt noch nicht ohne weiteres zu einer völligen Eingliederung in den kirchlichen Organismus, so daß auch noch nicht von einer kirchlichen Stiftung usw. gesprochen werden kann. Auch die häufige Bestimmung, daß Satzungsänderungen, zumal solche, die die kirchliche Stellung der Anstalt berühren, der Genehmigung einer kirchlichen Behörde (des Konsistoriums, des ev. Oberkirchenrates) bedürfen, nötigt noch nicht zu dieser Feststellung. Des öfteren findet sich auch eine Vorschrift, daß bei Auflösung das Vermögen an eine kirchliche Behörde zu fallen hat. Vereinzelt sind auch noch darüber hinausgehende Vorschriften vorhanden (z. B. Aufsicht über die Verwaltung, Wahl einzelner Vorstandsmitglieder durch eine kirchliche Behörde, Bindung des Vorstandes an eine solche Behörde bei einer Beschlußfassung über Erwerb, Veräußerung von Grundstücken), die die Annahme einer kirchlichen Anstalt ermöglichen. Bedenkenlos wird die Annahme einer kirchlichen Anstalt dann sein, wenn eine kirchliche Behörde den Vorstand beruft, ihn jederzeit abberufen kann und

auch sonst in jeder Weise die Oberaufsicht über die Verwaltung der Anstalt führt. Die engste Verbindung mit der Kirchengemeinde besteht dann, wenn die Krankenanstalt Eigentum der Kirchengemeinde geblieben ist und lediglich für die Verwaltung der Anstalt ein Sonderausschuß des Kirchenvorstandes bestellt ist.

Schrifttum. Zu I.: VAN ACKEN: Aufsätze über „Anstaltswesen“ und „Krankenhaus“ im Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege — Das katholische karitative Anstaltswesen in der Gegenwart. Beihefte zur Caritas Heft 4. Freiburg i. Br. 1930. — GOLDMANN: Die Neuordnung der Krankenanstaltsstatistik für das Deutsche Reich. ZKrW. 1931, 659, 681. — PHILIPSBORN: Aufsätze über „Gemeinnützigkeit“ im Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege — Kranker und Krankenhaus im Recht, S. 8 ff. — Zu II.: Nachweise im Handbuch der Inneren Mission 1925 (evang. Anstalten) — Statistik der kath. karitativen Einrichtungen Deutschlands 1924 (kath. Anstalten) — Die Anstalten und Einrichtungen des Deutschen Roten Kreuzes 1928 — Die geschlossenen und halboffenen Einrichtungen der jüdischen Wohlfahrtspflege in Deutschland 1925 — Handbuch des fünften Wohlfahrtsverbandes (konfessionell nicht gebundene Anstalten) und in den Satzungen der einzelnen Anstalten.

C. Krankenhaus, Staat und Kirche.

1. Polizei und Meldewesen.

Von

E. ISAY, Berlin.

I. Medizinalbehördliche Aufsicht über die Krankenhauseinrichtungen und -verrichtungen.

Bemerkung 1. Grundlage und Inhalt der Aufsicht. Die Krankenhäuser — öffentliche wie private — unterliegen der Aufsicht durch die MedBeh., und zwar ebensowohl hinsichtlich ihrer Einrichtungen wie hinsichtlich der Art der Krankenbehandlung. Die Aufsicht erfolgt in allen deutschen Ländern durch die zuständigen Medizinalbeamten. Die Aufsicht und das Recht, Revisionen vorzunehmen, gründet sich in Preußen auf §§ 32ff. Teil II Titel 19 des ALR., nach dem „Armenhäuser, Hospitäler . . . unter dem besonderen Schutz des Staates stehen“ und der Staat berechtigt ist, „Visitationen der gleichen Anstalten zu veranlassen und die vorgefundenen Mißbräuche unumgänglich zu verbessern“. Die staatliche Aufsicht steht in Preußen nicht den Landespolizeibehörden, sondern den Ortspolizeibehörden zu (Erl. des Ministers 22. 10. 13, MBlfMedAng. S. 332). Die Revisionen erfolgen in Preußen bei öffentlichen und privaten Anstalten durch den Kreisarzt (vgl. Gesetz, betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899, GS. S. 172, § 6 Ziff. 3), die Revisionen der Provinzialanstalten durch den Regierungs- und Medizinalrat (vgl. Erl. des MfV. 27. 1. 20, MBlfMedAng. S. 61). Die Universitätskliniken werden in Preußen durch einen Referenten des KultMin. und einen medizinischen Referenten des MfV. besichtigt. Der Kreisarzt hat alle Teilanstalten seines Kreises (mit Ausnahme der staatlichen und der Provinzialkrankenhäuser) jährlich einmal sowie bei besonderen Anlässen (z. B. bei Bekanntwerden von Mißständen in einer Anstalt) unvermutet daraufhin zu besichtigen, ob der Betrieb den Anforderungen einer guten Krankenversorgung und den gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht. Über das Ergebnis erstattet er Bericht an den RegPräs., dieser hat wegen Abstellung etwa festgestellter Mißstände Anweisung zu erteilen. Auch die Johanniterkrankenhäuser, die früher eine Sonderstellung einnahmen, unterliegen dieser Aufsicht.

Bem. 2. Aufsicht über Versorgungslazarette. Nach einer Vereinbarung zwischen dem Reich und Preußen sind auch die dem RArbMin. unterstehenden Versorgungslazarette für Kriegsbeschädigte jährlich einmal und ferner bei besonderen Anlässen durch die Kreisärzte zu besichtigen. Der Kreisarzt ist zwar nicht berechtigt, unmittelbare Anordnungen für das Versorgungskrankenhaus zu treffen und dessen Ärzten wegen etwa vorhandener Mängel Vorhaltungen zu machen. Er hat jedoch die vorgefundenen Mängel mit dem Chefarzt des Versorgungskrankenhauses und dem Vertreter des HVA. zu besprechen, ferner seiner vorgesetzten Behörde über den Verlauf der Besichtigung Bericht zu erstatten.

Bem. 3. Aufsicht über Irrenanstalten. Für die Besichtigung der Irrenanstalten, soweit sie privater Natur sind, d. h. in diesem Zusammenhang laut ausdrücklicher Bestimmung sowohl für die privaten gewerblichen als auch für die freien gemeinnützigen Anstalten gelten in Preußen die Vorschriften der Anweisung des JustMin., MindgeistlA. und MdI. vom 26. März 1901, MBliV. 1901, 104. Danach erfolgt die Besichtigung mindestens zweimal jährlich durch den Kreisarzt und mindestens einmal jährlich durch die Besuchskommission. Die Ärzte der Anstalt sind zur Anwesenheit und Erteilung von Auskünften bei Besichtigungen verpflichtet. Dabei ist das Augenmerk auf den Zustand der Kranken zu richten, insbesondere darauf, ob sich in der Anstalt Personen als Kranke befinden, deren Zustand die Notwendigkeit der Pflege in einer Anstalt nicht bedingt, und ob solche Kranke wider ihren Willen in der Anstalt festgehalten werden. Auch die Wirksamkeit der Krankenbehandlung, die Organisation der ärztlichen Tätigkeit und der Tätigkeit des Pflegepersonals, die baulichen Einrichtungen und die allgemeinen hygienischen Zustände sind nachzuprüfen. Nach denselben Grundsätzen sind auch die *öffentlichen* Irrenanstalten zu revidieren (Erl. des MfV. 27. I. 20, MBlfMedAng. S. 62).

Bem. 4. Überwachung konzessionspflichtiger Anstalten. Für konzessionspflichtige Privat-Kranken-, -Irren- und -Entbindungsanstalten gilt die besondere Vorschrift des § 60 der prAusfAnw. z. GewO., nach der die Ortspolizeibehörde die Ausübung dieses Gewerbes sorgfältig zu überwachen und die Zuverlässigkeit der Unternehmer regelmäßig wiederkehrenden Prüfungen zu unterziehen hat, bei denen nötigenfalls die Ortspolizeibehörde des Geburtsortes des Gewerbetreibenden um Auskunft zu ersuchen ist. Ergeben sich hierbei Tatsachen, welche eine Entziehung der Konzession notwendig erscheinen lassen, so ist der Gewerbetreibende zur Einstellung des Betriebes aufzufordern. Kommt er dem nicht nach, so ist Klage auf Entziehung der Konzession oder auf Untersagung des Gewerbebetriebs im VerwStrVerf. zu erheben.

II. Krankenanstalt und allgemeine Polizei.

Bem. 1. Grundlage der allgemein-polizeilichen Aufsicht. Die Krankenanstalt wird nicht nur von den MedBeh. beaufsichtigt, eine Aufsicht, die sich auf die Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgaben bezieht. Sie untersteht vielmehr auch der allgemeinen Polizei: sie muß den polizeilichen Auflagen nachkommen, die sich an Jedermann richten, und darüber hinaus gewissen, gerade an eine Krankenanstalt zu stellenden polizeilichen Anforderungen genügen.

Nach § 10 II 17 des ALR. ist es Aufgabe der Polizei, „die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publiko oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu treffen“. Ähnlich sind die Befugnisse der Polizei in fast allen deutschen Ländern (übrigens auch außerhalb Deutschlands) abgegrenzt. § 10 II 17 ist seit dem 1. Oktober 1931 in Preußen ersetzt durch § 14 des PolVerwG. vom 1. Juni 1931. Danach haben „die Polizeibehörden im Rahmen der geltenden Gesetze die nach pflichtmäßigem Ermessen notwendigen Maßnahmen zu treffen, um von der Allgemeinheit oder dem Einzelnen Gefahren abzuwenden, durch die die öffentliche Sicherheit oder Ordnung bedroht wird“. Trotz der Verschiedenheit des Ausdrucks ist durch § 14 keine Änderung gegenüber dem bisherigen Recht bewirkt.

Bem. 2. Polizeiliche Aufsicht innerhalb des Krankenhauses. Die Polizeibehörde kann also auch über die vorstehend unter I bezeichneten Grenzen hinaus von den Unternehmern und Leitern der Krankenanstalt eine Anpassung an die Erfordernisse der allgemeinen Sicherheit und Ordnung verlangen. Die

Polizei darf, wie überhaupt, so auch gegenüber einer Krankenanstalt, mit Befehlen und Verboten nur eingreifen, wenn die „öffentliche“ Sicherheit oder Ordnung gefährdet ist. Die Heilbehandlung in der Krankenanstalt und alles, was mit ihr zusammenhängt, entzieht sich als nicht öffentlich grundsätzlich der allgemein-polizeilichen Aufsicht. Auf sie erstreckt sich die Aufsicht der MedBeh., die Aufsicht der allgemeinen Polizei nur insoweit, als aus ihr auf eine Unzuverlässigkeit des Unternehmers einer Privatkrankenanstalt und darum auf die Notwendigkeit einer etwaigen Rücknahme der Konzession zu schließen ist, oder als etwa durch die Art der Behandlung oder Versorgung der Kranken deren Leben oder Gesundheit gefährdet wird; die Ortspolizei kann ferner eingreifen, wenn im Krankenhaus sonst (durch Angestellte oder andere Personen) polizeilich geschützte Rechtsgüter der Kranken verletzt oder Straftaten begangen werden. Obgleich sich solche Geschehnisse in ihrer Wirkung auf den Bezirk des Krankenhauses beschränken, gehen sie doch die Öffentlichkeit an. Denn diese wird auch durch einen umgrenzten Personenkreis dargestellt, sofern er nur über die Sphäre des Privaten (Familie, Haushalt) hinausreicht. Darum wird man der Polizei nicht verwehren können, im Krankenhaus auch die Vornahme von Handlungen zu verbieten, durch welche Geräusche verursacht und die Ruhe der Kranken gestört werden. Immerhin wird die Polizeibehörde in solchen Fällen, wenn nicht Gefahr in Verzug ist, abzuwarten haben, ob nicht durch die Handhabung der Anstaltsdisziplin oder durch das Eingreifen der MedBeh. die Störung beseitigt wird.

Bem. 3. Polizeiliche Aufsicht außerhalb des Krankenhauses. Wichtiger ist die polizeiliche Regelung des *Verhältnisses der Krankenanstalt zu der Öffentlichkeit außerhalb ihrer Grenzen*. Alle im Krankenhaus vorgenommenen Handlungen, durch welche die öffentliche Ordnung oder Sicherheit außerhalb des Krankenhauses gefährdet wird, können von der Polizei verboten werden. So etwa die Anhäufung von Unrat an bestimmten Stellen des Gartens, das Ableiten von Abwässern in unzulässiger Weise, die Vornahme von Arbeiten (Teppichklopfen außerhalb der vorgesehenen Zeit) in weiter Entfernung des Krankenhausbaues, die die Ruhe der an die Arbeitsstätte angrenzenden Nachbarn gefährden, die ordnungswidrige Aufbewahrung von Gegenständen (z. B. Celluloidstreifen), wenn dadurch die Gefahr eines Brandes heraufbeschworen wird, das Aufhängen von Wäsche nach der Straßenseite, die Anbringung verunstaltender Reklamen an einem Giebel, die Unterlassung von Reparaturen, wenn durch den Zustand des Daches oder der Mauern Passanten gefährdet werden. In dieser Hinsicht steht die Krankenanstalt, auch wenn sie eine öffentliche ist, der Polizei als Einzelner gegenüber und ist allen polizeilichen Anordnungen unterstellt. Der Unternehmer kann von der Polizei auch in Anspruch genommen werden, wenn die Störung nicht von ihm selbst, sondern etwa von den Angestellten oder Insassen der Anstalt ausgeht, sofern nur die Handhabung der Anstaltsdisziplin eine Verhinderung der Störung ermöglichen würde.

Bem. 4. Polizeilicher Notstand. Der Anstalt können ferner, auch wenn die Gefährdung der öffentlichen Ordnung oder Sicherheit nicht in ihr selbst (durch den Zustand von Gebäuden, das Verhalten der Insassen usw.) ihren Ursprung hat, polizeiliche Auflagen unter den Voraussetzungen des „polizeilichen Notstandes“ gemacht werden. Die Anstalt darf sich einem polizeilichen Eingriff in die Unversehrtheit ihrer Gebäude oder deren Räumung von allen Insassen nicht widersetzen, wenn etwa ein Brand eines Nachbargebäudes auf die Anstaltsgebäude überzugreifen droht. Die Anstalt hat ferner auf Verlangen der Polizei bei Unfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Verletzte aufzunehmen. Vgl. § 360 Abs. 10 StrGB., wonach bestraft wird, wer bei einem Unglücksfall oder gemeiner

Gefahr oder Not, von der Polizei zur Hilfe aufgefordert, keine Folge leistet, obgleich er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen könnte. Da es sich hier um Hilfeleistung „bei“ (nicht „nach“) Unfällen handelt, so besteht eine polizeiliche Verpflichtung der Anstalt nur zur ersten Hilfeleistung, nicht aber zur weiteren Behandlung mit dem Ziel der Genesung. — Zur Aufnahme auch bei Fehlen der Voraussetzungen des Notstandes sind alle im weiteren Sinne *öffentlichen* Kranken- usw. Anstalten (d. h. sowohl die der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungsträger als auch die freien gemeinnützigen Anstalten) vermöge des ihnen zukommenden Charakters der Allgemeinzugänglichkeit auch der Polizei gegenüber verbunden, ohne daß freilich der zu Unrecht nicht Aufgenommene dagegen einen anderen Rechtsbehelf hätte als den der formlosen Beschwerde an die Polizei (PHILIPSBORN, *Kranker und Krankenhaus im Recht*, S. 59; SCHMITZ, „Polizei, Justiz und Krankenhaus“ in *Med. Welt* 1930, 1664; OldOVG. 16. 10. 13; OldZ. 477).

Bem. 5. Meldepflichten nach den Seuchengesetzen. Weitere polizeiliche Pflichten treffen die Krankenanstalten *kraft besonderer gesetzlicher Bestimmungen*. Dazu gehören die Meldepflichten nach den Gesetzen zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. § 1 des Reichsseuchengesetzes schreibt die Meldung jeder Erkrankung an gewissen gemeingefährlichen Krankheiten vor, ebenso die Landesgesetze zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Nach § 3 des Reichsseuchengesetzes und des preußischen Gesetzes zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten liegt die Meldung solcher Fälle, welche sich in *öffentlichen* Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, dem Vorsteher der Anstalt oder der von der zuständigen Stelle damit beauftragten Person ausschließlich ob (grundsätzlich also nicht den Ärzten oder dem Pflegepersonal). Ist der Vorsteher eine juristische Person, so muß diese einer bestimmten physischen Person die Anmeldepflicht auferlegen. In *Privat*-Kranken- usw. Anstalten ist der Arzt, der Vorstand der Anstalt, ferner jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person sowie im Todesfalle der Leichenbeschauer anmeldepflichtig. Das preußische Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose unterscheidet hinsichtlich der Anmeldepflicht nicht zwischen öffentlichen und *Privat*-Krankenanstalten. Nach dem Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (§ 9) hat nur der Arzt, der den mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit Behafteten behandelt, Anzeige zu erstatten, und auch er nur, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung zu entziehen sucht oder wenn er andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet.

Bem. 6. Aufnahme- und Absonderungszwang. Die Krankenanstalt muß in den Fällen, auf die sich das Reichsseuchengesetz und die Landesgesetze zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beziehen, gemeingefährlich Kranke *aufnehmen* und *absondern*. Diese Verbindlichkeit ist ein Ausfluß der in § 360 Ziff. 10 StrGB. normierten Pflicht, da eben der Fall einer gemeingefährlichen Krankheit stets einen solchen „gemeiner Gefahr“ darstellt, in dem die Krankenanstalt aus dem Gesichtspunkte des polizeilichen Notstandes Hilfe zu leisten hat. Voraussetzung der polizeilichen Aufnahmepflicht ist jedoch, daß sich die Absonderung außerhalb der Krankenanstalt nicht oder nur mit Schwierigkeiten durchführen läßt. Zu einer *Behandlung* gemeingefährlich Geisteskranker kann die Anstalt aus dem Gesichtspunkt *polizeilicher* Pflichten nicht angehalten werden (vgl. TRENDTEL: „Die Unterbringung der Kranken im Krankenhaus auf Grund gesetzlicher Bestimmungen“. *Krankendienst* 1931, 39). — Die Polizei ist ferner berechtigt, gemeingefährlich Geisteskranker zwangsweise in einer Irrenanstalt unterzubringen. Auch kann nach § 81 StPO. das Strafgericht zur Vorbereitung

eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhören des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche (nicht private) Irrenanstalt gebracht und dort bis auf die Dauer von 6 Wochen beobachtet werde. Schließlich kann die Polizei erkrankte Polizeigefangene in Krankenanstalten (öffentlichen oder privaten) unterbringen, doch ist in solchen Fällen eine private Anstalt zur Aufnahme nicht verpflichtet.

Bem. 7. Kostentragung. Die Polizei hat, wenn sie eine Person in den vorgenannten Fällen in einer Krankenanstalt unterbringt, die Kosten der Behandlung zu tragen, jedoch nur so lange, als die Behandlung auf ihr Gebot erfolgt (von dem Zeitpunkt ab, in dem die Behandlung nicht mehr auf das Gebot der Polizei stattfindet, endigt die Kostenpflicht der Polizei und hat der Patient oder die Fürsorgebehörde die Kosten zu erstatten). Zu den Kosten, deren Ersatz der Polizei obliegt, gehören auch die Kosten eines Rettungswagens (ECKSTEIN, Rechtshandbuch für private und öffentliche Heilanstalten, S. 300).

Bem. 8. Form der polizeilichen Verfügung. Rechtsmittel gegen eine solche. Jede polizeiliche Auflage an die Krankenanstalt, möge sie nun auf Grund der allgemeinen polizeilichen Ermächtigung, die Ordnung oder Sicherheit zu schützen, möge sie auf Grund besonderer gesetzlicher Ermächtigung (Zwang zur Aufnahme von Kranken u. dgl.) geschehen, stellt eine polizeiliche Verfügung dar. Eine solche kann mündlich oder schriftlich erfolgen. Die unmittelbare Ausführung einer polizeilichen Maßnahme (also ohne vorherigen Befehl) steht dem Erlasse einer polizeilichen Verfügung gleich (§ 44 prPolVerwG.). Gegen eine polizeiliche Verfügung steht in Preußen dem zur Vertretung der Anstalt Berechtigten innerhalb zweier Wochen, nachdem die polizeiliche Verfügung zugestellt oder zu seiner Kenntnis gekommen ist, die Beschwerde zu, die Beschwerde ist schriftlich oder zu Protokoll bei der Stelle einzulegen, welche die Verfügung erlassen hat (§ 45 Abs. 1 PolVerwG.). Gegen einen abweisenden Bescheid der vorgesetzten Behörde ist binnen zwei Wochen die Klage im VerStrVerf. beim BezAussch. gegeben (§ 49 PolVerwG.). Jedoch ist gegen die Androhung eines Zwangsmittels zur Durchführung einer unanfechtbar gewordenen Verfügung sowie gegen die Festsetzung oder Ausführung eines Zwangsmittels nur Dienstaufsichtsbeschwerde, nicht Verwaltungsklage zulässig (§ 57 Abs. 3 PolVerwG.). Die Klage beim BezAussch. kann nur darauf gestützt werden, daß der angefochtene Bescheid den Kläger in seinen Rechten beeinträchtigt, weil der Bescheid das geltende Recht verletzt; eine unrichtige Anwendung der geltenden Gesetze liegt auch dann vor, wenn die Tatsachen nicht gegeben sind, die ein Einschreiten der Behörde gerechtfertigt haben würden (§ 50 PolVerwG.). Gegen die Entscheidung des BezAussch. findet das Rechtsmittel der Revision beim OVG. statt (§ 61 PolVerwG.). Die Einlegung eines Rechtsmittels hat aufschiebende Wirkung, soweit nicht das Gesetz ausdrücklich etwas anderes bestimmt oder die Behörde, die die Verfügung erlassen hat, aus überwiegenden Gründen des öffentlichen Interesses die sofortige Ausführung verlangt (§ 53 PolVerwG.).

Bem. 9. Polizeilicher Schutz. Die Krankenanstalt hat den gleichen Anspruch auf polizeilichen Schutz wie jede andere physische oder juristische Person. Insbesondere hat die Polizei dafür zu sorgen, daß nicht in der Nachbarschaft der Krankenanstalt Verrichtungen vorgenommen werden, die durch Erregung von Staub, Dampf, üblen Gerüchen oder lauten Geräuschen gesundheitliche Schädigungen herbeiführen können, wobei zur Annahme einer Gesundheitsgefahr nicht der Nachweis einer bereits eingetretenen Gesundheitsschädigung erforderlich ist, sondern schon die begründete Besorgnis einer solchen genügt. Die Krankenanstalt genießt hinsichtlich dieses polizeilichen Schutzes sogar gewisse Privilegien. Nach § 27 GewO. muß, wenn jemand eine gewerbliche Anlage

in der Nähe eines Krankenhauses oder einer Heilanstalt errichten will, deren bestimmungsmäßige Benutzung durch den Gewerbebetrieb an dieser Stelle eine erhebliche Störung erleiden würde, die Ortspolizeibehörde die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde darüber einholen, ob die Ausübung des Gewerbes an der gewählten Betriebsstätte zu untersagen oder nur unter Bedingungen zu gestatten sei. Diese Vorschrift bezieht sich auf öffentliche wie auf private Krankenhäuser und Heilanstalten. Nach dem MinErl. vom 26. März 1886 (MBliV. 1886, 182) sollen Gast- und Schankwirtschaften nicht in unmittelbarer Nähe von Krankenanstalten errichtet werden. Nach der Entscheidung des prOVG. vom 7. Juli 1911 (GewArch. 11, 574) können zum Schutze benachbarter Krankenanstalten auch nachträgliche bauliche Änderungen in einem störenden Betriebe verlangt werden. § 27 gilt aber nur, wenn die Krankenanstalt bei Einrichtung des störenden Betriebes schon bestand, nicht, wenn sie erst nachher geschaffen wird (LUSTIG, Gesetz und Recht im Krankenhaus, S. 112. Berlin 1930).

III. Meldewesen.

a) Personenstandsgesetz.

Bem. 1. Geburten. Nach § 17 PersStG. (RGBl. 1875, 23) ist jede Geburt eines Kindes innerhalb einer Woche dem Standesbeamten des Bezirkes, in welchem die Niederkunft stattgefunden hat, anzuzeigen. Zur Anzeige sind verpflichtet: der eheliche Vater, die bei der Niederkunft zugegen gewesene Hebamme, der dabei zugegen gewesene Arzt, jede andere dabei zugegen gewesene Person, die Mutter, sobald sie dazu imstande ist (§ 18). Diese Personen sind auch anzeigepflichtig, wenn die Geburt in einer *Privat*-Kranken-, -Entbindungs- usw. Anstalt erfolgt; die Verpflichtung der in der vorstehenden Reihenfolge später genannten Personen tritt nur ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden oder an der Erstattung der Anzeige verhindert ist (§ 18 Abs. 2). Bei Geburten dagegen, welche sich in *öffentlichen* Kranken-, Entbindungs- usw. Anstalten ereignen, trifft die Verpflichtung zur Anzeige ausschließlich den Vorsteher der Anstalt oder den von der zuständigen Behörde ermächtigten Beamten; es genügt hier eine schriftliche Anzeige in amtlicher Form (§ 20); die Anzeige kann der Vorsteher oder der dazu ermächtigte Beamte auch mündlich durch eine andere Person bewirken lassen, die aber bei der Geburt zugegen gewesen sein muß (LUSTIG, S. 153). Als öffentliche Anstalt in diesem Sinne gilt nicht nur diejenige, die dem Staate, den Provinzial-, Kreis- usw. Verbänden oder einer politischen Gemeinde angehört, sondern gelten auch die Anstalten der kirchlichen Korporationen sowie alle Anstalten, die eine juristische, also eine vom Staat ausdrücklich oder stillschweigend anerkannte, gesonderte Persönlichkeit besitzen und mit einem zur amtlichen Vertretung der Anstalt nach außen versehenen Vorstände versehen sind (Erl. des MdI. und JustMin. 20. 1. 75, MBliV. S. 34). Wenn ein Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben ist, so muß die Anzeige spätestens am nächstfolgenden Wochentage geschehen (§ 23). In der Anzeige sind Vor- und Familienname, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden, bei schriftlichen Anzeigen der Amtscharakter des Anstaltsleiters anzugeben, ferner Ort, Tag und Stunde der Geburt, Geschlecht und Vorname des Kindes, Vor- und Familienname sowie Gewerbe und Wohnort der Eltern.

Bem. 2. Sterbefälle. Jeder Sterbefall ist spätestens am nächstfolgenden Wochentage dem Standesbeamten des Bezirkes, in dem der Tod erfolgt ist, anzugeben (§ 56 PersStG.).

Bei Sterbefällen, welche sich in öffentlichen Entbindungs-, Hebammen-, Kranken- und ähnlichen Anstalten ereignen, trifft, wie bei den dort erfolgenden

Geburten, die Pflicht zur Anzeige ausschließlich den Vorsteher der Anstalt oder den von der zuständigen Behörde ermächtigten Beamten. Bei Todesfällen in Privatkrankenanstalten ist der Vorsteher zur Anzeige verpflichtet (und zwar als Haushaltungsvorstand gemäß § 57), wenn ein Familienhaupt nicht vorhanden oder an der Anzeige verhindert ist. Besteht der Verdacht, daß der Eintritt des Todes durch die Schuld eines Dritten verursacht sein könnte, so ist dies der Staatsanwaltschaft mitzuteilen, damit sie gerichtliche Leichenschau oder Leichenöffnung verfüge oder die Leiche zur Beerdigung freigebe. Hinsichtlich der Form und des Inhalts der Sterbeanzeige gilt das gleiche wie für die Geburtsanzeige (s. A. Bem. 1 a. E.). Zur Anzeige kann der Verpflichtete vom Standesbeamten durch Geldstrafen angehalten werden, welche für jeden einzelnen Fall den Betrag von 15 RM. nicht übersteigen dürfen (§ 68 Abs. 3). Wer seiner Anzeigepflicht nicht nachkommt, macht sich strafbar (Geldstrafe bis zu 150 RM. oder Haft, § 68 Abs. 1). Die Strafverfolgung trifft nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von den zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist.

b) Anmeldung der in eine Irrenanstalt aufgenommenen Personen.

Bem. 1. Meldepflicht in öffentlichen Irrenanstalten. Die Anmeldepflicht ist verschieden geregelt für öffentliche und private Irrenanstalten.

Zu den *öffentlichen* Irrenanstalten gehören die von den Provinzialverbänden errichteten Provinzialirrenanstalten, die staatlichen psychiatrischen Kliniken an den Universitäten, die Irrenanstalten bei Strafanstalten sowie bei städtischen Krankenhäusern. Da in solchen Anstalten die Kranken auf Ersuchen von Behörden (Polizei, Krankenkassen usw.) aufgenommen zu werden pflegen, so wird hier eine besondere Meldung an den Kreisarzt über die erfolgte Aufnahme gewöhnlich nicht erfordert. Im übrigen sind die Meldepflichten der einzelnen Anstalten in ihren Reglements, die mit ministerieller Genehmigung erlassen sind, verschieden geregelt. Auch für die Entlassung wird vielfach eine Anmeldung in diesen Reglements gefordert. So schreibt z. B. das Reglement für die Irrenanstalten der Stadt Berlin vom 15. Januar 1902 vor (§ 20), daß vor der Entlassung (Abgabe in Familienpflege) oder Beurlaubung eines Aufgenommenen eine Anzeige an das PolPräs. erforderlich ist, wenn es sich um Kranke handelt, die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen oder auf Grund des § 203 StPO. außer Verfolgung gesetzt worden sind oder um Kranke, die aus der Strafhaft unter Aussetzung des Strafvollzuges zugeführt oder aus der Zwangserziehung aufgenommen waren oder um Kranke, deren Zustand eine besondere Überwachung erfordert; der Kranke soll in diesen Fällen nach 21 Tagen entlassen werden können, wenn eine Äußerung der benachrichtigten Behörde nicht erfolgt, die geschehene Entlassung ist dem Polizeipräsidium anzuzeigen. — In allen Fällen, in denen solche Anstalten Kranke aufnehmen, deren Zustand nicht schon durch die MedBeh. geprüft war, wird indes auch hier eine Anmeldung an diese Behörde zum Zwecke der Ermöglichung einer Prüfung für erforderlich erachtet werden müssen.

Bem. 2. Meldepflicht in Privatirrenanstalten. Sie ist in Preußen durch die ministerielle Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März 1901 (MBifMedAng. S. 97) mit Nachträgen vom 25. Januar 1902, 3. Oktober 1904, 29. April und 24. Dezember 1909, 29. Dezember 1910, 31. Oktober 1911 und 15. Dezember 1923 geregelt. Da der Aufnahme in eine solche Anstalt eine Untersuchung durch den Kreisarzt oder den Leiter einer öffentlichen Irrenanstalt vorherzugehen pflegt (vgl. § 1), so wird eine besondere Meldung an die MedBeh. über die Aufnahme regelmäßig *nicht* gefordert. Einer solchen Meldung (Mitteilung an den zuständigen Kreisarzt)

bedarf es nur, wenn die Aufnahme eines wegen Geisteskrankheit oder Geisteschwäche Entmündigten erfolgt (weil diese nach § 3 auf Antrag des Vormundes ohne Mitwirkung des Kreisarztes auf Grund eines Zeugnisses irgendeines approbierten Arztes erfolgen kann); ferner bedarf es einer solchen Meldung, wenn die Aufnahme in dringenden Fällen erfolgt (da auch dann gemäß § 4 lediglich das Zeugnis eines approbierten Arztes genügt) sowie bei Übernahme eines Kranken aus einer anderen Anstalt (§ 7 Abs. 7). Dagegen hat eine Privatirrenanstalt die Aufnahme eines Kranken in allen Fällen binnen 24 Stunden der für die Anstalt zuständigen *Ortspolizeibehörde* vertraulich anzuzeigen (§ 7 Abs. 1). Ist die Aufnahme ohne Mitwirkung der Polizeibehörde des *Wohmortes* erfolgt, so ist außerdem dieser Behörde binnen derselben Frist vertraulich Mitteilung zu machen. Die Anzeigen sollen enthalten: den Vor- und Zunamen, den Geburtstag, den Familienstand, den Beruf und den letzten Wohnsitz des Kranken, den Aufnahmetag, den Namen seines etwaigen gesetzlichen Vertreters sowie die Angabe, auf wessen Veranlassung die Aufnahme erfolgt ist. Abschrift der Stelle des Zeugnisses, in welcher die Notwendigkeit der Aufnahme bescheinigt wird, und der Unterschrift des Arztes ist beizufügen. Ist der Kranke entmündigt, so ist dies anzugeben. Bei der Übernahme aus einer anderen Anstalt ist Abschrift des Übergabescheins und der ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung beizufügen. Jede Aufnahme ist ferner dem *Oberstaatsanwalt* des Gerichtes, das für die Entmündigung des Kranken zuständig ist, oder falls dieses Gericht unbekannt ist, dem Oberstaatsanwalt desjenigen Gerichtes anzuzeigen, in dessen Bezirke die Anstalt liegt. Der Anzeige ist eine kurze Äußerung über die Krankheitsform und Heilbarkeit sowie eine Äußerung darüber anzuschließen, ob eine Entmündigung oder Pflegschaft notwendig erscheint. Die Aufnahme eines entmündigten, aber eines unter vorläufige Vormundschaft gestellten oder eines unter Pflegschaft stehenden Kranken ist außerdem dem zuständigen *Vormundschaftsgerichte* anzuzeigen. Wird ein *Ausländer* aufgenommen, so ist dies außerdem dem für die Anstalt zuständigen RegPräs. anzuzeigen (bei Aufnahme eines Ausländers in eine *öffentliche* Irrenanstalt erfolgt die Anzeige an den zuständigen Oberpräsidenten); hierbei ist unter abschriftlicher Mitteilung der Anzeige an die Ortspolizeibehörde die Staatsangehörigkeit und der letzte Wohnsitz des Kranken in seinem Heimatstaate anzugeben. — Bei freiwillig eintretenden Kranken sind die gleichen Meldungen vorzunehmen (§ 17 Abs. 2).

Bem. 3. Entlassung und Beurlaubung amtlich eingewiesener Patienten. War die Aufnahme von einer Polizeibehörde aus sicherheitspolizeilichen Gründen oder von einer JustBeh. oder von einer Polizei- oder kommunalen Behörde unter Aufrechterhaltung einer gegen den Kranken stattfindenden Untersuchungs-, Straf- oder Korrekthaushaft erfolgt, so ist vor Entlassung die Zustimmung derjenigen Behörde nachzusuchen, welche die Aufnahme veranlaßt hat (§ 11). Soll ein Kranker, welcher als für sich oder für andere gefährlich oder als für die öffentliche Ordnung störend anzusehen ist, entlassen werden, so ist unter Vorlegung einer Äußerung des leitenden Arztes über den Zustand des Kranken die Zustimmung der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes einzuholen (§ 12). Soweit es zur Entlassung des Kranken der Zustimmung einer Behörde bedarf, ist die Zustimmung auch zu Beurlaubung und zur Urlaubsverlängerung einzuholen. Von der Entlassung einschließlich der Überführung in eine andere Anstalt und von einer Beurlaubung, deren Gesamtdauer 6 Wochen überschreitet, ist den genannten Behörden innerhalb der für die Aufnahmeanzeigen vorgeschriebenen Frist Anzeige zu machen. Der Tag der Entlassung (Überführung, Beurlaubung) und der Ort, nach welchem der Kranke entlassen (überführt, beurlaubt) ist, ist hierbei anzugeben. Denselben Behörden ist von

dem Tode des Kranken, von einer Entweichung und von der Wiederaufnahme eines Entwichenen sofort Anzeige zu machen.

c) Allgemeine polizeiliche Meldepflicht.

Bem. 1. Die Meldung in den Bem. 14, 16—18 genannten Fällen ersetzt dort, wo eine polizeiliche Pflicht des Hauswirts zur Anmeldung seiner Gäste besteht, eine solche Anmeldung *nicht*; diese muß daher in diesen Fällen durch den Vorsteher der Anstalt *neben* jenen Anmeldungen erfolgen (ebenso ECKSTEIN: Rechts- handbuch für private und öffentliche Heilanstalten, S. 86, prOVG. 10. 7. 78, 4, 400). Vgl. hierzu § 7 der Musterpolizeiverordnung über das Meldewesen (RdErl. d. pr. MdI. v. 4. 4. 1930 MBliV. 1930, S. 354), wonach zur Meldung verpflichtet ist, wer Personen zu vorübergehendem Aufenthalt Wohnung in Gasthäusern, Pensionen, möblierten oder unmöblierten Zimmern gegen Entgelt gewährt (Vor- und Zunamen, bei Frauen Geburtsnamen, Beruf und Berufs- stellung, Geburtstag, Geburtsort und Kreis, Staatsangehörigkeit, Wohnort und Kreis) sind anzugeben). Vgl. auch § 10 daselbst, wonach „die Leiter von Kranken- häusern, Kliniken, Entbindungs-, Irren-, Heil- und Bewahranstalten sowie deren beauftragte Vertreter verpflichtet sind: a) den Zu- und Abgang der zur Anstalts- behandlung aufgenommenen Personen innerhalb von drei Tagen der Meldebehörde nach der in § 7 Ziff. 4 beschriebenen Form (Muster e) in einfacher Ausfertigung zu melden, b) ein Aufnahmebuch, das die Angaben § 7 Ziff. 4 enthält, nach Muster g zu führen, welches der Polizei auf Verlangen jederzeit vorzulegen ist“. Die zahlreichen Beschwerden der Krankenkassen über diese Mehrbelastung haben den Minister veranlaßt, Berichte der unterstellten Behörden darüber einzufordern, ob die weitere Beibehaltung der Meldepflicht für die Leiter von Kranken- usw. -anstalten in dem jetzigen Umfange für notwendig gehalten wird oder ob zur Vereinfachung des Meldeverkehrs auf die Meldung der Orts- angehörigen und am Sitze der Krankenanstalt bereits polizeilich gemeldeten Kranken, auf die Meldung der nichtstrafmündigen Kinder oder auf die Ab- meldung *aller* Kranken verzichtet werden und ob die bei den Heil- und Be- wahanstalten schon früher angewandten An- und Abmeldung der Insassen zum 1. und 16. jeden Monats für genügend erachtet werden kann (vgl. RdErl. d. MdI. v. 16. 9. 1931, MBliV. 1931, S. 911).

2. Seuchengesetzgebung und Desinfektion.

Von

W. LUSTIG, Berlin.

I. Seuchengesetzgebung.

Bemerkung 1. Reichs- und landesgesetzliche Seuchengesetzgebung. Die Bekämpfung der gefährlichen, auch als „Seuchen“ bezeichneten Krankheiten ist im Deutschen Reiche einheitlich geregelt. Daneben haben die einzelnen Frei- staaten besondere Gesetze zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten erlassen. Eine besondere Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krank- heiten in den *Schulen* ist in Preußen unter dem 22. September 1927 — Volkswohlf. S. 959 — ergangen.

Bem. 2. Polizeiliche und Fürsorgemaßnahmen. Zur wirksamen Be- kämpfung ansteckender Krankheiten sind Eingriffe in die Handlungs- und Be- wegungsfreiheit des einzelnen Menschen notwendig. In Erkenntnis der großen

Bedeutung der Fürsorgemaßnahmen sind solche in der neueren Gesetzgebung verankert, z. B. im Tuberkulose- und Geschlechtskrankengesetz.

A. Impfgesetz.

Bem. 3. Zweck des Impfgesetzes. Das Reichsimpfgesetz vom 8. 4. 1874 (RGBl. 31) mit prAusfGes vom 12. April 1875, GS. 191 will dem Ausbruch von Pocken durch zwangsweise Schutzimpfung der gesamten Bevölkerung vorbeugen. Die Immunisierung ist eine aktive, d. h. der gesunde Körper wird mit abgeschwächten Krankheitserregern geimpft und so krank gemacht. Der Körper bildet selbst (aktiv) Gegengifte, die einen langjährigen Schutz vor einer Ansteckung gewähren. Das Impfgesetz behandelt nur die *regelmäßigen* Impfungen. Die Anordnung von Zwangsimpfungen anlässlich des Ausbruchs gehäufter Pocken-erkrankungen sind der Landesgesetzgebung überlassen (§ 18 ImpfG.).

Bem. 4. Kreis der Impfpflichtigen. Der Impfung müssen unterzogen werden (§ 1 ImpfG.):

1. jedes Kind vor dem Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugnis die natürlichen Blattern überstanden hat;

2. jeder Zögling einer öffentlichen oder privaten Schule innerhalb des Jahres, in dem er das 12. Lebensjahr zurücklegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugnis in den letzten 5 Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist.

Die Impfpflicht ist unabhängig von der Staatszugehörigkeit (Erl. 9. 3. 22, Volkswohlf. 1922, 165).

Bem. 5. Wer darf impfen? Impfen darf nur ein in Deutschland *approbierter* Arzt, sei es, daß er zum Impfarzt *öffentlich* bestellt ist, sei es, daß er die Impfung privat durchführt (§ 8 ImpfG.). Im Erl. (1. 5. 17, MBifMedAng. S. 189) ersucht der Preuß. Medizinalminister, in den Bekanntmachungen der öffentlichen Impftermine in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, daß neben den amtlich angestellten Impfärzten auch jeder approbierte Privatarzt zur Vornahme der Impfung berechtigt ist. In den Bundesratsbeschlüssen vom 22. März 1917 (Volkswohlf. 1917, 292) sind Leitsätze „für die Sicherung einer zweckmäßigen Auswahl der Impfärzte“ und „für die Vorbildung dieser Ärzte in der Impfung“ enthalten. Wer unbefugt impft, wird nach § 16 ImpfG. bestraft.

Bem. 6. Impfstoff. Es darf nur Tierlymphe verwendet werden, auf keinen Fall Menschenlymphe. Die Lymphe ist zu beziehen: 1. aus öffentlichen Apotheken, 2. staatlichen Impfanstalten Berlin, Bernburg, Kassel, Dresden, Halle a.S., Hamburg, Hannover, Köln, Königsberg, München, Oppeln, Schwerin, Stettin, 3. von öffentlichen Impfärzten.

Preis: unentgeltlich ist die Abgabe der Lymphe durch die staatlichen Impfanstalten für die öffentlichen Impfungen; für Privatimpfungen regelt die Preisbemessung in Preußen der Erl. 4. 5. 27 (Volkswohlf. 1927, 755). Portokosten trägt der Besteller.

Bem. 7. Ausführung der Impfung. Die Impfung ist eine chirurgische Operation: Desinfektion und Asepsis. Verwendung von Brennspritus ist zur Abreibung des Impffeldes gestattet (Erl. 4. 4. 25, Volkswohlf. 1925, 173).

Impfstelle: Bei Erstimpfungen auf demjenigen Oberarm, den die Eltern bestimmen; bei Wiederimpfungen in der Regel links. Erstimpfungen sollen nach dem PrErl. 2. 3. 26, Volkswohlf. 1926, 230 auf dem Arm geimpft werden, der, wenn sie auf dem Arm getragen werden, vom Körper des Trägers abgewandt ist.

Impftechnik: Es sind 4 leichte Längsschnitte von höchstens 1 cm Länge anzulegen, die mindestens 2 cm voneinander entfernt liegen sollen. Einmaliges

Einstreichen des Impfstoffes in die durch Anspannen der Haut klaffend gehaltenen Schnitte genügt. Auftragen des Impfstoffes mittels Pinsel ist verboten.

Die intracutane Impfung ist erlaubt. Sie bewirkt Impfschutz und hinterläßt keine Narben. Daher Vermerk auf dem Impfschein vorgeschrieben (Erl. 11. 5. 28, Volkswohlf. 1928, 617). Für Massenimpfungen eignet sich die Methode nicht, da sie mehr Zeit erfordert als die Strichimpfung. Im übrigen vgl. „Vorschriften, die von den Ärzten bei der Ausführung der Impfung zu befolgen sind“ (Volkswohlf. 1917, 292). Der Arzt soll die Angehörigen belehren über den Nutzen der Impfung und Verhaltensvorschriften geben.

Fahrlässige Handlung bei der Impfung wird nach § 17 ImpfG. bestraft bis zu 10000 RM. Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten, sofern nicht nach §§ 222 und 230 StGB. eine höhere Strafe eintritt.

Bem. 8. Nachschau. Jeder Impfling muß frühestens am 6., spätestens am 8. Tage nach der Impfung dem Impfarzt vorgestellt werden. Strafbest. der Verantwortlichen im § 14 Abs. 2 ImpfG.

Bem. 9. Wann ist die Impfung erfolgreich? 1. Die Erstimpfung hat als erfolgreich zu gelten, wenn mindestens *eine* Pustel zu regelmäßiger Entwicklung gekommen ist.

2. Bei der Wiederimpfung genügt für den Erfolg schon die Bildung von Knötchen oder Bläschen an den Impfstellen (§ 10 d. Vorschr. f. d. Ärzte, Volkswohlf. 1917, 293).

Bem. 10. Impfscheine und Listenführung. Die Ärzte haben bei erfolgreicher Erstimpfung *rötliche*, bei Wiederimpfung *grüne* Impfscheine zu benutzen. Sie haben ferner über die ausgeführten Impfungen (auch Privatimpfungen) Listen zu führen und sie am Jahresschluß der Ortspolizei vorzulegen (§ 8 ImpfG., Strafandrohungen im § 15).

Bem. 11. Impfbefreiungsatteste. Sie kommen in Betracht, falls der Impfling:

1. die natürlichen Blattern überstanden hat. Ein solches Attest bewirkt eine gänzliche Befreiung von der Impfung;

2. ohne Gefahr für sein Leben und seine Gesundheit nicht geimpft werden kann. In diesem Attest ist zu vermerken, aus welchem Grunde und wie lange die Impfung unterbleiben darf. Auch bei chronisch Kranken gilt das Zeugnis nicht für dauernd, sondern muß wiederholt werden (OVG. 58, 287). Für diese Atteste sind besondere Formulare (Vordr. 3 und 4) nach den Bundesratsbeschlüssen auf weißem Papier vorgeschrieben (§ 10 ImpfG.). Nach zweimaliger Befreiung kann weitere Zurückstellung nur durch den zuständigen Impfarzt erfolgen (§ 2 Abs. 2 der Bundesratsbeschl. 1917, 296).

Bem. 12. Nachprüfung der Impfbefreiungsatteste. Die Impfung hat zu erfolgen binnen Jahresfrist nach Aufhören des die Lebens- und Gesundheitsgefahr begründenden im Befreiungsattest bescheinigten Zustandes. Im Zweifelsfalle hat dies der zuständige Impfarzt endgültig zu entscheiden (§ 2 ImpfG.). Zwangsweise Vorführung der impfpflichtigen Kinder zur Feststellung der Impffähigkeit vor den zuständigen Impfarzt in zweifelhaften Fällen ist erlaubt, auch vor Ablauf der Jahresfrist (OVG. 30. 3. 15, MBIfMedAng. 1915, 333). Dagegen soll zwangsweise Impfung nicht erfolgen (Erl. 6. 3. 30; vgl. RGBl. 1930, 238).

Bem. 13. Vergütung für die Impfungen. Sie unterliegt bei den öffentlichen Impfungen besonderer Vereinbarung mit den Gemeinden. Für Privatimpfung trägt der Geimpfte die Kosten, ebenso für freiwillige Impfungen (Erl. 10. 9. 17, MBIfMedAng. S. 359); Familienmitglieder der Landjäger, für Massen-

impfungen bei Pockenausbrüchen sind besondere Sätze vorgeschrieben (Erl. 22. 5. 24, Volkswohlf. 1924, 230; 24. 1. 25, Volkswohlf. S. 148 und 410).

Bem. 14. Impfschäden. Jede Störung im Impfverlauf und jede Impfschädigung ist der Ortspolizeibehörde mitzuteilen.

Schrifttum: BÄHNISCH: Das Impfwesen. Waidmannsche Buchhandlung 1930.

B. Reichsseuchengesetz und Landesgesetze zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten.

Bem. 1. Anzeigepflichtige Krankheiten. Außer den im Reichsseuchengesetz 30. 6. 1900 behandelten Krankheiten kommen im ganzen noch 30 andere ansteckende Krankheiten in Frage, für die eine gesetzliche Regelung in den einzelnen Ländern besteht. Jedoch werden in den meisten Ländern nicht alle Krankheiten erfaßt. Es besteht ferner eine Verschiedenheit hinsichtlich der Ausdehnung der Meldepflicht auf den Verdachtsfall und den Todesfall und hinsichtlich der Meldestelle. Dadurch ergeben sich äußerst zahlreiche Variationen und ein äußerst buntes Bild in der Gesetzgebung.

a) *RSeuchG.* 30. 6. 1900. Nach § 1 des RSeuchG. ist *jede Erkrankung* und *jeder Todesfall* an Aussatz (Lepra), Cholera (asiatische), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalische Beulenpest), Pocken (Blattern) sowie jeder Fall, welcher *den Verdacht* einer dieser Krankheiten erweckt, der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

b) *PrSeuchG.* 28. 8. 1905; 23. 6. 1924 und 25. 5. 1926 (*Volkswohlf.* 1927, 188). Nach § 1 dieses Gesetzes ist außer den unter a) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht *jede Erkrankung* und *jeder Todesfall* an Diphtherie (Rachenbräune), Gehirnentzündung, epidemischer (Encephalitis lethargica sive epidemica, hyperkinetica, akinetica, chronica), Genickstarre, übertragbarer, Kindbettfieber (Wochenbett-Puerperalfieber), Kinderlähmung, epidemischer, Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Milzbrand, Rückfallfieber (Febris recurrens), Ruhr, übertragbarer (Dysenterie), Scharlach (Scharlachfieber), Typhus (Unterleibstypus), Paratyphus, Milzbrand, Rotz, Tollwut (Lyssa) sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose sowie auch *jeder Verdachtsfall an Typhus (Unterleibstypus)* und Paratyphus der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen PolBeh. innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

Als typhus- (paratyphus-) verdächtig gelten auch solche anscheinend gesunde Personen, deren Ausscheidungen die Erreger des Typhus (Paratyphus) enthalten (Bacillenträger, Typhus- [Paratyphus-] Dauerausscheider).

In übrigen Ländern ist anzuzeigen:

Augenentzündung (eiterige der Neugeborenen), und zwar: Verdacht nur in Lippe. — Erkrankung nur in Bayern, Bremen, Hessen, Lippe, Oldenburg, Sachsen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt.

Beri-Beri, und zwar: Erkrankung nur in Bremen. — Die Meldung ist zu erstatten an das Gesundheitsamt.

Bißverletzungen durch ein tolles oder tollwutverdächtiges Tier, und zwar: Erkrankung und Todesfall in allen Ländern mit Ausnahme von Bayern, Lübeck, Oldenburg und Sachsen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bremen und Hamburg.

Diphtherie, und zwar: Verdacht nur in Baden, Hessen und Lippe. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden

Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, und zwar: Verdacht nur in Bayern und Sachsen. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern mit Ausnahme von Bremen, Lübeck, Mecklenburg-Strelitz und Oldenburg. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in Mecklenburg-Schwerin sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und Hamburg. — Besonderes: Vergiftungen (d. h. Erkrankungen und Todesfälle) durch andere Lebensmittel (z. B. Konserven) sind anzeigepflichtig in Baden, Lippe und Württemberg.

Frieseln, und zwar: Erkrankung nur in Württemberg; bei gehäuften Auftreten auch in Baden. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.

Gehirnentzündung, epidemische (Encephalitis lethargica sive epidemica, hyperkinetica, akinetica, chronica), und zwar: Verdacht nur in Baden, Braunschweig und Mecklenburg-Strelitz. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern mit Ausnahme von Bayern, Bremen, Hamburg, Lippe, Oldenburg, Sachsen, Thüringen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden und Lübeck.

Genickstarre, übertragbare, und zwar: Verdacht nur in Baden, Bremen, Lübeck, Sachsen, Schaumburg-Lippe, Thüringen und Waldeck. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Grippe, und zwar: Erkrankung nur in Lippe. — Die Meldung ist zu erstatten an den Kreisarzt.

Keuchhusten, und zwar: Erkrankung nur in Hamburg, bei gehäuften Auftreten auch in Baden. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.

Kindbettfieber (Puerperalfieber, septischer Abort), und zwar: Verdacht in allen Ländern, zum Teil sind nur die Hebammen zur Anzeige verpflichtet. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort der Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten. — Besonderes: In jedem Falle muß der zugezogene Arzt unverzüglich die bei der Erkrankten tätige und tätig gewesene Hebamme benachrichtigen.

Kinderlähmung, epidemische, und zwar: Verdacht nur in Braunschweig. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.: in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Körnerkrankheit (Garnulose, Trachom), und zwar: Erkrankung in allen Ländern mit Ausnahme von Bremen. — Todesfall in allen Ländern mit Ausnahme von Bayern und Bremen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Hamburg und Lübeck.

Malaria, und zwar: Verdacht nur in Baden. — Erkrankung in Baden, Braunschweig, Bremen, Lübeck, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Württemberg sowie in einigen preußischen Kreisen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt.

Masern, und zwar: Erkrankung nur in Hamburg, Hessen, Lübeck und Württemberg; bei gehäuften Auftreten auch in Baden. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.

Milzbrand: Erkrankung und Todesfall sowie Verdacht überall Anzeige an PolBeh.¹

Mumps, und zwar: Erkrankung nur in Hamburg. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.

Paratyphus, und zwar: Verdacht in allen Ländern mit Ausnahme von Hamburg und Mecklenburg-Strelitz. — Gesunde Bacillenträger (bzw. Dauerausscheider) sind anzuzeigen

¹ Bek. d. Reichskanzlers 28. 9. 09. RGBl. 933.

in Anhalt, Mecklenburg-Schwerin, Preußen und Schaumburg-Lippe. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Röteln, und zwar: Erkrankung nur in Württemberg, bei gehäuftem Auftreten auch in Baden. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.

Rotz, und zwar: Verdacht nur in Baden, Bayern, Braunschweig, Lippe, Oldenburg, Waldeck und Württemberg. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern mit Ausnahme von Mecklenburg-Strelitz und Sachsen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in Mecklenburg-Schwerin sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Rückfallfieber, und zwar: Verdacht nur in Baden, Bayern, Braunschweig, Lübeck, Oldenburg, Waldeck und Württemberg. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern mit Ausnahme von Sachsen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Ruhr, übertragbare (Dysenterie), und zwar: Verdacht nur in Baden, Bayern, Lippe, Sachsen und in Mecklenburg-Schwerin. — Erkrankung in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Schälblasen der Neugeborenen, und zwar: Verdacht nur in Baden und Lippe. — Erkrankung nur in Baden, Hamburg und Lippe. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt.

Scharlach, und zwar: Verdacht nur in Baden und Lippe. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Skorbut, und zwar: Erkrankung nur in Bremen. — Die Meldung ist zu erstatten an das Gesundheitsamt.

Tollwut, und zwar: Verdacht nur in Baden, Sachsen und Württemberg. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Trichinose, und zwar: Verdacht nur in Lippe und Lübeck. — Erkrankung und Todesfall in allen Ländern außer Sachsen. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Typhus, und zwar: Verdacht in allen Ländern, mit Ausnahme von Hamburg und Mecklenburg-Strelitz. — Gesunde Bacillenträger (bzw. Dauerausscheider) sind anzuzeigen in Anhalt, Mecklenburg-Schwerin, Preußen und Schaumburg-Lippe. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt. — Todesfall braucht nur vom Leichenschauer gemeldet zu werden in Baden, Bayern und den freien Hansestädten.

Ungeziefer (Läuse, Mücken, Wanzen), und zwar: Anzeigepflicht nur in Braunschweig. — Die Meldung ist zu erstatten an die PolBeh.

Wurmkrankheit, und zwar: Erkrankung nur in Anhalt, Bayern, Lippe, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz und Württemberg. — Die Meldung ist zu erstatten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige PolBeh.; in Lippe an den Kreisarzt; in beiden Mecklenburg sowohl an die PolBeh. als auch an den Kreisarzt.

Bem. 2. Wechseln des Aufenthaltsortes und der Wohnung. Der Wechsel des Aufenthaltsortes des Erkrankten ist nach § 1 Abs. 2 des RSeuchG., der Wechsel des Aufenthaltsortes und der Wohnung nach § 1 Abs. 2 PrSeuchG.

anzeigepflichtig. Also ist auch Wechsel des Krankenhauses anzuzeigen und Aufnahme in das Krankenhaus auch dann, wenn bereits vor der Einlieferung die Anzeige anderweitig erstattet wurde.

Bem. 3. Kreis der zur Anzeige verpflichteten Personen. 1. Der zugezogene Arzt, 2. der Haushaltungsvorstand, 3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, 4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, 5. der Leichenbeschauer. Die Verpflichtung der unter 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

In *öffentlichen* Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ist *ausschließlich der Vorsteher* der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person zur Anzeige verpflichtet. In *privaten* Krankenanstalten liegt die Verpflichtung den unter 1 bis 5 genannten Personen ob. Strafbestimmung in § 45 Z. 1 RSeuchG. und § 35 Z. 1 PrSeuchG.¹

Bem. 4. Frist zur Anzeige. Nach dem RSeuchG. ist die vorgeschriebene Anzeige unverzüglich, nach dem PrSeuchG. und nach den Gesetzen der übrigen Länder innerhalb von 24 Stunden zu erstatten.

Bem. 5. Form der Anzeige. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die mündliche Anzeige kann auch durch eine dritte nicht-anzeigepflichtige Person geschehen. Sie muß von der Polizei zu Protokoll genommen werden. Die schriftliche Anzeige kann der PolBeh. entweder unmittelbar oder durch die Post zugesandt werden. Kosten sollen dem Meldepflichtigen nicht entstehen. Die PolBeh. geben gelbe Formulare unentgeltlich frankiert ab oder mit der Bezeichnung „Portpflichtige Dienstsache“ (Erl. 7. 1. 24, Volkswohlf. 1924, 41). Eine Honorierung der Anzeige erfolgt nicht.

Bem. 6. Ermittlung der Krankheit. Die Ermittlung der Krankheit ist Aufgabe des beamteten Arztes. Nur mit der Ermittlung und Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach kann auch ein praktischer Arzt beauftragt werden (§ 6 PrSeuchG.). Dafür steht ihm Honorar nach § 2 der Preugo zu.

Bem. 7. Benachrichtigung des behandelnden Arztes bei der amtlichen Ermittlung. Nach § 6 PrSeuchG. soll der beamtete Arzt vor dem Besuch des Kranken sich so rechtzeitig mit dem behandelnden Arzte in Verbindung setzen, daß dieser sich gleichzeitig mit dem beamteten Arzt in der Wohnung des Kranken einzufinden vermag. Auch hat er den beamteten Arzt, soweit er dies wünscht, zu den erforderlichen Untersuchungen, namentlich einer etwa erforderlichen Leichenöffnung, rechtzeitig vorher einzuladen. Erklärt der behandelnde Arzt, daß durch den Zutritt des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist, so ist dem beamteten Arzte der Zutritt untersagt. Nach dem RSeuchG. § 7 liegt es in der Hand des beamteten Arztes zu entscheiden, ob sein Zutritt und die Anstellung der erforderlichen Untersuchungen ohne Schädigung des Kranken möglich sind. Unter „erforderlicher Untersuchung“ ist jede Tätigkeit des Arztes zu verstehen, die auf Feststellung der Krankheit gerichtet und dafür erforderlich ist, z. B. auch Abgabe der zur Untersuchung nötigen Ausscheidungen des Kranken (KG. in Volkswohlf. 1923, 295).

Bem. 8. Auskunftspflicht. Die anzeigepflichtigen Personen sind nach § 7 Abs. 3 RSeuchG. und § 6 PrSeuchG. verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Punkte dem beamteten Arzte und der

¹ Bei Typhus-(Paratyphus-)Dauerausscheidern sind nur die zu 1 und 2 genannten Personen meldepflichtig — jedoch in *öffentlichen* Krankenhäusern diejenigen Personen, die hier auch bei den anderen Erkrankungen sonst meldepflichtig sind.

PolBeh. auf Befragen Auskunft zu erteilen (Strafbest. i. § 45 Abs. 3 RSeuchG. und § 35 Abs. 3 PrSeuchG.).

Bem. 9. Bakteriologische und serologische Untersuchungen. Diese werden bei den staatlichen Medizinal-Untersuchungsämtern kostenlos ausgeführt, wenn die Gemeinde durch eine Pauschsumme dem Amt beigetreten ist. Sonst sind nur die landespolizeilichen und die zur Ermittlung der Krankheit notwendigen Untersuchungen gebührenfrei. Für die übrigen gilt besondere Gebührenordnung, in Preußen Erl. 1. 9. 24 (Volkswohlf. 1924, 354), Abgabe der Versandgefäße erfolgt kostenlos (Erl. 23. 12. 24, Volkswohlf. 1925, 36). Die Versendung als portopflichtige Dienstsache (Erl. 29. 12. 22, Volkswohlf. 1923, 12). Für die Versendung durch die Post sind die „Vorschriften des Bundesrats über Krankheitserreger“ (RGBl. 1917, 1069) maßgebend. „Ratschläge an Ärzte“ und „Entnahmeanweisungen für das Untersuchungsmaterial“ sind kostenlos von den PolBeh. zu beziehen (Erl. 14. 1. 21, Volkswohlf. 1921, 76).

Untersuchung des Pflegepersonals in Irrenanstalten. Zur Verhütung von Typhus, Paratyphus und Ruhr sollen Patienten und Pflegepersonal vor ihrem Eintritt in die Anstalt bakteriologisch untersucht werden (Erl. PrMfV. 11. 2. 26 und 17. 11. 28).

Bem. 10. Zwangsuntersuchung. Der beamtete Arzt hat zum Zweck der Ermittlung das Recht zur körperlichen Untersuchung und zur Entnahme von Material zur bakteriologischen und serologischen Untersuchung (StrBest. i. § 45 Abs. 2 RSeuchG. und § 35 Abs. PrSeuchG., bezüglich Geschl.Kr. s. S. 236, Bem. 5).

Bem. 11. Zwangsbehandlung. Nach § 9 Abs. 1 PrSeuchG. können Personen, die an Körnerkrankheit leiden, zu einer ärztlichen Behandlung zwangsweise angehalten werden, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen können, daß sie sich in einer solchen befinden. Bezügl. Geschl.Kr. s. S. 236, Bem. 6).

Bem. 12. Absonderung im Krankenhaus. Nach § 14 RSeuchG. und § 8 PrSeuchG. kann zwangsweise Überführung in ein Krankenhaus von der Polizei angeordnet werden, wenn die erforderlichen Absonderungen nach Anhörung des beamteten Arztes im Haushalt nicht durchgeführt werden können. Bei Kindern, die an Diphtherie, epidemischer Gehirnentzündung, epidemischer Kinderlähmung und Scharlach leiden, soll Überführung gegen den Widerspruch der Eltern nicht erfolgen, wenn nach Ansicht des beamteten oder behandelnden Arztes ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist.

Bem. 13. Verkehrsbeschränkung für das berufstätige Pflegepersonal. Dieses soll bei Pflege ansteckender Kranken nicht gleichzeitig andere Pflegen übernehmen. Es soll den Verkehr mit anderen Personen und in öffentlichen Lokalen tunlichst vermeiden (§ 14 Abs. 5 RSeuchG. und Ausf. z. PrSeuchG. zu § 8 Abs. 5 MBlfMedAng. 1906, 389), Volkswohlf. 1925, 75 und 1927, 193). Besondere Bestimmungen gelten für Hebammen und Wochenbettpflegerinnen bei Kindbettfieber (§ 8 Z. 3 PrSeuchG.).

Bem. 14. Benachrichtigung der Hebammen bei Kindbettfieber. Werden Ärzte zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten hinzugezogen, so haben sie unverzüglich die bei derselben tätigen oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen (§ 8 Z. 3 PrSeuchG., StrBest. § 35 Z. 4).

C. Tuberkulosegesetze.

Bem. 1. Gesetzliche Regelung der Tuberkulosebekämpfung. Die Bekämpfung der Tuberkulose ist durch besondere Gesetze — in Preußen 4. 8. 23 (GS. S. 374 und 376), in Mecklenburg-Schwerin 19. 2. 24, in Schaumburg-Lippe

26. 2. 24, in Anhalt 16. 4. 27 und in Lübeck 8. 9. 28 — geregelt, in den übrigen Ländern dagegen im Rahmen der Seuchengesetze. Ziel der Tuberkulosegesetzgebung ist: Fürsorge für den Erkrankten und Schutz seiner Umgebung.

Bem. 2. Anzeigepflichtige Erkrankungen. In allen Ländern sind *Todesfälle* an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzeigepflichtig, in vielen auch die ansteckungsfähigen Erkrankungen.

In Preußen ist jede ansteckende Erkrankung und jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose zu melden. Als ansteckend gilt: 1. jeder Fall klinisch nachgewiesener Kehlkopftuberkulose, auch ohne Bacillennachweis und Auswurf, 2. jeder Fall von Lungentuberkulose, bei dem Bacillen im Auswurf nachgewiesen werden oder bei dem der klinische Befund damit rechnen läßt, daß bacillenhaltiger Auswurf entleert wird (§ 1 PrTubG.).

Bem. 3. Wohnungswechsel ist durch den Haushaltungsvorstand anzuzeigen (§ 2 PrTubG.).

Bem. 4. Anzeigepflichtige Personen und Frist. 1. Für Erkrankungen — innerhalb 14 Tagen, für Todesfälle — innerhalb 8 Tagen: nur der zugezogene Arzt (§ 1, 4).

2. In Kranken- oder Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten: nur der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person — innerhalb 24 Stunden (§ 3).

3. Bei Wohnungswechsel: nur der Haushaltungsvorstand — unverzüglich (§ 2).

Die Anzeige ist erst erstattet, wenn sie der Meldestelle zugegangen ist (§ 1). StrBest. i. § 11 PrTubG.

Bem. 5. Form der Anzeige. Schriftlich oder mündlich. Die Kreise haben frankierte Meldekarten unentgeltlich zu verabfolgen (§ 4). Portokosten trägt der Staat.

Bem. 6. Meldestelle. Der zuständige beamtete Arzt oder besondere vom MfV. ermächtigte Stellen, z. B. in Berlin die Bezirksämter, in Charlottenburg und Neuköln die städtischen Tuberkulosefürsorgestellen.

Bem. 7. Positiver Bacillenbefund. Die amtlichen bakteriologischen Untersuchungsstellen müssen jeden positiven Befund dem einsendenden Arzt und der zuständigen Meldestelle mitteilen.

Bem. 8. Die Fürsorgemaßnahmen. Die Fürsorgestellen haben ihre Maßnahmen möglichst im Benehmen mit dem behandelnden Arzt zu treffen (§ 5).

II. Desinfektion.

Bem. 1. Desinfektoren. Die Ausbildung erfolgt in besonderen Desinfektorenschulen. Dauer: In Preußen 14, in Thüringen 10, in Bayern 8, in Oldenburg und Braunschweig 6 Tage. Höchstalter: 45 Jahre. In Preußen erfolgt alle 3 Jahre Nachprüfung durch Kreisarzt und alle 6 Jahre Wiederholungskurs in der Desinfektorenschule. Hier werden auch Gemeindegewerkschaften, Krankenpflegepersonen und Fürsorgerinnen in 8tägigen Kursen ausgebildet (PrAusfBest. § 30 PrSeuchG. Abs. 3, MBlfMedAng. 1906, 389, Erl. 8. 2. 21, Volkswohlf. 1921, 191). Es gibt haupt- und nebenamtliche Desinfektoren. Ein Muster für eine Desinfektionsordnung und Dienstweisung für Kreisdesinfektoren ist im MBlfMedAng. 1907, 261; s. auch ZMedBe. 1922, 217).

Bem. 2. Desinfektionsvorschriften. Für das Reich gelten die Vorschriften vom 21. 3. 07 (Veröff. RGA. S. 863), ergänzt in Preußen durch die Desinfektionsvorschriften vom 8. 2. 21 (Volkswohlf. 1921, 191 und vom 7. 1. 22

(Volkswohlf. 1922, 59 u. 502)¹, besonders hinsichtlich der laufenden Desinfektion. Es soll, soweit irgend möglich, den Wünschen *des behandelnden Arztes* bei Ausführung der Desinfektion Rechnung getragen werden.

Bem. 3. Die Kosten der Desinfektion. Diese sind möglichst aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten (Volkswohlf. 1921, 191 und 1922, 502, 59); sie können auch dem Zahlungspflichtigen auferlegt werden. Aus öffentlichen Mitteln müssen die Kosten bestritten werden: a) nach § 37 Abs. 3 RSeuchG. immer; b) nach § 10 Abs. 2 TubG. nur auf *Antrag*; c) nach § 26 PrSeuchG. nur dann, wenn nach Feststellung der Polizeibehörde der Zahlungspflichtige ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts diese Kosten nicht zu tragen vermag. Denn zahlungspflichtig ist derjenige, der für den polizeimäßigen Zustand der Gegenstände verantwortlich ist.

Bem. 4. Entschädigung für Gegenstände, die durch amtliche angeordnete Desinfektion beschädigt oder vernichtet werden, wird auf Antrag aus öffentlichen Mitteln gewährt (§ 29 RSeuchG.), nach § 14 PrSeuchG. und § 9 PrTubG. nur, wenn der Betroffene den Verlust ohne Schwierigkeiten nicht zu tragen vermag.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Möllers Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 2. Aufl., S. 278, 304, 343. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1930. — LUSTIG, W.: Der Arzt als öffentlicher Gesundheitsbeamter, S. 118. Berlin: S. Karger 1929; derselbe Ergänzungsband S. 147. Berlin 1929. — BRAUCHITSCH, M. v.: Verwaltungsgesetze für Preußen 2, 347, 398. Carl Heymann 1928 — Handbücherei für Staatsmedizin VII/VIII, 258, 375. Heymann 1928. — LUSTIG: Zwangsuntersuchungen und Zwangsbehandlungen, S. 9 u. 27. München: Otto Gmelin 1926. — LENTZ: Gemeinverständliche Belehrungen über die übertragbaren Krankheiten. Berlin: R. Schütz 1931. — v. GUFFELD: Anzeigepflicht bei übertragbaren Krankheiten. Jena: G. Fischer 1928. — Reichsgesundheitsamt: Gemeinverständliche Merkblätter für die verschiedenen ansteckenden Krankheiten. Berlin: Julius Springer. — Anweisungen des MfW. zur Ausführung des Gesetzes 28. 8. 05, Einzelhefte f. d. verschiedenen Krankheiten. Berlin: R. Schütz. — Ausführungsbestimmungen zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten. Einzelhefte. Berlin: Julius Springer.

Wann liegt Anzeigepflicht vor?

Rechtsprechung: a) KG 17. 6. 07, ZMedBe. 1907, 161: Anzeigepflicht liegt erst vor, wenn der Anzeigepflichtige die Erkrankung als solche erkennt bzw. Kenntnis davon erhalten, d. h. die volle Überzeugung erlangt hat, daß es sich um eine meldepflichtige Krankheit handelt. Eine auf Fahrlässigkeit beruhende Unkenntnis genügt nicht.

b) KG 10. 10. 22, Volkswohlf. 1923, 472: Jedoch liegt bedingte Täterschaft vor, wenn der Anzeigepflichtige mit der nahen Wahrscheinlichkeit rechnen mußte, z. B. weil der klinische Befund und die zahlreichen Erkrankungen an demselben Ort ihm dies sagen mußten.

c) KG 9. u. 19. 12. 13, ZMedBe. 1915, 92: Ein früher genannter Anzeigepflichtiger ist nur dann vorhanden, wenn er auch Kenntnis von der Krankheit erlangt hat. Ist dies z. B. bei einem Haushaltungsvorstand nicht der Fall, so tritt Anzeigepflicht für die unter 3 bis 4 (s. oben Bem. 3 zu B) genannten Personen, z. B. Hebammen, Kurpfuscher usw. ein. Sie haben sich sogar darum zu kümmern, ob ein vorher genannter Anzeigepflichtiger vorhanden ist, der Kenntnis von der Krankheit hatte. Wußten sie oder nötigten ihnen auch nur die vorhandenen Umstände die Überzeugung auf, daß diese Personen die Natur der Krankheit nicht kannten, so handelten sie schuldhaft, wenn sie ihrerseits, ohne jene aufzuklären, die Erstattung der Anzeige unterließen.

d) RG(Str) 48, 69: Der Selbsterkrankte gilt ebenso wie der tatsächlich Behinderte als nicht vorhanden. Zu weit geht es aber, mit dem RG. *als nicht vorhanden* auch solche Personen anzusehen, die keine Kenntnis von der Krankheit haben.

¹ Abgeändert durch Erl. v. 23. 4. u. 5. 12. 23 u. 28. 5. 26, Volkswohlf. 1923, 248, 1924, 4, 1926, 601.

3. Politische Wahlen in Krankenhäusern.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin.

Bemerkung 1. Krankenhäuser als Stimmbezirke. Damit auch den Kranken in Krankenhäusern die Betätigung ihrer politischen Rechte ermöglicht wird, hat die RStimmO. 14. 3. 24, RGBl. I, 173ff. auf Grund der Ermächtigung im § 44 Abs. 2 RWahlG. 6. 3. 24, RGBl. I, 159 Bestimmungen getroffen, welche die Durchführung der Reichswahlen und -abstimmungen (Reichstags-, Reichspräsidentenwahlen, Volksentscheid) in Kranken- und Pflegeanstalten jeder Art regeln. Danach können nach § 39 RStimmO. für Kranken- und Pflegeanstalten (öffentliche oder private Krankenhäuser oder Kliniken, Lazarette, Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenanstalten, Pfründneranstalten, Erholungsheime usw.) mit einer größeren Anzahl von Stimmberechtigten, die keinen Abstimmungsraum außerhalb der Anstalt aufsuchen können, ein oder mehrere eigene Stimmbezirke gebildet werden. Auch hier darf die Zahl der Stimmberechtigten nicht so gering sein, daß sich die Abstimmung der einzelnen Stimmberechtigten ermitteln ließe. Die Schaffung von eigenen Stimmbezirken in Krankenhäusern ist auf einen bayrischen Vorgang (bayrLWahlG. 12. 5. 20) zurückzuführen und erst durch Novelle (31. 12. 23) in das damalige RWahlG. eingeführt worden; gegen sie bestehen vom medizinischen Standpunkt erhebliche Bedenken, da eine den Heilungsprozeß störende Unruhe dadurch in das Krankenhaus hineingetragen wird.

Bem. 2. Vorbereitung der Abstimmung. Vorbereitung der Wahl ist Sache der Gemeindebehörden, welche auf Grund eines von der Anstaltsleitung einzureichenden Verzeichnisses Stimm Scheine ausstellen und sie den Anstaltsleitungen übersenden, ferner der Abstimmungsvorsteher, welche für den Zusammentritt eines Abstimmungsvorstandes Sorge tragen. Die Gemeinden stellen die für die Abstimmung erforderlichen Gegenstände zur Verfügung (§ 111, Nr. 1, 2 RStimmO.).

Bem. 3. Durchführung der Abstimmung. Zur Durchführung der Wahl bestimmt die Anstaltsleitung einen Abstimmungsraum, wohin die Anstaltsinsassen auf ihren Wunsch, wenn erforderlich in ihren Betten, unbedenklich gebracht werden können. Für die verschiedenen Gebäude einer Anstalt oder für verschiedene Stockwerke eines Gebäudes können verschiedene Räume und verschiedene Zeiten bestimmt werden. Der Abstimmungsvorstand kann auf Wunsch des Kranken zur Entgegennahme des Stimmzettels auch an das Krankentbett gehen, wenn ärztliche Bedenken nicht entgegenstehen. Die Anstaltsleitungen, die für einen Absonderungsraum zu sorgen haben, sind für die Absonderung von Kranken verantwortlich, die mit ansteckenden Krankheiten belastet sind (§ 111, Nr 3, 7).

Bem. 4. Landesrechtliche Vorschriften. In einzelnen Ländern bestehen für die Landeswahlen entsprechende Vorschriften, so zunächst die zum bayrLWahlG. für Landtagswahlen, Volksbegehren und Volksentscheidungen 12. 5. 20, bayrGVOBl. S. 195, erlassene bayrLWahlO. 6. 2. 24, bayrGVOBl. S. 46. Ebenso auch in Preußen: § 33 der Wahlordnung für den Preuß. Landtag 29. 10. 24, GS. S. 684, § 27 Abs. 2 des prVolksbegG. 8. 1. 26, GS. S. 21, eigener Eintragungsraum für Volksbegehren gemäß § 12 Abs. 2 der preuß. Landesabstimmungsordnung 23. 1. 26, GS. S. 26. Vgl. auch § 9 Abs. 4 des braunschweigischen Wahlgesetzes, eingefügt durch Gesetz 10. 11. 24 (G. u. VOSammlg. 1924, 253).

Schrifttum: PHILIPSBORN in „Freie Wohlfahrtspflege“ 1, 30 (1926) — Derselbe in „Kranke und Krankenhaus im Recht“ 1930, 92. — SCHULZE: Das Reichstagswahlrecht 1924, 85. — Über die Entstehung der Vorschriften der Reichsstimmordnung vgl. Begr. zur Novelle vom 31. 12. 23, Nr. 5190 der RTDr. von 1922 zu Ziff. 26 und Beilage 3.

4. Anstaltsgottesdienst und Seelsorge.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin.

Bemerkung 1. Garantie des Gottesdienstes und der Seelsorge. Nach Art. 141 RVerf. sind in öffentlichen Krankenhäusern, soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst und Seelsorge besteht, die Religionsgesellschaften zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist. Dabei sind wohl „öffentliche Krankenhäuser“ im weiten Sinne gemeint, d. h. sämtliche nicht privat-gewerblichen.

Bem. 2. Umfang der Verpflichtung. Trifft eine Anstalt bei Bedürfnis von selbst eigene Einrichtungen, so darf keine Bevorzugung einzelner Religionsgesellschaften stattfinden; trifft sie keine eigenen Einrichtungen, so sind alle Religionsgesellschaften im Falle des Bedürfnisses gleichmäßig zuzulassen; die äußeren Formen (Besuchszeit, Ankündigung usw.) sind im Benehmen mit der Religionsgesellschaft zu regeln. Nur Religionsgesellschaften, nicht also auch Weltanschauungsvereinigungen, müssen zugelassen werden und auch sie nur zu religiösen Handlungen, nicht also zu bloßer Propagandatätigkeit.

Für Preußen regeln zwei Ministerialerlasse die Krankenhauseelsorge (MfV. vom 11. 10. 30 in Mitt. RStW. 5. Jahrg., S. 57) und die religiöse Betätigung des Pflegepersonals (MdI. vom 12. 6. 30 in Gesundheitsfürsorge 1931, 273). Danach ist bei der Aufnahme des Kranken die Religion festzustellen und zu vermerken, jedoch ohne Zwang auszuüben und ohne zu fragen, ob religiöse Betreuung gewünscht werde. Den Geistlichen ist auf Wunsch Einsicht in die Listen und Zutritt zu gestatten (Vereinbarung regelmäßiger Besuchszeiten). — Dem Pflegepersonal darf auch in kommunalen Anstalten ungestörte Religionsübung (Tischgebet) nicht verwehrt werden, jedoch ohne Zwang auf neutral Denkende auszuüben. Verwaltungsbehörde hat für billigen Ausgleich zu sorgen. — Für Bayern siehe unter Rechtsprechung.

Bem. 3. Anstaltsseelsorge und staatlich angestellte Geistliche. Unberührt bleibt das Recht des Staates, die Seelsorge in der Weise zu regeln, daß Geistliche der in Frage kommenden Religionsgesellschaften vom Staate nicht nur zugelassen, sondern amtlich berufen und angestellt werden; ob hierbei eine vorzugsweise Berücksichtigung der großen christlichen Kirchen stattfinden darf, ist streitig.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Zu Art. 141 RVerf. die Kommentare von GIESE 7. Aufl. 1930, BÜHLER 2. Aufl. 1927 und besonders ANSCHÜTZ 3. Bearb. 1930. — SCHOEN (Das neue Verfassungsrecht der evangel. Landeskirche in Preußen 1929, 28/29 — Der Staat und die Religionsgesellschaften in der Gegenwart, in VerwArch. 29, 12/13) hält im Gegensatz zu ANSCHÜTZ eine vorzugsweise Berücksichtigung der großen christlichen Kirchen bei der Anstellung für unzulässig. — Ausführlich über die hier behandelten Fragen EBERS, Art. 137, 138, 140, 141 in „Die Grundrechte und Grundpflichten der Reichsverfassung“ 2, 395/396 (1930) — „Staat und Kirche im neuen Deutschland“ 1930, 279—282. — NASS („Ein neuer Krankenhausstreit in Berlin?“ in RPrVbl. 52, 713ff.) behandelt die Folgen, die sich aus einem Streit zwischen dem Magistrat Berlin und den dortigen kirchlichen Behörden wegen der Ausübung der Seelsorge in den städtischen Krankenhäusern ergeben haben (Bau eigener evangelischer Krankenhäuser); s. auch „Das Recht der Krankenhauseelsorge“ in Pfarrarchiv 19, 27ff. — GIESE: VerwArch. 35, 205ff. — Um die Seelsorge im Krankenhause Buckow in „Gesundheitsfürsorge“ 1931, 301. — Vgl. die bei EBERS a. a. O. S. 281 Anm. 5 angeführte Bestimmung des bayrischen Konkordats Art. 11, 1, wonach sich die Staatsregierung verpflichtet, eine entsprechende Anstaltsseelsorge einzurichten und dafür zu sorgen, daß auch die Seelsorge an den nichtstaatlichen Anstalten dem jeweiligen Bedürfnis entspricht; die Anstellung der Geistlichen soll im Benehmen mit der kirchlichen Behörde erfolgen.

Rechtsprechung: BayVGH. 14. 7. 26, JW. **1926**, 2550 stellt wichtige Grundsätze für die Zulassungspflicht auf. Danach muß die Stadt als Träger eines städtischen Krankenhauses die für die Zulassung einer Religionsgesellschaft zur Krankenhausseelsorge maßgebende Vorfrage des Bedürfnisses nach Maßgabe des Art. 141 RVerf. selbständig prüfen. Bei der Abmessung des Bedürfnisses ist die Stadt nicht befugt, die Ausübung des geistlichen Berufes im Krankenhaus durch eine bestimmte Religionsgesellschaft durch ein allgemeines Verbot der religiösen Beeinflussung aller, geistlichen Zuspruch nicht ausdrücklich verlangenden Kranken zu beschränken. Ein Bedürfnis besteht nicht nur dann, wenn von einem Krankenhausinsassen das Verlangen nach geistlichem Zuspruch ausgesprochen wird; es besteht auch dann, wenn es von einem Kranken nur gefühlt wird, ohne in Worten zum Ausdruck gebracht zu werden. GIESE [Seelsorge in städtischen Krankenhäusern, in VerwArch. **35**. 205 (1930)] bespricht diese Entscheidung: Eine Beeinflussung des Kranken seitens der Religionsgesellschaft kann allein noch nicht als Zwang i. S. des Art. 141 aufgefaßt werden; erst wenn der Seelsorger gegen den erklärten Willen des Kranken die Besuche fortsetzt, kann man von einem unzulässigen Zwange sprechen. Daß ein Bedürfnis auch dann vorliegen soll, wenn es nur gefühlt, ja wenn es nicht einmal als eigenes gegenwärtiges Bedürfnis empfunden wurde, gehe zu weit; von dem Kranken selbst müsse das Bedürfnis gefühlt und geäußert werden, wenn auch eine bestimmte Art der Äußerung nicht verlangt werden könne.

D. Schutz des Krankenhausbetriebes.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin.

I. Schutz vor Störungen der Nachbarn.

Nach allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften.

Bemerkung 1. Nachbarrechtsschutz des Eigentümers. Die Krankenanstalten genießen zur Durchführung ihres Betriebes einen weitgehenden Schutz gegen Störungen der Nachbarschaft. Gemäß § 906 BGB. kann der Inhaber der Krankenanstalt als Eigentümer von jedem Störer die Beseitigung von Beeinträchtigungen verlangen, es sei denn, daß er zur Duldung verpflichtet ist. Bei Gefahr weiterer Beeinträchtigungen kann er auf Unterlassung klagen. Als solche Beeinträchtigungen kommen besonders unzulässige (vgl. Bem. 2) Immissionen, z. B. Rauch, Lärm, Erschütterungen, Geräusche, Verunreinigungen durch Wasser in Betracht. Wird die Krankenanstalt in Mietsräumen betrieben, so stehen ihr nur Besitzschutzansprüche zu (§ 862), die sich jedoch, soweit hier von Bedeutung, mit dem Eigentumsanspruch gegenständiglich decken.

Bem. 2. Grenzen des Verbotungsrechtes. Hier ist hauptsächlich § 906 zu erwähnen, wonach die Zuführung von Gasen, Dämpfen, Gerüchen, Rauch, Ruß, Wärme, Geräusch, Erschütterungen und ähnlichen, von einem anderen Grundstück ausgehenden Einwirkungen insoweit nicht verboten werden kann, als die Einwirkung die Benutzung des Krankenhausgrundstückes nicht oder nur unwesentlich beeinträchtigt oder durch eine Benutzung des anderen Grundstückes herbeigeführt wird, die nach den örtlichen Verhältnissen bei Grundstücken dieser Lage gewöhnlich ist. Ein Krankenhaus in einem Fabrikviertel ist deshalb geringer gegen Lärm geschützt als ein gleiches Krankenhaus in einem ruhigen Villenviertel. Eine weitere Begrenzung besteht darin, daß den nach § 26 GewO. (vgl. unten S. 59) mit obrigkeitlicher Genehmigung errichteten gewerblichen Anlagen gegenüber nicht auf Einstellung des Betriebes, sondern nur auf Herstellung von Einrichtungen, welche die benachteiligende Wirkung ausschließen oder wenigstens mindern, evtl. auf Schadenersatz geklagt werden darf.

Gegen von Nachbarn ausgehende *Rundfunkstörungen* ist das Krankenhaus demnach nur geschützt, wenn die Benutzung übermäßige Formen annimmt. Im übrigen vgl. hierzu Gesetz über Fernmeldeanlagen vom 14. 1. 28 (RGBl. I 8) und über die Störungen des Rundfunkempfangs der Nachbarn durch die elektrische Kraft des Krankenhauses GrBerlÄBl. 1931, 410 (§ 23 Ges. v. 14. 1. 28).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Die Kommentare zum BGB, insbesondere Staudinger-Kober, 9. Aufl., RG-Kommentar 7. Aufl. zu §§ 862, 906, 1004 — RIEHL: Über die Klagen zur Abwehr der Belästigungen durch Rauch, Gerüche, Geräusche, Erschütterungen und andere Imponderabilien GruchBeitr. 51, 142ff. — MEISNER: Nachbarrecht 3. Aufl. § 14 u. a. — STAUDINGER: § 906 II 1 b α: Der vom Nachbargrundstück kommende Lärm kann als übermäßig gelten, weil das davon betroffene Grundstück eine Nervenheilanstalt ist, nicht aber, weil der derzeitige Eigentümer nervenkrank ist; wesentliche Beeinträchtigung auch dann, wenn neben ein Krankenhaus eine Fäkalienextraktfabrik zu stehen käme.

II. Gewerberechtlicher Schutz.

Bem. 1. Schutz der Krankenhäuser vor geräuschvollen Anlagen. Durch die Bestimmungen der GewO. ist den Krankenhäusern ein besonderer Schutz gegen in der Nähe befindliche geräuschvolle Anlagen zuteil geworden. Während schon allgemein in § 16ff GewO. ein Katalog von Anlagen aufgeführt ist, die wegen ihrer für die Nachbarn bestehenden Gefahr oder Belästigung einer besonderen Genehmigung bedürfen (z. B. Schießpulverfabriken, Hammerwerke), sind durch § 27 GewO. Krankenhäuser und Heilanstalten noch besonders geschützt. Danach muß die Errichtung oder Verlegung solcher Anlagen, deren Betrieb mit ungewöhnlichen Geräuschen verbunden ist, sofern sie nicht schon nach den Vorschriften der §§ 16—25 der Genehmigung bedürfen, der OrtsPolBeh. angezeigt werden. Letztere hat, wenn in der Nähe der gewählten Betriebsstätte Krankenhäuser oder Heilanstalten vorhanden sind, deren bestimmungsmäßige Benützung durch den Gewerbebetrieb auf dieser Stelle eine erhebliche Störung erleiden würde, die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde darüber einzuholen, ob die Ausübung des Gewerbes an der gewählten Betriebsstätte zu untersagen oder nur unter Bedingungen zu gestatten sei.

Bem. 2. Unterschied zwischen genehmigungs- und anzeigepflichtigen Anlagen. Bei den genehmigungsbedürftigen Anlagen des § 16 wird das Unternehmen durch öffentliche Bekanntmachung mit der Aufforderung, etwaige Einwendungen gegen die neue Anlage binnen 14 Tagen anzubringen, zur öffentlichen Kenntnis gebracht. Nach Ablauf der Frist sind alle Einwendungen, welche nicht auf besonderen privatrechtlichen Titeln beruhen, ausgeschlossen (§ 17). Wenn keine begründeten Einwendungen innerhalb der Frist erhoben werden, hat die Behörde von sich aus vor Erteilung der Genehmigung zu prüfen, ob die Anlage erhebliche Gefahren, Nachteile oder Belästigungen für das Publikum herbeiführen könne (§ 18). Während hier die Behörde die Interessen bloß einzelner Besitzer und Bewohner benachbarter Grundstücke nicht zu wahren hat, sondern lediglich des Publikums überhaupt, d. h. der Allgemeinheit, also z. B. noch nicht eines einzelnen Krankenhauses, ist der Schutz des Krankenhauses bei den nach § 27 GewO. bloß anzeigepflichtigen Betrieben stärker ausgeprägt. Danach muß schon bei dem Betriebe *eines* in der Nähe befindlichen Krankenhauses, dessen Benutzung erheblich gefährdet ist, von der PolBeh. die in Bem. 1 angegebene Entscheidung der höheren VerwBeh. eingeholt werden. Wie diese Entscheidung lauten wird, ist allerdings dem pflichtgemäßen Ermessen der höheren VerwBeh. überlassen.

Bem. 3. Einzelheiten bei der Anzeigepflicht, Verfahren. Die Einholung der Entscheidung der höheren VerwBeh. ist bei dem Vorhandensein jeder Art von Krankenhäusern und Heilanstalten gegeben, gleichgültig, ob es sich um öffentliche oder um Privatanstalten handelt. Die Anstalten genießen diesen Schutz nur, wenn sie zur Zeit der Errichtung der Anlage bereits vorhanden sind; es genügt für § 27 auch nicht die Veränderung eines Gebäudes, dessen bisherige Zweckbestimmung durch den daneben errichteten geräuschvollen Gewerbebetrieb nicht gestört wird, in eine Krankenanstalt. Ohne jeden Einfluß ist die Frage der Priorität jedoch dann, wenn der geräuschvolle Betrieb sich zu einem polizeiwidrigen (z. B. gesundheitsschädlichen) Zustand entwickelt, der ein Einschreiten der PolBeh. (in Preußen auf Grund § 14 des PolVerwG.) rechtfertigt. Als höhere VerwBeh. i. S. des § 27 ist in Preußen der BezAussch., Bayern die BezVerwBeh. (für München die Lokalbaukommission), Sachsen die Kreishauptmannschaft, Württemberg die Oberämter, Baden der Bezirksrat, Thüringen der Gewerbeausschuß, Hessen der Kreisausschuß u. a. anzusehen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Die Kommentare zur GewO. von LANDMANN-ROHMER 8. Aufl. 1928, von v. ROHRSCHIEDT 2. Aufl. 1912, STIER-SOMLO 2. Aufl. 1923.

Rechtsprechung: Schutz aus polizeilichen Gründen: OVG. 4. 4. 91, OVG. 21, 411: Die Polizei ist berechtigt, die Benutzung eines Schießstandes zum Scheibenschießen zu verbieten, sobald die damit verbundene Detonation das Leben oder die Gesundheit in der Nähe befindlicher Kranker gefährden. Ein solches Verbot ist auch dann zulässig, wenn es mit Rücksicht auf eine in der Nähe des Schießstandes befindliche Krankenanstalt ergeht und diese später als der Schießstand in Gebrauch genommen ist. KG. 23. 2. 31, DJZ. 1931, 1025: PolVO., die Wegestrecken für Krafträder sperrt, um die Kranken in einem an der Straße liegenden Krankenhause vor gesundheitlichen Störungen durch das Motorgeräusch zu schützen, ist ungültig, da polizeiliche Regelung aus andern als Verkehrsgründen durch die erschöpfende reichsrechtliche Regelung unmöglich ist.

III. Schutz der Krankenhausbezeichnung.

Bem. 1. Namensrechtlicher Schutz. Nach der Vorschrift des § 12 BGB. kann der berechtigte Träger eines Namens dann, wenn das Recht zum Gebrauch des Namens ihm von einem anderen bestritten wird oder wenn sein Interesse dadurch verletzt wird, daß ein anderer unbefugt den gleichen Namen gebraucht, von dem anderen die Beseitigung der Beeinträchtigung verlangen. Bei Gefahr weiterer Beeinträchtigung kann er auf Unterlassung klagen.

Der Namensschutz gilt nach fester Rechtsprechung auch für juristische Personen; von besonderer, aber nicht alleiniger (vgl. Bem. 3) Bedeutung ist er bei gemeinnützigen Anstalten, da bei ihnen wegen Fehlens eines Gewerbes der besondere Firmenschutz (§ 37 HGB.; vgl. Bem. 2) nicht Platz greifen kann. Deshalb können nach § 12 BGB. gemeinnützige Krankenhausvereine oder gemeinnützige Stiftungen dann vorgehen, wenn ihr Name unbefugt als Geschäftsbezeichnung, als Firma von einem anderen verwendet wird, z. B. Benutzung des Namens eines Krankenhauses zur Bezeichnung einer in der Nähe liegenden Apotheke. Das geschützte Interesse braucht kein Vermögensinteresse zu sein, sondern kann auch ein ideelles sein.

Bem. 2. Kaufmannseigenschaft, handelsrechtlicher Schutz. Die Anwendung handelsrechtlicher Vorschriften auf Krankenhäuser hat zur Voraussetzung, daß es sich um eine Kaufmannstätigkeit, also um den Betrieb eines Gewerbes, handelt. Die ärztliche Tätigkeit als solche ist eine Ausübung eines wissenschaftlichen Berufs, kein Gewerbe, wenn auch in Sondervorschriften (§ 29 GewO., Steuergesetze) der Arztberuf als Gewerbe angesehen wird. Nur dann, wenn der Arzt zugleich Inhaber einer Heilanstalt ist und der Anstaltsbetrieb sich nicht der ärztlichen Tätigkeit unterordnet, sondern ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle ist (Privatklinik), liegt ein Gewerbe vor. So ist ein Gewerbe anzunehmen, wenn der Arzt hauptsächlich gerade aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt Gewinn zu erzielen beabsichtigt; als Merkmal hierfür fällt ins Gewicht, daß die Kranken in der Hauptsache nicht von ihm, sondern von anderen Ärzten (Hausärzte, Spezialisten) behandelt werden.

Ohne Rücksicht auf das Vorliegen eines Gewerbes im Einzelfalle kommen die handelsrechtlichen Schutzvorschriften zur Anwendung bei Krankenanstalten, die in der Form einer AG., G. m. b. H. oder Komm.-Ges. a. A. betrieben werden.

Bem. 3. Firmenschutz. Erfordert die von dem Arzte gewerblich betriebene Heilanstalt nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb und ist die Firma in das Handelsregister eingetragen worden, so hat die Firma den besonderen handelsrechtlichen Firmenschutz, ebenso wie die als AG., G. m. b. H. oder Komm.-Ges. a. A. betriebene Krankenanstalt. Hiernach ist gemäß § 37 HGB. derjenige, welcher eine solche, ihm nicht zustehende Firma gebraucht, von dem Registergericht zur Unterlassung des Ge-

brauchs der Firma durch Ordnungsstrafe anzuhalten. Jeder, der in seinem Recht dadurch verletzt wird, daß ein anderer die Firma unbefugt gebraucht, kann von diesem, unbeschadet eines aus sonstigen Vorschriften sich ergebenden Schadenersatzanspruches, die Unterlassung des Gebrauchs der Firma verlangen. Den namensrechtlichen Schutz (§ 12 BGB; Bem. 1) genießen neben dem Firmenschutz auch Personen des Handelsrechts; seine Bedeutung zeigt sich dann, wenn ein Dritter den Namen einer Krankenanstalt nicht unbefugt als Firma gebraucht, sondern ihn in anderer Weise (z. B. bei Anpreisungen im Geschäftsverkehr, bei Verwendung als Geschäftsbezeichnung) verletzt.

Bem. 4. Schutz der Bezeichnung gegen unlauteren Wettbewerb. Nach § 16 UnlWG. kann derjenige, welcher im geschäftlichen Verkehr einen Namen, eine Firma oder die besondere Bezeichnung eines Erwerbsgeschäfts in einer Weise benutzt, welche geeignet ist, Verwechslungen mit dem Namen der Firma hervorzurufen, deren sich ein anderer befugterweise bedient, von diesem auf Unterlassung in Anspruch genommen werden. Wußte er die Verwechslungsgefahr oder mußte er sie wissen, so ist er zum Schadenersatz verpflichtet. Neben dem Firmenschutz des § 37 HGB. (vgl. Bem. 3) ist § 16 UnlWG. dann von Bedeutung, wenn § 37 versagt, wenn die andere Krankenanstalt nach bürgerlich-rechtlichen oder handelsrechtlichen Vorschriften zur Führung der Firma befugt ist, z. B. weil es sich um eine nicht an demselben Ort oder in derselben Gemeinde bestehende Firma handelt (§ 30 HGB.). In diesen Fällen gibt § 16 UnlWG. bei objektiver Verwechslungsgefahr einen Unterlassungsanspruch, bei Verschulden Schadenersatz. Mit dem Namensschutz fällt der Schutz gegen den unlauteren Wettbewerb vielfach zusammen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Namensschutz.

Zu § 12 BGB vgl. die Kommentare: OERTMANN, RGR-Kommentar, STAUDINGER.

RG. 18. 11. 26, JW. 1927, 117: Eine Stadt kann gemäß § 12 BGB einem privaten Apotheker verbieten, die Apotheke als *Stadtapotheke* zu bezeichnen. Die Stadt hat ein schutzwürdiges, wenn auch nur ideelles Interesse daran, nicht durch eine die Bevölkerung (wenigstens objektiv) irreführende und andere Apotheker des Ortes (wenigstens möglicherweise) schädigende Bezeichnung mit einer Apotheke in Verbindung gebracht zu werden.

Nr 2. Kaufmannseigenschaft des eine Heilanstalt betreibenden Arztes.

Gegen eine Kaufmannseigenschaft des Arztes als Inhabers einer Heilanstalt für jeden Fall (auch wenn Einnahmen aus Aufenthalt und Unterhalt Hauptzweck sind) MARCUS: Recht 1904, 9, weil die handelsrechtlichen Vorschriften auf Ärzte überhaupt nicht paßten; gegen ihn KEYSSNER: Z.Handelsrecht 55, 285, weil das Ziel des Erwerbes in den Vordergrund trete. Ebenso auch EHRENBURG: Handbuch 2, 20, STAUB-BONDI § 1 Anm. 9 mit weiterer Literaturangabe. Die Judikatur steht seit einer Entscheidung des PrOVG. 5. 5. 98, DJZ. 1898, 331, auf dem auch in der Bem. vertretenen Standpunkt (Kaufmannseigenschaft, wenn Gewinnerzielung Hauptzweck bildet) KG. 14. 1. 01, OLG Rspr. 2, 277: Nicht Kaufmann, wenn der Arzt eine Krankenanstalt lediglich für Lehrzwecke oder zu eigener Fortbildung oder für wissenschaftliche Untersuchungen hält. Gewerbebetrieb nur dann, wenn der Anstaltsbetrieb Selbstzweck ist, Arzt also die Absicht hat, gerade aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt gegen Entgelt Gewinn zu ziehen. So auch KG. 9. 11. 03, OLG Rspr. 8, 89: Kennzeichen für Gewerblichkeit, wenn die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von anderen, z. B. den von ihm angestellten Ärzten, den Hausärzten der einzelnen Kranken oder angesehenen Spezialärzten örtlich behandelt werden.

Nr 3. Schutz gegen unlauteren Wettbewerb.

Schrifttum: Kommentare zu UnlWG. von ROSENTHAL 8. Aufl. 1930, CALLMANN 1929; BAUMBACH: Kommentar zum Wettbewerbsrecht 1929 u. a.

Die besondere Bezeichnung des Erwerbsgeschäfts muß einen eigentümlichen und unterscheidenden Charakter haben, um gegen Verwechslungen geschützt zu werden; Bezeichnungen wie „Kurhaus“, „Hospiz“ sind frei. Durch den Zusatz „Hospiz Baseler Hof“ wird die Gattungsbezeichnung jedoch unterscheidungskräftig (RG. 7. 2. 13, MarkSchWettbew. XII, 507).

E. Die Ärzte und das sonstige Krankenhauspersonal.

1. Die im Krankenhaus tätigen Personen.

Von
W. LUSTIG, Berlin.

I. Ärzte. A. Chefärzte.

Bemerkung 1. Voraussetzung für die Anstellung als Krankenhausarzt ist die deutsche Approbation als Arzt. Nach § 29 GewO. dürfen Krankenhäuser, die sich im Besitz von Reich und Staat oder Gemeinden befinden, nur in Deutschland approbierte Ärzte als Chef- und Assistenzärzte anstellen. Auch die Anstellung als Hilfsarzt kommt für ausländische Ärzte nicht in Frage, wie der PrMedMin. in seinem Erl. 1. 11. 06 (MBlfMedAng. 1906, 264) besonders ausführt. Für alle Krankenhäuser gilt die Bestimmung, daß in Deutschland *nicht* approbierte Ärzte nur insoweit beschäftigt werden dürfen, als sie nicht selbst ordinieren und keine Funktionen ausüben, die nur approbierten Ärzten vorbehalten ist (s. S. 157, 162.) Sie dürfen auch nicht als Hilfsärzte oder Volontärärzte bezeichnet werden (Erl. d. PrMfV. 23. 7. 30, I M f V 598/30. III).

Bem. 2. Stellung der Chefärzte. Nach Anhörung der Ärztekammern und der Ärztekammerausschüsse hat der PrMedMin. *Grundsätze* für die ärztliche Leitung der Krankenanstalten herausgegeben, auf deren Durchführung die AufsBeh. hinzuwirken hat (Erl. 22. 11. 06, MBlfMedAng. 1906, 490; 12. 10. 08, MBlfMedAng. 1908, 391; 2. 6. 10, ORRZ, S. 104). Im Erl. 30. 4. und 23. 5. 24 (Volkswohlf. 1924, 195 und 236) hat der Min. *Leitsätze* über die Stellung der leitenden Krankenhausärzte aufgestellt und deren Beachtung empfohlen. Über diese Grundsätze und Leitsätze siehe die Darstellung bei ISAY, oben S. 18. Hier sind nur die grundsätzlichen ausführlichen Fragen hervorgehoben.

Bem. 3. Ärztliche Leitung in allgemeinen Krankenanstalten. Unterschieden wird zwischen der ärztlichen Leitung des allgemeinen Krankendienstes, für welche in jeder Krankenanstalt ein verantwortlicher ärztlicher Leiter vorhanden sein muß, und der ärztlichen Leitung der Krankenbehandlung, auch für die letztere muß in allen größeren öffentlichen Krankenanstalten — über 30 Betten — ein Arzt an leitender Stelle oder je ein dirigierender Arzt an der Spitze der verschiedenen Abteilungen stehen.

Bem. 4. Anstellung und Besoldung. Die Anstellung erfolgt entweder mit Beamteneigenschaft oder durch Privatdienstvertrag. In dem Gehalt ist die Entschädigung für die Behandlung in der 3. Klasse inbegriffen, für 1. und 2. Klasse kann meistens liquidiert werden.

Bem. 5. Der leitende Arzt ist Vorgesetzter des ärztlichen Hilfs- und Krankenpflegepersonals, natürlich nur in allen den Krankendienst betreffenden Angelegenheiten. Er bestimmt Wechsel und Vertretung auf den

Stationen, hat Einfluß auf die Anstellung. Anders in Anstalten mit religiös organisiertem Pflegepersonal. Hier soll Besetzung von besonders verantwortungsvollen Stellen nur im Einvernehmen mit dem leitenden Arzt erfolgen. Es kann dem leitenden Arzte nicht zugemutet werden, bei der Prüfung von Fragen, die ausschließlich auf dem Gebiete der Gesundheitspflege liegen, von Laien beiseitegeschoben zu werden. Die Aufnahme einer Anstalt, in der dem Arzt dies zugemutet wird, in die Kavete-Tafel eines ärztlichen Standesvereines, verstößt nicht gegen die guten Sitten (vgl. RG. 15. 10. 30; 130, 89).

Bem. 6. Aufnahme und Entlassung von Kranken. Darüber entscheidet der leitende Arzt selbständig — nach den bestehenden Anstaltsrichtlinien über die Aufnahme und die Entlassung der Kranken.

Bem. 7. Ärztliche Leitung in Irrenanstalten. Der ärztliche Leiter jeder Privatirrenanstalt muß in Preußen von dem RegPräs. genehmigt sein (Erl. 26. 3. 01, MBlfMedAng. 1901, 97). Er muß mindestens 2 Jahre spezialärztlich ausgebildet sein; wenn die Anstalt nur unheilbare Kranke aufnimmt, genügt 1 Jahr. In besonderen Fällen entscheidet der MedMin. Bei Privatanstalten für Kranke unter 18 Jahren (§ 22 d. Anw. 26. 3. 01, S. 97) und für Idioten (Erl. 25. 1. 02, MBlfMedAng. 1902, 48) entscheidet der Regierungspräsident nach Anhörung der Besuchskommission, bei Anstalten für Epileptiker der MedMin. darüber, ob die psychiatrische Ausbildung ausreichend ist.

Bem. 8. Die dem ärztlichen Leiter zu übertragenden Obliegenheiten sind in § 20 der Anw. genau festgelegt. Sie beziehen sich auf die Anstellung und Tätigkeit des Pflegepersonals, Aufnahme, Entlassung, Verpflegung, Beschäftigung, Isolierung des Kranken, Schriftverkehr hinsichtlich des Zustandes des Kranken.

B. Ober-, Assistenz- und Hilfsärzte.

Bem. 9. Stellung des Oberarztes. Der Oberarzt (Sekundärarzt) soll für die größeren Abteilungen von 150—200 Betten angestellt werden. Er ist dem Chefarzt unterstellt, vertritt ihn. Er soll eine kleine Station haben, den übrigen Assistenz- und Hilfsärzten vorgesetzt sein. Gewöhnlich werden ihm die Personaleinstellungsuntersuchungen, Schwesternkurse, dringliche Operationen usw. übertragen.

Bem. 10. Der Assistenzarzt. Er ist der eigentliche Stationsarzt. Für Universitätsanstalten ist außer der ärztlichen Approbation noch die Doktorwürde für die Einstellung in eine Planstelle vorgeschrieben, ebenso die Dr.-med.-dent.-Würde für Universitätszahnkliniken (Erl. 29. 12. 20, HADRICH, S. 361). Für die preußischen Universitäten gelten die Bestimmungen über wissenschaftliche Assistenten 28. 3. und 4. 3. 21 und 30. 8. 23, HADRICH, S. 338, 347, 354. Grundsätzlich ist die Stellung des Assistenzarztes als eine vorübergehende anzusehen, um dem ärztlichen Nachwuchs nicht jede Ausbildungsmöglichkeit zu versperren. Ausnahmen sind im Interesse der Universitätsanstalt und der akademischen Laufbahn möglich (Erl. des KultMin. 16. 8. 21, HADRICH, S. 355). In öffentlichen Irrenanstalten ist der Assistenzarzt gewöhnlich mit Beamten-eigenschaft angestellt.

Bem. 11. Anzahl der Assistenzärzte. Gewöhnlich soll auf höchstens 50 Betten ein Assistenzarzt kommen. In Irrenanstalten soll in der Regel außer dem leitenden Arzt ein 2. Arzt angestellt werden und in der Anstalt wohnen bei über 100 Geisteskranken oder über 200 Epileptikern. Sind mehr als 300 Geistesranke oder mehr als 600 Epileptiker vorhanden, so kann für je 100 Geistesranke und je 200 Epileptiker die Anstellung eines weiteren Arztes angeordnet werden (§ 19 Z. 4 u. 5 der Anw. 26. 3. 01, MBlfMedAng. 1901, 97).

Bem. 12. Hilfsärzte, Volontärärzte. Sie sind das Bindeglied zwischen Assistenzärzten und Medizinalpraktikanten, also ärztliche Hilfskräfte. Die Beschäftigung erfolgt gewöhnlich gegen geringe Vergütung oder freie Verpflegung, oft auch ohne Entgelt.

Bem. 13. Assistenzärzte im Krankheitsfall. In preußischen Universitätsanstalten wird im Krankheitsfall den Ober-, Assistenz- und Volontärärzten freie Behandlung und Verpflegung gewährt, sonst freie poliklinische Behandlung (Erl. d. KultMin. 16. 3. 22, HADRICH, S. 359). Ähnlich ist die Regelung in anderen Krankenanstalten — sie ist im Anstellungsvertrag festgelegt und unterliegt freier Vereinbarung.

C. Medizinalpraktikanten.

Bem. 14. Annahme von Medizinalpraktikanten. Medizinalpraktikanten sind Kandidaten der Medizin, die nach vollständig bestandenen ärztlichen Staatsexamen zur Ableistung des praktischen Jahres zugelassen sind. Ihre Annahme darf nur von denjenigen Krankenhäusern erfolgen, die dazu die Ermächtigung des MdI. haben. Das Verzeichnis dieser Krankenanstalten wird alljährlich im RMinBl. veröffentlicht. Antrag zur Annahme ist formularmäßig bei der Landeszentralbehörde zu stellen (§ 63—65 PrOfÄ. 5. 7. 24 u. 22. 12. 27, VeröfFRGA. 1924, 606, RGesundhBl. 1928, 74). Die Medizinalpraktikanten sollen sich durch die amtliche Bescheinigung über die Zulassung zum praktischen Jahr legitimieren, famuli durch ihre Studiennachweise (Erl. 20. 6. 25, OPITZ, S. 100). Die Ermächtigung der Krankenanstalten ist keine Verpflichtung zur Annahme von Medizinalpraktikanten. Ihnen steht auch die Auswahl frei (Entsch. d. Reichskanzlers 9. 6. 11, OPITZ, S. 100). Die Medizinalpraktikanten sollen freie Verpflegung und geringe Vergütung erhalten. Bezüglich der Vergünstigungen in den einzelnen Universitätsinstituten s. OPITZ, S. 117.

Bem. 15. Anzahl der Medizinalpraktikanten. Die Zahl der hauptamtlich angestellten Ober-, Assistenz- und Volontärärzte muß mindestens derjenigen der Medizinalpraktikanten gleichkommen. Dabei sollen auf jeden Praktikanten 40 Kranke in städtischen Anstalten, 50 in karitativen, 60 in Spezialanstalten, in Volkshelilstätten für Lungenkranke etwa 100, in Irrenanstalten etwa 120 Kranke entfallen (PrAnw. über das prakt. Jahr 7. 7. 08, OPITZ, S. 95).

Bem. 16. Beschäftigung der Medizinalpraktikanten. Für die ordnungsmäßige Ausbildung ist der ärztliche Leiter des Krankenhauses bzw. der Abteilungsleiter verantwortlich. Der Medizinalpraktikant darf nicht selbständig ordinieren, keine ärztlichen Atteste ausstellen, keine stark wirkenden Arzneien verordnen, keinen Assistenzarzt vertreten, denn er gilt als nichtapprobierte Heilperson. Er darf sich auch nicht als Assistent oder Assistenzarzt oder als Vertreter des Assistenzarztes bezeichnen (StrBest. § 147 Abs. 1 Z. 3 GewO.). Ein Abgangszeugnis ist nach bestimmtem Formular vorgeschrieben (§ 65 PrOfÄ.).

Bem. 17. Urlaub und Krankheit, Wechsel. Urlaub kann bis zu 14 Tagen und Krankheit bis 4 Wochen auf das praktische Jahr angerechnet werden, jedoch nur ausnahmsweise auf die Mindestzeit, die auf die Behandlung von inneren Krankheiten verwendet werden muß. Ein Praktikant, der schon einmal das Krankenhaus gewechselt hat, braucht die Genehmigung der Zentralbehörde zu einem weiteren Wechsel (§ 63 PrOfÄ.).

II. Medizinisch-technisches Hilfspersonal.

Bem. 1. Ausbildung der technischen Assistentinnen an medizinischen Instituten. Gesetzlich ist nicht vorgeschrieben, daß nur staatlich anerkanntes Hilfspersonal beschäftigt werden darf, jedoch empfiehlt es sich dringend,

nur solches einzustellen. Die Ausbildung ist staatlich, jedoch nicht einheitlich geregelt in Baden, Bayern, Hamburg, Hessen, Preußen, Thüringen (PrO., abgedruckt in Lustig). Die staatliche Anerkennung wird von den einzelnen Ländern gegenseitig anerkannt. Die Ausbildung erfolgt in Lehranstalten, die von der Landeszentralbehörde die Erlaubnis dazu erhalten haben. Unerlaubte gewerbliche Unterrichtserteilung ist strafbar (VO. d. Reichskanzl. 2. 8. 17, RGBl 1917, 683 und PrVO. 27. 9. 21, GS. S. 516). Bedürfnisfrage wird geprüft (Pr. Erl. 31. 1. 30, LUSTIG, S. 86). Bezüglich Zurücknahme der staatlichen Anerkennung gilt Bem. 6 unter III.

Bem. 2. Dauer der Ausbildung. In Bayern, Hessen, Preußen und Thüringen ist die Ausbildung getrennt: 1. als Laboratoriumsassistentin, 2. als Röntgenassistentin. Dauer $1\frac{1}{2}$ Jahre und dazu $\frac{1}{2}$ Jahr praktische Tätigkeit an einer ermächtigten Anstalt, in Thüringen 1 Jahr für jede Berufsart und $1\frac{1}{2}$ Jahre praktische Tätigkeit, in Sachsen nur Gesamtausbildung als technische Assistentin $1\frac{1}{2}$ Jahre und $\frac{1}{2}$ Jahr praktische Tätigkeit; in Hamburg und Baden nur Ausbildung als Laboratoriumsassistentin. Dauer 2 Jahre, dazu in Baden $\frac{1}{2}$ jährige praktische Tätigkeit.

Bem. 3. Schulbildung. Volksschulbildung im Regelfalle nirgends ausreichend. Verlangt wird Lyzeumsreife oder Versetzung nach Obersekunda, Mittelschulreife nach der neuen Ordnung 1. 6. 25, in Hamburg erfolgreicher Besuch der Untersekunda einer Mädchenschule oder des Oberbaues der Volksschule.

Bem. 4. Prüfungsalter. In Thüringen das vollendete 19., in anderen Staaten das vollendete 20. Lebensjahr.

Bem. 5. Die Praktikantenzeit. Die vorgeschriebene praktische Tätigkeit darf nur an einer von der Landeszentralbehörde ermächtigten Anstalt abgeleistet werden. Sie hat sich bei Röntgenassistentinnen auch auf die Hilfeleistung beim Krankenbett zu erstrecken. Für das Zimmer sind besondere Angaben erforderlich (LUSTIG, S. 97).

Bem. 6. Ausländer. Ehemalige Reichsangehörige oder deutschstämmige Ausländer können in Preußen auf Antrag beim Minister die staatliche Anerkennung erhalten, andere Ausländer nicht. Sie sind beim Eintritt in die Schule darauf hinzuweisen, werden zur Prüfung zugelassen, wenn sie schriftlich erklären, später keinen Antrag auf staatliche Anerkennung zu stellen (Erl. 3. 6. 27, LUSTIG, S. 97).

III. Krankenpflegepersonen.

Bem. 1. Gewerbefreiheit und Schutz von Berufstrachten. Die gewerbsmäßige Ausübung der Krankenpflege unterliegt keiner Beschränkung. Der Name „Schwester“ ist nicht geschützt, wohl aber bestimmte Berufstrachten und Berufsabzeichen — durch Gesetz vom 7. 9. 15 und VO. d. Reichskanzlers 6. 8. 16 und des Bundesrats 21. 7. 26. StrBest. i. § 1 des Ges. Anträge auf Schutz der Berufstrachten sind zunächst an die Landeszentralbehörde zu richten (LUSTIG, S. 220).

Bem. 2. Ausbildung. Sie ist auf Grund eines Bundesratsbeschl. 22. 3. 06 in den meisten Staaten geregelt. Dauer 2 Jahre und mindestens 200 theoretische Unterrichtsstunden in Preußen, Sachsen, Thüringen, Hessen, Oldenburg, Hamburg, Braunschweig, Anhalt, Lübeck. 1 Jahr: in Bayern, Baden, Württemberg, Bremen, beiden Mecklenburg. Preußen, Anhalt, Thüringen, Hamburg, Lübeck erkennen die staatlichen Ausweise gegenseitig an, sonst nur auf Antrag, wenn die Ausbildung dieselbe ist.

Die Ausbildung erfolgt in den als Krankenpflegeschulen staatlich anerkannten Krankenhäusern. Sie sind veröffentlicht in Nr. 1 Volkswohlf. 1931. Verlangt wird abgeschlossene Volksschulbildung. Bezüglich Ausländer gilt Bem. 6

unter II. Die Prüfungskommission besteht aus Ärzten, von denen der staatliche Medizinalbeamte Vorsitzender ist. In Hamburg kommt ein Krankenpfleger bzw. Krankenpflegerin als Mitglied dazu (PrO. i. Pr. 19. 7. 21, Volkswohlf. 1921, 394 und 25. II. 23, Volkswohlf. 1923, 517, LUSTIG, S. 163).

Bem. 3. Prüfungsalter. 20 Jahre in Preußen, Braunschweig, Mecklenburg-Strelitz, Thüringen, Hamburg. Hier zugleich Höchstalter 25 Jahre. 21 Jahre wird in den übrigen Ländern gefordert.

Bem. 4. Abkürzung der Ausbildungszeit kann auf Antrag erfolgen bei gleichwertiger, aber entsprechend längerer Ausbildung, z. B. als Säuglingschwester, Hebamme usw. Im allgemeinen wird die Hälfte einer gleichwertigen Tätigkeit angerechnet. Jedoch erfolgt die Kürzung nur ganz ausnahmsweise auf mehr als die Hälfte der vorgeschriebenen Ausbildungszeit.

Bem. 5. Staatliche Anerkennung ohne Prüfung wird nur Sanitätsunteroffizieren des Heeres, der Marine oder der Schutzpolizei erteilt, die 5 Jahre im Sanitätsdienst tätig waren. Sie dürfen aber nicht länger als 2 Jahre aus dem Dienst ausgeschieden sein und müssen mindestens während der Hälfte dieser Zeit krankenpflegerisch tätig gewesen sein.

Bem. 6. Zurücknahme der staatlichen Anerkennung. Bei grober Unzuverlässigkeit oder gänzlicher Ungeeignetheit kann die staatliche Anerkennung zurückgenommen oder die eines anderen Landes als unwirksam im preußischen Staatsgebiet erklärt werden (§ 24 d. Pr. O.). Zuständig ist der betreffende RegPräs., in Berlin der PolPräs. In anderen Ländern ist die gleiche Regelung getroffen.

Bem. 7. Krankenpflege bei Tuberkulose. Das RGA. hat Anweisung zur Verhütung der Ansteckung mit Tuberkulose für die in Anstalten tätigen Krankenpflegepersonen ausgearbeitet, erhältlich beim Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin W 9, vgl. Lustig 209. Es soll eine besondere Auswahl erfolgen, öfterer Wechsel, Ruhe, Erholung, gute Ernährung und Unterbringung sowie regelmäßige Untersuchung und Belehrung.

IV. Säuglings- und Kleinkinderschwestern.

Bem. 1. Ausbildung. Sie ist im Deutschen Reich *einheitlich* geregelt (RGesBl. 1930, 394 und Volkswohlf. 1930, 957) und zerfällt in zwei Teile:

1. Staatlich anerkannte Säuglings- und Kleinkinderpflegerin für die Familie. Dauer: 1 Jahr und 100 Stunden in staatlicher Pflegeschule.

2. Staatlich anerkannte Säuglings- und Kleinkinderschwester oder Säuglings- und Kleinkinderkrankenpflegerin für die Pflege des kranken Säuglings. Dauer: Voraussetzung: Ausbildung zu 1 und dazu 1 weiteres Jahr und 120 Stunden in staatlicher Schwesternschule. Die bestehenden Schulen sind veröffentlicht im RMinBl. 1931, Nr 36.

Vorgeschrieben ist abgeschlossene Volksschulbildung, Leumundszeugnis, Wiederimpfschein. Bezüglich Entziehung der Ausweise s. oben III, Bem. 6.

Bem. 2. Prüfungsalter. Für die Pflegerin 19 Jahre, Höchstalter 34 Jahre, für die Schwester 20, Höchstalter 35 Jahre. — Ausnahmen zulässig.

Bem. 3. Kürzung der Ausbildungszeit. Hebammen und staatlich anerkannten Krankenpflegerinnen wird die Ausbildung als Säuglingschwester um 1 Jahr gekürzt.

Bem. 4. Umschreibung alter Ausweise. Ausweise, die auf Grund 2jähriger Ausbildung ausgefertigt wurden, werden durch neue ersetzt. Diejenigen, die auf Grund 1jähriger Ausbildung ausgefertigt wurden, nur dann, wenn die Schwester 2 Jahre an ärztlich geleiteten Säuglings- und Kleinkinderanstalten oder den Fürsorgestellen tätig war. Privatpflege rechnet nicht.

V. Irrenpflegepersonen.

Bem. 1. Die staatliche Anerkennung als Irrenpflegeperson nach staatlicher Prüfung gibt es in a) Hamburg, Thüringen und Baden: 1jährige praktische Irrenpflege, danach 1jähriger Lehrgang, b) in Baden: 1jähriger Lehrgang und darauf 2jährige praktische Irrenpflege.

In Bayern, Sachsen und Hessen bestehen keine besonderen Prüfungsvorschriften für Irrenpfleger, in Württemberg wird nach 2jähriger Dienstzeit ein Lehrgang veranstaltet, in Anhalt, Mecklenburg-Strelitz werden kurze Ausbildungskurse abgehalten. In Preußen ist die Ausbildung nicht einheitlich geregelt. Sie findet in Provinzialanstalten statt. Als Abschluß wird ein Hausexamen abgelegt ohne staatlichen Charakter.

Bem. 2. Besondere Bestimmungen über Irrenpfleger in Preußen. Durch Erl. 29. 12. 10, LUSTIG, S. 287, wird angeordnet, daß die ärztliche Untersuchung der Pfleger vor der Einstellung zu erfolgen hat. Der RegPräs. ist ermächtigt, den Erlaß einer Dienstanweisung für das Pflegepersonal vorzuschreiben. Für jeden Pfleger sind Akten anzulegen (§ 21 d. Anw. MinBl. 1901, 97). Zu diesen ist das Ergebnis der genauen ärztlichen Untersuchung zu nehmen, ebenso die Bestimmungen über die Ausbildung und Leistungen.

VI. Masseure.

Bem. 1. Ausbildung. Staatlich geregelt ist die Ausbildung nur in Preußen (Volkswohlf. 1923, 394), Sachsen und Hamburg. Dauer: 6 Monate und 120 theoretische Stunden bei werktäglicher Inanspruchnahme von 4 Stunden, in Sachsen 240 Stunden. Die Ausbildung erfolgt in staatlich anerkannten Schulen, deren Namen jährlich in den Amtsblättern veröffentlicht werden. Wegen Zurücknahme der staatlichen Anerkennung s. Bem. 6 unter III.

Bem. 2. Prüfungsalter. In Hamburg 19, in Preußen 20, in Sachsen 21 Jahre.

VII. Krüppelfürsorge- und -erziehungsschwestern.

Bem. 1. Ausbildung. Sie ist nur in Sachsen geregelt (VO. 19. 5. 21, Sächs. Staatsztg. 118). Vorbildung: Obersekundareife, höhere Mädchenschule, Zeugnis der mittleren Reife, Volksschülerinnen müssen besondere Aufnahmeprüfung ablegen, 21 Jahre, Leumundszeugnis, 2jährige Ausbildung im Krüppelheim „Humanitas“ in Leipzig, staatliche Prüfung.

VIII. Wochenbettpflegerinnen.

Bem. 1. Ausbildung. Sie ist staatlich geregelt in Hessen, Hamburg, Bremen und findet in den Hebammenlehranstalten statt. Dauer: Hessen 3 Monate, Alter 21 Jahre; Hamburg 1 Jahr, Alter 19 Jahre; Bremen $\frac{1}{2}$ Jahr, Alter 21 Jahre.

In Preußen ist die Ausbildung nicht gesetzlich geregelt. In einigen Hebammenlehranstalten, wie Greifswald, Breslau, Oppeln, Düsseldorf finden 6monatige Ausbildungskurse ohne staatliche Anerkennung statt. Ähnlich ist die Ausbildung in Württemberg und Braunschweig.

IX. Wohlfahrtspflegerinnen.

Bem. 1. Ausbildung. Die Ausbildung der Wohlfahrtspflegerinnen oder Fürsorgeschwestern ist im Deutschen Reich fast einheitlich geregelt. Es gibt 3 Berufsgruppen von staatlich anerkannten Wohlfahrtspflegerinnen: 1. in dem Hauptfach Gesundheitsfürsorge, 2. Jugendwohlfahrtspflege, 3. Wirtschafts- und Berufsfürsorge (PrO. 22. 10. 20, 15. 3. 22 und 10. 7. 25, Volkswohlf. 1920, 355). Voraussetzung für die Anerkennung ist: a) die fachliche Berufsschulung — bei

Gesundheitsfürsorgerinnen 1jähriger Besuch einer Kranken- oder Säuglingspflegeschule, bei Jugendwohlfahrtspflegerinnen staatliche Prüfung als Kindergärtnerin, Hortnerin, Jugendleiterin oder 2jähriger Besuch einer Frauenschule u. a., bei Berufsfürsorgerinnen Besuch der Handelsschule, Gewerbeschule, wirtschaftlichen Frauenschule oder 4jährige Berufstätigkeit; b) 2jähriger Besuch einer staatlich anerkannten Wohlfahrtsschule, bestehende Abschlußprüfung; c) 1jährige praktische Bewährung; d) Vollendung des 24. Lebensjahres.

Bem. 2. Wohlfahrtspfleger, Fürsorger, Sozialbeamte. Unter ähnlichen Bedingungen werden Männer zu der Ausbildung zugelassen, und zwar für Jugendwohlfahrtspflege, Wirtschafts- und Berufsfürsorge und Allgemeine Wohlfahrtspflege.

X. Hebammen.

Bem. 1. Ausbildung. Sie erfolgt in den Hebammenlehranstalten. Diese sind in den meisten Ländern staatlich; in Preußen gehören sie den Provinzialverwaltungen, soweit sie nicht den Universitätskliniken angegliedert sind.

Die *Dauer der Ausbildungszeit* ist verschieden in den einzelnen Ländern, obwohl einheitliche Grundsätze für die Regelung des Hebammenwesens im Deutschen Reich am 6. 11. 17 herausgegeben sind (Veröff. RGesA. S. 731 u. 743). Ausbildungsdauer: 18 Monate in Preußen, Braunschweig, Oldenburg, Lippe und Schaumburg-Lippe; 12 Monate in Bayern, Sachsen, Württemberg, Thüringen, Hamburg und Anhalt; 9 Monate in Baden, Hessen und beiden Mecklenburg. Entsprechend ist auch der Unterrichtsplan sehr verschieden geregelt. Während in Preußen 900 Unterrichtsstunden und 25 Geburten verlangt werden, werden in Braunschweig 450 Unterrichtsstunden und 100 Geburten gefordert; in Sachsen, Baden, Mecklenburg-Schwerin werden 10—12 Geburten für ausreichend gehalten. Das Ausbildungsalter ist begrenzt. In den meisten Staaten 20, höchstens 30 Jahre; in Braunschweig und anderen Ländern 21—25 Jahre. Dispens ist möglich. Zuständig ist in Preußen der Oberpräsident, in anderen Ländern das Ministerium. Überall wird abgeschlossene Volksschulbildung gefordert.

Bem. 2. Bedeutung des Prüfungszeugnisses. Dieses wird nach bestandener staatlicher Prüfung den Hebammen ausgestellt, in Preußen von dem ObPräs., in Bayern, Württemberg von der Prüfungskommission, in Hessen von dem Direktor der Hebammenlehranstalt, und zwar auf Grund des § 40 Abs. 1 GewO., *nicht* auf Zeit. Es gilt solange, als es nicht zurückgenommen ist oder der Inhaber auf dasselbe verzichtet hat. Dieses Zeugnis benötigt die Hebamme zur Ausübung ihres Berufs gemäß § 30 Abs. 3 GewO. Es stellt aber keine Approbation im Sinne des § 29 GewO. und keine gewerbepolizeiliche Genehmigung mit Gültigkeit für das Deutsche Reich dar. Es gilt nur für das Gebiet desjenigen Staates, der es ausgestellt hat. Denn es bleibt dem Landrecht überlassen, zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen das Prüfungszeugnis erteilt wird. Dies hindert nicht daran, daß ein in einem Land erworbenes Prüfungszeugnis von einem anderen Lande anerkannt wird. Insbesondere tun dies ohne weiteres die Länder, die keine eigenen Hebammenlehranstalten haben — wie Anhalt, Bremen, Lübeck, Mecklenburg-Strelitz, Schaumburg-Lippe —, ferner die Länder, die eine meistens gleichartige Ausbildung haben. Über die gegenseitige Zulassung der in den Grenzgebieten der deutschen Bundesstaaten wohnenden Hebammen bestehen besondere Vereinbarungen, die sich nach Grundsätzen des Bundesrats 5. 5. 87 und 3. 3. 10 richten, z. B. BayerMBL. 20. 7. 87, GVoBl. S. 370 u. 30. 4. 00, GVoBl. S. 260; WürttMVfg. 17. 5. 10, RegBl. S. 258; SächsMVfg. 22. 3. 10, Fischers Zeitschr. 37, 228. Ähnliche Verordnungen sind auch mit den benachbarten außerdeutschen Ländern getroffen.

Nach § 3 d. PrHebGes., StrafBest. § 41 ist auch die nicht gewerbsmäßige Ausübung der Geburtshilfe ohne Prüfungszeugnis verboten, um der Hebammenpfuscherei entgegenzutreten. Die Ausübung der Geburtshilfe ist Männern nach den gesetzl. Bestimmungen nicht untersagt.

Bem. 3. Niederlassungsgenehmigung. Abgesehen von dem Prüfungszeugnis fordern mehrere Länder, z. B. Bayern, Sachsen, Anhalt, Braunschweig, Bremen, Lippe, Lübeck, Mecklenburg-Schwerin noch eine Niederlassungsgenehmigung zur Zulassung zum Hebammengewerbe. Diese Forderung, die auch in § 4 PrHebGes. 22. 7. 22, GS. S. 179 u. 1923, 2, 63 gestellt wird, hat das OVG. im Urt. 7. 1. 26, 80, 337 für rechtsungültig erklärt, da hierin eine nach § 1 RGO. unzulässige Beschränkung der grundsätzlichen Gewerbefreiheit liegen würde (vgl. auch Art. 13 RVerf.).

Bem. 4. Zurücknahme des Prüfungszeugnisses regelt sich nach § 53 RGO. Wegen der Voraussetzungen des Verfahrens und der Behörde wird auf Bem. 1 u. 2, S. 164 verwiesen. Es gilt hier dasselbe. Als Entziehungsgrund wurden u. a. anerkannt: grobe Verstöße gegen die DA., Nichtbefolgung kreisärztl. Anordnungen, sittliche Verfehlungen, Abtreibungen, Beihilfe zur Fälschung des Personenstandes, Trunksucht, Berufsuntüchtigkeit infolge Alter und Gebrechen u. a. Die verschiedenen Urteile sind zusammengestellt in ADHZ. 1928. Nr. 12 u. 13 (LUSTIG: Die gewerbl. Erfordernisse z. Heb.-Beruf).

Bem. 5. Verzicht. Hier gilt dasselbe wie Bem. 5, S. 162.

Bem. 6. Bezeichnung „Hebamme“. Die Bezeichnung „Hebamme“ ist gesetzlich nicht geschützt und nicht etwa an die Verleihung des Prüfungszeugnisses gebunden. Ohne Ausübung des Hebammengewerbes ist die Bezeichnung „Hebamme“ nicht strafbar (RG[Str] 10, 340; 15, 181).

Bem. 7. Formen der Berufsausübung. Man unterscheidet: 1. frei praktizierende Hebammen, 2. Bezirkshebammen — von einer Gemeinde oder einem Kreise angestellt, 3. Anstaltshebammen. Das Hebammenwesen ist *gesetzlich* geregelt in Preußen durch Ges. 20. 7. 22 (GS. S. 179), 31. 12. 22 u. 15. 3. 23 (GS. 1923, 2 u. 63). Hamburg: d. Ges. 29. 12. 99, in Mecklenburg-Schwerin durch Ges. 15. 12. 21, Braunschweig 9. 3. 03, Anhalt 15. 3. 89 (GS. Nr. 804) u. 25. 3. 04 (GS. Nr. 1185); Bremen: MedOrd. 2. 6. 01, Lippe Ges. 24. 12. 24, Lübeck 19. 7. 99, Sachsen: Mandat 2. 4. 18 (GS. 9). Dagegen ist es in Bayern nicht durch Gesetz, sondern durch die Entschließung des StM. 23. 3. 26 und durch Erl. 4. 5. 26 (GVBl. S. 275 u. 55) und in Baden VO. 9. 2. 20 geregelt.

Bem. 8. Dienstanweisung. In allen Staaten ist die Berufsausübung der Hebammen durch besondere DANw. geregelt. Wesentlich ist, daß für die Hebamme eine Pflicht zur Berufsausübung besteht (§ 11 PrHebGes. u. § 12 DANw.). Ihr Verhalten im Beruf, dem Kreisarzt und den Ärzten gegenüber wird eingehend in der DANw. geregelt. Die Aufsicht führt der Kreisarzt (in Preußen gem. § 57 bis 63 DANw. f. KreisA. 1. 9. 09 (MBI f. MedAng. 1909, 381 ff.). Die DANw. gilt in Preußen nicht für die Anstaltshebammen (s. Bem. 15, S. 71).

Bem. 9. Meldewesen. 1. Nach dem PersStG. (s. S. 42), 2. für Krüppel bis zu 18 Jahren an das Jugendamt nach dem PrKrüppelfürsGes. 6. 5. 20 (Veröff. RGA. S. 545); in Braunschweig Ges. 15. 7. 22 (Veröff. RGA. S. 558); in Schaumburg das Ges. 7. 3. 21 u. VO. 30. 8. 26 (Veröff. RGA. 1927, 4), 3. an den Kreisarzt gem. § 39 PrDANw. in folgenden Fällen: a) beim Tode einer Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerin; b) bei jedem in den ersten 10 Lebenstagen erfolgten Tode eines Neugeborenen; c) bei jedem Fall von Fieber während der Entbindung, im Wochenbett oder nach Fehlgeburt, wenn die Temperatur über 38 Grad steigt, bei Wundrose und Wundstarrkrampf sowohl der Mutter wie des Kindes; d) bei jedem Fall, in dem die Hebamme einem Arzte bei der

an einer fiebernden Person vorgenommenen Ausschabung der Gebärmutter oder Einleitung der Fehlgeburt oder Beseitigung von Eiresten Hilfe geleistet hat; e) bei jedem Fall von Augenentzündung; e) wenn die Angehörigen bei Verdacht auf Kindbettfieber oder bei Kindbettfieber den Arzt verweigern; f) bei jedem Fall von Augenentzündung, Schälblasen, Nabelentzündung eines Neugeborenen; g) bei jeder der Hebamme bekanntgewordenen Erkrankung an Cholera, Pocken, Fleckfieber, Diphtherie, Kindbettfieber, Scharlach, Typhus, Ruhr, Wundrose und Wundstarrkrampf in dem Hause der Hebamme selbst oder in dem Hause, in dem sie eine Gebärende oder Wöchnerin zu besorgen hat; h) bei Erkrankungen der Hebamme an krebsigen oder auf Krebs verdächtigen Geschwülsten, an Geschwüren der Hände, der Brust oder an übelriechenden Ausflüssen oder anderen Eiterungen am Körper und bei Verdacht auf Syphilis; i) wenn die Hebamme eine an Krebs der Gebärmutter oder der Scheide oder der äußeren Geschlechtsteile erkrankte Schwangere oder Gebärende untersucht hat; k) wenn die Schwangere in der Wohnung der Hebamme entbunden zu werden wünscht; l) wenn die Hebamme eine Nachgeburtslösung ausführen mußte; m) wenn ihr eine schriftliche Bescheinigung über die Ablehnung der von ihr verlangten ärztlichen Hilfe verweigert wird.

Bem. 10. Hebammenstellen. Nach dem PrHebGes. sind Kreis- und Provinzial-Hebammenstellen zu bilden. Diese setzen sich aus Hebammen und Müttern, die auf Grund des Verhältniswahlverfahrens gewählt werden, aus Krankenkassenvertretern, dem Kreisarzt und Gemeinde- bzw. Prov.-Ausschußvertretern und einem Hebammenlehrer zusammen. Sie sind beratende Organe für Angelegenheiten des Hebammenwesens und müssen in bestimmten Fällen, z. B. vor der Festsetzung einer im Verwaltungszwangsverfahren einzutreibenden Gebühr, vor Erlaß neuer GebOrd., vor Einreichung einer Klage auf Entziehung des Prüfungszeugnisses usw. gehört werden (s. S. 69, Bem. 4).

Bem. 11. Altersversorgung. Die durch das PrGes. vorgesehene Altersversorgung bezieht sich nur auf Hebammen, denen eine Niederlassungsgenehmigung erteilt wurde. Diesen ist ein Mindesteinkommen zu garantieren. Jedoch ist die Bestimmung wegen des OVG. 7. I. 26, 80, 337 praktisch bedeutungslos. In Bayern ist die Altersversorgung durch die Bekanntmachung St.klin.d.J. 6. 6. 24 gesetzlich geregelt, und zwar als selbständige Abteilung bei der *durch Gesetz 16. 8. 23* (GVOBl. 255) *geschaffenen Ärzteversorgung*. Im übrigen sind die Hebammen nunmehr alle der Versicherungspflicht bei der Angestelltenversicherung unterworfen.

Bem. 12. Gebührenordnung. Die Gebühren der Hebammen regeln sich nach besonderen in den einzelnen Staaten erlassenen GebOrd. In Preußen hat die Befugnis zum Erlassen einer solchen jeder RegPräs., in Berlin der PolPräs. Es werden im ganzen 3 Teuerungsklassen unterschieden.

Bem. 13. Beitreibung der Gebühren. Nach § 16 PrHebGes. wird eine Gebühr, die nicht innerhalb einer angemessenen Frist bezahlt wird, von dem Landrat bzw. Bürgermeister nach Anhörung der Kreishebammenstelle und des Zahlungspflichtigen festgesetzt. Gegen die Festsetzung ist Beschwerde binnen 2 Wochen beim Bezirksausschuß möglich, der nach Anhörung der ProvHebStelle endgültig entscheidet. Die rechtskräftig festgesetzte Gebühr wird im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben, und zwar auf Kosten des Kreises.

Bem. 14. Entschädigung von seiten der Krankenkassen. Auf Grund des § 376a RVO. setzte die oberste Verwaltungsbehörde unter Mitwirkung der Krankenkassen, Ersatzkassen und Hebammen die Gebühren für alle Verrichtungen der Hebammen für alle Teile verbindlich fest. Dies ist in Preußen geschehen durch die VO. MfV. 15. 6. 31, IM. II, 1297/31, Volkswohlf. 610 und v. 21. 3. 32, IM. II, 699/32. Die Hebammen sind nicht befugt, weitergehende Ansprüche an die Wöchnerinnen zu stellen.

Bem. 15. Insbesondere die Anstaltshebamme. Das Preuß. Hebammengesetz gilt nach § 42 nicht für Hebammen, die an Frauenkliniken und Krankenhäusern angestellt sind und ihren Beruf ausschließlich in deren Dienst ausüben. Für sie ist aber ein preußisches Führungszeugnis vorgeschrieben (Erl. 2. 7. 04, MinBlfMedAng. 1904, 291). Anmeldung beim Kreisarzt § 40 der Dienstanweisung. In Bayern ist bei Anstaltshebammen in nichtöffentlichen Anstalten außer dem Prüfungszeugnis auch Niederlassungsgenehmigung erforderlich (AusfBest. 4. 5. 26 MinBl. i. V. S. 55); in öffentlichen Anstalten nur dann, wenn sie Praxis außerhalb der Anstalt ausüben wollen. In Preußen sind die an den Kreisarzt zu erstattenden Anzeigen über Kindbettfieber usw. von den Anstaltshebammen nicht zu machen (Erl. des MfV. 26. 4. 31, IM. II, 1144/30).

Falls in einer Krankenanstalt keine Anstaltshebamme beschäftigt ist, soll zu jeder Entbindung eine Hebamme zugezogen werden (PrMfV. 9. 1. 29, IM. II, 3424/28, MittRStW. 5, 82).

XI. Apotheker.

Bem. 1. Leitung der Anstaltsapotheken. Als Leiter einer Anstaltsapothekes kommen nur approbierte Apotheker in Betracht (s. S. 240ff.). Nicht approbierte Assistenten dürfen in solcher von einem approbierten Apotheker geleiteten Krankenhausapothekes beschäftigt werden (Erl. 25. 8. 14), jedoch wird die Zeit nicht auf die vorgeschriebene 2jährige Assistentenzeit vor dem Staatsexamen angerechnet. Praktikanten können nur mit Genehmigung des Ministers angenommen werden (höchstens für 1 Jahr).

XII. Verwaltungspersonal.

Bem. 1. Leitende Verwaltungsbeamte. In dem Erl. 2. 6. 10 (oben S. 62, Bem. 2) wird bestimmt, daß mit den Grundsätzen für die ärztliche Leitung der Krankenhäuser nicht beabsichtigt sei, in die Haushalts- und Wirtschaftsführung der Angestellten einzugreifen, doch erscheint es erforderlich, daß dem leitenden Verwaltungsbeamten eine ausreichende Selbständigkeit in seiner Tätigkeit eingeräumt wird.

Bem. 2. Meldepflicht. Bei Sterbefällen und Geburten in öffentlichen Anstalten ist der Vorsteher zur Anzeige verpflichtet (s. S. 42), ebenso bei ansteckenden Krankheiten (s. S. 51), bei Tuberkulose auch in nichtöffentlichen Krankenhäusern (s. S. 53).

XIII. Hauspersonal.

Bem. 1. Beschäftigung des Hauspersonals. Das Hauspersonal soll grundsätzlich nicht mit der Pflege von Kranken beschäftigt werden. Insbesondere darf Küchenpersonal nicht zur Pflege von ansteckenden Kranken herangezogen werden (Erl. 12. 11. 17, MBfMedAng. S. 410). Es ist zweckmäßig, das gesamte Küchenpersonal vor der Einstellung auf Typhus, Paratyphus und Ruhr bakteriologisch zu untersuchen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Zu I. *Ärzte:* OPITZ: Prüfungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte, S. 104. Berlin: August Hirschwald 1928. — OPITZ: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Julius Springer 1926. — LUSTIG: Gesetz und Recht im Krankenhaus. Berlin: Julius Springer 1930. — KERSCHENSTEINER: Der Arzt im deutschen Krankenhaus, S. 117. Nosokomeion 1931. — TANDLER: Der Arzt als Subjekt und Objekt einer gesetzlichen Regelung des Krankenhauswesens, S. 174. Nosokomeion 1931. — PHILIPSBORN: Die Stellung des Arztes im gemeinnützigen Krankenhaus, S. 213. Nosokomeion 1931. — HADRICH: Wirtschaftstaschenbuch für wirtschaftliche Assistenten, S. 335—361. Leipzig: Thieme 1927. — HADRICH: Organisationshandbuch für Assistenten. Leipzig 1929. — Anstellungsbedingungen für Assistenzärzte an privaten und gemeinnützigen Krankenanstalten. Mitt. RStW. 4, 26. — Letzte

Verzeichnisse der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute in RMBl. 1931, 299 und Volkswohlf. 1931, 387.

Zu II—IX. LUSTIG: Gesetz und Recht im Krankenhaus. Berlin 1930. — Handbücherei für Staatsmedizin Bd. V und VI. Berlin: Carl Heymann 1928 (Ärztliches Hilfspersonal).

Zu II. *Medizinisch-technische Hilfspersonen*: LUSTIG: Laboratorium und Röntgeninstitut in Gesetz und Recht. Leipzig: Mediz. Buchhandlung.

Zu III. *Krankenpflegepersonen*: ABENDROTH: Der Stand der Krankenpflege im Krankenhaus, S. 315. Nosokomeion 1931. — ALTER: Ethische Bedingungen der Krankenpflege im Krankenhaus, S. 632. Nosokomeion 1931. — BRUMHARD: Der juristische Aufbau des evangelischen Diakonissenwesens. Nidda: Verlag Cloos. — FISCHER-MICHAEL O. S. C.: Die deutsche Krankenpflege in der Neuzeit. Freiburg i. Br.: Caritas Verlag. — FISCHER-SCHULZ, MARIE: Die Ausbildung in der Kranken-, Irren- und Säuglingspflege und im Massageberuf. Berlin: Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter. — FREY: Die wirtschaftliche Lage der Krankenhausschwester, S. 497. Nosokomeion 1931. — v. HUGO: Entwicklung und Stand der Krankenpflege in Krankenhäusern für geistig Abnorme, S. 556. Nosokomeion 1931. — LÜTTICHAU: Die Diakonisse, S. 379. Nosokomeion 1931. — OSTERMANN: Amtliches Krankenpflegelehrbuch. Berlin: August Hirschwald. — MAASE: Die Rechtsverhältnisse des Pflegepersonals in Krankenanstalten, S. 601. Nosokomeion 1931. — STEIN: Die Krankenpflege in Gemeinde- und Staatsdienst, S. 416. Nosokomeion 1931. — STREITER: Der Krankenpfleger im Krankenhaus, S. 529. Nosokomeion 1931. — STREITER: Der Krankenpflegeberuf, kein Durchgangs-, sondern ein Lebensberuf. 4. Aufl. Osterwiek/Harz: F. Staude 1926. — STREITER: Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland. 2. Aufl. Jena: G. Fischer 1924. — WIRTH: Die Stellung der Schwester im Krankenhaus, S. 521. Nosokomeion 1931. — MÖLLERS: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im deutschen Reich. 2. Aufl. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1930.

Zu X. *Hebammen*: KROHNE: Preuß. Hebammengesetz. Osterwiek/Harz: F. Staude. — HAMMERSCHLAG-LANGSTEIN-OSTERMANN: Hebammenlehrbuch. 5. Aufl. Berlin: Julius Springer 1928. — HESSE: Die Regelung des Hebammenwesens im Deutschen Reich. RGesBl. II 1927, Nr. 20. — MÖLLERS: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 2. Aufl. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1930.

Zu XI. *Apotheker*: URBAN: Apothekengesetzgebung, S. 92. Berlin: Julius Springer 1927.

Zu XII. *Verwaltungspersonal*: BAUMGARTEN: Der gegenwärtige Stand der Verwaltung und Wirtschaft im Krankenhaus, S. 970. Nosokomeion 1931.

Zu XIII. *Hauspersonal*: LEVY: Administrative und ökonomische Probleme aus der im Krankenhaus tätigen Angestellten- und Arbeiterschaft, S. 811. Nosokomeion 1931.

2. Arbeitsrecht der im Krankenhaus tätigen Personen.

Von

H. DERSCH, Berlin.

I. Einzelarbeitsvertragsrecht.

Bemerkung 1. Die maßgebenden Vorschriften. Soweit die in E1 genannten Personen an Anstalten des Reichs, eines Landes, einer Provinz, eines Kreises, einer Gemeinde tätig sind, können sie als unmittelbare oder mittelbare *Beamte* unter das Beamtenrecht fallen. Dann gelten für sie die beamtenrechtlichen Vorschriften des Reichs usw. Insbesondere unterliegen sie daher folgenden beamtenrechtlichen Regeln:

a) Da mit ihnen kein privatrechtlicher Anstellungsvertrag geschlossen ist, es sich vielmehr um ein öffentlich-rechtliches Verhältnis handelt, ist für den Abschluß von Tarifverträgen kein Raum.

b) Für sie gelten die Besoldungsordnungen ebenso die Gehaltskürzungsvorschriften für Beamte, und zwar auch für Beschäftigte in Anstalten, deren Einkünfte mit mehr als der Hälfte von Körperschaften des öffentlichen Rechts herühren, da diese Anstalten den öffentlichen Anstalten gleichgestellt sind, vgl. RGBl. I 1931, 283, 538, 1930, 523. Hierbei ist fraglich, ob Pflegesätze als Einkünfte gelten. Über die Anstalten von Religionsgesellschaften, vgl. RGBl. 1931, 283, 1930, 523 (§ 8 der VO. 6. 6. 31).

- c) Sie sind disziplinarrechtlich als Beamte zu behandeln.
- d) Bei ihnen werden Delikte nach den für Beamte im Sinne des StGB. § 359 geltenden Vorschriften geahndet.
- e) Für sie kommt eine Betriebsvertretung nicht in Frage, denn nach § 10 BetrRG. gelten die öffentlichen Beamten nicht als Arbeitnehmer im Sinne des BetrRG.
- f) Sie unterliegen dem Beamtenpensionsrecht.
- g) Die Arbeitszeitvorschriften gelten für sie nicht, und zwar auch nicht die VO. 13. 2. 24 (§ 2 Abs. 2a der VO., vgl. II).

h) Streitigkeiten aus ihrem Dienstverhältnis gehören nicht zur Zuständigkeit der Arbeitsgerichte, wie sich aus § 5 ArbGG. ergibt. Vielmehr ist hierfür der ordentliche Rechtsweg (Amtsgericht usw.) maßgebend, sofern nicht etwa die Beamtengesetze im Einzelfalle eine andere Regelung vorsehen.

i) Sie sind unter gewissen Voraussetzungen von der Pflicht zur Sozialversicherung befreit. Hierüber vgl. Abschnitt 3, S. 83ff.

Das Gegenstück hierzu bilden diejenigen in Krankenhäusern tätigen Personen, die auf Privatdienstvertrag beschäftigt sind. Dabei gilt für Arbeiter und gewerbliche Angestellte, die in privaten gewerblichen Anstalten tätig sind, die GewO., für Arbeiter an allen übrigen Anstalten, ebenso für andere Angestellte das BGB., für kaufmännische unter Umständen das HGB. Näheres über den Vertrag s. Bem. 2.

Bem. 2. Rechtsnatur des Vertragsverhältnisses. Soweit die Grundlage für das Verhältnis zwischen den im Krankenhaus tätigen Personen und dem Inhaber des Krankenhauses der Arbeitsvertrag bildet, handelt es sich um Dienst-, nicht um Werkverträge. Letztere könnten nur ausnahmsweise in Frage kommen, wenn etwa ein Krankenhaus für eine einzelne Operation einen nicht im Krankenhaus angestellten Spezialarzt heranzieht. Vgl. hierzu unten S. 95, 198.

Bem. 3. Pflichten des Arbeitnehmers. a) Die Pflicht des Arbeitnehmers besteht in der Hauptsache in der Leistung der geschuldeten *Dienste* (§ 611 BGB.). Sie sind teils im Arbeitsvertrag festgelegt, zum anderen Teil unter Heranziehung des § 242 BGB. nach Treu und Glauben, mit Rücksicht auf die Verkehrsauffassung zu erfassen. U. a. fällt hierunter die Arbeitsbereitschaft des Krankenhauspersonals. (Über die Entlohnung solcher Zeit vgl. Bem. 4a.) Einen Vertreter darf er nicht stellen, ist aber auch nicht verpflichtet, einen solchen, wenn er selbst an der Dienstleistung verhindert ist, zu stellen.

b) Daneben ergibt sich für den Arbeitnehmer aus § 242 BGB. eine begrenzte, sog. *Gehorsamspflicht*. § 121 GewO. verpflichtet ihn sogar ausdrücklich, den Anordnungen des Arbeitgebers in Beziehung auf die ihm übertragenen Arbeiten und auf die häuslichen Einrichtungen Folge zu leisten. Dagegen besteht eine Pflicht des Arbeitnehmers, sich einer Torkontrolle zu unterwerfen, nicht schon ohne weiteres als Ausfluß der Gehorsamspflicht, da das dem gesetzlichen Schutz der persönlichen Freiheit widerstreiten würde; vielmehr besteht eine solche Pflicht, sich einer Torkontrolle und körperlicher Untersuchung hierbei zu unterziehen, nur dann, wenn sie durch Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung oder Einzelarbeitsvertrag festgesetzt ist. (Hierzu RArbG. unten im Abschnitt Rechtspr.)

c) Außerdem besteht für den Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber eine gewisse *Treupflicht*. Sie ergibt sich auch unausgesprochen aus dem Wesen des Arbeitsvertrages, nämlich aus den engeren persönlichen Beziehungen, in die der Arbeitsvertrag die beiden Parteien bringt. Sie richtet sich nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte und hat daher gerade für das Krankenhauspersonal eine besondere Bedeutung. Insbesondere gehört hierzu die Pflicht des Krankenhauspersonals zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten. Ja nach § 300

StGB. ist bei Ärzten, Wundärzten, Hebammen, Apothekern sowie bei Gehilfen dieser Personen eine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, sogar mit Strafe bedroht. Ferner ergibt sich aus der Treupflicht das Verbot der Annahme von Schmiergeldern (Bestechungsgeldern). Auch Verstöße gegen dieses Verbot sind mit Strafe bedroht (§§ 12 und 13 UnlWG.). Schließlich ist auch § 18 des UnlWG. von Bedeutung, z. B. wenn ein Rezept den Angestellten im Krankenhaus bekannt geworden ist und er es nach seiner Entlassung verwertet (hierzu RAG. unten im Abschnitt Rechtspr.).

d) Eine besondere Ausgestaltung hat die *Arbeitszeitfrage* für das Krankenhauspersonal im Gesetz gefunden. Hierzu vgl. II.

e) Der Dienstvertrag des Krankenhausarztes ist ausführlich unten S. 94ff., 148ff. behandelt.

Bem. 4. Pflichten des Arbeitgebers. a) Der Arbeitgeber ist in erster Linie zur Zahlung der vereinbarten *Vergütung* für die Dienstleistung verpflichtet. Die Vergütung ist, sofern nichts anderes vereinbart ist, nach Leistung der Dienste postnumerando zu zahlen. Die Höhe der Vergütung unterliegt freier Vereinbarung, sofern nicht eine Regelung in einem Tarifvertrag getroffen ist. Ist die Höhe der Vergütung nicht ausdrücklich bestimmt und auch nicht aus einem Tarifvertrag zu entnehmen, so ist beim Bestehen einer Taxe die taxenmäßige Vergütung und in Ermangelung einer solchen die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 BGB.). Vielfach nehmen Tarifverträge auch auf staatliche Besoldungsordnungen Bezug, was z. B. für Gemeindefrankenhäuser praktisch werden kann; in solchem Falle gilt im Zweifel die jeweilige staatliche Besoldungsordnung als vereinbart, und wenn diese ein Widerspruchsverfahren im Verwaltungsweg vorsieht, so gilt dieses dann auch (vgl. RAG. unten im Abschnitt Rechtspr.).

Für die der GewO. unterstehenden Arbeitnehmer ist ausdrücklich vorgeschrieben, daß ihre Löhne in Reichswährung zu berechnen und in bar auszuzahlen sind. An Stelle oder neben dem Geldlohn kann auch Sachlohn vereinbart werden, z. B. freie Verpflegung, Wohnung u. dgl.

Gratifikationen, insbesondere Weihnachtsgratifikationen, sind nicht ohne weiteres geschuldet, sondern im allgemeinen nur, wenn sie vereinbart sind. Aber auch eine ohne bindende Zusage auf die Dauer gezahlte Gratifikation kann einen Rechtsanspruch erzeugen, z. B. wenn sie seit Jahren vorbehaltlos ohne weiteres ausgezahlt worden ist. (Näheres aus der Rechtsprechung vgl. unten im Abschn. Rechtspr.). Dagegen besteht immer ein Rechtsanspruch auf *Überstundenzuschlag* nach § 6a der ArbZVO. in Verbindung mit der VO. über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten 13. 2. 24 (s. unten II).

Zu entlohnen ist auch die Zeit der *Arbeitsbereitschaft*, wenn nicht der Lohnanspruch tariflich ausgeschlossen ist (Rechtspr. hierzu s. unten im Abschn. Rechtspr.).

b) Der Arbeitgeber hat aber auch eine Reihe von *Nebenpflichten*. Für Krankenhausanstalten sind folgende besonders wichtig:

Ein Anspruch auf *Urlaub* besteht nur, wenn er tariflich oder sonstwie vereinbart ist oder zur Ausübung gewisser staatsbürgerlicher Rechte (vgl. Art. 160 RVerf.). In der Rechtsprechung ist vielfach im Zusammenhang damit der Fall behandelt, ob der nicht genossene Urlaub in Geld zu vergüten ist. Es besteht hierzu jetzt eine ständige Rechtsprechung des RAG. Danach stellt der vertragliche Urlaubsanspruch sich als vertragliche Gegenleistung des Arbeitgebers für die in der Vergangenheit geleistete Arbeit des Arbeitnehmers dar und geht auf Gewährung von Freizeit und außerdem auf Zahlung des Lohnes für diese Freizeit.

Daher hat der Arbeitnehmer der nach Erwerb des Urlaubanspruches aber vor Erteilung des Urlaubs aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet, der infolge Verhaltens des Arbeitgebers den Urlaub in einem Jahr nicht gewährt erhält, Anspruch auf Zahlung der Urlaubsvergütung (vgl. die Entsch. unten im Abschn. Rechtspr.).

Vor allem wichtig für das Krankenpflegepersonal ist aber die *Fürsorgepflicht* des Arbeitgebers. Sie hat eine privatrechtliche und eine öffentlich-rechtliche Seite (Arbeiterschutz). Letztere ist in II ausführlich behandelt. Die privatrechtliche Fürsorgepflicht hat ihren Rechtssitz im § 618 BGB. Danach hat der Arbeitgeber, also hier die Krankenanstalt, die Räume, Vorrichtungen oder Gerätschaften, die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten und Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln, daß der Dienstverpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet. Die Frage wird für das Krankenhauspersonal besonders praktisch, wenn es sich um ansteckende Erkrankungen oder Infektionen sonstiger Art, denen das Personal ausgesetzt ist, handelt. Eine im wesentlichen gleichbedeutende Parallelvorschrift enthält § 62 HGB., der, wie oben in I, Bem. 1 erwähnt, bei kaufmännisch betriebenen Krankenanstalten für die darin beschäftigten kaufmännischen Angestellten Platz greift. Schließlich ist für dasjenige Krankenhauspersonal, das der GewO. untersteht (vgl. I, Bem. 1), der § 120 a GewO. von großer Bedeutung. Er enthält ebenfalls im großen und ganzen eine Parallelvorschrift zu dem oben erörterten § 618 BGB. Im einzelnen ist allerdings die Bedeutung dieser drei Vorschriften im Schrifttum und in der Rechtsprechung bestritten, zumal sie in der Fassung nicht ganz übereinstimmen. Sicher ist zwar, daß der Arbeitnehmer bei Verletzung dieser Fürsorgepflicht des Arbeitgebers das Recht hat, seine Arbeitsleistung zu verweigern und den Arbeitgeber gemäß § 615 BGB. in Annahmeverzug zu setzen, so daß er also trotz dieser Nichtleistung der Arbeit seinen Lohnanspruch beibehält. Sicher ist auch weiter, daß der Arbeitnehmer eine Feststellungsklage dahin hat, daß der Arbeitgeber gewisse Fürsorgemaßnahmen treffe. Schließlich kann nach der neueren Entwicklung auch nicht mehr bezweifelt werden, daß in allen drei Fällen bei schuldhafter Verletzung der Fürsorgepflicht durch den Arbeitgeber ein Schadenersatzanspruch besteht, obwohl er nur im § 618 BGB. und § 62 GewO. ausdrücklich erwähnt ist. Er ergibt sich aus § 276 BGB. (Näheres hierzu Bem. 5.) Zweifelhaft aber ist, ob in allen Fällen auch eine Erfüllungsklage des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf Erfüllung der Fürsorgepflicht gegeben ist. Die Auffassungen sind geteilt. Nach der ganzen Entwicklung dürfte die Frage zu bejahen sein.

In den Rahmen der privatrechtlichen Fürsorgepflicht des Arbeitgebers kann nach der Rechtsprechung je nach den Umständen auch die Pflicht zur *Beitragsleistung für die Sozialversicherung* fallen. Das RArbG. sieht nämlich die einschlägigen Vorschriften der Sozialversicherung zwar nicht als Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB. an und verneint daher bei Verletzung zwar einen Schadenersatzanspruch aus unerlaubter Handlung gemäß dieser Vorschrift. Aber es steht auf dem Standpunkt, daß ja nach den Umständen stillschweigend vom Arbeitgeber die Beitragsleistung zur Sozialversicherung auch als privatrechtliche Nebenpflicht des Arbeitsvertrags gegenüber dem Arbeitnehmer übernommen sein könne. (Hierzu Näheres aus der Rechtspr. unten im Abschn. Rechtspr.)

Bem. 5. Haftung. Hat ein im Krankenhaus beschäftigter Arbeitnehmer eine Schädigung eines Patienten verursacht, so spielt häufig die Haftungsfrage in doppelter Hinsicht eine Rolle, einmal unter dem Gesichtspunkt, ob und inwieweit das Krankenhaus haftet, ferner in der Richtung der Haftung des Arbeitnehmers selbst. Beruht die Schadenersatzpflicht des Krankenhauses auf Vertrag, so hat

das Krankenhaus gemäß § 278 BGB. auch für das Verschulden der im Krankenhaus beschäftigten Personen einzutreten, und zwar im gleichen Umfange wie für eigenes Verschulden. Bei der Haftung aus dem Verträge und in Fällen, in denen kein Vertrag mit dem Krankenhaus geschlossen worden ist, kommen außerdem noch die Haftungsbestimmungen aus unerlaubter Handlung in Frage (§ 823ff. BGB.). In solchen Haftungsfällen ist jedoch das Krankenhaus jedenfalls aus einer Haftung nach § 831 BGB. dann frei, wenn nachgewiesen wird, daß es bei Auswahl der Personen, die es zur Ausführung der in Frage kommenden Verrichtung bestellt hat, die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat (§ 831 BGB.).

Der Arbeitnehmer selbst haftet, da ja zwischen ihm und dem Patienten kein Vertragsverhältnis besteht, daneben dem Patienten nach den Vorschriften über unerlaubte Handlungen (§§ 823ff. BGB.). Im Innenverhältnis haftet er dabei dem Krankenhaus aus einer etwaigen Verletzung seiner Dienstvertragspflicht. Im übrigen vgl. zu den Haftungsfragen unten S. 101ff. ausführlich.

Bem. 6. Kündigung und Kündigungsschutz. Für die in dem Krankenhaus beschäftigten Personen können verschieden lange Kündigungsfristen in Frage kommen. Soweit die betreffenden Arbeitnehmer als Gesellen und Gehilfen (einfache Gewerbegehilfen) anzusehen sind, gilt nach § 122 der GewO. eine 14tägige Kündigungsfrist. Es können allerdings in diesen Fällen andere Kündigungsfristen vereinbart werden; jedoch müssen die Fristen dann für beide Teile gleich sein. Wenn die Krankenhausangestellten als Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker oder sonst als mit höheren technischen Dienstleistungen betrachtete Angestellte i. S. des § 133a GewO. anzusehen sind, gelten die Vorschriften der §§ 133a ff. GewO., d. h. die Kündigung erfolgt zum Ablauf eines Vierteljahres nach 6 Wochen vorher erklärter Aufkündigung; bei abweichender Vereinbarung gilt mindestens eine Kündigungsfrist von einem Monat, wobei die Kündigung nur für den Schluß des Monats zugelassen werden kann. Für die nicht der GewO. unterstehenden Angestellten gelten die Vorschriften des BGB. Hier ist die Kündigung des Dienstverhältnisses der mit festen Bezügen zur Leistung von Diensten höherer Art Angestellten nur für den Schluß eines Kalendervierteljahres und nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Wochen statthaft.

Kündigung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ist aus wichtigem Grunde von beiden Seiten möglich, wenn es sich um einen Krankenhausangestellten handelt, der unter § 133a GewO. fällt (vgl. §§ 133b—c GewO.) oder wenn er dem BGB. unterliegt (§ 626 BGB.).

Besondere Kündigungsbestimmungen sind enthalten in dem KündSchGAng. 9. 7. 26 und gegenüber Schwerbeschädigten. Das erstgenannte Gesetz gilt für gewisse langjährig beschäftigte Angestellte i. S. des AngVersG. Nach diesem Gesetz müssen die darin vorgesehenen längeren Fristen (bis zu einem halben Jahr) eingehalten werden. Bei Schwerbeschädigten i. S. der SchwBeschVO. ist eine Kündigung im Regelfalle nur mit Zustimmung der Hauptfürsorgestelle zulässig. Einen erhöhten Kündigungsschutz genießen nach § 96 BetrRG. die Mitglieder der gesetzlichen Betriebsvertretung bzw. der Betriebsobmann. Im ersteren Falle bedarf der Arbeitgeber, abgesehen von gewissen Ausnahmen (z. B. fristlose Entlassungen aus wichtigem Grunde § 96 Nr. 3 BetrRG.) der Zustimmung der Betriebsvertretung, im letzteren Falle der Mehrheit der Arbeitnehmer. Wird die Zustimmung versagt, so kann der Arbeitgeber das ArbGer. anrufen, das durch seinen Spruch die fehlende Zustimmung der Betriebsvertretung ersetzen kann (§ 97 BetrRG.).

Dazu kommt das im BetrRG. vorgesehene Kündigungseinspruchsverfahren. Hiernach ist der Gekündigte berechtigt, binnen 5 Tagen Einspruch beim Arbeiter- oder Angestelltenrat zu erheben, wenn gewisse Gründe vorliegen (z. B. begrün-

dester Verdacht, daß die Kündigung wegen politischer, konfessioneller oder gewerkschaftlicher Betätigung erfolgt ist oder Kündigung ohne Angabe von Gründen, vor allem, wenn die Kündigung für den Entlassenen eine unbillige, weder durch sein eigenes Verhalten noch durch die Verhältnisse des Betriebes gebotene Härte bedeuten würde (§ 84 BetrRG.). Der Arbeiter- bzw. Angestelltenrat verhandelt dann mit dem Krankenhaus, und wenn binnen einer Woche keine Verständigung erfolgt, kann binnen weiteren 5 Tagen der Gekündigte selbst oder der Arbeiter- bzw. Angestelltenrat die Kündigungseinspruchsklage beim ArbGer. erheben.

II. Arbeitnehmerschutz.

Bem. 6. Arbeitsschutz im allgemeinen. Um den Arbeitnehmer im Arbeitsverhältnis möglichst vor Gesundheitsschädigungen zu schützen, bestehen zahlreiche Arbeiterschutzbestimmungen. Sie sind öffentlicher Art. Ihre Durchführung ist durch öffentlich-rechtliche Strafen und durch öffentlich-rechtliche Aufsicht gesichert. Dahin gehört:

a) *Der Betriebsschutz*, z. B. die Vorschrift des § 120a GewO. Demnach sind die Gewerbeunternehmer, also soweit es hier interessiert, die Unternehmer gewerblich betriebener Krankenhäuser verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet. In erster Linie ist der Betriebsschutz zu nennen. Dabei können durch die RReg. hilfsweise die Obersten Landesbehörden bzw. durch Verordnung der zuständigen PolBeh. die näheren Bestimmungen zur Durchführung dieses Betriebsschutzes getroffen werden (§ 120e GewO.). Auch sind PolVfg. zu diesem Zweck nach § 120 d. GewO. zulässig. Darüber, ob der Arbeitgeber die Schutzbestimmungen beobachtet, haben die Gewerbeaufsichtsbeamten zu wachen. Kommt der Arbeitgeber den Bestimmungen nicht nach, so kann er gegebenenfalls bestraft werden (z. B. bei Körperverletzung eines Arbeitnehmers nach § 230 StrGB., aber auch nach § 147 Nr. 4 GewO.).

b) Weitere Schutzbestimmungen bestehen hinsichtlich des *Arbeitsvertrages* selbst. Hierher sind z. B. zu rechnen diejenigen Vorschriften der Sozialversicherung, wonach dem Arbeitgeber verboten ist, sich durch Übereinkunft mit dem Arbeitnehmer den aus der Sozialversicherung folgenden Pflichten zu entziehen sowie die Bestimmungen der GewO. über die Zahlung des Lohnes in bar, keine Auszahlung in Schankwirtschaften u. dgl. (Truckverbot).

c) Eine besondere Stellung nimmt hier der Arbeitszeitschutz ein, der für Krankenanstalten vom allgemeinen Arbeitszeitschutz wesentlich abweicht. Hierüber Näheres Bem. 7.

Bem. 7. Arbeitszeitschutz im besonderen. Hier hat man scharf zu unterscheiden zwischen denjenigen Arbeitnehmern in Krankenanstalten, die vom Gesetz einer arbeitszeitlichen Sonderregelung als Pflegepersonal oder ihnen gesetzlich gleichgestellte Personen unterstellt sind und denjenigen, die nur den allgemeinen gesetzlichen Vorschriften über die Arbeitszeit unterliegen.

a) *Das Pflegepersonal*. Hier gilt die Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten 13. 2. 24, RGBl. I, 66. Ihr ist unterstellt, das Pflegepersonal in Krankenpflegeanstalten, d. h. in öffentlichen und privaten Anstalten, in denen Kranke oder Sieche versorgt werden, die ständiger Aufsicht oder fachkundiger Pflege bedürfen sowie in Entbindungsanstalten, Säuglingsheimen und Irrenanstalten. Sie gilt ferner für alle Arbeitnehmer, auch wenn sie nicht zum Pflegepersonal gehören, in einer von der Obersten Verwaltungsbehörde als gemeinnützig anerkannten Krankenpflegeanstalt. Mit den letztgenannten Arbeit-

nehmern können allerdings abweichende Vereinbarungen getroffen werden. Die der VO. unterstellten Arbeitnehmer dürfen in der Woche — einschließlich der Sonn- und Feiertage — bis zu 60 Stunden, die Pausen nicht eingerechnet, beschäftigt werden. Die tägliche Arbeitszeit soll in der Regel 10 Stunden nicht überschreiten und durch angemessene Pausen unterbrochen werden.

b) *Für die der VO. nicht unterstellten Arbeitnehmer* gelten die allgemeinen Bestimmungen über den Arbeitszeitschutz, besonders also die VO. 21. 12. 23, RGBl. I, 1249, in der Fassung 14. 4. 27, RGBl. I, 110. Grundsätzlich gilt hier der Maximalarbeitstag von 8 Stunden, Überarbeit ist nach Wahl des Arbeitgebers bis zu 2 Stunden an 30 Tagen im Jahre zulässig. Ferner sind Erhöhungen bis höchstens 10 Stunden zulässig durch Tarifvertrag (§ 5 ArbZVO.) oder in begrenztem Umfang bei Reinigungs- und Instandsetzungsarbeiten (§ 4 ArbZVO.) oder durch Zulassung der Behörde (Gewerbeaufsichtsbeamte, Landeszentralbehörde, RArbMin. § 6 ArbZVO.). Für Notfälle gelten Überschreitungen nach § 10 ArbZVO.

Nach § 2 ArbZVO. ist für Gewerbezeige oder Gruppen von Arbeitnehmern, bei denen regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft vorliegt, durch Tarifvertrag oder soweit ein solcher nicht besteht oder doch Arbeitsverhältnisse dieser Art nicht berücksichtigt, durch den RArbMin. nach Anhörung der beteiligten wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine abweichende Regelung zulässig.

Die Vorschriften über die Sonntagsruhe gelten nicht, denn die Krankenhäuser fallen, da sie weder Fabriken noch Werkstätten sind, nicht unter die GewO.

III. Betriebsvertretung.

Bem. 8. Errichtung. Maßgebend hierfür ist das BetrRG. 4. 2. 20. Es sieht Betriebsräte vor für Betriebe, in denen regelmäßig mindestens 20 Arbeitnehmer beschäftigt werden. In kleineren Betrieben, die in der Regel weniger als 20, aber mindestens 5 Arbeitnehmer beschäftigen, ist ein Betriebsobmann zu wählen.

Krankenanstalten sind Betriebe im Sinne dieser Vorschriften, einerlei, ob sie gewerblich betrieben werden oder nicht; denn nach § 9 des BetrRG. rechnen alle Betriebe, Geschäfte und Verwaltungen des öffentlichen und privaten Rechts hierher. Jedoch können bei der Frage, wer als Arbeitnehmer bei der Berechnung der eben erwähnten Mindestzahl gilt, die Ausnahmen, die § 10 Abs. 2 BetrRG. aufführt, gerade hier häufig praktisch werden. Danach sind hier nicht mitzurechnen diejenigen im Krankenhaus beschäftigten Personen, die zu den öffentlichen Beamten oder Beamtenanwärtern gehören, ferner diejenigen, deren Beschäftigung nicht in erster Linie ihrem Erwerbe dient, sondern mehr durch Beweggründe karitativer oder religiöser Art bestimmt wird (z. B. geistliche Ordensschwester). Auch rechnen die im § 12 Abs. 2 BetrRG. angeführten, mehr leitenden Angestellten (z. B. der Krankenhausdirektor und Krankenhausverwalter unter den näheren Voraussetzungen dieses § 12) hierbei nicht mit.

Außer dem Betriebsrat bestehen zwei Gruppenräte als Unterglieder des Betriebsrats, und zwar ein Arbeiterrat und ein Angestelltenrat. Von den Mitgliedern des Betriebsrates sind die Arbeiter zugleich Mitglieder des Arbeiterrates, die Angestellten Mitglieder des Angestelltenrates. Die Betriebsvertretung wird im Wege der Verhältniswahl gewählt.

Bem. 10. Die Obliegenheiten des Betriebsrates. Sie bestehen einerseits in der Wahrnehmung gemeinsamer wirtschaftlicher Interessen der Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber, andererseits in der Unterstützung des Arbeitgebers in der Erfüllung der Betriebszwecke. Sie sind jedoch im einzelnen

vom Gesetz in den §§ 66ff. näher umgrenzt. Hierzu gehört z. B. die Vereinbarung von gemeinsamen Dienstvorschriften im Rahmen der geltenden Tarifverträge, Überwachung der Durchführung der Schiedssprüche des Schlichtungsausschusses. Dem Gruppenrat sind besondere Obliegenheiten übertragen, und zwar solche, bei denen es sich nicht um die gesamte Belegschaft, sondern nur um die Belange einer einzelnen Arbeiter- bzw. Angestelltengruppe handelt, z. B. Überwachung der Durchführung der Tarifverträge, Aufstellung von Betriebsvereinbarungen zusammen mit dem Unternehmer über die Regelung der Arbeitsbedingungen, soweit sie nicht tariflich geregelt sind und ganz besonders eine wichtige Mitwirkung im Kündigungseinspruchsverfahren. Bei ihnen sind die Kündigungseinsprüche einzulegen. Sie prüfen die Einsprüche, führen die Verständigungsverhandlungen mit dem Unternehmer und haben wahlweise neben dem Kündigten selbst das Recht zur Erhebung der Kündigungseinspruchsklage.

Der Betriebsobmann hat grundsätzlich die gleichen Aufgaben wie der Betriebs- und Gruppenrat, hat jedoch kein Mitwirkungsrecht bei Entlassungen von Arbeitnehmern. Über erhöhten Kündigungsschutz der Mitglieder der Betriebsvertretung vgl. Bem. 6.

IV. Tarifvertragsrecht.

Bem. 11. Kollektives Arbeitsrecht. Außer der Einzelregelung der Arbeitsverträge ist auch hinsichtlich des Krankenhauspersonals eine kollektive Regelung möglich durch Tarifverträge. Tarifverträge sind hiernach insbesondere auch möglich zwischen einer Stadt als Unternehmer eines Krankenhauses und Arbeitgeber einerseits, und Arbeitnehmerverbänden andererseits. Sie haben eine ganz andere rechtliche Bedeutung als die Kollektivabkommen mit den Kassenärzten, denn letztere sind selbständige Personen, während die Tarifverträge Arbeitnehmer voraussetzen.

Die Tarifverträge regeln die Bedingungen für den Abschluß von Arbeitsverträgen zwischen Vereinigungen von Arbeitnehmern und Vereinigungen von Arbeitgebern oder einzelnen Arbeitgebern. Die Rechtsgrundlage bildet die Verordnung vom 23. 12. 18. Wichtig für den Abschluß von Tarifverträgen ist vor allem, daß die Parteien tariffähig sein müssen. Abgesehen von dem einzelnen Arbeitgeber ist das aber der Fall, wenn die Vereinigungen ausschließlich aus Arbeitgebern oder aus Arbeitnehmern bestehen und zu den Zielen der Vereinigung die Einwirkung auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen gehört.

Der Wirkungsbereich eines Tarifvertrages erstreckt sich auf die abschließenden Parteien und deren Mitglieder, kann darüber hinaus auf Außenseiter dadurch erstreckt werden, daß ihn der RArbMin. für allgemein verbindlich erklärt. Die Allgemeinverbindlichkeitserklärung ist nicht zu verwechseln mit der Verbindlichkeitserklärung; hierüber s. Bem. 14.

Die Wirkung des Tarifvertrages besteht einmal darin, daß die Tarifparteien einander verpflichtet sind zur Friedenspflicht und zur Einwirkung auf ihre Mitglieder, daß diese den Tarifvertrag erfüllen. Für diese selbst bestimmt der Tarifvertrag unmittelbar den Inhalt ihrer Arbeitsbedingungen. Sie können grundsätzlich durch Einzelabrede nur zugunsten des Arbeitnehmers abgeändert werden (Grundsatz der sog. Unabdingbarkeit).

V. Arbeitsstreitigkeiten.

Bem. 12. Entstehen Streitigkeiten zwischen dem Krankenhauspersonal und dem Unternehmer der Krankenanstalt aus dem Arbeitsverhältnis, so können zwei grundverschiedene Arten von Streitigkeiten vorliegen, für deren Austragung das Gesetz verschiedene Wege vorsieht. Die eine Gruppe sind die Streitigkeiten

um vorhandene Rechtsverhältnisse, die andere Gruppe dagegen Streit um die kollektive Neuregelung der Arbeitsbedingungen.

Bem. 13. Die erstere Gruppe gehört vor die ArbGerBeh. Es sind Rechtsstreitigkeiten. Man hat dabei das Urteilsverfahren und das Beschlußverfahren zu unterscheiden.

a) Urteilsverfahren. Darunter fallen im wesentlichen Streitigkeiten aller Art aus dem Arbeitsvertrage zwischen der Krankenanstalt und dem Personal. Ferner gehören hierher Streitigkeiten aus Tarifverträgen zwischen den Tarifparteien, Streitigkeiten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern aus unerlaubten Handlungen, soweit sie mit dem Arbeits- oder Lehrverhältnisse zusammenhängen, Kündigungseinspruchsklagen, einerlei, ob Arbeiter oder Angestellter. Nur Beamtenstreitigkeiten sind nach § 5 ArbGG. ausgenommen. Zuständig sind für derartige Streitigkeiten in erster Instanz das ArbGer., in zweiter Instanz das LArbG., in dritter Instanz das RArbGer. in Leipzig. Diese Streitigkeiten sind mit Klage anhängig zu machen. Es findet mündliche Verhandlung statt. Vor dem ArbGer. ist das Auftreten von Rechtsanwälten verboten. Dagegen vor dem LArbG. besteht sog. Vertretungszwang, d. h. die Partei muß sich durch einen Rechtsanwalt oder einen Vertreter ihres Berufsverbandes vertreten lassen. Vor dem RArbG. besteht Anwaltszwang, d. h. die Partei muß sich durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen. Das Gesetz nennt dieses Verfahren das Urteilsverfahren, weil es mit einem Urteil endet, aus dem regelmäßig die Zwangsvollstreckung betrieben werden kann.

b) Daneben besteht das sog. *Beschlußverfahren*, das ebenfalls für Krankenanstalten praktisch werden kann. Es handelt sich dabei um Streitigkeiten aus dem BetrRG., die sich aus der Stellung der Betriebsvertretung ergeben (Erlöschen der Mitgliedschaft, Auflösungen von Betriebsvertretungen, Errichtung, Zusammensetzung und Tätigkeit von Betriebsvertretungen). Zuständig ist hierfür das ArbGer. Gegen dessen Entscheidung, die in diesem Fall ein Beschluß ist, ist die Rechtsbeschwerde an das LArbG. gegeben.

c) Durch Tarifverträge können statt der ArbGer. *tarifliche Schiedsinstanzen* im Urteilverfahren für zuständig erklärt werden.

Bem. 14. Ganz anders laufen die kollektiven Streitigkeiten um die Schaffung neuer Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen oder um deren Abänderung. Dies sind Interessenstreitigkeiten. Sie können deshalb nicht gerichtet, sondern nur geschlichtet werden. Hierfür bildet die gesetzliche Grundlage die SchlichtWVO. 30. 10. 23. Sie läßt in erster Linie tarifliche Schlichtungsstellen zuständig sein. In zweiter Linie stellt sie staatliche Schlichtungsstellen zur Verfügung, und zwar die Schlichtungsausschüsse und die Schlichter. Auch der RArbMin. selbst ist als Verbindlichkeitserklärungsstelle zuständig. Da die Parteien dieselben sind wie bei Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen und das Ziel der Schlichtung die Hilfeleistung zum Zustandekommen von Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen ist, kann auch das Schlichtungsverfahren bei Streitigkeiten zwischen Krankenanstalten und ihrem Personal eine Rolle spielen. Das Schlichtungsverfahren wird eingeleitet auf Anruf einer Partei oder von Amts wegen. Zuständig ist der Schlichtungsausschuß und in Fällen, die für das Wirtschaftsleben von besonderer Wichtigkeit sind, der Schlichter. Der unparteiische Vorsitzende des Schlichtungsausschusses oder der Schlichter hat zunächst zu versuchen, den Abschluß einer Gesamtvereinbarung herbeizuführen. Gelingt dies nicht, wird vor der Schlichtungskammer verhandelt. Kommt auch dort keine Einigung zustande, so erläßt die Kammer einen Schiedsspruch. Dies ist ein unverbindlicher Vorschlag an die Parteien zum Abschluß einer Gesamtvereinbarung. Wird er von beiden Parteien angenommen, so hat er die Wirkung einer schriftlichen Gesamt-

vereinbarung. Andernfalls kann er für verbindlich erklärt werden, und zwar durch den Schlichter, wenn es sich um einen Schiedsspruch eines Schlichtungsausschusses handelt, andernfalls durch den RArbMin. Dies nennt man dann einen Zwangstarifvertrag, wenn auf beiden Seiten tariffähige Parteien sind.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: KASKEL: Arbeitsrecht. Berlin: Julius Springer 1925. (Fortgeführt von DERSCH, in Vorbereitung.) — LUTZ-RICHTER-SONNEBERG: Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse. Leipzig: Buchhandl. des Verbandes der Ärzte Deutschlands 1930. — PHILIPSBORN: Unterliegen die Mutterhaus-Krankenschwestern dem Arbeitsgericht? MittRStW. 4, 45. — Derselbe: Arbeitsrechtliche Sonderstellung caritativ tätiger Personen. NZArbR. 1931, 23. — MAASE: Die Rechtsverhältnisse des Pflegepersonals in Krankenanstalten in Nosokomeion 1931, 601ff. — Vgl. außerdem das S. 71 angeführte Schrifttum.

Nr 1. Arbeitnehmer und Arbeitsvertrag.

RONGE: Die arbeitsrechtliche Sonderstellung des Arztes an privaten gemeinnützigen Krankenpflegeanstalten. Leipzig: Universitätsverlag Robert Noske. — OVerSA. Liegnitz 27. 6. 29: Personal einer milden Stiftung nicht gewerbliches Personal, sondern Hausangestellte. Mitt. RStW. Jahrg. 4 (1930), 66. — ArbGer. Potsdam: Für Tarifangestellte einer milden Stiftung gelten nicht die Kündigungsfristen der GewO., sondern die des BGB. Mitt. RStW. 1929/30, 68. — RArbG.: Für die Angestellteneigenschaft eines Arbeitnehmers ist nicht seine Behandlung, Entlohnung oder Bezeichnung entscheidend, sondern nur die Art seiner Tätigkeit. BenschSamml. 7, 108. — LArbGer. Elbing: Zur Abgrenzung des Arbeiters vom Angestellten insbesondere zum Begriff des gewerblichen Angestellten. BenschSamml. 1, 251. — LArbGer. Mannheim: Zum Begriff des Werkmeisters. BenschSamml. 19, 24. — RArbG. 10. 7. 31, DJZ. 1931, 1455: Diakonissin ist nicht Arbeitnehmerin, wohl aber arbeitnehmerähnliche Person. Vgl. hierzu JACOBI: Grundlehren des Arbeitsrechts S. 64 (für Bejahung des Arbeitnehmerbegriffs), dagegen HUECK-NIPPERDEY: Lehrbuch S. 51; MAASE S. 610; PHILIPSBORN: a. a. O.

Nr 2. Pflichten des Arbeitnehmers.

RArbG.: Eine Verpflichtung zur Nachholung versäumter Arbeitszeit besteht weder für den Arbeitnehmer im allgemeinen noch für die Betriebsratsmitglieder im besonderen. Bensch. Samml. 6, 187. — RArbG.: Es verstößt gegen die arbeitsvertragliche Treupflicht, wenn ein Arbeitnehmer für einen Dienst, den er im Zusammenhange mit seinem Arbeitsverhältnis für seinen Arbeitgeber tut, von dritter Seite sich selbst oder einen nahen Angehörigen einen wirtschaftlichen Vorteil gewähren läßt. BenschSamml. 9, 211. — RArbG.: Eine Verpflichtung des Arbeitnehmers, sich einer Torkontrolle zu unterwerfen, besteht nur dann, wenn sie durch Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung oder Arbeitsvertrag festgesetzt ist. BenschSamml. 6, 215. — ArbGer. Frankfurt a. M.: Umfang des Rechts der Hausangestellten, auf ihren Zimmern Besuch zu empfangen. JW. 1930, 1246.

Nr 3. Pflichten des Arbeitgebers.

RArbG.: Hat ein Arbeitgeber die bei seinem Eintritt bestehenden Vergütungssätze gekannt und hat er den nach diesen Sätzen bemessenen Lohn während der ganzen Beschäftigungsdauer, über ein Jahr lang, ohne Widerspruch entgegengenommen, so liegt darin eine stillschweigende Willenseinigung der Parteien über die Höhe des Arbeitslohnes. Bensch. Samml. 6, 33. — RArbG.: Das Recht auf Gratifikation wird erworben in dem Zeitpunkt, an dem die Gratifikation regelmäßig verteilt wird (Weihnachten usw.). BenschSamml. 7, 507; 9, 357; vgl. auch RArbBl. 1930, 211. — RArbG.: Hinsichtlich der Erfüllung der Fürsorgepflicht nach § 618 BGB. können, wenn es sich um die Beseitigung gesundheitsschädlicher Zustände handelt, gewisse Unbequemlichkeiten im Verkehr oder inneren Dienst und Kosten nicht in Betracht kommen. BenschSamml. 9, 382. — RArbG.: Die Anmeldung bzw. Beitragsleistung zur Sozialversicherung kann auch als stillschweigend vereinbarte dienstvertragliche Pflicht in Frage kommen, bei deren Verletzung der Arbeitgeber nach § 276 BGB. schadensersatzpflichtig ist. BenschSamml. 7, 12; 9, 574; 10, 110. — RArbG.: Der im Tarifvertrag festgelegte Urlaubsanspruch stellt eine vertragliche Gegenleistung des Arbeitgebers für die in der Vergangenheit geleistete Arbeit des Arbeitnehmers dar. BenschSamml. 6, 75; 8, 280. — RArbG.: Keine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Stellung von Dienstkleidung. Bensch. Samml. 6, 16.

Nr 4. Arbeitszeitschutz.

RArbG.: Eine Verpflichtung zur Arbeitsleistung über die nach der Arbeitszeitverordnung zulässige Arbeitszeit hinaus verstößt gegen ein gesetzliches Verbot und ist nach § 134 BGB.

nichtig. BenschSamml. 4, 108 (auch 3, 18). — RArbG.: Das Verbot der Beschäftigung über die zugelassene Arbeitszeit hinaus richtet sich nur an den Arbeitgeber. BenschSamml. 8, 332. — LG. Dortmund: Begriff der Arbeitsbereitschaft. JW. 1927, 1533. — RArbG.: Ist der Arbeitnehmer im Betriebe und für Zwecke des Betriebes anwesend, so gilt diese Zeit, d. h. jede im Betriebe verbrachte Stunde als Arbeitszeit, es sei denn, daß ein Teil dieser Zeit auf fest bestimmte Pausen entfällt, in denen der Arbeitnehmer auch zur Arbeitsbereitschaft nicht verpflichtet ist. BenschSamml. 4, 108. — RArbG.: Als „durchgehender Betrieb“ im Sinne eines diesen Ausdruck gebrauchenden Mehrarbeitsabkommens sind diejenigen Betriebsabteilungen und Arbeitsstellen anzusehen, die infolge der Erfordernisse des Betriebes in der Regel Tag und Nacht besetzt sein müssen. BenschSamml. 5, 11.

Nr 5. Kündigung.

RArbG.: Das Wesen der Kündigung besteht darin, daß das zwischen dem Kündigenden und dem Empfänger der Kündigungserklärung bestehende Rechtsverhältnis beendet werden soll. BenschSamml. 2, 94 u. 3, 177. — RArbG.: Eine Kündigung muß unbedingt und endgültig sein. BenschSamml. 3, 26; 5, 52; 6, 612. — RArbG.: Beweggrund und Zweck einer Kündigung können diese sehr wohl als verboten oder sittenwidrig i. S. der §§ 134, 138, 826 BGB erscheinen lassen. BenschSamml. 6, 96. — Begriff des Angestellten höherer Art: LArbG. Berlin: Es kommt auf die tatsächlich geleistete Arbeit, nicht auf die Vorbildung an. JW. 1931, 93. — LArbG. Dresden: Dienste höherer Art nach § 622 BGB. sind nur solche, die ein besonderes Maß wissenschaftlicher und technischer Vorbildung voraussetzen. JW. 1930, 2733. — RArbG.: Besteht die Vergütung aus Naturallohn und Barlohn, so entscheidet für die Kündigungsfrist der Zeitabschnitt für die Bemessung derjenigen Lohnart, welche den wirtschaftlich höheren Wert darstellt. JW. 1931, 1048. — RG.: Nach allgemeiner Auffassung ist bei der Beurteilung der Wichtigkeit eines Grundes ein anderer strengerer Maßstab anzulegen, wenn es sich um einen Angestellten in leitender Stellung handelt, als wenn nur Dienste zu leisten sind, die sich auf einfache, mehr mechanische Verrichtungen erstrecken (RG: 78, 22). JW. 1928, 2908. — RArbG.: Fristlose Entlassung bei Anstellung auf Lebenszeit. BenschSamml. 6, 26. — RArbG.: Anhaltende Krankheit als Entlassungsgrund. JW. 1929, 2299. — RArbG.: Das Auftreten einer ansteckungsfähigen (offenen) Tuberkulose stellt in einem Betrieb einen Grund zur fristlosen Entlassung dar; möglicherweise könnte sonst sogar der Arbeitgeber auf Schadensersatz verklagt werden. Blätter des Deutschen Roten Kreuzes 1931, 313. — RArbG.: Die Entlassung des Arbeitnehmers wegen beharrlicher Arbeitsverweigerung setzt das Bewußtsein der Pflichtwidrigkeit beim Arbeitnehmer voraus. BenschSamml. 6, 377.

Nr 6. Betriebsräte.

LArbG. Düsseldorf zu § 66 1, 2 BetrRG.: Krankenanstalten mit Nebenbetrieben (Landwirtschaft, Dampfmühle, Schlosserei, Polsterei, Bäckerei) sind nicht Betriebe mit wirtschaftlichen Zwecken. ZfA. 21, 48.

Nr 7. Tarifverträge.

Begriff „wirtschaftliche Vereinigungen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern“ vgl. DERSCH-VOLKMAR: Komm. z. Arbeitsgerichtsgesetz § 10 Anm. 4.

RArbG.: Spitzenverbände sind nicht tariffähig. Sie können aber in Vollmacht angeschlossener Verbände für diese Tarife abschließen. BenschSamml. 11, 55. — Wenn Angestellte nicht organisiert und der Tarifvertrag nicht für allgemein verbindlich erklärt ist, ist freie Lohnvereinbarung zulässig. RArbG. 6, 35.

Nr 8. Arbeitsstreitigkeiten.

KG. 23. 3. 28. JW. 1929, 2293 betr. Zuständigkeit des Arbeitsgerichts für Schadensersatzanspruch eines Krankenhausangestellten: Der Anspruch des Angestellten eines Krankenhauses auf Schadensersatz infolge eines Kunstfehlers der Krankenhausärzte bei Behandlung einer Krankheit, die sich der Angestellte in Ausübung seines Berufes zugezogen hat, ist ein Anspruch aus dem Arbeitsverhältnis (vgl. auch Nr 1).

Nr 9. Beamte.

Das RArbG. schließt sich hinsichtlich der Begriffsbestimmung des „Beamten“ den in der Rechtspr. des RG. entwickelten Grundsätzen an. BenschSamml. 6, 286. — Nach § 359 StGB. kommen als Beamte nur solche Personen in Betracht, die durch *Anstellung* zu dem Staat in einem öffentlich-rechtlichen Verhältnis stehen, daher sind z. B. die von einer unter staatlicher Obhut stehenden Heil- oder Irrenanstalt vertragsmäßig angenommenen Krankenwärter keine Beamten i. S. des § 174 StGB. RG(Str) 6, 711. — Medizinalpersonen i. S. des § 174 StGB. sind die mit Ausübung der Heilkunde befaßten Personen. Hierzu gehört auch das sog. niederärztliche Personal (geprüfte Heildiener, Heilgehilfen), nicht aber das bloße Dienst- und Wartepersonal (Krankenwärter). RG(Str) 31, 246; Recht 12, 151.

3. Das Sozialversicherungsrecht der im Krankenhaus tätigen Personen.

Von

H. DERSCH, Berlin.

Bemerkung 1. Grundsätzliches über die Beziehungen von Krankenanstalten zur Sozialversicherung. Solche Beziehungen ergeben sich in doppelter Hinsicht. Einmal ist das Krankenhaus diejenige Stelle, deren sich die Träger der Sozialversicherung zur Erfüllung ihrer Leistungen an Krankenhausbehandlung bedienen, sei es in eigener Regie, sei es durch Belegung dritter Anstalten. (Hierüber s. S. 137 ff.) Weiterhin ist das Krankenhaus auch als Arbeitgeber desjenigen Personals, das in der Sozialversicherung versicherungspflichtig ist, in Rechtsbeziehungen zu den Trägern der Sozialversicherung gebracht. (Hierüber s. teils das Nachstehende, teils S. 130 ff.)

Bem. 2. Rechtsquellen. Die einschlägigen Vorschriften der Sozialversicherung finden sich für:

a) die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung in der RVO. (Neufassung 15. 12. 24, RGBl. I, 779.);

b) die Angestelltenversicherung im AngVersG. (Neufassung 28. 5. 24, RGBl. I, 563);

c) die Knappschaftsversicherung im Reichsknappschaftsgesetz (Neufassung 1. 7. 26., RGBl. I, 369);

d) die Arbeitslosenversicherung im Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (Neufassung 12. 10. 29, RGBl. I. 162).

I. Krankenversicherung.

Bem. 3. Versicherungspflicht. Unter die krankenversicherungspflichtigen Berufe fällt das gesamte Krankenhauspersonal, soweit sich nicht aus Bem. 4 Ausnahmen ergeben, denn nach § 165 RVO. sind u. a. versichert:

a) Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Hausgehilfen, Lehrlinge.

b) Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet.

c) Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, Angestellte in Berufen der Kranken- und Wohlfahrtspflege, die nicht unter b) fallen, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet. Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist dabei mit Ausnahme der Lehrlinge, daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden, und daß abgesehen von den unter a) genannten ihr Jahresarbeitsverdienst an Entgelt nicht 3600 RM. übersteigt. Hiernach fallen aus dem Krankenhauspersonal z. B. die Krankenschwestern, soweit sie nicht nach der folgenden Bem. 4 versicherungsfrei sind, als Angestellte unter § 165 Nr. 5a, die im Büro einer Krankenanstalt tätigen Personen unter § 165 Nr. 2 bzw. 5a, einerlei, ob sie mechanische oder nichtmechanische Dienste verrichten, die Hausgehilfen, das Küchenpersonal, die Reinemachefrauen des Krankenhauses unter § 165 Nr. 1 RVO., die in mehr beaufsichtigender Stellung tätigen Verwalter, Küchenmeister, Inspektoren unter § 165 Nr. 2 RVO.

Bem. 4. Versicherungsfreiheit. Versicherungsfrei ist, wer nur vorübergehend, nach näherer Maßgabe der VO. vom 17. 11. 1913 beschäftigt wird. Ferner sind versicherungsfrei Beamte, Ärzte und Zahnärzte in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Landes, eines Gemeindeverbandes einer Gemeinde oder im Dienste von öffentlichen Körperschaften Beschäftigte, wenn ihnen anderweit ungefähr eine gleiche Fürsorge gewährleistet ist, ferner auch die in Ausbildung

für einen Beamtenberuf stehenden und die Personen, die zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt tätig sind. Dies wird z. B. häufig zutreffen bei Angestellten in staatlichen und städtischen Krankenhäusern. Für Krankenanstalten wichtig ist auch die Versicherungsfreiheit, die für Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schwestern vom Roten Kreuz und ähnliche Personen eintritt, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder einen geringen Entgelt beziehen, der nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung u. dgl. ausreicht (§ 172 Nr. 4 RVO.).

Bem. 5. Anmeldung und Beitragsleistung. Das Krankenhaus hat die zur Mitgliedschaft bei der Krankenkasse Verpflichteten als Arbeitgeber binnen 3 Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden. Es hat als Arbeitgeber die Beiträge für sie an den Tagen einzuzahlen, welche die Satzung der Krankenkasse festsetzt. Von den Beiträgen hat der Versicherte $\frac{2}{3}$, die Krankenanstalt als Arbeitgeber $\frac{1}{3}$ zu tragen.

Bem. 6. Leistungen. Hier ist zu unterscheiden zwischen Regelleistungen und Mehrleistungen. Erstere muß die Kasse auf Grund gesetzlicher Vorschrift gewähren, letztere kann sie auf Grund ihrer Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts (NotVO v. 8. 12. 1931) gewähren.

a) Die Regelleistungen sind: Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe. Die Krankenhilfe setzt als Versicherungsfall eine Erkrankung voraus. Es kommt nicht darauf an, ob sie etwa fahrlässig vom Erkrankten verschuldet ist, z. B. durch Außerachtlassung vorgeschriebener Desinfektionsmaßnahmen. Für Krankenanstalten ist das wichtig, wenn sich das Pflegepersonal Infektionskrankheiten zuzieht. Die Erkrankung kann auch durch ein i. S. der UnfVers. als Betriebsunfall anzusehendes Ereignis ausgelöst sein, ohne daß sie dadurch ihre Eigenschaft als Erkrankung verliert (z. B. Blutvergiftung durch Infektion bei einer Operation). Doch regelt das Gesetz hier das Verhältnis zwischen Kranken- und Unfalleistung zur Vermeidung von Doppelleistungen besonders.

Die Krankenhilfe zerfällt in Krankenpflege und Krankengeld. Die Krankenpflege wird vom Beginn der Krankheit an gewährt. Sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Das Krankengeld wird in Höhe des halben Grundlohnes für jeden Kalendertag gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht, und zwar vom 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit ab. An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann Krankenhauspflge gewährt werden; daneben wird für die Angehörigen, die der Versicherte bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, ein Hausgeld bezahlt. Weibliche Versicherte erhalten unter gewissen Voraussetzungen Wochenhilfe bei der Entbindung, und zwar Hebammenhilfe, erforderlichenfalls ärztliche Behandlung, einen Entbindungskostenbeitrag in Höhe von 10 RM., ein Wochengeld für 4 Wochen vor und 6 Wochen unmittelbar nach der Niederkunft, ferner ein Stillgeld bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft. Als Sterbegeld wird das Zwanzigfache des Grundlohnes gezahlt. Familienhilfe erhalten der Ehegatte und unterhaltsberechtignte Kinder; außerdem sieht das Gesetz auch Familienwochenhilfe vor.

b) Als Mehrleistungen können die Kassen mit Zustimmung des Oberversicherungsamts gewähren u. a.: Zuschläge zum Hausgeld, höheres Wochengeld, ein höheres Sterbegeld oder auch Sterbegeld beim Tode eines Familienmitgliedes.

Bem. 7. Versicherungsträger. Träger der KrankVers. sind die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Die in einem Krankenhaus ver-

sicherungspflichtig Beschäftigten sind im Regelfalle bei der OKrankK. versichert, die Hausgehilfen dagegen bei der LKrankK. Ein Krankenhaus kann aber auch mit Genehmigung des OVersA. eine BetrKrankK. errichten, wenn es für die Dauer mindestens 150 Versicherungspflichtige beschäftigt. In diesem Falle sind sämtliche Versicherungspflichtigen bei der BetrKrankK. versichert.

Bem. 8. Ersatzkassen. Das Gesetz läßt auch die Versicherung in einer zugelassenen Ersatzkasse zu. Die betr. Versicherten weisen dies nach durch Vorlage ihres Ersatzkassenmitgliedsscheins beim Arbeitgeber und sind dann von der Mitgliedschaft bei der Allg. OKrankK. frei.

II. Unfallversicherung.

Bem. 9. Versicherungspflicht. Die in einem Krankenhaus beschäftigten Personen unterliegen der GewUnfVers. Dies ergibt sich aus § 537 Abs. 1 Nr. 4b in Verb. mit § 544 RVO. Diese durch die Novellengesetzgebung in die RVO. eingefügte Vorschrift des § 537 Nr. 4b erklärt ausdrücklich, daß der Versicherung auch Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheime und sonstige Anstalten unterliegen, die Personen zur Kur oder Pflege aufnehmen, ferner Einrichtungen und Tätigkeiten in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und im Gesundheitsdienste. Auch Heilanstalten für Trinker und Krüppel, Genesungs- und Erholungsheime gehören bei der weiteren Fassung des Gesetzes hierher. Auch hier sind Ausnahmen möglich (hierüber s. Bem. 10).

Bem. 10. Versicherungsfreiheit. Versicherungsfrei sind Beamte, die mit festem Gehalt und Anspruch auf Ruhegeld in Betriebsverwaltungen eines Landes, eines Gemeindeverbandes oder einer Gemeinde angestellt sind, ebenso Beamte, die bei anderen öffentlichen Körperschaften oder von Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts beschäftigten Personen, sämtlich, wenn ihnen nach Feststellung der Obersten Verwaltungsbehörde eine der reichsgesetzlichen UnfVers. entsprechende Versorgung gewährleistet ist.

Bem. 11. Anmeldung und Beitragsleistung. Der Unternehmer des Krankenhauses hat binnen einer Woche dem VersA. anzuzeigen Gegenstand und Art des Betriebes, Zahl der Versicherten, die Genossenschaft, welcher der Betrieb angehört, und den Eröffnungstag. Ferner hat der Unternehmer den Mitgliedsbeitrag zu zahlen, und zwar jeweils nach dem Bedarf des abgelaufenen Geschäftsjahres. Er erhält darüber einen Auszug aus der Heberolle. Die BerGen. kann jedoch auch Vorschüsse auf die Beiträge nach näherer Bestimmung des RVA. verlangen.

Bem. 12. Leistungen. Gegenstand der UnfVers. ist der Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht.

a) *Bei Körperverletzung* wird gewährt Krankenbehandlung, Berufsfürsorge und eine Rente oder Krankengeld, Tagegeld, Familiengeld für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit. Die Krankenbehandlung umfaßt ärztliche Behandlung, Arznei und Pflege. An Stelle der Krankenbehandlung kann die Genossenschaft Heilanstaltspflege und als Pflege freien Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt (Anstaltspflege) gewähren. Den Fall, daß die Krankheit Folge eines Unfalles ist, regelt das Gesetz besonders.

Die *Berufsfürsorge* umfaßt die berufliche Ausbildung zur Gewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit und die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle.

Die zu gewährende Rente beträgt bei völliger Erwerbsunfähigkeit $\frac{2}{3}$ des Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente), bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit einen entsprechend verminderten Teil (Teilrente). Schwerverletzte haben außerdem Anspruch auf Kinderzulage.

b) Bei Tod wird gewährt ein Sterbegeld in Höhe des 15. Teiles des Jahresarbeitsverdienstes, ferner vom Todestage ab eine Hinterbliebenenrente an die Witwe und die Kinder. Außerdem ist auch eine Rente an die Verwandten der aufsteigenden Linie, die der Versicherte wesentlich aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, vorgesehen. Eine Witwe eines Schwerverletzten, die keinen Anspruch auf Witwenrente hat, weil der Tod des Verletzten nicht Folge eines Unfalls war, erhält als einmalige Witwenbeihilfe $\frac{2}{5}$ des Jahresarbeitsverdienstes. Das Krankenhaus selbst wird durch die Bewilligung einer Unfallentschädigung nach der RVO. gemäß § 898 RVO. von seiner etwaigen privatrechtlichen Haftpflicht gegenüber dem Versicherten und dessen Hinterbliebenen frei. Nur wenn durch strafgerichtliches Urteil festgestellt wird, daß der Krankenhausunternehmer vorsätzlich den Unfall herbeigeführt hat, haftet er privatrechtlich, und zwar auf den über die gesetzliche Unfallentschädigung hinausgehenden Teil des Schadens.

Bem. 13. Versicherungsträger. Träger der UnfVers. sind die BerGen. Das Personal in Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheimen und sonstigen Anstalten, die Personen zur Kur oder Pflege aufnehmen, ist bei der BerGen. für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Berlin N 24 versichert.

III. Invalidenversicherung.

Bem. 14. Auch die InvVers. ist für das Personal der Krankenanstalten von großer Bedeutung. Doch hier ist im Einzelfall die Feststellung besonders wichtig, ob es sich um einen gehobenen Angestellten handelt oder nicht, denn im ersteren Fall greift statt der InvVers. die AngVers. Platz (Bem. 20).

Bem. 15. Versicherungspflicht. In der InvVers. sind u. a. versicherungspflichtig Arbeiter, Gesellen, Hausgehilfen, ferner Gehilfen und Lehrlinge, soweit sie nicht nach dem AngVersG. versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind. In die InvVers. gehört also vor allem die große Masse des nicht gehobenen Hauspersonals einschließlich Küchenpersonals der Krankenanstalten. Voraussetzung für die Versicherung ist, daß die Beschäftigung gegen Entgelt stattfindet.

Bem. 16. Versicherungsfreiheit. Versicherungsfrei sind u. a. die vorübergehend Beschäftigten, ferner auch die in Betrieben des Reiches, eines Landes oder eines Gemeindeverbandes einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld oder Witwenrente gewährleistet wird, sowie auch diejenigen Beamten, die lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden. Solche Versicherungsfreiheit wegen gewährleisteter Versorgungsanwartschaften kann z. B. bei staatlichen und kommunalen Krankenanstalten praktisch werden.

Bem. 17. Anmeldung und Beitragszahlung. Der Versicherte hat sich eine Versicherungskarte bei der Ausgabestelle ausstellen zu lassen und sie seinem Arbeitgeber zu übergeben. Dieser kauft Beitragsmarken bei der Post in der dem Einkommen des Versicherten entsprechenden Gehaltsklasse und klebt die Marken in die Versicherungskarte ein. Nach der Höhe des wöchentlichen Arbeitsverdienstes sind 7 Lohnklassen gebildet. Von den gezahlten Beiträgen trägt der Arbeitgeber die Hälfte, die andere Hälfte kann er dem Versicherten vom Lohn abziehen.

Bem. 18. Leistungen. Die Leistungen der InvVers. sind Invalidenrente, Hinterbliebenenrente und als Kannleistung das Heilverfahren. Voraussetzung für die Gewährung von Invaliden- und Hinterbliebenenrente ist die Erfüllung der Wartezeit und die Aufrechterhaltung der Anwartschaft. Die Wartezeit dauert gemäß der Notverordnung v. 8. 12. 31, wenn für den Versicherten auf Grund der

Versicherungspflicht mindestens 250 Beiträge geleistet sind, 250, andernfalls 500 Beitragswochen und für die Altersinvalidenrente stets 750 Beitragswochen. Die Anwartschaft ist aufrechterhalten, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage mindestens 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet worden sind. Zu diesen Wochenbeiträgen zählen auch gewisse Ersatzzeiten. Die Invalidenrente wird gewährt an den Versicherten, der das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd invalide ist oder mindestens 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen oder der nach Wegfall des Krankengeldes invalide ist. Unter Invalidität ist eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um mindestens $\frac{2}{3}$ zu verstehen.

Die Invalidenrente besteht aus einem Grundbetrag und dem Reichszuschuß sowie aus Steigerungsbeträgen. Bei Wanderversicherten treten außerdem noch die Steigerungsbeträge aus den zur AngVers. entrichteten Beiträgen hinzu. Der Invalidenrentenempfänger erhält außerdem noch einen Kinderzuschuß für jedes Kind bis zu 15 Jahren. (Nach der Notverordnung v. 8. 12. 31 nicht mehr über dieses Alter hinaus.)

Witwenrente erhält nach dem Tode des versicherten Mannes die Witwe, die das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder invalide ist. Außerdem ist auch Witwerrente vorgesehen.

Waisenrente erhalten die Kinder bis zu 15 Jahren.

Ein Heilverfahren kann gewährt werden, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abzuwenden oder, wenn zu erwarten ist, daß ein Heilverfahren den Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente wieder erwerbsfähig macht.

Bem. 19. Versicherungsträger. Träger der InvVers. sind die LVersAnst. oder die Sonderanstalten der InvVers.

IV. Angestelltenversicherung.

Bem. 20. Die AngVers. spielt für Krankenanstalten eine große Rolle, da, wie in Bem. 21 näher ausgeführt, ein großer Teil des Krankenhauspersonals als Angestellte anzusehen sind, vor allem die Krankenschwestern. Sie sind nicht etwa gleichzeitig auch in der InvVers. versicherungspflichtig, denn die frühere doppelte Pflichtversicherung ist beseitigt. Besondere Vorschriften gelten, wenn sie früher in der InvVers. versicherungspflichtig waren oder später dahin gelangen (sog. Wanderversicherte). Hier findet im weiteren Umfang eine gegenseitige Anwartschaftserhaltung und Anrechnung der Beitragszeiten zur Rentensteigerung statt.

Bem. 21. Versicherungspflicht. Nach dem AngVersG. sind u. a. versicherungspflichtig Angestellte in leitender Stellung, Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung. Büroangestellte, soweit sie nicht ausschließlich mit Botengängen, Reinigung, Aufräumung und ähnlichen Arbeiten beschäftigt werden, einschließlich der Bürolehrlinge, außerdem noch Angestellte in Berufen der Kranken- und Wohlfahrtspflege. Aus den letzteren Berufen sind nach dem von dem RArbMin. erlassenen Berufskatalog folgende Arbeitnehmer versicherungspflichtig: Kranken-, Fürsorge- und Wirtschaftsschwestern, Pfleger in Krankenanstalten, Röntgenassistentinnen und Hebammen. Krankenschwestern sind dabei nur solche Schwestern, die überwiegend mit der eigentlichen Krankenpflege befaßt sind. Voraussetzung für die Versicherungspflicht aller dieser Personen ist, daß sie gegen Entgelt in einem

Dienstverhältnis beschäftigt werden, daß ihr Jahresarbeitsverdienst die vom RArbMin. festgesetzte Grenze (zur Zeit 8400 RM.) nicht übersteigt, und daß sie beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das Alter von 60 Jahren noch nicht vollendet haben. Diese Altersgrenze gilt nicht, wenn ein bisher Invalidenversicherungspflichtiger zu einer angestelltenversicherungspflichtigen Beschäftigung übertritt.

Bem. 22. Versicherungsfreiheit. Versicherungsfrei sind u. a. vorübergehend beschäftigte Personen, ferner Beamte des Reichs, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Trägers der Reichsversicherung, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente gewährleistet ist, sowie die Beamten, die für ihren Beruf ausgebildet werden, und die Personen, die zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt tätig sind. Entsprechend wie in der InvVers. kann dies hauptsächlich praktisch werden bei Angestellten staatlicher oder städtischer Krankenanstalten.

Bem. 23. Anmeldung und Beitragszahlung. Der Angestellte muß sich bei der Ausgabestelle eine Versicherungskarte ausstellen lassen. Er übergibt sie seinem Arbeitgeber zum Einkleben von Beitragsmarken. Der Arbeitgeber kauft die Marken bei der Post und klebt sie in die Versicherungskarte des Angestellten. Er kann dem Angestellten die Hälfte des Beitrages vom Gehalt abziehen. Es sind Gehaltsklassen gebildet.

Bem. 24. Leistungen. Die AngVers. gewährt Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten. Ferner kann die Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren gewähren.

Voraussetzung für das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten ist die Erfüllung der Wartezeit und die Aufrechterhaltung der Anwartschaft. Die Wartezeit dauert 60 Beitragsmonate, wenn wenigstens 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen sind, andernfalls 120 Beitragsmonate. Beim Altersruhegeld dauert sie stets 180 Beitragsmonate. Die Anwartschaft ist aufrechterhalten, wenn für den Versicherten vom 2. bis 11. Kalenderjahr seiner Versicherung jährlich mindestens 8 Beitragsmonate und vom 12. Kalenderjahr an jährlich mindestens 4 Beitragsmonate nachgewiesen sind. Zu diesen Beitragsmonaten zählen auch gewisse Ersatzzeiten.

Ruhegeld erhält der Versicherte, der das 65. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd oder seit mindestens 26 Wochen vorübergehend berufsunfähig ist. Ruhegeld erhält auch derjenige Versicherte, der das 60. Lebensjahr vollendet hat und seit mindestens einem Jahr arbeitslos ist.

Das Ruhegeld besteht aus einem Grundbetrag und aus Steigerungsbeträgen. Bei Wanderversicherten treten außerdem die Steigerungsbeträge aus den zur InvVers. entrichteten Beiträgen hinzu. Außerdem erhält der Versicherte einen Kinderzuschuß bis zu 15 Jahren.

Witwenrente erhält die Witwe des Versicherten, Witwenrente der erwerbsunfähige und bedürftige Witwer. Waisenrente erhalten nach dem Tode des Versicherten die Waisen bis zu 15 Jahren. Die Witwen- und Witwenrente betragen $\frac{5}{10}$, jede Waisenrente $\frac{6}{10}$ des Ruhegeldes ohne Kinderzuschuß.

Ein Heilverfahren kann gewährt werden, um die bei einem Versicherten drohende Berufsunfähigkeit abzuwenden, ferner auch um die bereits bestehende Berufsunfähigkeit bei einem Rentenempfänger zu beseitigen.

Bem. 25. Versicherungsträger. Träger der AngVers. ist die RVerstfAng. in Berlin. Außerdem sind Versicherungsträger einige zugelassene Ersatzkassen.

V. Arbeitslosenversicherung.

Bem. 26. Versicherungspflicht. Versicherungspflichtig in der ArbV. sind die der Krankenversicherungspflicht unterstellten Personen, ferner diejenigen, die in der AngV. pflichtversichert sind und der Pflicht zur KrankV. nur deshalb nicht unterliegen, weil sie die Versicherungsgrenze der KrankV. überschritten haben. Außerdem sind noch die leitenden Angestellten pflichtversichert. Für die beiden letzten Gruppen ist erforderlich, daß sie die Versicherungsgrenze der AngV. (zur Zeit 8400 RM.) nicht überschreiten. Die große Masse des Krankenhauspersonals ist also entweder auf dem Weg über die KrankV. oder über die AngV. auch in der ArbV. versicherungspflichtig.

Bem. 27. Versicherungsfreiheit. Versicherungsfrei sind in erster Linie die in der Kranken- und AngV. versicherungsfreien Personen, außerdem einige sonstige Personengruppen, die hier kaum in Betracht kommen.

Bem. 28. Anmeldung und Beiträge. Die Arbeitgeber haben die bei ihnen versicherungspflichtigen Beschäftigten zur Versicherung anzumelden und die Beiträge für sie abzuführen. Die Beiträge sind an die KrankK. zu zahlen, die sie an das LArbA. abführen. Die Beiträge tragen Arbeitgeber und Versicherte je zur Hälfte.

Bem. 29. Leistungen. Die Leistungen sind Arbeitslosenunterstützung, die Krankenversicherung Arbeitsloser, die Invaliden-, Angestellten- und knappschaftliche Pensionsversicherung Arbeitsloser und die Kurzarbeiterunterstützung, hinzu kommt noch die Krisenfürsorge.

a) Auf die *Arbeitslosenunterstützung* hat Anspruch, wer arbeitsfähig, arbeitswillig, aber unfreiwillig arbeitslos ist, die Anwartschaftszeit erfüllt hat und den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung noch nicht erschöpft hat.

Die Anwartschaftszeit ist für die erstmalige Unterstützung erfüllt, wenn der Arbeitslose in den letzten 2 Jahren wenigstens 52 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat. Dies gilt für spätere Unterstützungen, wenn er im letzten Jahre wenigstens 26 Wochen versicherungspflichtig beschäftigt war. Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung ist erschöpft, wenn sie insgesamt für 20 Wochen gewährt ist. Dann darf sie erst wieder gewährt werden, wenn die Anwartschaftszeit von neuem erfüllt ist. Für die Bemessung der Arbeitslosenunterstützung sind Lohnklassen gebildet nach dem Arbeitsentgelt, den der Arbeitslose im Durchschnitt der letzten 26 Wochen bzw. letzten 6 Monate bezogen hat. Für jede Lohnklasse ist ein Einheitslohn festgesetzt, von dem ein gewisser Vomhundertsatz als Unterstützung gewährt wird. Die Unterstützung zerfällt in Hauptunterstützung und Familienzuschlag. Für die Gesamtunterstützung sind Höchstgrenzen festgesetzt. Die Arbeitslosenunterstützung wird nach einer gewissen Wartezeit gewährt.

b) Die *Krankenversicherung Arbeitsloser* besteht darin, daß der Arbeitslose während des Bezugs der Hauptunterstützung für den Fall der Krankheit von dem Arbeitsamt versichert wird. Er erhält im Krankheitsfalle dafür die Leistungen der KrankV. Die Invaliden-, Angestellten- und knappschaftliche Pensionsversicherung Arbeitsloser besteht darin, daß das Arbeitsamt die zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderlichen Beiträge bzw. Anerkennungsgebühren zu zahlen hat.

c) Die *Kurzarbeiterunterstützung* ist für die Fälle vorgesehen, in denen der Arbeitslose Kurzarbeit verrichtet und dafür nicht den vollen Lohn erhält.

d) Die *Krisenunterstützung* wird in Zeiten andauernd besonders ungünstiger Arbeitsmarktlage gewährt an Arbeitslose, bei denen der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung erschöpft ist. Sonst bestehen die gleichen Voraussetzungen,

die für die Arbeitslosenunterstützung erforderlich sind. Außerdem ist erforderlich, daß der Arbeitslose bedürftig ist.

Bem. 30. Versicherungsträger. Träger der ArbIVers. ist die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in Berlin. Sie gliedert sich in die Hauptstelle, die Landesarbeitsämter und die Arbeitsämter.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Allgemeines zur Sozialversicherung.

Schrifttum: HANOW — HOFFMANN — LEHMANN — KROHN — RABELING — SCHULTE-HOLTHAUSEN.

Kommentar zur RVO. Berlin: Carl Heymanns Verlag. — *Reichsversicherungsordnung* mit Anmerkungen herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Berlin: Julius Springer. — SCHULZ: Reichsversicherungsordnung. 6. Aufl. 1925. — LUTZ RICHTER: Sozialversicherungsrecht. Berlin 1931.

Zur Berechnung der Höhe des Entgeltes allgemein für die Sozialversicherung: *Verordnung des RAM. über Festsetzung der Ortslöhne in der RVO. vom 5. 11. 29*, RGBl. I, 203. — BAUM: Ist Trinkgeld Entgelt im Sinne der RVO.? Die Krankenversicherung **1929**, 329 (tritt für eine Bejahung der Frage ein) u. a. — Ausführlich über die Frage, welche Bestimmungen der RVO. als Schutzgesetze i. S. des § 823 Abs. 2 BGB. anzusehen sind: GÖPFERT, DKrankK. **1931**, 856 ff.: § 364 RVO. (Sammlung von Rücklagen) ist kein Schutzgesetz zugunsten der Gläubiger von Krankenkassen; § 184 Abs. 5 (Krankenhauspflege) auch nicht Schutzgesetz zugunsten der Krankenhäuser, sondern nur Wahrecht des Versicherten; dagegen § 371 RVO. (Berücksichtigung gemeinnütziger Krankenhäuser) Schutzgesetz zugunsten dieser Krankenhäuser, deren Ausschaltung und wirtschaftliche Schädigung verhütet werden soll.

Rechtsprechung: RVA. (29. 10. 30); Mitt. der RVersAnstAng. **1931**, 4, Mitt. RStW. **5**, 82: Zum Entgelt gehören auch die Beträge, die ein leitender Krankenhausarzt nicht unmittelbar vom Krankenhaus, sondern für die Behandlung der Privatpatienten und Wohlfahrtskranken von diesen selbst oder vom Wohlfahrtsamt erhält; ebenso der Wert der ihm für seine Praxis im Krankenhaus zur Verfügung gestellten Sprechzimmerräume. RVA. **21. 5. 30**; DKrankK. **1931**, 55: Unter Entgelt sind wirtschaftliche Vorteile jeder Art zu verstehen, die als Vergütung für die geleistete Arbeit gewährt werden. Nicht zum Entgelt gehören Leistungen, die nur zum Ersatz von Auslagen dienen sollen. Zur Frage, ob der vom Arbeitgeber übernommene Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen zum Entgelt gehört, vgl. u. a. RVA. **12. 6. 29**; RArbBl. **1929** IV, 342: Der vom Arbeitgeber getragene Anteil des Arbeitnehmers an den Sozialversicherungsbeiträgen gehört jedenfalls dann nicht zum Entgelt, wenn der Arbeitgeber diesen Arbeitnehmeranteil freiwillig trägt.

RG. **15. 2. 29**; JW. **1929**, 1472: Liegt keine Vereinbarung vor, daß der Arbeitgeber diese Beitragsteile selbst zu tragen übernommen hat, so macht der Arbeitgeber, wenn er die an sich zu kürzenden Lohnteile mit auszahlt, eine Schenkung, nicht aber eine auf verpflichtender Vereinbarung beruhende Zuwendung.

RVA. **11. 12. 30**; RArbBl. **1931** IV, 69: Vom Arbeitgeber getragene Anteile des Arbeitnehmers an den Sozialversicherungsbeiträgen gehören nicht zum Entgelt i. S. der §§ 160, 180 RVO., wenn sie zwar entsprechend einer örtlichen Gewohnheit, aber doch freiwillig und widerruflich vom Arbeitgeber übernommen worden sind.

RVA. **11. 12. 30**; Krankenversicherung **1931**, 451: Beträge, die mit Rücksicht auf langjährige Dienste regelmäßig, aber freiwillig über den ortsüblichen Lohn hinaus gezahlt werden, gehören zum Entgelt i. S. des § 160 RVO.

RVA. **23. 2. 29**; EuM. **24**, 154: Zum Entgelt gehören nicht die Beköstigung und Wohnungsgelegenheit, welche das Charité-Krankenhaus Berlin und die Universitätskliniken und Polikliniken Preußens einem Teil der zu ihrem Personal gehörenden Lohnempfänger tarifmäßig in Anrechnung auf den Barlohn gewähren.

RVA. **19. 12. 30**; DKrankK. **1931**, 227: Kinder- und Frauenzuschläge gehören dann zum Entgelt, wenn sie im Lohnvertrag dem Arbeitnehmer ausdrücklich zugesichert und zu den ihm obliegenden Verpflichtungen in so enge Beziehung gesetzt sind, daß sie sich ebenso wie der Tarifgrundlohn als Gegenleistung für seine Dienste darstellen.

Nr 2. Krankenversicherung.

Schrifttum: Außer der allgemeinen Literatur s. noch besonders u. a. TRANECKNER: Krankenversicherungspflicht von Ärzten und Zahnärzten; DKrankK. **1929**, 1107 hält eine Krankenversicherungspflicht nur für solche Ärzte gegeben, die nicht eine selbständige, von Weisungen des Arbeitgebers unabhängige ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausüben, sondern gewissermaßen Gehilfen des Kassenvorstandes sind; versicherungspflichtig Ärzte, die als Angestellte von Krankenkassen mit der Nachprüfung von Rezepten

oder Apothekerrechnungen nach Weisungen des Vorstandes beschäftigt sind, nicht dagegen Vertrauensärzte, die Nachuntersuchungen vornehmen, und Schiffsärzte.

Zbl. f. d. öffentl. Verwaltungen und Betriebe **1931**, 180: Alle Lehrlinge, ohne Rücksicht auf Lebensalter, unterliegen der Krankenversicherungspflicht, auch wenn sie keinerlei Vergütung bekommen. *Ohne Entgelt* beschäftigte Lehrlinge erhalten im Erkrankungsfall aber nur Krankenpflege (Arzt und Arznei), jedoch kein Krankengeld.

Zur Versicherungsfreiheit vgl. u. a. JAEGER: Die Versicherungsfreiheit der Beschäftigung „zur“ oder „während“ der wissenschaftlichen Ausbildung für den künftigen Beruf. DKrankK. **1930**, 328. (Auf dem Gebiete der Kranken- und Angestelltenversicherung sei nur die dem unmittelbaren Zweck der wissenschaftlichen Ausbildung dienende Beschäftigung frei, da nur Beschäftigung „zur“ Ausbildung versicherungsfrei.)

Rechtsprechung: Versicherungspflicht. RVA. 24. 4. 30; Die Krankenversicherung **1930**, 455: Arbeit von Ordensmitgliedern für die Ordensgemeinschaft stellt keine versicherungspflichtige Arbeit i. S. des § 165 dar. RVA. 2. 5. 30; DKrankK. **1930**, 1203: Die Ehefrau eines Ökonomeinspektors, die auf Grund des Arbeitsvertrages ihres Mannes Lohnarbeiten mit verrichtet, ist krankenversicherungspflichtig. RVA. 11. 12. 30; Krankenversicherung **1931**, 253: Als Lehrling i. S. des § 165 RVO. hat zu gelten, wer in einem Betriebe hauptsächlich zur Ausbildung in der Betriebstätigkeit beschäftigt wird, bei dem also nicht seine Dienstleistung für den Arbeitgeber, sondern seine Unterweisung durch ihn der eigentliche Zweck des Beschäftigungsverhältnisses ist.

RVA. 3. 10. 25, AN. 326: Weibliche Personen, die in einem Säuglingsheim zur Ausbildung für den späteren Beruf der Säuglingspflegerinnen, Säuglingsschwestern beschäftigt werden und zur Mitarbeit verpflichtet sind (sog. Säuglingspflegerinnen, Lernschwestern), unterliegen als Lehrlinge der Versicherungspflicht und sind nicht versicherungsfrei nach § 172 Ziff. 3, 4.

Versicherungsfreiheit. RVA. 6. 5. 31, ZKrW. **1931**, 655, RArbBl. **1931 IV**, 316: Die Hebammenschülerinnen der Landesfrauenkliniken (Hebammenlehranstalten) sind nicht als Lehrlinge, sondern als Fachschülerinnen anzusehen und unterliegen daher nicht der Krankenversicherungspflicht; es fehlt an dem für ein Lehrlingsverhältnis notwendigen „Beschäftigungsverhältnis“.

RVA. 23. 6. 30; RArbBl. **1930 IV**, 377: Schwestern vom Roten Kreuz, die neben Sachbezügen eine monatliche Barvergütung von 30—60 RM. und einen Beitrag zu den Kosten eines jährlichen Erholungsurlaubs von 80—120 RM. erhalten, sind nach § 172 Nr. 4 RVO. befreit.

RVA. 5. 4. 24, EuM. **16**, 17: Schwestern vom Roten Kreuz, die neben freier Kost und Unterkunft monatlich 10—30 RM. erhalten, sind versicherungsfrei. Gleiches gilt für Oberinnen, die außer freier Kost und Unterkunft monatlich 50 RM. beziehen.

RVA. 2. 5. 30, DKrankK. **1930**, 1143: Lernschwestern vom Roten Kreuz sind versicherungsfrei.

VA. Frankfurt a. M. 3. 10. 29, DKrankK. **1930**, 107: Die Beschäftigung eines Studierenden gegen Entgelt, die ihm die Mittel zur Fortsetzung seines Studiums verschaffen soll, ist nach § 172 Abs. 3 RVO. versicherungsfrei, wenn die wissenschaftliche Ausbildung in der Zeit der Arbeitsleistung fort dauert.

Eingruppierung weiblicher Hausangestellter gemeinnütziger Anstalten. RVA. 18. 12. 15, AN. **1916**, 379 sieht sie unter Berufung auf § 439 RVO. als Gewerbegehilfen, nicht als Hausangestellte an. Im Ergebnis ebenso OVA. Berlin 2. 6. 27, III BK. 82/87 (zitiert in Freie Wohlfahrtspflege **2**, 332). Entgegengesetzt: OVA. Liegnitz, Mitt. RStW. **4** (1930), 66; gegen das RVA. auch PHILIPSBORN: Freie Wohlfahrtspflege **2**, 331/332.

RVA. 5. 11. 30, DKrankK. **1931**, 872: Ein Versicherungspatient ist mit Recht aus dem Krankenhaus verwiesen worden, weil er seiner Behandlung Schwierigkeiten entgegengesetzt und so den Zweck der Einweisung gefährdet hat, ferner gegen die Ordnung des Krankenhauses dadurch gröblich verstieß, daß er von einem Ausgang betrunken zurückgekehrt ist. Er hat dadurch seinen Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld verloren. RVA. 22. 5. 31, RArbBl. **1931 IV**, 315: Die Weigerung eines ins Krankenhaus eingewiesenen Versicherten, sich zur Feststellung der Diagnose einer Tuberkulineinspritzung zu unterziehen, zieht für die Dauer der Weigerung den Verlust der Kassenleistungen nach sich. Es handelt sich nicht um einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, sondern lediglich um eine, die Diagnose erleichternde Maßnahme, der sich der Patient ohne Gefahr für Leib oder Leben unterziehen kann.

Nr 3. Unfallversicherung.

Schrifttum: Über den neu eingeführten § 537b RVO. vgl. O. A. SCHULTE-HOLTHAUSEN: Unfallversicherung 429 § 537 Anm. 43, 4. — SCHRÖDER: UV. in Gesdh.dienst u. Wohl.pflege **1929**, Nr 4. — Über die UV. der Hebammen KNOLL: Allg. Dtsch. Hebammenztg. **1929**, 15. — GEISTHARD: UV.-Pflicht von Betrieben der Krankenkassen, in DKrankK. **1929**, 1216,

auch KNOLL: DKrankK. 1929, 123. — Über die UV. ärztlicher Betriebe KROHN: ÄVBl. 1929, 107. — BEHREND: Der Kreis der Unfallversicherten in der Wohlfahrtspflege und Gesundheitsdienst. Z. Wohlf.pflege 1930, 137. — Vgl. auch Bekanntmachung der Abt. III der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege DÄBl. 1930, 89.

Rechtsprechung: Zu § 537, 4b. RVA. 5. 12. 29, EuM. 26, 60: Krankenbesucher sind dann gegen Unfall versichert, wenn sie eine Tätigkeit im Gesundheitsdienste ausüben, d. h. Aufgaben erfüllen, die unmittelbar der Förderung von Gesundheit der Kassenmitglieder zu dienen bestimmt sind. RVA. 8. 3. 30, EuM. 27, 43: Die Mitwirkung von Ärzten auf dem Gebiete der Arbeitsvermittlung, Arbeitslosenversicherung, Berufsberatung bei der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung hat nur so wenig Berührungspunkte mit dem Gesundheitsdienst, daß die nicht als unter § 537, 4b fallend anzusehen ist. RVA. 17. 9. 30, DKrankK. 1930, 1398: Städt. Desinfektionsanstalten fallen unter § 537, 4b. Runderlaß des PrMfV. 28. 2. 31, Volkswohlf. 1931, 192 in I.M. 1929, 387: Die Tätigkeit der pharmazeutischen Bevollmächtigten für die Besichtigungen der Apotheken (Apothekenvisieren) unterliegt der UV. (§ 537, 4b).

RVA. 5. 6. 30, EuM. 27, 392: Kreis- und Provinzialhebammenstellen, die auf Grund des Pr. Ges. über das Hebammenwesen vom 20. 7. 22 eingerichtet sind, stellen keine Einrichtung in der Wohlfahrtspflege oder Gesundheitsdienst dar.

RVA. 13. 4. 31, EuM. 30, 28: Die Krankenkassen sind als Träger der KV. nicht als Einrichtungen und Tätigkeiten in der öffentlichen oder freien Wohlfahrtspflege oder im Gesundheitsdienste i. S. des § 537 4b anzusehen. Grundsätzliche Entscheidung RVA. EuM. 28, 1 über Zugehörigkeit von Hospizen zur Ber.Gen. f. Ges. u. fr. Wohlf.pflege Schiedsstelle beim Vbd. Dtsch. BG. 23. 4. 31, EuM. 30, 306. Anwendung dieser grundsätzl. Entsch. auf einen Sonderfall. Schiedsstelle beim VbD. 23. 4. 31, EuM. 30, 309: Ein Arzt, dessen zur Ausübung der Praxis benutzte Räumlichkeit auf Grund eines Dienstvertrages von der Verwalterin der Räume oder ihrem Dienstpersonal gereinigt werden, fällt nicht in das Unternehmerverzeichnis der BG. f. Ges. u. Wohlf.pflege. Schiedsstelle 21. 4. 31, EuM. 30, 335: Zur Frage der B.-G. lichen Zugehörigkeit von Apothekenbetrieben, die in der Hauptsache selbständig arbeiten, in einzelnen Beziehungen aber in einem Krankenhaus durch dessen Leitung verbunden sind.

Über die Versicherungspflicht in Anstalten. RVA. 12. 5. 11, AN. 515: Hinsichtlich der Versicherungspflicht der in geschlossenen Anstalten untergebrachten Pfleglinge, die innerhalb oder außerhalb der Anstalt in versicherten Betrieben beschäftigt werden, ist die Arbeiter-eigenschaft nach ihrer geistigen und körperlichen Verfassung, Art und Zweck ihrer Beschäftigung im Einzelfall verschieden zu beurteilen. *Geistesranke Pfleglinge* können nicht als Arbeiter gelten, weil sie wegen geistiger Mängel ein Arbeitsverhältnis überhaupt nicht eingehen können; ob die Beschäftigung innerhalb oder außerhalb der Anstalt stattfindet, ist bei ihnen unerheblich. Auch bei *geistesschwachen* Pfleglingen spricht die Vermutung gegen die Arbeitereigenschaft, da sie in der Regel an erheblichen geistigen und körperlichen, ihre Arbeitsfähigkeit sehr beeinträchtigenden Mängeln leiden. *Die Pfleglinge von Lungenheil-stätten* gelten nicht als Arbeiter, wenn sie lediglich auf ärztliche Anordnung zur Förderung ihrer Gesundheit und zur Gewöhnung an die Arbeit an einigen Stunden im Tage mit leichten Verrichtungen beschäftigt werden. Dagegen unterliegt es keinem Bedenken, die in einer Trinkerheilstätte aufgenommenen Pfleglinge des Arbeiterstandes, die beim Vorliegen körperlicher Rüstigkeit in einer auch beim gesunden Arbeiter üblichen Weise beschäftigt werden, als Arbeiter anzusehen.

Unfallversicherungspflicht von Laboratorien. RVA. 12. 6. 30, EuM. 27, 383: Gemeindliche Anstalten, die zum Zwecke der chemischen, physikalischen oder bakteriologischen Untersuchung von Nahrungs- oder Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen betrieben werden, sind als Laboratorien i. S. des § 537 4c RVO. seit dem 1. 7. 28 der UV. unterstellt. Gehörte ein solcher Betrieb bereits vor dem 1. 7. 28 aus besonderen Gründen einer BG. an, und ist die Gemeinde nach dem § 627a RVO. zum Versicherungsträger für die im § 537 4c RVO. bezeichneten Betriebe erklärt, so hört die bisherige Versicherung des Betriebes bei der BG. mit dem Tage auf, an dem die Erklärung zum VTr. wirksam geworden ist. Eine Austritts-erklärung gegenüber der BG. bedarf es nicht.

Über den Betriebsunfall vgl. Komm. z. RVO. von SCHULTE-HOLTHAUSEN S. 47.

Über den Kreis der versicherten Personen. RVA. 20. 8. 29, DKrankK. 1929, 1407: Koch-schülerinnen in einem Hospital, die einen Arbeitsposten ausfüllen, sind selbst dann gegen Betriebsunfälle versichert, wenn der Zweck ihrer Beschäftigung weder auf die berufsmäßige Verwertung ihrer körperlichen Arbeitskraft noch auf die Erlernung einer Fachausbildung zu künftigen Erwerb zu rechnen ist.

Zu § 545a RVA. 4. 2. 30, Die RV. 1931, 31 betreffend Unfall auf dem Wege zur Heilbehandlung im Ambulatorium vgl. SCHULTE-HOLTHAUSEN: Unfälle auf dem Wege nach und von der Arbeitsstätte. RArbBl. 1930 IV, 113 (Zusammenstellg. v. Entschdg.).

Vgl. GEISTHARD in DKrankK. 1929, 753.

Zu § 547 Verordnungen v. 12. 5. 25 u. 11. 2. 29 RGBl. I, 69 u. I, 27, v. 4. 11. 28 RGBl. I, 387.

MfV. 27. 12. 29, Volkswohlf. **1930**, 81 (Rückwirkungsfälle).

MfV. 2. 1. 30, Volkswohlf. **1930**, 82 (Aufgaben und Auswahl der Ärzte).

RVA. 30. 9. 29, EuM. **25**, 433: Mittelbare Folgen von Berufskrankheiten.

RVA. 6. 12. 29, EuM. **26**, 27: Infektionskrankheiten nach dem 30. 6. 28.

Zu § 554 RVA. 3. 4. 30, DKrankK. **1930**, 919: Die in § 554 Nr 6 erwähnten Ordens- und Mutterhausangehörigen sind versicherungspflichtig. Sie sind nach den Bestimmungen der §§ 544, 545 der RVO. versichert, solange ihre Ordensgemeinschaft oder ihr Mutterhaus nicht von der Versicherungsfreiheit Gebrauch macht.

Vgl. auch BadLVA. 15. 11. 28. EuM. **25**, 138: Schuldhaftige Nichtmitwirkung des Verletzten an der Beseitigung von Unfallfolgen.

Berufskrankheiten. RVA. 6. 12. 29, EuM. **26**, 27: Durch berufliche Tätigkeit in Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten und sonstigen, in Nr 22 Spalte III der Anlage zur 2. VO. über Ausdehnung der UV. auf Berufskrankheiten vom 11. 2. 29 genannten Betriebe und Einrichtungen verursachte Infektionskrankheiten sind nur dann als Berufskrankheiten i. S. der genannten VO. zu entschädigen, wenn die verursachende berufliche Beschäftigung nach dem 30. 7. 28 stattgefunden hat.

Vgl. Entscheid des RArbMin. betr. Zuteilung von öffentlichen Körperschaften zu Versicherungsverbänden. RArbBl. **1929 IV**, 412.

F. Krankenhaus und Patient.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin.

I. Die Krankenhausaufnahme.

A. Allgemeines. Arten der Patienten.

Bemerkung 1. Teils bürgerliches, teils öffentliches Recht. Die folgenden Abschnitte sind dem Kernstück des Krankenhausrechts gewidmet. Sie befassen sich mit den Rechtsverhältnissen, welche durch die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus, seinen Aufenthalt und seine Entlassung entstehen. Sie sind vorwiegend bürgerlich-rechtlicher Natur, gehören aber auch teilweise dem öffentlichen Recht an, wie z. B. die in der RVerf. geordnete Staatshaftung für Beamte, das Bestattungsrecht und ähnliches.

Bem. 2. Selbstzahler, Wohlfahrts-, Versicherungs-, Zwangspatienten. Für die Leistungen des Krankenhauses ist es im wesentlichen gleichgültig, ob es sich um sog. Selbstzahler handelt, welche das Krankenhaus aufsuchen, ohne daß eine öffentlich-rechtliche Beziehung zu dem Krankenhaus oder einem dritten Kostenträger hierbei eine Rolle spielt oder ob es sich um Patienten handelt, deren Aufnahme auf Grund öffentlich-rechtlicher Beziehungen erfolgt. Derartige Beziehungen schafft entweder die RFV. 13. 2. 24 (Wohlfahrtskranke) oder die Sozialversicherung (Versicherungskranke) oder ein öffentliches Gewaltverhältnis (Zwangspatienten, wie z. B. Militärpersonen, Untersuchungs- oder Strafgefangene, Fürsorgezöglinge, zwecks Untersuchung auf ihren Geisteszustand Eingewiesene).

Bem. 3. Selbstzahler und fremde Wohlfahrts- und Versicherungspatienten. Rein privatrechtliche Verhältnisse liegen bei den Selbstzahlern und bei den Wohlfahrts- und Versicherungskranken vor, welche von den Wohlfahrtsämtern und den Reichsversicherungsträgern in ihnen nicht gehörige Anstalten eingewiesen werden, was in den beiden letzteren Fällen auf Grund eines sog. Vertrages zugunsten Dritter geschieht.

Bem. 4. Eigene Wohlfahrts-, Versicherungs- und Zwangspatienten. Bei den Patienten, welche in eigenen Anstalten der Gemeinden, Versicherungsträger oder sonstigen Gewalthaber (z. B. in Gefängnislazaretten) behandelt werden, bestehen zwar zwischen Krankenhaus und Patient lediglich öffentlich-rechtliche Verhältnisse, trotzdem sind die dem Krankenhaus obliegenden Verpflichtungen im wesentlichen die gleichen wie sonst. Hinsichtlich der eigenen Wohlfahrts- und Versicherungskranken hat die neuere Rechtsprechung festgestellt, daß sie gegen das Krankenhaus den öffentlich-rechtlichen Anspruch auf sachgemäße Behandlung haben, und daß die Krankenhäuser für das Verschulden ihrer Erfüllungsgehilfen (Ärzte, Schwestern) gemäß § 278 BGB. haften. Über weitere Konsequenzen bei Ansprüchen aus unerlaubten Handlungen siehe S. 108 Bem. 2. Auch für die Verjährung derartiger Schadenersatzansprüche dürfte,

da es sich um vertragsähnliche Ansprüche handelt, die allgemeine 30jährige Frist maßgebend sein, nicht die kurze 3jährige des § 852, die für unerlaubte Handlungen gilt.

Hinsichtlich der eigenen Zwangspatienten vgl. S. 102 Bem. 3.

Bem. 5. Fremde Zwangspatienten. Dagegen dürfte bei den in fremde Krankenhäuser eingewiesenen Zwangspatienten die Annahme eines den Patienten selbständig berechtigenden Vertrages zugunsten Dritter nicht zu rechtfertigen sein, wie bei PHILIPSBORN, Krankenhausrecht, S. 52, 84, näher dargelegt ist.

Bem. 6. Aufnahme mit und ohne Vertrag. Die Rechtsform der privatrechtlichen Beziehungen zwischen Krankenhaus und Patient ist entweder der Vertrag, der bei Selbstzahlern durch das Aufsuchen des Krankenhauses, sonst durch Einweisung (Krankenschein) zustande kommt oder die sog. Geschäftsführung ohne Auftrag.

B. Aufnahme mit Vertrag.

Bem. 1. Die Elemente des Aufnahmevertrages. Der normale *Aufnahmevertrag*, wonach das Krankenhaus dem Patienten Beherbergung und Beköstigung, Pflege und ärztliche Behandlung zu leisten, der Patient (Selbstzahler) die Vergütung zu zahlen hat, ist ein aus Dienstvertrag (hinsichtlich der ärztlichen Behandlung und Pflege), Miete (hinsichtlich der räumlichen Unterkunft) und Kauf (hinsichtlich der Verpflegung) zusammengesetzter, sog. gemischter Vertrag, der mit Rücksicht auf die die Hauptleistung darstellende ärztliche Behandlung, wie diese, nach den Regeln des *Dienstvertrages* zu behandeln ist (vgl. hierüber S. 198). Nur ausnahmsweise kann daneben auch eine den Regeln des *Mietvertrages* unterstehende Miete in Betracht kommen. Gleichzeitig hat der Dienstvertrag eine *Geschäftsbesorgung* i. S. des § 675 zum Gegenstand, so daß ein Teil der Vorschriften über den Auftrag Anwendung finden (vgl. hierzu S. 101, 198).

Bem. 2. Der Aufnahmevertrag als unabhängiger Dienstvertrag. Der natürlichen Denkweise widerstrebt es, die Krankenhausaufnahme im ganzen und noch mehr die ärztliche Behandlung dem Dienstvertrage zu unterstellen, bei dem man zunächst an andere Lebensverhältnisse denkt. Die Bedenken dürften aber verschwinden, da wir es hier (wie z. B. auch bei dem Rechtsanwaltsvertrage) mit dem sog. unabhängigen Dienstvertrage zu tun haben. Während für den gewöhnlichen Fall, den sog. abhängigen Dienstvertrag, eine weitgehende Gehorsamspflicht des die Dienste Leistenden (des Dienstverpflichteten) charakteristisch ist, ist bei dem unabhängigen Dienstvertrag die Abhängigkeit des Dienstverpflichteten, also des Krankenhauses, eine relativ geringe; seine Stellung ist vielmehr von überwiegender Selbständigkeit gegenüber dem Dienstberechtigten, dem Patienten, welcher den Anordnungen des Krankenhauses zu folgen hat und dessen Hausordnung unterworfen ist, so daß geradezu von einer *Gehorsamspflicht* des Patienten gesprochen werden muß. Dagegen liegt auch hier, wie bei dem abhängigen Dienstvertrag dem Dienstverpflichteten eine *Treupflicht* ob, die sich insbesondere in einer Schutz- und Verschwiegenheitspflicht äußert. Die gesamten Beziehungen zwischen Krankenhaus und Patient werden von einem gegenseitigen Vertrauensverhältnis getragen.

Bem. 3. Krankenhaus als Vertragspartei. Als Partei steht auf der einen Seite das Krankenhaus, d. h. der öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Träger, dem das Krankenhaus gehört, z. B. die Stadtgemeinde, die selbständige Stiftung, die juristische Person, bei welcher die unselbständige Stiftung errichtet ist, die Kirchengemeinde, der Verein, der Arzt als Unternehmer der Privatkankeanstalt, sie alle vertreten durch ihre gesetzlichen Vertreter oder die mit der Verwaltung beauftragten Personen (vgl. S. 20—36).

Bem. 4. Selbstzahler als Vertragspartei. Auf der anderen Seite steht der Selbstzahler, sei es, daß der Patient selbst den Vertrag — durch Unterzeichnung eines Aufnahmereverses oder formlos — schließt oder in seinem Namen ein Bevollmächtigter. Bei der Aufnahme von Ehefrauen und von Patienten, bei denen Dritte, nicht ausdrücklich als Bevollmächtigte handelnd auftreten (Eltern, Verwandte, Dienstherrschaften und ähnliche), entstehen oft Zweifel. Die hier auftretenden juristischen Fragen betreffen die Schlüsselgewalt der Ehefrau (§ 1357 BGB.) und den Vertrag zugunsten Dritter (§§ 328—335 BGB.). Da die gleichen Probleme bei dem Arztrecht vorliegen und Judikatur und Literatur fast ausnahmslos hinsichtlich der Rechtsstellung des Arztes sich mit ihnen beschäftigen, wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf S. 199 ff. verwiesen.

Bem. 5. Vertrag zugunsten Dritter. Nur die Bedeutung des *Vertrages zugunsten Dritter* muß zum Verständnis des folgenden bereits an dieser Stelle klargelegt werden, da er gerade im Krankenhausrecht eine große Rolle spielt, besonders bei der Einweisung von Krankenkassenpatienten. Durch den sog. Vertrag zugunsten Dritter, den z. B. ein Vater zugunsten seines Kindes oder ein Geschäftsinhaber zugunsten seines Angestellten mit dem Krankenhaus abschließt, erwirbt der Dritte (das Kind, der Angestellte) unmittelbar das Recht auf die Leistung der Anstalt (§ 328). Ob dies beabsichtigt ist, ist in Ermangelung ausdrücklicher Bestimmung aus den Umständen, besonders aus dem Zweck zu entnehmen. Danach richtet es sich auch, ob die Vertragsschließenden die Befugnis haben sollen, das Recht des Dritten ohne dessen Zustimmung aufzuheben oder zu ändern. Liegt ein solcher Vertrag vor, so stehen die Rechte aus ihm dem Dritten und, wie in der Regel anzunehmen sein wird, auch dem Vertragsschließenden (dem Vater, dem Geschäftsinhaber) zu. Aus diesem sog. mitberechtigenden Verträge zugunsten Dritter (§ 335) können sowohl der Dritte wie der Vertragsschließende z. B. vertragliche Schadensersatzansprüche erheben. Die Zahlungsverpflichtung trifft jedoch allein den Vertragsschließenden.

Bem. 6. Spaltung in Krankenhaus- und Arztvertrag. Statt des bisher allein in Betracht gezogenen einheitlichen Aufnahmevertrages können auch zwei Verträge geschlossen werden, der eine mit dem Krankenhaus hinsichtlich Beherbergung, Beköstigung und Pflege und der andere mit dem Arzt hinsichtlich der Behandlung. Eine solche *Spaltung* liegt vor, wenn der Arzt ein selbständiges Liquidationsrecht hat und mit dem Patienten ausdrücklich oder stillschweigend eine diesbezügliche Vereinbarung trifft. Diese Vereinbarung kann auch die Krankenhausverwaltung in Vertretung für den Arzt mit abschließen. Für die hier auftretenden Zweifel sind die Ausführungen von ZITELMANN (. . .) noch unter Nr 3 b heute von Bedeutung.

Bem. 7. Vertrag zugunsten Dritter bei Wohlfahrts- und Versicherungspatienten. Wie schon erwähnt, spielt sich die Einweisung von *Wohlfahrts- und Versicherungskranken* in der Regel im Rahmen des obenerwähnten mitberechtigenden Vertrags zugunsten Dritter ab. Nur folgt hier aus dem zwischen der einweisenden Stelle und dem Patienten bestehenden öffentlich-rechtlichen Verhältnis, daß dem Patienten zivilrechtlich in keiner Weise eine Befugnis zusteht, in die Einzelheiten und die Dauer des Vertrages einzugreifen. Für die Versicherungskranken ist ferner zu beachten, daß der Krankenkasse eine nachträgliche Anfechtung des Vertrages wegen Nichtzugehörigkeit zur Kasse oder mangelnden Anspruchs (ausgesteuert) nicht zusteht, da ein derartiger Irrtum im Motiv unbeachtlich ist (§ 119 BGB.).

Bem. 8. Bei Zwangspatienten. Dagegen liegt bei der Einweisung von *Zwangspatienten* kein Vertrag zugunsten Dritter vor, da es dem Zwangscharakter des Gewaltverhältnisses widerspricht, dem Patienten eigene Vertragsrechte ein-

zuräumen (vgl. Bem. 5). Hier ist der Patient nur derjenige, an dem sich die Vertragsleistung vollziehen soll.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: (Gesamtdarstellungen): ECKSTEIN: *Rechtshandbuch für private und öffentliche Heilanstalten*, S. 87 ff. Peterswaldau 1918. — ERASMY: *Das Rechtsverhältnis einer städtischen Krankenanstalt*. Borna-Leipzig 1916. — LUSTIG: *Gesetz und Recht im Krankenhaus*, Bd. 7 der Handbücherei für das gesamte Krankenhauswesen, S. 252. Berlin: Julius Springer 1930. — PHILIPSBORN: *Kranker und Krankenhaus im Recht*, S. 42 ff. Stuttgart: Kohlhammer 1930. — ZITTELMANN: *Das bürgerliche Recht der Krankenanstalten*, in DIETRICH-GROBER: *Das deutsche Krankenhaus*, S. 870 ff. Jena: Fischer 1922.

Nr 1. Dienst- oder Werkvertrag?

Schrifttum: STAUDINGER: BGB. § 611 Vorbem. V 11, der Vertrag ist Dienstvertrag. Ebenso PLANCK: BGB. § 611 Vorbem. VIII 2. OERTMANN: Vorbem. § 611. PHILIPSBORN, S. 42; im wesentlichen Dienstvertrag, außerdem Miete und Kauf.

Rechtsprechung: a) RG. 28. 10. 87, JW. 1888, 29: Das Hospital, welches einen Kranken aufnimmt, verpflichtet sich nicht zum Hervorbringen eines bestimmten Endergebnisses, etwa zur Heilung des Kranken, es übernimmt nur eine Reihe von Einzelverpflichtungen.

b) RG. 27. 11. 17, JW. 1918, 260: Der von dem Krankenhaus mit dem Kranken oder seinem Vertreter geschlossene Vertrag ist ein Dienstvertrag.

c) Colmar 17. 11. 10 (OLGRspr. 22, 292): Der von dem Kläger über die Aufnahme seiner Frau in das Hospital abgeschlossene Vertrag ist Dienstvertrag, nicht Werkvertrag, da er nicht Hervorbringung eines Werkes, die Heilung, bezweckt, sondern auf Gewährung von Einzelleistungen gerichtet ist.

Nr 2. Geschäftsbesorgungsvertrag.

RGR. Komm. § 675 erkennt das Vertragsverhältnis zwischen Stadtgemeinde als Eigentümerin öffentlicher Krankenhäuser und den gegen Entgelt verpflegten Kranken als Geschäftsbesorgung an und verweist auf RG. 83, 71 (unten 3c).

Nr 3. Aufnahmevertrag mit Selbstzahlern.

a) *Vertrag zugunsten Dritter zwischen Vater und Anstalt:* RG. 8. 11. 18, JW. 1919, 38: Die Unterbringung eines Kindes durch den Vater in einem gemeinnützigen Säuglingsheim ist ein Vertrag zugunsten Dritter, aus welchem das Kind ein unmittelbares Recht auf die Vertragsleistungen des Heims erwirbt (§ 328 Abs. 2).

b) *Spaltung im Krankenhaus- und Arztervertrag bei ärztlichem Liquidationsrecht.* ZITTELMANN: *Das bürgerliche Recht der Krankenhausanstalten*, S. 852, unterscheidet für die in Bem. 5 erwähnten Fälle folgendermaßen: Ist das für die Aufnahme zu entrichtende Entgelt der Höhe nach bestimmt, ohne daß die ärztliche Behandlung erwähnt ist, so ist im Zweifel anzunehmen, daß mit dem Arzt darüber ein besonderer Honorarvertrag zu schließen ist. Sind die ärztlichen Leistungen erkennbar im Preise mitenthalten, so kann zweierlei gemeint sein: entweder will die Anstalt einen einheitlichen Krankenhaus- und Arztleistungen umfassenden Vertrag abschließen oder sie schließt den Krankenhausvertrag im eigenen Namen und gleichzeitig den Arztvertrag als Vertreter des Arztes ab. Was beabsichtigt ist, richtet sich im Zweifel nach dem zwischen Arzt und Anstalt bestehenden Innenverhältnis.

c) *Selbstzahler im städtischen Krankenhaus.* RG. 30. 10. 06, 64, 231: Durch die Aufnahme eines Kranken als „zahlungsfähige Privatperson“ in die besondere Pflegeklasse eines Krankenhauses wird zwischen dem Kranken und dem Krankenhausunternehmer ein privatrechtlicher Vertrag begründet.

RG. 9. 7. 13, 83, 71; JW. 1913, 976, betreffend Aufnahme in der 2. Verpflegungsklasse eines städt. Krankenhauses. Der Umstand, daß das städt. Krankenhaus einer gemeinnützigen Bestrebung dient, hindert nicht, daß die Stadt als Unternehmerin über die zu gewährenden Leistungen Verträge abschließt. Ob die Krankenhausgebühren öffentliche Abgaben sind, kann dahingestellt bleiben.

Auch die öffentlich-rechtliche Körperschaft, die zur Erfüllung einer mit Rücksicht auf das Gemeinwohl ihr obliegenden öffentlich-rechtlichen Verpflichtung ein Krankenhaus einrichtet, und zur Erfüllung dieser Verpflichtung im allgemeinen Gebühren als öffentliche Abgaben im staatsrechtlichen Sinne erhebt, kann im Einzelfalle dieselben Leistungen auf Grund einer bürgerlich-rechtlichen Verpflichtung gegen eine vertragsmäßige Gegenleistung gewähren. Daß diese Gegenleistung von vornherein und allgemein der Höhe nach gleichmäßig bestimmt ist, steht der Annahme eines Vertragswillens nicht entgegen.

RG. 2. 11. 17, 91, 134: Auch die nur vorläufige Gewährung von Einlaß und Unterkunft in einem städt. Krankenhaus begründet für die Dauer des vertraglichen Zustandes vertragliche Beziehungen mit der Verpflichtung der Stadt, die Kranken einstweilen in Obhut und

Fürsorge zu nehmen und das dahin Erforderliche zu tun. Wenn die Kranke als Geistes-
kranke von der Oberschwester nicht aufgenommen werden durfte, so wird deren Vollmacht
gegenüber den die vorläufige Aufnahme begehrenden Personen dadurch nicht berührt.

Nr 4. Aufnahme von Krankenkassenpatienten.

a) RG. 7. 1. 10, Recht **1910**, Nr 641: Hat ein Krankenhaus sich einer Krankenkasse
gegenüber vertraglich verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen die Kassenmitglieder
aufzunehmen, so ist im Einzelfalle zu prüfen, ob daneben noch ein zweiter Vertrag zwischen
Krankenhaus und dem aufgenommenen Mitglied besteht. Dies ist in der Regel zu verneinen.
Es kann in Frage kommen, ob der Vertrag zwischen Kasse und Klinik als zugunsten Dritter
geschlossen anzusehen ist.

Verneint wird der Vertrag zugunsten Dritter noch in

b) RG. 1. 10. 10, **74**, 163, JW. **1910**, 934: Bringt ein Knappschaftsverein ein Mitglied
in einem Krankenhaus unter, so besteht ein Vertragsverhältnis nur zwischen dem Patient
und dem behandelnden Arzt und dem Krankenhaus.

Auch Naumburg, DKrankK. **1930**, 1260 verkennt die Rechtslage, indem die vertragliche
Haftung des Krankenhauses nicht auf einem Vertrag zugunsten Dritter, sondern unter
unzutreffender Beziehung auf RG. **112**, 290 auf ein unmittelbares Vertragsverhältnis zwischen
Krankenhaus und Kassenpatient gestützt wird.

Bejaht wird der Vertrag zugunsten Dritter von

c) RG. 4. 6. 15, Warneyer **1915**, 203, JW. **1915**, 915, GruchBeitr. **60**, 127: Durch die
Einweisung eines Kassenpatienten in das einem Dritten (Pfarrgemeinde) gehörige Kranken-
haus kommt ein Vertragsverhältnis zustande, durch das eine unmittelbare Berechtigung des
Patienten geschaffen wird. Der mit der Einweisung verbundene Zweck für den Versicherten
eine sachgemäße Behandlung zu schaffen und ihn gegen falsche Maßnahmen des Kranken-
hauspersonals sicherzustellen, welche die Genesung hindern oder erschweren, ist nur dadurch
zu erreichen, daß der Patient ein eigenes Recht auf ordnungsmäßige Behandlung erlangt
(§ 328 Abs. 2). Die abweichende Entscheidung von Braunschweig 23. 11. 06, OLGrspr. **14**, 26,
steht nicht entgegen.

Ebenso

d) RG. 24. 4. 28, Recht **1928**, Nr 1546, ZMedBe. **1929**, Beilage 123, betr. Einweisung
seitens einer Knappschaft, auch wenn der allgemeine Vertrag zwischen ihr und der Anstalt
gekündigt war. (Wegen des Einwands rein caritativer Tätigkeit vgl. S. 101, Nr 3.)

Und

e) RVA. 7. 1. 30, Krank.Vers. **1930**, 111: Die Aufnahme ist die Auswirkung eines zwischen
der Kasse und dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages zugunsten des Kranken.

Nr 5. Aufnahme von eigenen Wohlfahrts- und Versorgungspatienten.

a) RG. 8. 1. 26, **112**, 290: Durch die Aufnahme zur unentgeltlichen Behandlung im
städtischen Krankenhaus wird zwischen Patient und Stadt ein — privat-rechtliche Be-
ziehungen ausschließendes — öffentlich-rechtliches Verhältnis begründet, das für letztere
die öffentlich-rechtliche Verpflichtung zu einer sachgemäßen, Leib und Leben des Patienten
nicht gefährdenden Behandlung und für diesen einen öffentlich-rechtlichen Anspruch darauf
erzeugt. — Ebenso b) RG. 5. 2. 31, **131**, 278 betr. die im Ambulatorium eines Kassenver-
bandes behandelten Versicherungskranken. — Im übrigen vgl. S. 102 Bem. 3 und S. 105
Nr 3, S. 106 Nr 5 b, S. 109 Bem. 3, S. 113 Bem. 2.

C. Aufnahme ohne Vertrag.

Bem. 1. Geschäftsführung ohne Auftrag. Erfolgt die Aufnahme von
Patienten, ohne daß ausdrücklich oder stillschweigend eine Vereinbarung ge-
troffen wird, so liegt eine Aufnahme ohne Vertrag, rechtlich sog. Geschäfts-
führung ohne Auftrag, vor (z. B. bei der Einlieferung eines Bewußtlosen).

Bem. 2. Die Vorschriften des BGB. Über die aus dem Recht der auf-
traglosen Geschäftsführung sich ergebenden Streitfragen siehe den ärztlichen
Abschnitt S. 204ff, da die Streitfragen in gleicher Weise das Arztrecht wie das
Krankenhausrecht betreffen. An dieser Stelle ist zum Verständnis des folgenden
lediglich eine kurze Übersicht über die Vorschriften des BGB. zur Geschäfts-
führung ohne Auftrag (§§ 677—687) zweckmäßig.

Bem. 3. Begriff der Geschäftsführung ohne Auftrag. Geschäfts-
führung ohne Auftrag ist begrifflich die Besorgung fremder Geschäfte für einen
anderen, den sog. Geschäftsherrn, ohne daß der Geschäftsführer einen Auftrag

erhalten hat oder aus einem anderen Grunde berechtigt ist, jedoch in dem Bewußtsein, daß es sich um ein fremdes Geschäft handelt. Die vom Gesetzgeber zu lösenden, sich aus der Geschäftsführung ohne Auftrag ergebenden Hauptfragen gehen dahin: 1. Wieweit kann der Geschäftsführer vom Geschäftsherrn Ersatz für seine Aufwendungen verlangen, obwohl doch der Geschäftsherr gar nicht die Tätigkeit des Geschäftsführers veranlaßt hat? 2. Welche Verpflichtungen treffen den Geschäftsführer aus der Geschäftsbesorgung und wieweit macht er sich dem Geschäftsherrn haftbar?

Bem. 4. Anspruch des Geschäftsführers auf Ersatz der Aufwendungen. Die Ausnahmefälle des § 679. Grundsätzlich kann der Geschäftsführer vom Geschäftsherrn Ersatz für seine Aufwendungen nur dann verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht (§ 683). In zwei Ausnahmefällen steht der Ersatzanspruch dem Geschäftsführer auch zu, obwohl die Übernahme der Geschäftsführung mit dem Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch steht. Diese beiden Ausnahmen liegen vor, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn nicht rechtzeitig erfüllt werden würde, und zwar entweder eine Pflicht, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt oder eine gesetzliche Unterhaltspflicht (§ 679). Voraussetzung eines Ersatzanspruches ist stets, daß der Geschäftsführer in der Absicht gehandelt hat, von dem Geschäftsherrn Ersatz zu verlangen (§ 685 Abs. 1).

Bem. 5. Art und Weise der Geschäftsführung. Als allgemeine Pflicht trifft den Geschäftsführer die Verpflichtung, das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert (§ 677), die Übernahme der Geschäftsführung, sobald tunlich, dem Geschäftsherrn anzuzeigen und, wenn nicht mit dem Aufschube Gefahr verbunden ist, dessen Entschließung abzuwarten (§ 681), wie ein Beauftragter dem Geschäftsherrn die erforderlichen Nachrichten zu geben, ihm auf Verlangen über den Stand des Geschäfts Auskunft zu erteilen und nach der Ausführung des Geschäftes Rechenschaft zu geben (§§ 666, 259, 261, 667, 668).

Bem. 6. Haftung des Geschäftsführers. Steht die Übernahme der Geschäftsbesorgung mit dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn in Einklang, so *haftet* der Geschäftsführer für den Schaden, der dem Geschäftsherrn aus der Geschäftsführung erwächst, nach den allgemeinen Regeln für Vorsatz und Fahrlässigkeit. Diese allgemeine Haftung *erweitert* sich, wenn die Übernahme mit dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen nicht in Einklang stand und der Geschäftsführer dies wußte oder wissen mußte. Letzterer haftet dann für jeden aus der Geschäftsführung entstehenden Schaden, auch wenn ihm dabei kein Verschulden zur Last fällt (§ 678). Eine *Beschränkung* der Haftung nur auf Vorsatz und *grobe* Fahrlässigkeit tritt ein, wenn die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr bezweckt (§ 680).

Bem. 7. § 679 bei Selbstzahlern. Von diesen Vorschriften kommt die Vorschrift des § 679 (Bem. 4) hinsichtlich der Selbstzahler häufig bei der Verletzung gesetzlicher Unterhaltspflichten sowie bei der Behandlung von Selbstmördern zur Anwendung; vgl. hierüber im Ärzterecht.

Bem. 8. § 679 bei Wohlfahrtspatienten. Die auftraglose Behandlung von *Wohlfahrtspatienten* macht den Fürsorgeverband trotz entgegenstehenden Willens erstattungspflichtig, da es sich um eine im öffentlichen Interesse liegende Pflicht des Verbandes i. S. des § 679 handelt. Geschäftsherr ist der nach der Fürsorgepflichtverordnung 13. 2. 24 *vorläufig* verpflichtete Fürsorgeverband; hiervon ganz unabhängig ist der Erstattungsanspruch, den dieser gegen den endgültig verpflichteten Fürsorgeverband hat. Vgl. hierüber unten S. 147.

Bem. 9. § 679 bei Kassenpatienten. Anders liegt es bei der auftraglosen Behandlung von *Kassenpatienten*, da die Krankenhausbehandlung nach RVO. § 184 nur eine Kann-, keine Pflichtleistung ist, das Krankenhaus sich demnach nicht auf eine der Kasse obliegende *Pflicht* berufen kann.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Die zu A angeführten Schriften.

Nr 1. Krankenhausaufnahme eines Kassenmitgliedes ohne Zustimmung der Kasse.

a) RG. 11. 2. 18, 92, 197, JW. 1918, 262; Die Polizeibehörde kann, wenn sie geschlechtskranke Kassenmitglieder ohne Zustimmung der Krankenkasse in einem Krankenhaus untergebracht hat, die Kosten nicht auf Grund des § 679 ersetzt verlangen, da, wie § 184 RVO. ergibt, keine Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege besteht.

Ebenso

b) RG. 11. 3. 18, Leipz. Zeitschr. 1918, 1209.

c) BAUM: JW. 1918, 262 Anm. zu Nr 7 stellt die vor der Entscheidung des RG. (oben a) liegende Judikatur und Literatur zusammen. Hierzu gehört auch

d) Hamburg 19. 7. 07, OLG Rspr. 18, 23.

D. Unentgeltliche Aufnahme.

Bem. 1. Auszuscheidende Fälle. Keine unentgeltliche Leistung liegt bei der Behandlung vor, die in Erfüllung einer Fürsorgepflicht, wie bei den eigenen Wohlfahrts- oder Zwangspatienten oder als Versicherungsleistung, wie bei den eigenen Versicherungsranken oder in der Absicht, von dritten Kostenträgern Ersatz zu verlangen, wie bei den fremden Wohlfahrts-, Versicherungs- und Zwangspatienten, erfolgt. An der Unentgeltlichkeit der Leistung fehlt es auch, wenn nachträglich auf die Pflegekosten verzichtet wird.

Bem. 2. Unentgeltliche Aufnahme als Schenkung. Eine solche (§ 516 BGB.) ist gegeben, wenn ein Krankenhaus — z. B. eine Anstalt der freien Wohlfahrtspflege — Kranke unentgeltlich aufnimmt, um eigene Wohlfahrtspflege zu treiben. Gegenstand der Schenkung sind die Naturalien sowie die Rechte auf Benutzung der Anstalt und des Personals; in der unentgeltlichen Gebrauchsgewährung der sonst als Einnahmequelle dienenden Anstaltsnutzung liegt die zum Schenkungsbegriff erforderliche Vermögensminderung.

Ebenso ist Schenkung die unentgeltliche ärztliche Behandlung eines Klinikinhabers. Dies wird zwar vielfach bestritten, da die Arbeitskraft als solche nicht zum Vermögen gehört, ist jedoch zu bejahen, da insoweit ein Ertrag aufgeopfert wird, den man sonst gewonnen haben würde.

Bem. 3. Haftung bei Schenkung. Die vertragliche Haftung dem Patienten gegenüber ändert sich insofern, als das Krankenhaus nur für Vorsatz und *grobe* Fahrlässigkeit verantwortlich ist. Im übrigen bleiben die Verpflichtungen, z. B. die Haftung für Erfüllungsgehilfen und die Haftung aus unerlaubter Handlung unverändert.

Bem. 4. Caritative Tätigkeit ohne vertragliche Bindung. Eine solche ist, wie das RG. in der Entscheidung unter Nr. 3 annimmt, denkbar, muß jedoch deutlich erkennbar gemacht werden.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Vgl. PHILIPSBORN: Kranker und Krankenhaus, S. 50, 51.

Nr 1. Unentgeltliche Gebrauchsüberlassung.

Wie ENNECCERUS § 120 I 2 ausführt, ist die unentgeltliche Gebrauchsgewährung keine Schenkung. Wird jedoch dadurch die regelmäßige Einnahme des Schenkers gemindert, so erscheint sie wirtschaftlich als Vermögensverminderung und daher Schenkung.

Nr 2. Unentgeltliche Leistung von Diensten.

Während HELLOWIG: Die Stellung des Arztes, S. 4, die Schenkung bei der Leistung ärztlicher Dienste verneint, da die Arbeitskraft nicht zum Vermögen gehört, welcher Ansicht sich viele angeschlossen haben, vgl. PLANCK, § 516 Note 2, v. TUHR: Allg. Teil § 75 Anm. 19—21 und die bei ihnen Zitierten, läßt RGR.Kom. § 516 Note 2 die Schenkung zu, wenn dadurch ein Ertrag aufgeopfert wird, den man sonst gewonnen haben würde, ebenso DERNBURG II, § 205 II 2 und STAUDINGER § 516 Bem. I 3b; ferner LIEBISCH: Das Wesen der unentgeltlichen Zuwendungen, Leipzig 1927, der S. 9, 68 zwar keine Schenkung, aber Zuwendung unter entsprechender Anwendung einzelner Schenkungsrechtssätze annimmt.

Nr 3. Rein caritative Tätigkeit ohne jegliche Rechtsfolgen.

RG., Recht 1928 Nr 1546, ZMedBe. Rspr. 1928 S. 123: Die Absicht, rein caritativ tätig zu werden, kann das Zustandekommen vertraglicher Bindungen ausschließen, sie muß dann aber deutlich erkennbar zutage getreten sein. Fehlt hierfür jeglicher Anhalt — der Patient war auf Anweisung des Knappschaftsarztes und für Rechnung der Knappschaft aufgenommen worden und die Anstalt damit einverstanden gewesen —, so muß sich die Anstalt gefallen lassen, daß ihr Auftreten im Rechtssinne so bewertet wird, wie es nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte beurteilt werden durfte. Der Umstand, daß schnelle Hilfe geboten erschien, kann zu anderer Beurteilung nicht führen; vollends nicht der konfessionelle Charakter des Hauses; aus ihm war im Hinblick auf den gesamten Sachverhalt keineswegs mit rechtlicher Notwendigkeit zu entnehmen, das Krankenhaus werde dieses Mal vielleicht nicht im Rechtssinne tätig werden, sondern nur eine Liebespflicht unter Ablehnung jeglicher Rechtsfolge erfüllen wollen. Das RG. nahm vielmehr einen Vertrag zugunsten Dritter an, vgl. oben B Nr 4d S. 98.

II. Die Verpflichtungen und Haftungen des Krankenhauses im einzelnen.

A. Die vertraglichen Verpflichtungen und Haftungen gegenüber dem Patienten.

Bem. 1. Die Vertragspflichten aus dem Dienstvertrage gegenüber Selbstzahlern. Die zu leistenden Dienste (§ 611 BGB.) richten sich nach dem, was im Krankenhaus nach Treu und Glauben und mit Rücksicht auf die Verkehrssitte üblich ist, wobei insbesondere die Ausführungen S. 95 Bem. 2 über den *unabhängigen* Dienstvertrag und die Gehorsamspflicht des Patienten zu beachten sind.

Die *Behandlung* hat durch Ärzte zu erfolgen, wobei der Patient in der Regel die persönliche Dienstleistung eines bestimmten Arztes nicht zu verlangen hat (die das Gegenteil besagende Auslegungsregel des § 613 Satz 1 gilt nur im Zweifel und eben im vorliegenden Falle nicht, es sei denn, daß der Patient ausdrücklich die Behandlung mit einem bestimmten Arzt vereinbart hat).

Für die *Pflege* ist geeignetes Pflegepersonal zu stellen, wenn erforderlich, eine besondere Pflegerin und Nachtwache.

Die *Verpflegung* hat den üblichen Anforderungen zu entsprechen und unterliegt häufig besonderer ärztlicher Anordnung.

Für die *räumliche* Unterkunft sind die Anordnungen der Verwaltung maßgebend, eine auch nach den Regeln des Mietvertrages (insbesondere hinsichtlich des Mieterpfandrechts vgl. S. 118) zu behandelnde Miete liegt nur vor, wenn ausdrücklich ein bestimmtes Zimmer zur Verfügung gestellt wird, was z. B. bei Sanatorien oder sonst ausnahmsweise vorkommen kann.

Eine Reihe Nebenverpflichtungen betreffen die Wäsche, Reinigung, Heizung, Beleuchtung, Bedienung usw. Ferner Verschwiegenheitspflicht s. S. 226.

Bem. 2. Die Pflichten aus dem Geschäftsbesorgungsvertrage. Aus dem Recht des Auftrages sind gemäß § 675 eine Reihe von Bestimmungen anwendbar, insbesondere die Pflicht, gegebenenfalls die *Ablehnung* einer Behandlung unverzüglich dem Auftraggeber anzuzeigen (§ 663). Diese Pflicht trifft jeden, der zur Besorgung gewisser Geschäfte öffentlich bestellt oder sich öffentlich oder dem Auftraggeber gegenüber erboten hat; zu der ersten Kategorie gehören die öffentlichen und freien Krankenhäuser, zur zweiten die ärztlichen

Klinikinhaber, zur dritten außerdem alle, welche in festen Vertragsbeziehungen zu Wohlfahrtsämtern, Krankenkassen usw. stehen. Die Vernachlässigung der Anzeigepflicht erzeugt Schadensersatzpflicht, wobei zu beachten ist, daß unverzüglich ohne schuldhaftes Verzögern bedeutet.

Nicht von Bedeutung ist § 665, wonach der Beauftragte (Krankenhaus) unter Umständen von den *Weisungen* des Auftraggebers abzugehen berechtigt ist, da bereits aus der Natur des unabhängigen Dienstvertrages folgt, daß dem Krankenhaus das Direktionsrecht zusteht (vgl. S. 95). Dagegen bleibt das Krankenhaus zur Auskunft verpflichtet (§ 666).

Aus der Verpflichtung des Beauftragten, dem Auftraggeber alles, was er zur Ausführung des Auftrages erhält und was er aus der Geschäftsbesorgung erlangt, herauszugeben (§ 667), folgt die Verpflichtung des Krankenhauses, dem Patienten die aus seinem Körper herausoperierten Teile auszuhändigen. -

Bem. 3. Die Vertragspflichten gegenüber Wohlfahrts-, Versicherungs- und Zwangspatienten. Diese Vertragspflichten bestehen, wenn auch nur in analoger Anwendung im öffentlichen Recht, in gleicher Weise gegenüber eigenen Wohlfahrts-, Versicherungs- und Zwangspatienten, gegenüber fremden Wohlfahrts- und Versicherungs- und Zwangspatienten aus dem Verträge zugunsten Dritter (vgl. S. 94 Bem. 3). Gegenüber fremden Zwangspatienten (vgl. S. 95 Bem. 5) und in den Fällen, in denen das Krankenhaus lediglich als Geschäftsführer ohne Auftrag tätig wird (vgl. S. 98 Bem. 3 ff.), sind jedoch keine vertraglichen, sondern lediglich außervertragliche Verpflichtungen und Haftungen gegeben.

Bem. 4. Unmöglichkeit, Verzug, Nichterfüllung. Die Rechtsfolgen, die sich aus einer Unmöglichkeit der Leistung, einem Verzuge und Nicht- bzw. Schlechterfüllung ergeben, sind die gleichen wie beim Arztvertrage (vgl. S. 207, 220). Hier sei nur darauf hingewiesen, daß die Befreiung von der Leistung aus dem Dienstvertrage zugleich auch infolge des im § 139 ausgesprochenen Gedankens (im Zweifel Totalungültigkeit bei Vorliegen von Teilungültigkeit) zu einer Befreiung von dem etwa daneben vorliegenden Mietvertrage (vgl. S. 95 Bem. 1) führt. Selbst in den seltenen Fällen, in denen ein besonderer Mietvertrag geschlossen ist, erfahren die nach dem Gesetz bestehenden Verpflichtungen des Vermieters infolge des Zusammenhanges mit dem Dienstvertrage eine Veränderung; so ist z. B. die Pflicht des Mieters zur Anzeige bei Entstehen von Mängeln (§ 545 BGB.) durch die aus der Aufnahme in ein Sanatorium sich ergebende, gehobene und deshalb auch mit größerer eigener Prüfungspflicht verbundene Stellung der Verwaltung des Hauses als Vermieters im Zweifel stillschweigend ausgeschlossen.

Bem. 5. Haftung für sorgfältige Vertragserfüllung. Schadensersatz. Der Krankenhausunternehmer hat gemäß § 276 für Vorsatz und Fahrlässigkeit bei der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen einzustehen. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Damit ist im Gegensatz zum Strafrecht (vgl. S. 230) für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit ein objektiver Fahrlässigkeitsbegriff maßgebend. Verletzt der Krankenhausunternehmer vorsätzlich oder fahrlässig eine der obengenannten Verpflichtungen, so ist er wegen positiver Vertragsverletzung zum Schadensersatz verpflichtet, d. h. er hat den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatze verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre (§ 249), der Krankenhausunternehmer hat also eingetretene Beschädigungen zu beseitigen, Verluste wieder gutzumachen usw. Häufig wird in Krankenanstalten die Bestimmung des § 249 S. 2 praktisch, wonach dann, wenn wegen Verletzung einer Person oder wegen Beschädigung einer Sache Schadensersatz zu leisten ist,

der Gläubiger statt der Herstellung den dazu erforderlichen Geldbetrag verlangen kann. In den Fällen, in denen infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert wird, ist hierfür Schadensersatz durch Entrichtung einer Geldrente zu leisten (§ 843, auch anwendbar bei der allgemeinen Regelung des Schadensersatzes gemäß § 249).

Bem. 6. Haftung für Erfüllungsgehilfen. Da der Krankenhausunternehmer nur in seltenen Fällen (z. B. bei den von einem Arzt geleiteten Sanatorien) die Vertragsverpflichtungen selbst erfüllen wird, ist es von größter Bedeutung, inwieweit der Krankenhausunternehmer für ein Verschulden der von ihm zur Erfüllung seiner Vertragspflichten herangezogenen Personen, der sog. Erfüllungsgehilfen, haftet. Nach § 278 hat der Unternehmer ein Verschulden solcher Personen in gleichem Umfange zu vertreten wie eigenes Verschulden; danach wird für Verschulden des Arztes, des Pflegepersonals und auch des sonstigen Personals gehaftet, auch dann, wenn die Schwester nur im Wege des sog. Mutterhaussystems bei dem Krankenhause tätig ist. Voraussetzung der Haftung ist, daß es sich um ein Verschulden in *Erfüllung* der dem Arzt oder dem Personal obliegenden Verpflichtung, nicht nur *gelegentlich* der Erfüllung handelt (keine Haftung gemäß § 278, wenn ein Wärter den Patienten bestiehlt, jedoch Haftung, wenn er den Patienten mit einer Säure beim Einreiben verbrennt). Wenn auch das Verhältnis des Krankenhauses gegenüber eigenen Wohlfahrts-, Versicherungs- und Zwangspatienten dem öffentlichen Recht angehört, so ist doch die Vorschrift des § 278 BGB. nach fester Rechtsprechung des RG. auch auf diese öffentlich-rechtlichen Verhältnisse analog anwendbar.

Liegt kein einheitlicher Krankenaufnahmevertrag vor, sondern die oben (S. 96 Bem. 6) erörterte Spaltung in zwei Verträge (Krankenhaus- und Arztvertrag), so beschränkt sich die Haftung des Krankenhausunternehmers für Erfüllungsgehilfen auf die Verletzung der dem Unternehmer obliegenden Pflichten (Beköstigung, Pflege), während er für ein Verschulden des Arztes nicht haftet.

Bem. 7. Sonstige Verpflichtungen. Aus dem Krankenaufnahmevertrag ergibt sich für das Krankenhaus eine weitgehende *Schutzpflicht*, die zumal im Falle von Unruhen und Streiks gegenüber den hilflosen Patienten eine erhebliche Bedeutung gewinnt. Besonders ausgeprägt ist diese Schutzpflicht bei der Aufnahme von Kindern, wo sie eine allgemeine Aufsicht erforderlich macht. Über die allgemeine Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses hinaus (vgl. dazu EBERMAYER: Berufsgeheimnis und Krankengeschichten unten S. 226 ff.) besteht vertraglich eine *Verschwiegenheitspflicht* des gesamten Krankenhauspersonals, nicht nur des durch § 300 StGB. betroffenen Personenkreises. Diese Verpflichtung, die sich auch auf die *Geheimhaltung der Krankengeschichten* (S. 228) erstreckt, trifft nicht nur die zur Zeit der Behandlung des Patienten im Krankenhause tätigen Personen, sondern auch alle Nachfolger. Aus der Pflicht zur Verschwiegenheit folgt auch ein *Verbot der Auskunftserteilung*; Schranken dieses Verbotes sind nur in den seltensten Fällen anzunehmen, so z. B. bei fremden Versicherungskranken möglicherweise gegenüber dem Vertrauensarzt der einweisenden Kasse, jedoch sind auch diese Ausnahmen in den engsten Grenzen zu halten.

Bem. 8. Haftungserlaß. Durch Vereinbarung mit dem Patienten kann die Haftung ausgeschlossen oder herabgesetzt werden; wegen eigenen Verhaltens kann die Haftung nur für Fahrlässigkeit, nicht aber für Vorsatz eingeschränkt werden, während wegen des Verhaltens von Erfüllungsgehilfen eine Haftungsbeschränkung in vollem Umfange zulässig ist (§§ 276 Abs. 2, 278); eine Grenze für jede Haftungsbeschränkung ist jedoch der Verstoß gegen die guten Sitten,

wie z. B. dann, wenn die Haftung für Erfüllungsgehilfen völlig ausgeschlossen wird und sämtliche Vertragsleistungen nur durch Erfüllungsgehilfen ausgeführt werden. Der Haftungserlaß kann ausdrücklich oder stillschweigend getroffen werden. Häufig ist er in den Anstalts-Hausordnungen festgelegt, was in Anstalten von Gebietskörperschaften ohne weiteres wirksam ist, da hier die Hausordnung als Verwaltungsverordnung bindend für alle, die die Anstalt in Anspruch nehmen, ist; in anderen Krankenanstalten dagegen muß die Hausordnung, um wirksam zu sein, Bestandteil des Aufnahmevertrages geworden sein. Hierzu genügt stillschweigende Vereinbarung, wie z. B., wenn der Patient in Kenntnis der Tatsache, daß das Krankenhaus stets nur im Rahmen seiner Hausordnung Aufnahmeverträge abschließt, einen Vertrag schließt; dagegen dürfte das bloße Vorhandensein eines Anschlages nicht genügen.

Bem. 9. Konkurrerendes Verschulden. Zu einer Verminderung oder gänzlichen Beseitigung der Haftung kann es auf Grund des sog. konkurrierenden Verschuldens des Patienten (§ 254) kommen, d. h. dann, wenn bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Patienten mitgewirkt hat oder wenn er es unterlassen hat, den Schaden abzuwenden oder zu mildern.

Bem. 10. Durchsetzung der Haftung. Für den Zivilprozeß gelten die allgemeinen Bestimmungen. Besonders gilt nur für die *Zwangsvollstreckung*, für welche auf Grund des Vorbehalts in § 15 EGZPO. in den einzelnen Landesteilen verschiedene Bestimmungen bestehen. Der Vorbehalt betrifft Zwangsvollstreckung wegen Geldforderungen gegen den Fiskus, eine Körperschaft, Stiftung oder Anstalt des öffentlichen Rechts oder eine unter der Verwaltung einer öffentlichen Behörde stehenden Körperschaft oder Stiftung, soweit nicht dingliche Rechte verfolgt werden. Neben den politischen Verbänden und z. B. auch den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften fallen unter die Vorschrift auch kirchliche Gemeinden, Verbände und Anstalten. In Ländern, wo besondere Vorschriften fehlen, findet die Zwangsvollstreckung nach den besonderen Vorschriften der ZPO. statt.

Für Preußen ist im Gebiete des ALR. und des Rhein. Rechtes Genehmigung der Verwaltungsbehörde erforderlich, im Gebiete des gemeinen Rechtes bei Vollstreckung gegen den Fiskus Innehaltung einer Wochenfrist, sonst keine Beschränkung. In den meisten andern Ländern ist, soweit Vorschriften nicht überhaupt fehlen, die Zwangsvollstreckung gegen Fiskus und öffentlich-rechtliche Körperschaften ebenfalls erst eine Woche nach Mitteilung zulässig, z. B. in Württemberg, Sachsen, Hessen, Thüringen u. a.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Außer den S. 97 angegebenen Schriften: KRAFT: Die Haftpflicht staatlicher und kommunaler Wohlfahrtseinrichtungen. VerwArch. 22, 33 ff. — PHILIPSBORN: Kranker und Krankenhaus im Recht, S. 77 ff. — PLANCK: Schädigung des Kranken im Krankenhaus. ZKRW. 1929, 293. — RÜMELIN: Haftung im klinischen Betrieb. Tübingen 1913. — FISCHER: Verantwortlichkeit des ärztlichen Krankenhausleiters. Krk.hausarzt 1931, 76.

Rechtsprechung:

Nr 1. Vertragspflichten gegenüber Selbstzahlern.

Vgl. die S. 97 oben mitgeteilten Entscheidungen, ferner RG. 30. 10. 06, 64, 231, wonach die ärztliche Behandlung auch die Operation mit umfaßt, gleichgültig, ob es sich um ein Krankenhaus mit juristischer Persönlichkeit oder um den Unternehmer einer Privatklinik handelt. Es ist nicht abzusehen, weshalb eine natürliche oder (ihr hierin gleichstehende) juristische Person sich, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht zu solchen Verrichtungen, bei deren Vornahme sie von vornherein auf die selbständige Tätigkeit von Angestellten oder Hilfspersonen angewiesen ist, verpflichtet, also insoweit die Garantie für die ordnungsmäßige Vornahme garantieren kann. (Dieser Grundsatz gilt selbstverständlich allen Patienten gegenüber.)

Nr 2. Gegenüber Kassenpatienten

folgen die Vertragspflichten aus dem Verträge zugunsten Dritter, vgl. oben S. 94, 98.

Nr 3. Gegenüber eigenen (städtischen usw.) Wohlfahrtspatienten:

a) RG. 8. 1. 26, **112**, 290: Es besteht die öffentlich-rechtliche Verpflichtung zu einer sachgemäßen, Leib und Leben des Patienten nicht gefährdenden Behandlung.

b) Die Verjährung des auf eine Verletzung dieser Pflicht gestützten Schadensersatzanspruches dürfte die allgemeine 30jährige sein, vgl. S. 94 Bem. 4, was von MÜNCHEN, BayRpflZ. **1908**, 149 und ihm folgend OERTMANN, Bem. vor § 662 verkannt wird.

Nr 4. Fahrlässigkeit.

a) *Hausinfektion*. RG. 4. 6. 15, JW. **1915**, 916: Arzt handelt fahrlässig, wenn er einen Patienten, der im Anschluß an eine Scharlacherkrankung mit einem Ohrenleiden behaftet ist, im Zimmer eines anderen Patienten unterbringt, so daß dieser mit Scharlach angesteckt wird.

b) *Verbrennungen*. α) RG. 30. 10. 06, **64**, 231: Fahrlässig handelt assistierende Schwester, die während der Narkose eine heiße Wärmflasche mit ungenügender Umhüllung zwischen Unterschenkel der Kranken schiebt, so daß sich bei dem unruhigen Verhalten der Kranken die Umhüllung verschob und Brandwunden entstanden. — β) RG. 8. 12. 18, JW. **1919**, 38: Verbrennung der Hand des kranken Kindes durch fahrlässige Schwester. — γ) Königsberg, 12. 12. 29, DKrankK **1930**, 258: Bei zuckerkranken Fußverletzten ist während des elektrischen Lichtbades dauernde Aufsicht mindestens durch Schwester geboten, so daß Verschieben der Lichtbügel sofort zu bemerken ist. — δ) Dix: ZKrW. **1929**, 55: Bei Behandlung mit Wärmelampe hätte die Schwester die Patienten darauf hinweisen müssen, daß das Bein immer in bestimmtem Abstand zur Lampe zu halten sei. — ε) RG. 30. 5. 29, ZMedBe. **1930**, 2: Bei einer im Krankenhaus stattfindenden Röntgenuntersuchung mit einem erst wenige Monate im Gebrauch befindlichen Apparat muß der Arzt sich persönlich von der Einlegung des Filters überzeugen; wengleich die Assistentin seit einigen Monaten eine Schwester in der Handhabung des Apparates ausbildet, durfte ihr dieser bei der mit äußerster Vorsicht vorzunehmenden Anwendung des Apparates, nicht selbständig überlassen werden.

c) *In der Wunde zurückgelassene Fremdkörper*. α) RG. 9. 7. 13, **83**, 71: Bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt würde das Zurückbleiben des Tampons in der Wunde vermieden worden sein. Es müßte, sei es durch Verbindung von mehreren Sicherungsarten, sei es auf andere Weise, ein Mittel gefunden werden, wodurch das Hineinrutschen des Tampons verhindert und die Entfernung sämtlicher Tampons aus der Wunde gewährleistet wurde. — β) RG., ZKrW. **1929**, 701: Dem Arzt als dem verantwortlichen Leiter der Operation gereicht es zum Verschulden, daß er seinerseits keine Anordnung getroffen hatte, die Entfernung von Fremdkörpern aus der Wunde vor dem Schließen zu gewährleisten. — γ) BEAUCAMP teilt in Krk.hausarzt **1931**, 69 ein ihn verurteilendes Erkenntnis eines OLG. wegen Zurückbleibens einer Bergmannschen Arterienklemme in der Bauchhöhle (Ovariectomie) mit, das er als Fehlurteil bezeichnet: Bei der besonders großen Gefahr, die das Zurückbleiben einer großen Klemme (16 cm groß, 60 g schwer) bewirkt, sowie auch bei der Leichtigkeit, eine geringe Anzahl von Klemmen im Gedächtnis zu behalten, oder auf andere Weise ihr Zurückbleiben unmöglich zu machen, lag dem Arzt die Pflicht ob, sich selbst davon zu überzeugen, daß alle bei der Operation benutzten Klemmen vor Schließen der Wunde wieder aus dem Körper herausgenommen waren. (Der Sachverständige hatte Fahrlässigkeit verneint, ebenso entschied das später angerufene Ehrengericht.)

d) *Selbstmordversuche*. Colmar 17. 11. 10, OLGRspr. **22**, 292: Nach den an einem Tage erfolgten dreimaligen Versuchen einer Kranken, aus dem Fenster zu springen, mußten die Schwestern wissen, daß eine Wiederholung sehr wahrscheinlich sei; sie hätten deshalb die Kranke immer unter Aufsicht halten müssen, vor allem nachdem der Arzt selbst derartige Bewachungsanordnungen getroffen hatte.

e) *Bewachung Geisteskranker*. α) RG. 24. 11. 11, Recht **1912** Nr 865: Krankenhausverwaltung haftet für sichere Bewachung eines geisteskranken Patienten auch dann, wenn diese Eigenschaft beim Eintritt verschwiegen wurde, jedoch erst von dem Zeitpunkt der Erkennung der Geisteskrankheit an; eine Mitteilung des Pflegepersonals an den behandelnden Arzt entlastet nicht. Vgl. auch β) RG. 5. 11. 15, Recht **1916** Nr 1266: Ist eine Person als geisteskrank verdächtig, wenn auch zunächst nur vorläufig, in ein Gemeindekrankenhaus aufgenommen, so dürfen die Angestellten sich nicht auf die von ihnen selbst gewonnene Auffassung von dem Zustand der Kranken verlassen und sich nicht auf die lediglich nach dieser Auffassung erforderlichen Maßregeln zum Schutze der Kranken beschränken; die Oberschwester mußte dafür sorgen, daß während ihrer Abwesenheit die Kranke sich einen Schaden nicht zufügen konnte.

f) *In Irrenanstalten*. RG. 10. 1. 16, Recht **1916** Nr 933: Werden in einem Krankenhause Personen behandelt, die wegen hohen Fiebers oder aus sonstigen Gründen geistig nicht völlig

klar sind und deshalb einer besonderen Beaufsichtigung bedürfen, so muß durch die Einrichtung des Krankenhauses dafür gesorgt werden, daß diese Beaufsichtigung und Überwachung auch wirklich in geeigneter Weise stattfindet; durch die bloße Bestellung eines geeigneten Arztes als Leiter des Krankenhauses wird dieser Verpflichtung noch nicht genügt.

g) Fahrlässigkeit wurde *verneint* von Hamburg 30. 9. 29, Krk.hausarzt 1930, 130: Einem Patienten, der eine lebensbedrohende Magenblutung hatte, bei der die Schwester ein unmittelbares Eingreifen trotz der Zusage des Arztes, sofort zu kommen, für notwendig erachtete, hatte die Schwester ohne ärztliche Anordnung eine Spritze gemacht und dabei die Vene verfehlt. Keine Fahrlässigkeit, da es sich für die Schwester nicht übersehen ließ, ob der Arzt noch rechtzeitig eintreffen würde.

h) Weitere Beispiele vgl. unter Nr 5, ferner im Abschnitt „Unerlaubte Handlungen“ S. 110 und S. 209ff., 213.

Nr 5. Haftung für Erfüllungsgehilfen.

a) *Haftung für Ärzte und Pflegepersonal* ist anerkannt von α) RG. 30. 10. 06, 64, 231 bei Verbrennung einer — selbstzahlenden — Patientin eines städtischen Krankenhauses mit Wärmflasche durch Schuld der Schwester; β) RG. in ZKRW. 1929, 701 bei Zurücklassen von Tamponstücken in der Bauchwunde einer im städtischen Krankenhause operierten städtischen Krankenschwester durch Schuld des Arztes; γ) RG. 4. 6. 15, JW. 916 bei Hausinfektion eines Krankenkassenpatienten durch Schuld des Assistenzarztes oder der Krankenschwester; δ) RG. 22. 2. 24, 108, 86 bei außerehelichem Geschlechtsverkehr des geisteskranken Pfleglings einer Provinzialirrenanstalt mit der Wärterm, deren Verschulden darin bestand, daß sie dem hemmungslosen Geisteskranken Gelegenheit zu dem Verkehr gab; vgl. hierzu ENDEMANN: JW. 1925, 607 Anm.

b) *Auch bei öffentlich-rechtlichen Verhältnissen*. Während früher (vgl. RG. 1. 10. 10, 74, 163 — auch noch Dresden 9. 1. 19, JW. 197) die Anwendung des § 278 im öffentlichen Recht zum mindesten bei der unentgeltlichen Aufnahme von Patienten abgelehnt wurde, ist durch Entscheidung des RG. vom 8. 1. 26, 112, 290 die Anwendbarkeit des § 278 auch für öffentliche Fürsorgeverhältnisse anerkannt worden; die Stadt haftet deshalb auch Patienten, die sie in Erfüllung ihrer Armenpflege unentgeltlich aufnimmt, für das Verschulden ihrer Ärzte oder Wärter.

c) *Haftung für Verschulden des zur Verfügung gestellten Personals*. RG. 16. 9. 27, 118, 41; JW. 1927, 2844; Freie Wohlf.pfl. 2. Jahrg. S. 419: Wenn ein Krankenhaus seinen Röntgenapparat mit Röntgeschwester einem Nichtkrankenhausarzt zur Verfügung stellt, so haftet der Arzt für ein Verschulden der Schwester nur dann, wenn Apparat und Schwester dem Arzt zur Verfügung gestellt sind, so daß diese während des ganzen Durchleuchtungsaktes Erfüllungsgehilfin des Arztes ist. Ist jedoch Gebrauchsberechtigter der Patient geworden, indem zwischen ihm und dem Krankenhaus ein zivilrechtlicher entgeltlicher Vertrag oder unentgeltliche öffentliche Fürsorgeverhältnisse bestehen, so haftet der Arzt nicht für Verschulden der Schwester, sondern nur für seine eigenen Anordnungen. In diesem Falle haftet das Krankenhaus für die Bedienungsfehler der Schwester.

Nr 6. Sonstige Verpflichtungen.

a) *Schutzpflicht*. DIX: Haftung der Krankenhausverwaltung bei Veranstaltung von Vergnügungen für Kinder außerhalb des Krankenhauses. ZKRW. 1928, 737: Die Krankenhausverwaltung trägt, soweit sie aufgenommenen Kindern außerhalb des Krankenhauses Zerstreuung durch Theaterbesuch u. ä. bietet, die Verantwortung für genügende Beaufsichtigung der Kinder.

b) *Streupflicht*. RG. 27. 4. 22, JW. 1923, 286: Es gehört zu den Nebenverpflichtungen einer Volksheilstätte, bei Glatteis auf einem von zahlreichen Kranken begangenen Waldweg ordnungsmäßig zu streuen.

c) Über *Verschwiegenheitspflicht* s. unten S. 226 ff.

Nr 7. Konkurrierendes Verschulden.

Königsberg 12. 12. 29, DKrankK 1930, 258: Die Verbrennung eines zuckerkranken Fußverletzten bei einem Lichtbade durch ein Verschieben der Lichtbügel macht wegen Fehlens dauernder Aufsicht das Krankenhaus haftpflichtig. Ein mitwirkendes Verschulden des Verletzten liegt nicht vor, da ihm nicht widerlegt werden kann, daß er die verspürte Hitze ursprünglich nicht für ordnungswidrig hielt.

Nr 8. Zwangsvollstreckung.

Vgl. die ausführliche Darstellung der Beschränkungen bei FORSTHOFF-SIMONS: Die Zwangsvollstreckung gegen Rechtssubjekte des öffentlichen Rechts. Berlin: Stilke 1931.

B. Vertragliche Verpflichtungen und Haftungen gegenüber den im Krankenhaus tätigen Personen und im Krankenhaus beschäftigten Patienten.

Bem. 1. Fürsorgepflichten des Krankenhauses. Aus dem Anstellungsvertrage entstehen für das Krankenhaus als Dienstberechtigten eine Reihe von Verpflichtungen, deren Verletzung das Krankenhaus haftpflichtig macht. Von besonderer Bedeutung ist hier die soziale Schutzvorschrift des § 618, nach der der Dienstberechtigte Räume, Vorrichtungen oder Gerätschaften, die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten und Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln hat, daß der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet. Ist der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte in Ansehung der Wohn- und Schlafräume, der Verpflegung sowie der Arbeits- und Erholungszeit diejenigen Einrichtungen und Anordnungen zu treffen, welche mit Rücksicht auf die Gesundheit, die Sittlichkeit und die Religion des Verpflichteten erforderlich sind. Diese Fürsorgepflichten legen dem Krankenhaus vor allem die Pflicht auf, das Personal vor Ansteckungen und vor Beschädigungen durch Instrumente und Apparate zu schützen. Daneben besteht aber auch hinsichtlich der Vermögensgegenstände des Arbeitnehmers, insbesondere hinsichtlich seines Eigentums, eine Fürsorgepflicht. Aus dem Dienstverhältnis ist sonach das Krankenhaus verpflichtet, die Räume und Schränke, die zur Aufbewahrung von Kleidern und Gegenständen dienen, gegen Diebstahl zu sichern. Auch die zur Verfügung gestellten Dienstwohnungen müssen in allgemein üblicher Weise gesichert sein.

Bem. 2. Auch im öffentlichen Recht. Diese Fürsorgepflichten beschränken sich nicht auf Privatangestellte; vielmehr hat das RG. aus § 618 einen allgemeinen Rechtsgedanken entnommen, so daß Staat, Gemeinde und sonstige öffentlich-rechtliche Körperschaften ihrem Personal gegenüber, auch wenn sie es im Beamtenverhältnis beschäftigen, die gleichen Fürsorgepflichten haben.

Bem. 3. Fürsorge gegenüber beschäftigten Patienten. Die im Rahmen der Beschäftigungstherapie im Krankenhaus tätigen Patienten übernehmen diese Arbeiten nicht auf Grund eines hierauf gerichteten Dienstvertrages, auch wenn sie ein Taschengeld hierfür erhalten; vielmehr ist ihre Dienstleistung ein Teil des gesamten Krankenhausaufnahmevertrages. Trotzdem erscheint es angebracht, den allgemeinen Rechtsgedanken des § 618 auf dieses Beschäftigungsverhältnis auszudehnen und entsprechend dem oben S. 94 Bem. 4 erörterten Grundsatz auch bei den auf Grund öffentlich-rechtlichen Verhältnisses aufgenommenen eigenen Wohlfahrtskranken sowie bei den Versicherungskranken analog anzuwenden, nicht jedoch mangels einer Vertragsbeziehung bei Zwangspatienten.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Vgl. oben S. 72 den Beitrag von DERSCH: Arbeitsrecht der im Krankenhaus tätigen Personen.

Nr 1. Ansteckung eines Arztes.

Eine Haftung wurde abgelehnt von LG. Mannheim 12. 7. 28, *Krk.hausarzt* 1930, 132 in einem Falle, in dem ein auf Dienstvertrag angestellter Assistenzarzt sich bei der Sektion der Leiche eines syphilitischen Kindes schwer infiziert hatte. Verschulden des Krankenhauses wurde verneint, da dem Assistenzarzt Gummihandschuhe für die Sektion zur Verfügung standen, die er aber mit Rücksicht auf die vom Prosektor vertretene Ansicht über das Tragen von Gummihandschuhen bei Sektionen nicht angefordert hat.

Nr 2. Im öffentlichen Recht.

RG. 12. 5. 25, 111, 22 (vgl. auch RG. 97, 44 u. a.) entnimmt in fester Rechtsprechung aus § 618 BGB. einen allgemeinen Rechtsgedanken, der in seiner Anwendung auf das öffent-

lich-rechtliche Beamtenverhältnis ergibt, daß dem Staate seinen Beamten gegenüber eine Fürsorgepflicht obliegt, deren vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung ihn schadensersatzpflichtig macht.

Nr 3. Haftung gegenüber beschäftigten Patienten.

Dresden, SeuffArch. **69**, 222, lehnt zu Unrecht die analoge Anwendung der zivilrechtlichen Vorschriften über Vertragsverletzungen in einem Falle ab, in dem ein in einer städtischen Heilanstalt untergebrachter Armer (Wohlfahrtspatient) gegen Taschengeld Grenzsteine versetzte und sich dabei verletzte. Anwendbar seien nur die Vorschriften über unerlaubte Handlungen. Unzutreffend ist der Vergleich mit der Beschäftigung von Gefangenen (Zwangspatienten), denen gegenüber RG. **56**, 215 die Vertragshaftung mit Recht ablehnt.

C. Außervertragliche Haftung.

1. Haftung aus Geschäftsführung ohne Auftrag.

Bem. 1. Grundsätzliche Haftung. In den Fällen, in denen das Krankenhaus als Geschäftsführer ohne Auftrag tätig wird (vgl. S. 98 Bem. 1ff.), haftet es grundsätzlich wie im Falle vertraglicher Haftung gemäß § 276 für Vorsatz und Fahrlässigkeit und gemäß § 278 für Erfüllungsgehilfen.

Bem. 2. Veränderungen der Haftung. Eine Beschränkung der Haftung nur auf Vorsatz und *grobe* Fahrlässigkeit tritt ein, wenn die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr bezweckt (§ 680), wie es gerade bei der Krankenhausbehandlung Bewußtloser häufig ist. Eine Verschärfung der Haftung bringt dagegen § 678. Demnach ist das Krankenhaus als Geschäftsführer, wenn die Übernahme der Geschäftsführung mit den wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch steht und der Geschäftsführer dies erkennen mußte, dem Geschäftsherrn zum Ersatze des aus der Geschäftsführung entstehenden Schadens auch dann verpflichtet, wenn ihm ein sonstiges Verschulden nicht zur Last fällt, wenn also z. B. bei der einzelnen schadenbringenden Behandlung das Krankenhaus gar kein Verschulden trifft. Zu beachten ist jedoch stets die Sondervorschrift des § 679 (vgl. S. 99 Bem. 4ff.), nach der im Falle einer im öffentlichen Interesse zu erfüllenden Pflicht oder einer gesetzlichen Unterhaltungspflicht des Geschäftsherrn ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn nicht in Betracht kommt.

2. Haftung aus unerlaubter Handlung.

Bem. 1. Voraussetzungen der Ansprüche und Bedeutung neben vertraglichen Ansprüchen. Neben einer vertraglichen Haftung oder auch ohne Vorliegen einer solchen ist häufig eine Haftung des Krankenhauses aus unerlaubter Handlung gegeben. Voraussetzung für einen solchen Anspruch ist gemäß § 823 eine vorsätzliche oder fahrlässige widerrechtliche Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit, des Eigentums oder eines sonstigen Rechts eines anderen. Dieser Anspruch ist einerseits von Bedeutung für die Fälle, in denen zwischen Krankenhaus und Verletzten (Patienten, Dritte [vgl. unten S. 114]) keine Vertragsbeziehungen bestehen, andererseits *neben* dem vertraglichen Schadensersatzanspruch wegen seines *weitergehenden Umfanges* (vgl. Bem. 2).

Bem. 2. Umfang der Schadensersatzverpflichtung. Verjährung. Das Krankenhaus hat dem Verletzten den ihm entstandenen Vermögensschaden zu ersetzen, wozu nicht nur die Kosten der Wiederherstellung, sondern auch die Nachteile rechnen, welche für seinen Erwerb und Fortkommen herbeigeführt sind (§ 842), und zwar in Form der Geldrente (§ 843).

Darüber hinaus hat der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld zu verlangen (§ 847).

Dieses sog. *Schmerzensgeld* ist bei Zuwiderhandlungen gegen nur vertragliche Verbindlichkeiten und gegen die ihnen gleichstehenden Verstöße gegen öffentlich rechtliche Verpflichtungen (Wohlfahrtspatienten) ausgeschlossen (RG. 112, 290).

Ferner haben auch dritte Personen Ersatzansprüche, und zwar für den Verlust ihres gesetzlichen *Unterhaltsanspruchs* und für entgehende Dienste des Verletzten. Stand der durch Schuld des Krankenhauses zu Tode gekommene Patient zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten (z. B. Eltern, Ehegatte, Kind) in einem Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltspflichtig war oder werden konnte, und ist dem Dritten infolge der Tötung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat das ersatzpflichtige Krankenhaus dem Dritten durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadensersatz zu leisten, als der Getötete während der mutmaßlichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen wäre (§ 844 Abs. 2).

War der Patient kraft Gesetzes einem Dritten zur Leistung von Diensten in dessen Hauswesen oder Gewerbe verpflichtet, wie z. B. die Ehefrau nach § 1356 Abs. 2 oder das dem elterlichen Hausstand angehörige, von ihnen erzogene und unterhaltene Kind nach § 1617, so hat der Dritte (Ehemann, Eltern) Anspruch auf Ersatz in Form einer Geldrente für die ihm entgehenden Dienste, und zwar sowohl im Falle der Tötung wie der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit des Patienten (§ 845).

Im Todesfalle hat das Krankenhaus auch die Beerdigungskosten zu tragen (§ 844 Abs. 1).

Die Ansprüche aus § 844 und 845 sind auch bei Verletzung oder Tötung von Wohlfahrtspatienten gegeben (RG. 112, 290).

Schlechter gestellt ist der Ersatzberechtigte insofern, als die Ansprüche aus unerlaubter Handlung der kurzen Verjährungsfrist von 3 Jahren (§ 852) unterliegen, während die Frist im allgemeinen und bei Vertragsansprüchen 30 Jahre beträgt.

Bem. 3. Unterschied der Haftung nach Art der Patienten? Die Haftung aus unerlaubter Handlung ist die gleiche, einerlei, ob es sich um Selbstzahler, Wohlfahrts-, Versicherungs- oder Zwangspatienten oder auch um dritte Personen handelt. Die materielle Gleichstellung der eigenen (städtischen usw.) Wohlfahrtspatienten mit den andern ist in Bem. 2 erörtert.

Nur insofern besteht ein Unterschied, als für die Schadensersatzansprüche eigener Zwangspatienten mit Rücksicht auf das öffentliche Gewaltverhältnis in der Regel der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen ist (vgl. PHILIPSBORN, Kranker und Krankenhaus im Recht S. 52 u. 84).

Bem. 4. Haftung für eigene unerlaubte Handlungen und für solche von Verrichtungsgehilfen. Die Schädigung einer Person durch eine bei der Behandlung des Patienten unmittelbar begangene unerlaubte Handlung des Krankenhausunternehmers selbst wird nur selten, wohl nur bei einem ärztlich betriebenen Sanatorium, vorkommen. Deshalb ist es von größter Bedeutung, in welchem Umfange eine Haftung für unerlaubte Handlungen dritter Personen besteht. Grundsätzlich trifft denjenigen, welcher einen andern zu einer Verrichtung bestellt, eine Haftung für den Schaden, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt, jedoch hier, im Gegensatz zu der vertraglichen Haftung für Erfüllungsgehilfen nach § 278 mit der Möglichkeit des Exkulpationsbeweises gemäß § 831. Danach ist die Haftung nicht gegeben, wenn das Krankenhaus bei der Auswahl der bestellten Personen und, sofern es Verrichtungen oder Gerätschaften zu beschaffen oder die Ausführung der Verrichtung zu leiten hat, bei der Beschaffung oder der

Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. Zur Führung dieses Entlastungsbeweises, an den strenge Anforderungen zu stellen sind, müssen z. B. Zeugnisse über die frühere Tätigkeit oder Nachweise über eingezogene Erkundigungen vorgelegt werden. Ferner erfordert die Verpflichtung zu sorgfältiger Auswahl auch die fortgesetzte Erwägung, ob die früher bestellte Person auch die erforderliche Eignung behalten hat.

Bem. 5. Verletzung der allgemeinen Überwachungspflicht. Wenn auch durch die Führung dieses Exkulpationsbeweises in vielen Fällen die Haftung des Krankenhauses für Verschulden der Verrichtungsgehilfen i. S. des § 831 aufgehoben wird, so besteht doch häufig eine deliktische Haftung des Krankenhausvorstandes in weitgehender Anwendung der allgemeinen Delikthaftung des § 823 für *eigenes* Verschulden, das in der Unterlassung allgemeiner Anordnungen und allgemeiner Kontrolle besteht; schließlich hat der Krankenhausvorstand auch die Pflicht allgemeiner Unterweisung der Ärzte und Pflegepersonen. Im Unterschied zu den Fällen des § 831 fehlt hier die Möglichkeit des Exkulpationsbeweises.

Bem. 6. Haftung für unerlaubte Handlung von Organen. Besonderheiten für die Haftung aus unerlaubter Handlung bestehen für rechtsfähige (RG., JW. 1930, 3473) (nach neuerer bestrittener Auffassung auch für nichtrechtsfähige) Vereine, den Fiskus, öffentlich-rechtliche Körperschaften, Stiftungen und Anstalten insofern, als diese für Schäden, die ihre *verfassungsmäßig berufenen* Vertreter durch eine Ausführung der ihnen zustehenden Einrichtungen begangene zum Schadensersatz verpflichtende Handlung einem Dritten zufügen, nach §§ 31, 89 Abs. 1 haften, ohne zu dem Entlastungsbeweis gemäß § 831 zugelassen zu werden, für sonstige Angestellte dagegen nur im Rahmen des § 831. Deshalb ist es von größter Bedeutung, ob die den Schaden verursachende Person als „verfassungsmäßig berufener Vertreter“ anzusehen ist.

Bem. 7. Konkurrierendes Verschulden. Ebenso wie bei vertraglichen Haftungen (vgl. S. 104 Bem. 9) kann auch die Haftung aus unerlaubter Handlung auf Grund des sog. konkurrierenden Verschuldens des Patienten (§ 254) vermindert oder gänzlich aufgehoben werden; in den Fällen, in denen Dritte (Unterhalts-, Dienstberechtigte §§ 844/845) Ansprüche aus unerlaubter Handlung haben, führt auch ein mitwirkendes Verschulden des Verletzten zur Anwendung des § 254 (§ 846).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Haftung aus §§ 823, 831.

a) RG. 4. 1. 12, JW. 1912, 339: Der nicht aus Ärzten bestehende Vorstand eines gemeinnützigen Vereins, der eine Heil- und Pflegeanstalt betreibt, kann sich von seiner Haftung aus unerlaubter Handlung durch den Nachweis befreien, daß er bei der Auswahl des Arztes die erforderliche Sorgfalt beobachtet habe.

Ebenso

b) Köln 5. 3. 14, OLGRspr. 34, 20, betreffend Exkulpationsbeweis des nicht ärztlichen Anstaltsleiters nach § 832, s. unten S. 114 Nr 1.

c) RG. 8. 1. 26, 112, 290: unten Nr 2 d.

Dagegen haftet nach

d) RG. Recht 1907 Nr 582 der Fiskus für den Schaden, den eine vom Staat zur Wartung und Beaufsichtigung der Geisteskranken in einer staatlichen Irrenanstalt angestellte Wärterin bei Ausführungen dieser Verrichtungen widerrechtlich durch Alleinlassen des Geisteskranken angestiftet hat.

e) RG. Recht 1909 Nr 3772 bejaht Haftung der Krankenanstalt nicht nur dann, wenn sie gewußt hat, daß ein Angestellter unter Überschreitung seiner Befugnisse sich der Behandlung des Kranken (Röntgenbestrahlung) selbständig unterzog, sondern schon dann, wenn sie infolge Fahrlässigkeit von der Tätigkeit desselben keine Kenntnis hatte. Die Beklagte durfte

nicht darauf vertrauen, daß ihre angestellten Ärzte eine unbefugte und unsachgemäße Benutzung des Röntgenapparates zu verhindern wissen würden, sondern sie hätte eine solche Tätigkeit verbieten und verhindern müssen.

f) Königsberg 5. 2. 31, DÄBL. 1931, 341: Haftung einer staatlichen Frauenklinik wegen unzulässiger Blutentnahme bei einer Wohlfahrtspatientin. Fahrlässige Körperverletzung, da die Blutentnahme nichts mit Behandlung, Unterricht oder wissenschaftlichem Zweck zu tun hat.

Nr 2. Verletzung der allgemeinen Überwachungspflicht.

a) RG. 10. 1. 16, Recht 1916 Nr 933: Es gehört zu den Pflichten des Vorstandes eines Krankenhauses, in dem Personen behandelt werden, die wegen hohen Fiebers oder aus sonstigen Gründen geistig nicht völlig klar sind und deshalb einer besonderen Beaufsichtigung bedürfen, die allgemeine Organisation der Anstalt so zu gestalten, daß sie nicht nur den gesetzlichen Anordnungen, sondern auch den regelmäßigen Anforderungen der Krankenpflege genügt, und diesen Zustand durch allgemeine, für das Personal verbindliche Anordnungen sicherzustellen.

b) RG. 4. 1. 12, JW. 1912, 338: Keine Verletzung einer allgemeinen Überwachungspflicht liegt vor, wenn der nicht aus Ärzten bestehende Vorstand einer Heil- und Pflegeanstalt an die Spitze der Anstalt einen tüchtigen, bewährten, zur Leitung geeigneten Irrenarzt berufen hat. Eine Überwachung der von dem Anstaltsleiter gegebenen ärztlichen Anweisungen, deren Prüfung und Beurteilung rein fachliche Kenntnisse voraussetzen, ist für den Vorstand nicht möglich, ihre Unterlassung kann ihm daher nicht zum Vorwurf gemacht werden.

c) RG. 22. 4. 13, Recht 1913, Nr 2386: Wer eine Irrenheilanstalt unterhält, ist verpflichtet, die Räume — auch der sog. offenen Station — mit solchen Sicherungsvorkehrungen zu versehen, daß Selbstmordversuche der Kranken verhindert werden; so sind die Fenster des Klosetts im Obergeschoß so einzurichten, daß das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen konnte.

d) RG. 8. 1. 26, 112, 290: Von der Leitung oder Überwachung der einzelnen Verrichtung durch das Krankenhaus ist dessen allgemeine Überwachungs-, Kontroll- und Unterweisungspflicht zu unterscheiden, für deren schuldhafte Verletzung das Krankenhaus nach § 823 einzustehen hat. Welche Anforderungen an die allgemeine Überwachungspflicht eines Geschäftsherrn zu stellen sind, wird sich stets nach der Lage des Einzelfalles, insbesondere danach richten, ob er mit Vornahme einer Verrichtung und ihrer Beaufsichtigung sachkundige Personen und solche betraut hat, deren Zuverlässigkeit von ihm bereits erprobt worden ist. Ganz wird sich der Geschäftsherr seiner Kontrollpflicht aber nur in seltenen Fällen entziehen dürfen.

e) RG(Str) 7. 2. 30, JW. 1930, 1597, betr. Organisation von Diathermiebehandlungen, vgl. S. 211 zu m β.

Nr 3. Unerlaubte Handlung von Organen.

RG. 4. 1. 12, JW. 1912, 338: Der ärztliche Leiter der Heilanstalt eines gemeinnützigen Vereins ist trotz der Wichtigkeit, Selbständigkeit und Verantwortlichkeit seiner umfassenden Stellung nicht verfassungsmäßig berufener Vertreter im Sinne des § 31 BGB.; denn nur der durch die Satzung vorgesehene Beamte, der Vertretungsgewalt Dritten gegenüber hat, hat als solcher zu gelten.

Nr 4. Die Ansprüche aus §§ 844 Abs. 2, 847.

RG. 8. 1. 26, 112, 290: Ebenso wie der Satz, daß ein Schuldner das Verschulden seiner Erfüllungsgehilfen wie sein eigenes zu vertreten habe (§ 278), gehören auch die in § 844 Abs. 2 zum Ausdruck gelangten Rechtsgedanken gleichfalls dem bürgerlichen und dem öffentlichen Recht an. Demgemäß gewährt das RG. auch im Falle der Verletzung oder Tötung von Wohlfahrtspatienten den Ersatzanspruch für den Verlust des gesetzlichen Unterhaltsanspruchs, verneint aber den Anspruch auf Schmerzensgeld (§ 847).

Nr 5. Sonstige Ansprüche Dritter?

RG. 26. 11. 29, 126, 253: Der Ehemann hat auf Grund einer gegen seine Ehefrau durch unrichtige Behandlung begangenen unerlaubten Handlung keinen Schadensersatzanspruch (Fahrt-, Aufenthaltskosten-, sonstige Vermögensschäden), da Dritte nur in den Fällen der §§ 844, 845 Ansprüche haben.

Nr 6. Über Versuche und neuartige Heilbehandlung in Anstalten Vgl. unten S. 214 Nr 5

Nr 7. Wegen der Ansprüche aus unerl. Handlung gegen die Ärzte vgl. unten S. 212ff.

D. Besondere Haftungsfälle.

1. Haftung für Gegenstände.

Bem. 1. Gastwirthshaftung? Die den Gastwirt treffende gesteigerte Haftung (§ 701, Haftung für Verlust oder Beschädigung der eingebrachten Sachen ohne Verschulden) findet beim Krankenhausaufnahmevertrag keine Anwendung, auch nicht gegenüber den mitgebrachten Begleitpersonen (Diener, Privatschwester). Nur in den Fällen, in denen der Hauptzweck des Betriebes auf die Beherbergung der Gäste gerichtet ist und die Beherbergung nur etwa in Einzelheiten oder auf besonderen Wunsch nach den Bedürfnissen der von einem Teil der Gäste verfolgten gesundheitlichen Zwecke besonders gestaltet wird (Luxus-, Vergnügungsanatorien), findet § 701 Anwendung.

Bem. 2. Aufbewahrung als Nebenverpflichtung. Sonst folgt die Haftung allgemeinen Grundsätzen. Wenn, wie meist, das Krankenhaus selbst das Ablegen der Kleidungsstücke verlangt und Anstaltskleidung liefert, ist die Aufbewahrung eine Nebenverpflichtung des Krankenhauses (vgl. S. 101 Bem. 1), für deren Verletzung es jeder Art von Patienten gegenüber in gleicher Weise für Vorsatz und Fahrlässigkeit haftet.

Bem. 3. Besonderer Verwahrungsvertrag. Schließt jedoch der Patient mit dem Krankenhaus einen besonderen Verwahrungsvertrag, so haftet das Krankenhaus für Vorsatz und jede Fahrlässigkeit, wenn der Patient für die Aufbewahrung ein besonderes Entgelt zahlt. Wenn aber das Krankenhaus die Aufbewahrung unentgeltlich übernimmt, beschränkt sich die Haftung auf diejenige Sorgfalt, welche es in eigenen Angelegenheiten anzuwenden pflegt (§ 690), wodurch es jedoch von der Haftung für grobe Fahrlässigkeit nicht befreit wird (§ 277).

Bem. 4. Nicht abgegebene Gegenstände. Für nicht abgegebene Gegenstände hat das Krankenhaus keine vertragliche Bewachungspflicht; es kommen vielmehr nur die Ansprüche aus unerlaubter Handlung in Betracht, wobei insbesondere die Verletzung einer allgemeinen Überwachungspflicht (unbeaufsichtigtes Eindringen fremder Personen zu den allgemeinen Besuchszeiten infolge unzureichender Kontrolleinrichtungen und mangelnder Organisation) gemäß § 823 (vgl: oben S. 110 Bem. 5) zu einer Haftung führen kann.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Die angegebenen Schriften, bes. ZITELMANN: a. a. O. S. 857. — PHILIPSBORN: a. a. O. S. 43, 86ff.

Nr 1. Gastwirthshaftung.

a) Verneint vom RG. 3. 11. 25, **112**, 58: Da das Sanatorium eine Kuranstalt ist, in der kränkliche, schwächliche und genesende Menschen unter Beobachtung und Behandlung angestellter Ärzte nach besonderen Verfahrensvorschriften der Heilung und Kräftigung zugeführt, andere Personen dagegen nur, soweit sie zur Begleitung oder Bedienung der Kurgäste dienen oder sie vorübergehend besuchen, aufgenommen werden, findet die gesteigerte Gastwirthshaftung des § 701 keine Anwendung.

b) Bejaht dagegen von München 13. 11. 09, OLG., Rspr. **20**, 226: Allerdings ist das Kurhaus als Sanatorium eingerichtet und als solches amtlich eingetragen und soll in erster Linie zur Aufnahme von Kranken und Erholungsbedürftigen dienen. Allein es finden auch Gesunde, die nicht zur Heilung und Besserung ihres Gesundheitszustandes kommen, anstandslos Aufnahme; man ist auch nicht genötigt, ärztliche Hilfe zu beanspruchen oder wenigstens dafür zu zahlen. Da es sich demnach um eine sog. freiwillige Familienpension handelt, ist § 701 anwendbar.

Nr 2. Allgemeine Aufbewahrungspflicht.

RG. 11. 4. 10, JW. **1910**, 574: Der Leiter einer Heilanstalt, welcher die Sachen der aufgenommenen Kranken in Verwahrung nehmen oder, wie es bei Geisteskranken üblich ist, den eingelieferten Kranken abnehmen läßt, hat die Verpflichtung, sie für die Kranken aufzubewahren, mag er in einem unmittelbaren Vertragsverhältnis zu dem Kranken stehen

oder nicht. Der Leiter der Anstalt kann daher über diese Sachen grundsätzlich nur mit Zustimmung des Kranken selbst oder, wenn dieser geschäftsunfähig ist, seines gesetzlichen Vertreters verfügen; das Krankenhaus kann als Geschäftsführer ohne Auftrag berechtigt sein, Sachen von geringem Wert den Angehörigen und der Ehefrau herauszugeben, z. B. alles, was sie zur Fortführung der häuslichen Wirtschaft braucht.

2. Staatshaftung für Beamte.

Bem. 1. Grundlagen des Anspruches. Besonderheiten für die Haftung bestehen in den Fällen, in denen Pflichtverletzungen von beamtetem Personal des Krankenhauses begangen werden. Gemäß § 839 BGB. trifft den Beamten persönlich die Haftung; bereits vor der Reichsverfassung ist im Reiche und in den meisten Ländern durch besondere Gesetze an Stelle des Beamten die öffentlich-rechtliche Körperschaft getreten. Jetzt ist Haftungsgrundlage Art. 131 RVerf., wonach bei einer Amtspflichtsverletzung eines Beamten in Ausübung der ihm anvertrauten öffentlichen Gewalt die Verantwortlichkeit den Staat oder die Körperschaft trifft, in deren Dienste der Beamte steht.

Bem. 2. Haftung aus Art. 131 RVerf. Es muß sich um das Krankenhaus einer Gebietskörperschaft (Reich, Land, Provinz, Kreis, Gemeinde) und einen bei ihr angestellten Beamten handeln, die Krankenhäuser von Sozialversicherungsträgern und Kirchengemeinden gehören nicht dazu. Beamte im Sinne dieser Bestimmung sind in weiter Auslegung alle Hilfspersonen, deren sich die Körperschaft bei Ausübung ihrer öffentlichen Gewalt bedient (Ärzte, Verwaltungsbeamte). Als Ausübung öffentlicher Gewalt ist auch der ganze Bereich staatlicher und kommunaler Fürsorge anzusehen (Behandlung von eigenen Wohlfahrts- und Zwangspatienten und von Selbstzahlern in gemeinnütziger Weise). Die Körperschaftshaftung setzt das Vorliegen einer Haftung aus unerlaubter Handlung voraus; eine etwa daneben bestehende vertragliche Haftung bleibt unberührt.

Bem. 3. Sonstige Staatshaftung. Fehlt es an der Ausübung öffentlicher Gewalt (z. B. gegenüber Selbstzahlern I. und II. Klasse), so ist eine Haftung des Staates für eine Amtspflichtsverletzung des Beamten auf Grund des § 839 und der Beamtenhaftpflichtgesetze des Reiches oder der Länder nicht möglich.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Zu Art. 131 RVerf. vgl. u. a. W. JELLINEK: Verw.R., 3. Aufl., § 14. — ANSCHÜTZ: Kom. z. RVerf., 13. Aufl. 1931, Art. 131. — v. MARTH: Die Amtshaftpflicht aus der Ausübung öffentlicher Gewalt nach Reichsrecht und bayerischem Recht. BayRpflZ. Jg. 26, Nr 21. — RÜMELIN: Haftung im klinischen Betrieb.

Rechtsprechung:

Nr 1. Öffentliche Gewalt.

- a) ProVG. 18. 12. 28, DStBl. 1929, 979: Die Ortskrankenkassen üben keine öffentliche Gewalt aus.
- b) RG. 13. 2. 31, JW. 1931, 1786: Die Ausübung öffentlicher Gewalt kann auch in staatlicher Fürsorge bestehen.

Nr 2. Haftung für Beamte.

a) KG. 5. 1. 29, JW. 1929, 2287: Für das Verschulden eines Universitätsprofessors, der als Chirurg eine Operation in der Universitätsklinik vornimmt, haftet nur der Staat und nicht der Universitätsprofessor persönlich aus unerlaubter Handlung. Die Zahlung eines angemessenen Entgelts für die Aufnahme in die Universitätsklinik nimmt dieser Fürsorgetätigkeit nicht die Eigenschaft staatlicher Hoheitsgewalt, vgl. dazu Besprechung von HOEPFFNER in JW. 1930, 1607.

b) Hamburg, ZKrw. 1927, 401: Eine Staatshaftung besteht nicht nur dann, wenn die Behandlung unentgeltlich erfolgt, sondern auch dann, wenn die Anstaltsbehandlung gegen Entgelt, d. h. gegen eine öffentlich-rechtliche Gebühr in Anspruch genommen wird. Auch eine im Betriebe des Krankenhauses tätige Hilfsperson (eine Krankenschwester, Pflegerin, die sonst keine Beamteneigenschaft hat) ist im Sinne des Art. 131 als Beamter anzusehen.

c) RG. 4. 7. 30, JW. 1931, 47: Haftung einer Stadtgemeinde für den beamteten Stadtarzt, durch dessen schuldhaft falsch erstattetes Gutachten ein Beamter durch Versetzung in einstweiligen Ruhestand Schaden erleidet.

d) OLG. Königsberg 5. 2. 31, DÄBL. 1931, 34: Haftung des Fiskus für widerrechtliche Blutentnahme in staatlicher Frauenklinik.

Nr 3. Umfang der Ansprüche.

RG. 26. 11. 29, 126, 253, JW. 1930, 1582: Der Umfang der Haftung aus Art. 131 RVerf. bestimmt sich nach § 839 (vgl. §§ 844/845).

E. Haftung dritten Personen gegenüber.

Bem. 1. Kreis der dritten Personen. Als dritte Personen, denen gegenüber das Krankenhaus haftbar werden kann, kommen Besucher und sonstige Passanten in Betracht; über die Haftung den Angestellten gegenüber vgl. oben S. 75, 107.

Bem. 2. Umfang der Haftung. Diesen Dritten haftet das Krankenhaus lediglich aus unerlaubter Handlung; es ist infolge der Eröffnung des Hauses für den öffentlichen Verkehr verpflichtet, den Betrieb (Treppen, Zugänge) so einzurichten, daß die Benutzer nicht in Gefahr kommen, beschädigt zu werden; über Art und Umfang der Delikthaftung vgl. oben S. 108.

Bem. 3. Besonderheiten in Irrenanstalten. Für Irrenanstalten ist § 832 zu beachten, wonach derjenige, der kraft Gesetzes oder vertragsmäßig zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde.

Schrifttum und Rechtsprechung.

SCHULTZE: Schadensersatzpflicht des Anstaltsarztes für die Handlungen der seiner Aufsicht unterstellten Geisteskranken. ArchBürgR. 17, 99. (Den Arzt trifft keine Verantwortung, wenn die Entlassung mit Zustimmung der Polizei oder auf Verlangen der Verwandten erfolgt. Einen Kranken, der sich frei außerhalb der Anstalt bewegen darf, muß der Arzt, wenn er von einer plötzlichen und bedenklichen Veränderung in seinem Benehmen erfährt, in der Anstalt zurückbehalten oder zurückbringen lassen. Tritt die Verschlimmerung unvorhergesehen außerhalb der Anstalt ein, so trifft den Arzt keine Haftung. Steht dem Arzt unzureichendes Aufsichtspersonal zur Verfügung und hat er die vorgesetzte Behörde darauf vergeblich aufmerksam gemacht, so hat nicht der Arzt, sondern der Vorgesetzte die Verantwortung.)

Nr 1. Exkulpationsbeweis nach § 832.

Köln 5. 3. 14, OLG.Rspr. 34, 20 sieht für den nichtärztlichen Anstaltsinhaber den *Exkulpationsbeweis* als geführt. Ihm kann daraus, daß er die Leitung der Anstalt und die Aufsicht über die Kranken völlig dem anerkannt tüchtigen und erfahrenen Irrenarzt überließ und sich im übrigen nicht mehr damit befaßte, kein Vorwurf gemacht werden.

Dagegen hätte der Anstaltsleiter, da die Umstände besondere Vorsichtsmaßregeln erheischten, allgemein die Anweisung geben müssen, ihm außergewöhnliche Vorfälle (Tobsuchtsanfälle) stets sofort zu melden, um eingreifen zu können, oder er hätte für Ärzte und Wärter genaue Anweisungen erteilen müssen, die gegebenenfalls die sofortige Ausführung aller erforderlichen Sicherheitsmaßregeln gewährleisten. Auch hätte er allgemeine Anweisungen über die Regelung der Besuche bei gefährlichen Kranken geben und sich von ihrer sorglichen Durchführung häufig überzeugen müssen.

Nr 2. Konkurrierendes Verschulden.

Köln 5. 3. 14, OLG.Rspr. 34, 20 verneint in dem Falle von Nr 1 ein konkurrierendes Verschulden des durch die Kranke verletzten Besuchers. Obwohl er gewarnt worden war, konnte er als Laie sich darauf verlassen, daß die Ärzte ihn, wenn es für ihn selbst gefährlich war, entweder gar nicht zu der Kranken gelassen hätten oder ihn ausdrücklich auf die Gefahr aufmerksam machen und für seine Entfernung sorgen würden.

III. Verpflichtungen des Patienten¹.

Bem. 1. Behandlungszwang. Eine Pflicht, sich behandeln zu lassen, besteht grundsätzlich nicht. Nur nach dem Geschlechtskrankheitengesetz besteht bei Verbreitungsgefahr einer Geschlechtskrankheit die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung (vgl. dazu unten EBERMAYER, Geschlechtskrankheitengesetz, S. 236 Bem. 6).

Bem. 2. Gehorsampflicht. Aus der Natur des Krankenhausaufnahmevertrages folgt — entsprechend der Schutzpflicht des Krankenhauses — eine Gehorsampflicht des Patienten, die, ganz abgesehen von Anstalts- und Hausordnungen, zu einer in gewisser Hinsicht übergeordneten Stellung des Krankenhauses führt. Bei der Bemessung des Umfanges der Gehorsampflicht ist stets ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Behandlung als Hauptinhalt der Krankenhausbehandlung zu verlangen. Eine Grenzziehung ist wegen der großen Bedeutung psychischer Beeinflussung schwierig und nur im Einzelfalle möglich. Da die Gehorsampflicht aus dem Wesen der ärztlichen Behandlung folgt, ist sie grundsätzlich in völlig gleicher Weise gegeben, mag es sich um Selbstzahler, Versicherungs-, Wohlfahrts- oder fremde Zwangspatienten handeln. Bei eigenen Zwangspatienten allerdings besteht auf Grund des öffentlich-rechtlichen Zwangsverhältnisses (Soldat, Gefangener, Angeschuldigter) eine weitergehende Gehorsampflicht).

Bem. 3. Pflichten gemäß der Anstalts-Hausordnung. Eine eingehende Spezialisierung der Pflichten der Patienten findet sich in den Anstalts- und Hausordnungen. In den Anstalten der Gebietskörperschaften sind sie rechtlich meist als sog. Verwaltungsverordnungen anzusehen, während sie in den anderen Krankenhäusern nur als Bestandteile des Aufnahmevertrages durch Vereinbarung Geltung erlangen können, also bei einer nicht genehmigten Geschäftsführung ohne Auftrag dem Patienten nicht entgegengehalten werden können. Eine stillschweigende Vereinbarung liegt schon dann vor, wenn der Patient in Kenntnis des Bestehens einer Hausordnung einen Vertrag schließt; ein bloßer Anschlag, auf den nicht hingewiesen wird, genügt dagegen nicht.

Bem. 4. Zahlungsverpflichtung. a) *Bei Vertrag.* Die Hauptbedeutung hat unter den Verpflichtungen des Patienten die Zahlungspflicht. Deren Höhe ergibt sich bei *vertraglicher Aufnahme* aus der Vereinbarung, wenn es sich um privatrechtliches Entgelt handelt. Bei allen öffentlichen Krankenhäusern (im weiteren Sinn) ist durch die klassenmäßige Festlegung des Entgeltes in der Form des einheitlich zur Abgeltung von Unterkunft, Verpflegung und üblicher Behandlung geschaffenen Pflegesatzes eine starke Normalisierung erreicht, so daß besondere Vereinbarungen über die Höhe des Entgeltes meist nur bei außergewöhnlichen Behandlungen oder bei Privatkliniken häufig sind. Der Pflegesatz kann bei den Krankenhäusern der Gebietskörperschaften die Form einer staatsrechtlichen Gebühr annehmen (s. dazu unten S. 125), in anderen Krankenhäusern ist er bei einer vertraglichen Aufnahme als stillschweigend vereinbart anzusehen.

b) *Bei vertragloser Aufnahme.* Liegt nicht von vornherein ein Vertrag vor und wird auch nicht wenigstens durch Genehmigung der Behandlung später ein vertraglicher Zustand geschaffen, so stehen dem Krankenhaus nur die Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag zu (vgl. dazu oben S. 98). Der Anspruch des Krankenhauses gegen den Patienten besteht dann allerdings, wenn die Voraussetzungen des § 683 vorliegen, nur in Höhe seiner Aufwendungen. Da

¹ Über die Krankenhausgebühr siehe den Beitrag von ISAY, S. 125.

jedoch das Krankenhaus, auch ein gemeinnütziges, seine Tätigkeit berufsmäßig ausübt, ist ihm unbedenklich unter diesem Gesichtspunkt für seine eigene Tätigkeit eine dem für die dritte Klasse geltenden Pflegesatz entsprechende Entschädigung zuzubilligen. Liegen die Voraussetzungen des § 683 nicht vor und hat auch der Geschäftsherr (Patient, Wohlfahrtsamt, Kasse) die Geschäftsführung nicht genehmigt, so hat das Krankenhaus nur den geringeren Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812, 818), d. h. nur auf den Betrag, um den der Geschäftsherr durch die Behandlung bereichert ist.

Bem. 5. Zahlungspflicht im Konkurse des Patienten. a) *Krankenhauseforderungen als bevorrechtigte Forderungen.* Falls der Patient vor Zahlung des Pflegesatzes in Konkurs fällt, genießt der Anspruch des Krankenhauses eine bevorrechtigte Stellung. Nach § 61 Ziff. 4 KonkO., der über den Wortlaut hinaus (Ärzte usw.) auf Ansprüche von Krankenhäusern (private und öffentliche Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten) auszudehnen ist, werden solche Ansprüche wegen Kur- und Pflegekosten aus dem letzten Jahre vor der Eröffnung des Verfahrens, insoweit der Betrag der Forderungen den Betrag der taxmäßigen Gebühnisse nicht übersteigt, bevorrechtigt — an 4. Stelle der bevorrechtigten Konkursforderungen — befriedigt. Für die Geltendmachung des Vorrechts ist es nicht erforderlich, daß der Gemeinschuldner selbst behandelt worden ist; es genügt, daß er für die Kosten der Behandlung haftet (z. B. Ehemann für die Behandlung der Ehefrau). Das Vorrecht ergreift nicht nur die in dem Pflegesatz enthaltenen Kosten für ärztliche Behandlung und Pflege (Arzneimittel, Verbandstoffe, Wärterkosten), sondern auch die Verpflegungskosten (Gewährung von Kost und Unterkunft), dagegen nicht Kosten für Lieferung künstlicher Gliedmaßen usw.

b) *Bedeutung einer Gebühr oder einer Taxe für das Konkursvorrecht.* Das Vorrecht besteht nur, insoweit der Betrag der Forderungen den Betrag der taxmäßigen Gebühnisse nicht übersteigt. Werden in einem Krankenhaus staatsrechtliche Gebühren erhoben oder sind die Pflegesätze sonst taxmäßig festgelegt, so sind diese bevorrechtet, aber auch nur an 4. Stelle, nicht an 3. Stelle (als öffentliche Abgaben), da auch Gebühren in öffentlichen Krankenhäusern keine öffentlichen Abgaben sind. Besteht jedoch keine solche Festlegung, so ist die Forderung in ihrem vollen Umfange privilegiert — von Bedeutung insbesondere für die Konkursforderungen der Privatkliniken.

Bem. 6. Pflichten aus dem Geschäftsbesorgungsvertrag. Wie S. 95 Bem. 1 erwähnt und S. 198 Bem. 1 und S. 202 Nr. 2 näher begründet ist, finden gemäß § 675 verschiedene Vorschriften über den Auftrag Anwendung. Demgemäß ist nach § 669 das Krankenhaus berechtigt, vom Auftraggeber *Vorschuß* zu verlangen.

Nach § 670 ist der Auftraggeber zum Ersatz verpflichtet, wenn der Beauftragte zwecks Ausführung des Auftrags *Aufwendungen* macht, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf. Danach kann das Krankenhaus, welches z. B. ein bestimmtes bestelltes Zimmer zur Aufnahme eines Patienten bereit hält, seine Aufwendungen ersetzt verlangen, wenn der Kranke vorher stirbt oder infolge anderer Umstände, die er nicht zu vertreten hat, das Krankenhaus nicht aufsucht.

Streitig ist, ob auch *Schäden*, die der Beauftragte bei Ausführung des Auftrages erleidet, als Aufwendungen vom Auftraggeber zu ersetzen sind. Daß eine solche Haftung bei vorsätzlichem oder fahrlässigem Verhalten des Patienten besteht, folgt aus allgemeinen Gründen, so z. B., wenn er bei einer leichten ohne Narkose vorgenommenen Operation wild um sich schlagend Instrumente des Krankenhauses verletzt (§ 276, 823). Die weitere Frage ist aber, wie zu entscheiden

ist, wenn kein Verschulden vorliegt. Sie dürfte zu verneinen sein, wie S. 222 näher erörtert ist.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Zu dem Konkursvorrecht: Kommentar zur KonkO. von JAEGER, 5. Aufl. Berlin 1916, Anm. 30/31 zu § 61. — MENTZEL 3. Aufl. 1928. — BENSHEIMER Anm. 6 zu § 61. — WOLFF, 2. Aufl. 1921, Berlin u. Leipzig, Anm. 9 zu § 61, u. a. — FALK: Sind Forderungen der Krankenanstalten für Pflegegeld im Konkurse bevorrechtigt? DJZ. 1911, 645 (für Ausdehnung auf Krankenanstalten, auf Verpflegungskosten). Bei Fehlen einer Taxe gegen jedes Vorrecht: v. VÖLDERNDORFF (Komm., 2. Aufl. 1885, I, 336ff.), für ein Vorrecht nur in der Höhe, wie taxmäßige Gebühren wären, wenn eine Taxe bestehen würde: GERLAND (KrVJSchr. 1905, 58), für ein unbeschränktes Vorrecht dagegen JAEGER (a. a. O.), WOLFF (a. a. O.) u. a.

Rostock 19. 4. 88; SeuffArch. 46, 483: Besteht keine Taxe, so muß mangels einer über die Höhe der Forderung getroffenen Vereinbarung das Vorrecht bis zu dem Betrage anerkannt werden, welcher angemessen und billig erscheint. Auch die Forderungen für Zimmer und Verpflegung sind bevorrechtigt.

IV. Beendigung des Krankenhausaufenthaltes.

A. Kündigung.

Bem. 1. Reguläre Beendigung. Für eine Beendigung des oben (S. 95) als Dienstvertrag gekennzeichneten Krankenhausaufnahmevertrages kommen verschiedene Gründe in Betracht. Zunächst endet ein für bestimmte Zeit eingegangener Vertrag, praktisch wohl nur bei Aufnahme in Heil- und Pflegeanstalten oder Sanatorien, mit dem Ablauf dieser Zeit. Wenn, wie meist, eine bestimmte Dauer nicht ausdrücklich vereinbart ist, findet der Vertrag, dem Zwecke der Krankenhausbearbeitung entsprechend, sein Ende mit dem Tode des Patienten (vgl. § 620 BGB.). Aber auch sonst ist, wenn der Patient sich nicht für eine im voraus vereinbarte Zeit in das Krankenhaus begeben hat, meist eine kurzfristige Kündigung möglich. In dem weitaus vorherrschenden Fall, in dem die Vergütung (Pflegesatz) nach Tagen bemessen ist, ist die Kündigung an jedem Tage für den folgenden Tag zulässig. Ist der Pflegesatz ausnahmsweise nicht nach Tagen berechnet, so bestehen längere Fristen (vgl. § 621 BGB.).

Bem. 2. Beendigung bei Vorliegen mehrerer Verträge. Wenn der Patient zwei Verträge abschließt — einen mit dem Krankenhaus, einen mit dem Arzt, ist infolge der engen Zusammengehörigkeit der beiden Verträge anzunehmen, daß die, auf welche Weise auch immer erfolgende Beendigung des einen Vertrages die Beendigung des anderen Vertrages nach sich zieht.

Bem. 3. Bei Verträgen zugunsten Dritter. Bei fremden Wohlfahrts- und Versicherungsranken wird man mit Rücksicht auf das Verhältnis des Versicherungsträgers besonders der Wohlfahrtsbehörden zum Patienten in der Regel anzunehmen haben, daß eine Beendigung durch die Vertragsparteien ohne Zustimmung des Patienten erfolgen kann. Noch deutlicher wird dies in den Fällen der sog. *fremden Zwangspatienten*, bei denen oben (S. 95) sogar überhaupt das Vorliegen eines Vertrages zugunsten eines Dritten abgelehnt wurde. Bei Selbstzahlern, die im Wege eines Vertrages zugunsten eines Dritten aufgenommen werden, wird die Entscheidung darüber, ob die vertragschließende Stelle (Vater usw.) den Aufenthalt ohne Einwilligung des Patienten beenden kann, stets von der Prüfung des Einzelfalles abhängen.

Bem. 4. Irreguläre Beendigungsmöglichkeit. Abgesehen hiervon kann die Beendigung des Krankenhausaufenthaltes auch auf irreguläre Weise durch fristlose Kündigung aus wichtigem Grunde erfolgen (§ 626 BGB.). Was als wichtiger Grund zu gelten hat, ist nur im Einzelfall zu entscheiden. Als typische wichtige Gründe kann man grobe Verstöße des Patienten gegen seine vertragliche Verpflichtung, insbesondere gegen die Hausordnung, ansehen, einen wichtigen

den Patienten zur sofortigen Kündigung berechtigenden Grund stellt z. B. offensichtliche Falschbehandlung dar.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Die oben S. 97 angegebene Literatur, besonders PHILIPSBORN S. 97/98. — RÜMELIN: Haftung im klinischen Betrieb, S. 42 Anm. 2, nimmt die Möglichkeit an, die Verfügung über die Dauer der Behandlung bei fremden Versicherungskranken nicht dem Patienten zu überlassen. Über die Kündigung allgemein: HELLOWIG a. a. O. S. 29ff. — Um den Versuchen von Angehörigen entgegenzutreten, sterbende Kranke zur Vermeidung der höheren Leichentransportkosten aus dem Krankenhaus herauszunehmen, wird in ZKRW. 1932, 78 vorgeschlagen, in den Aufnahmebedingungen zu bestimmen, daß im Sterben Liegende oder Patienten, für die die Wegnahme eine unmittelbare Lebensgefahr bedeutet, keineswegs, an übertragbaren Krankheiten leidende Personen nur mit Zustimmung der Polizeibehörde entlassen werden.

B. Entlassungszwang.

Bem. 1. Für Irrenanstalten besteht nach den im einzelnen voneinander abweichenden landesrechtlichen Vorschriften z. T. ein Entlassungszwang. In *Preußen* sind für die Heil- und Pflegeanstalten der Provinzen die Reglements maßgebend (vgl. dazu oben S. 44), für Privatanstalten die Anweisung des MindMedAng., des Justizministers und des Ministers des Innern über die Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten 26. 3. 01 (MinBlfMedAng. 1901, 97). Danach muß der Patient entlassen werden bei Heilung, ausreichender Besserung, rechtskräftiger Ablehnung oder Aufhebung einer Entmündigung und auf Verlangen des gesetzlichen Vertreters. Bei einer Aufnahme auf Veranlassung der Polizei oder einer Justizbehörde ist zur Entlassung die Zustimmung dieser Behörde erforderlich. Für die Entlassung eines gefährlichen Kranken ist Zustimmung der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes einzuholen. Ähnliche Bestimmungen bestehen in den anderen Ländern, meist in Form von Erlassen, Regulativen u. dgl., von Gesetzen in Baden, Sachsen (vgl. Nachweise bei LUSTIG, a. a. O. S. 54ff.).

C. Pfandrecht, Zurückbehaltungsrecht.

Bem. 1. Pfandrecht. Ist die Krankenhausbehandlung beendet, ohne daß der Patient seinen gesamten Zahlungsverpflichtungen nachgekommen ist, so erhebt sich die Frage, ob die Krankenhausverwaltung sich an die Sachen des Patienten halten darf. Das sog. Vermieterpfandrecht (§ 559 BGB.) steht ihr nur in den ganz seltenen Fällen zu, in denen bei der Krankenaufnahme ein besonderer Mietvertrag über den zur Verfügung gestellten Raum abgeschlossen worden ist (vgl. dazu oben S. 101). Es berechtigt das Krankenhaus dazu, die Sachen im Wege der Selbsthilfe an sich zu nehmen und sich nach den Vorschriften über den Pfandverkauf zu befriedigen. In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle besteht kein solches Pfandrecht. Jedoch kann es in den Aufnahmebedingungen in der Weise vereinbart werden, daß alle abgegebenen Gegenstände als Pfand für die künftigen Ansprüche der Krankenhausverwaltung haften sollen.

Bem. 2. Zurückbehaltungsrecht. Dagegen hat die Krankenhausverwaltung bis zur Vollzahlung des von dem Patienten geschuldeten Entgeltes ein Zurückbehaltungsrecht an den dem Patienten abgenommenen Gegenständen (§ 273). Voraussetzung für ein solches Zurückbehaltungsrecht ist allerdings, daß der Patient *selbst*, an den die Gegenstände herauszugeben sind, Schuldner des Entgeltes ist; kein Zurückbehaltungsrecht also bei Patienten, die im Wege eines Vertrages zugunsten Dritter Aufnahme gefunden haben. Das Zurückbehaltungsrecht, das nur das Recht gewährt, die Herausgabe der Gegenstände

zu verweigern, ist auch dann gegeben, wenn als Entgelt keine privatrechtliche Leistung, sondern eine staatsrechtliche Gebühr geschuldet wird.

Bem. 3. Nicht abgeholte Gegenstände. Werden Gegenstände, die von dem Patienten in Verwahrung genommen worden sind, nicht abgeholt, so entstehen Schwierigkeiten für das Krankenhaus, das sich auch nicht etwa ohne weiteres für seine Ansprüche aus den Gegenständen befriedigen kann. Das Krankenhaus ist auf den umständlichen und kostspieligen Weg der öffentlichen Versteigerung angewiesen (§ 383), an die sich die Hinterlegung des Erlöses schließen muß. Geld, Wertpapiere, sonstige Urkunden und Kostbarkeiten können unmittelbar hinterlegt werden (§ 372). Es empfiehlt sich deshalb, daß sich das Krankenhaus durch die Anstaltsordnung zum eigenhändigen Verkauf — nach Ablauf einer bestimmten Frist — und zur privaten Aufbewahrung des Erlöses ermächtigen läßt.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Zur Frage des *Pfandrechtes* PHILIPSBORN: a. a. O. S. 99 u. a. — Eingehend über *Zurückbehaltungsrecht* DIX: Rechtsfragen im Krankenhausbetrieb, in „Krankenhausbetriebslehre“ (herausgegeben von WEINSTOCK 1924), welcher S. 19 ff. ein Zurückbehaltungsrecht an den in Verwahrung genommenen Gegenständen ablehnt, da der Anspruch auf Zahlung des Pflegesatzes und der Rückgabeanpruch aus dem Verwahrungsvertrag nicht aus demselben Rechtsverhältnis entspringen. *Dagegen*: PHILIPSBORN: a. a. O. S. 99. — DIX: a. a. O. S. 20/21 auch über die Verwertung nicht abgeholter Gegenstände.

V. Leichensektion.

Bem. 1. Sektion aus kriminellen Gründen. An die Beendigung des Krankenhausaufenthaltes knüpft sich im Falle des Todes des Patienten häufig die bedeutsame Frage, ob eine Sektion der Leiche stattfinden darf. Zur Leichenöffnung kann es zunächst aus kriminellen Gründen kommen; gemäß § 87 StrPO. ist sie im Beisein des Richters von zwei Ärzten, unter welchen sich ein Gerichtsarzt befinden muß, vorzunehmen. Dem Arzte, welcher den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Er kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben. Die Leichenöffnung muß sich, soweit der Zustand der Leiche dies gestattet, auf die Öffnung der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle erstrecken (§ 89 StrPO). Die Einzelheiten richten sich nach landesrechtlichen Normen, welche meistens in reglementären Erlassen der Obersten Medizinalbehörden enthalten sind; für Preußen vgl. die Vorschriften über das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen 17. 10. 04, mitgeteilt durch die AllgVerf. des JustMin. 13. 2. 05 (JustMinBl. 44). Die Leichenöffnung in Krankenanstalten soll nicht vorgenommen oder fortgesetzt werden, wenn der Fall der gerichtlichen Leichenöffnung vorliegt (GemVerf. d. JustMin., MfV. u. d. MfWKuV. 28. 7. 25, JustMinBl. S. 269).

Bem. 2. Sektion aus sanitätspolizeilichen Gründen. Polizeilich kann nach § 7 des Reichsgesetzes betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten 30. 6. 1900 (RGBl. S. 306) bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält. Durch das Preuß. Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten 28. 8. 05 (GS. S. 373) ist dies noch auf Typhus und Rotzverdacht ausgedehnt worden.

Bem. 3. Sonstige gesetzlich geregelte Sektionsfälle. Hervorzuheben ist zunächst die in *Preußen* hinsichtlich der in Strafanstalten und Gefängnissen verstorbenen Strafgefangenen bestehende Regelung. Nach dem MinErl. 8. 6. 89

(MBliV. S. 113) ist ihre Sektion gestattet, wenn nicht die Verwandten der Ablieferung an die anatomischen Institute innerhalb 24 Stunden nach dem Tode widersprechen und die Beerdigung auf ihre Kosten übernehmen. Den Angehörigen ist zur Erhebung des Widerspruchs Mitteilung zu machen; die Ablieferung der Leichen derjenigen Sträflinge unterbleibt, denen die Nichtablieferung an eine anatomische Anstalt zugesichert worden ist oder hinsichtlich derer in Rücksicht auf ihre frühere Lebensstellung und ihre Familie oder andere besondere Umstände die Ablieferung unzulässig erscheint. Nach dem *sächsischen* Gesetz 5. 10. 12 (GVOBl. S. 465), die Ablieferung der Leichen zu wissenschaftlichen Zwecken und die Öffnung von Leichen betreffend, steht dem Staate ein Verfügungsrecht an *allen* Leichen zu, wenn ihre Bestattung nicht von Angehörigen oder sonstigen nahestehenden Personen übernommen wird. Die Ablieferung erfolgt 48 Stunden, die wissenschaftliche Verwendung frühestens 72 Stunden nach dem Tode oder der Ablieferung der Leiche. Öffentliche Anstalten, in denen vornehmlich Kranke gepflegt werden, können Bestimmungen über die Leichenöffnung in den Hausordnungen treffen. Die Anstaltsverwaltungen haben die ihnen bekannten Angehörigen schleunigst von der bevorstehenden Ablieferung zu benachrichtigen. Darüber hinaus geht das österreichische Krankenanstaltsgesetz 15. 6. 20 von dem Grundsatz aus, daß die Leichen der in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten verstorbenen Personen in der Regel zu obduzieren sind. Die Obduktion muß, bei sanitätspolizeilicher oder gerichtlicher Anordnung oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen erfolgen. Sie hat zu unterbleiben, wenn keiner dieser Fälle vorliegt und entweder vom Verstorbenen der ausdrückliche Wunsch, von der Obduktion abzusehen, geäußert oder dieses Ersuchen von seinen Angehörigen gestellt wird.

Bem. 4. Sektion bei Fehlen gesetzlicher Bestimmungen. Zulässigkeit infolge Einwilligung. In sonstigen Fällen ist die Sektion nur dann zulässig, wenn eine Einwilligung vorliegt; diese kann durch ausdrückliche Erklärung des Patienten oder eines bestimmungsberechtigten Hinterbliebenen erfolgen (Unterschrift einer entsprechenden Erklärung oder der Aufnahmebedingungen, welche eine Sektionsklausel enthalten). Auch ein mündlicher Hinweis auf solche Aufnahmebedingungen genügt, wenn die Möglichkeit der Kenntnisnahme besteht. Dagegen genügt nicht eine Einverständniserklärung einer dritten einweisenden Stelle (Krankenkasse, Wohlfahrtsamt). Ebenso genügt nicht die bloße Aufnahme in die Aufnahmebedingungen oder in die Hausordnung oder ein bloßer Anschlag im Aufnahmeraum. Nach dem Tode des Patienten genügt bei fehlender Einwilligung das Verstreichenlassen einer bestimmten Frist, innerhalb der kein Widerspruch erfolgt, *nur dann*, wenn die Hinterbliebenen von dem Tode und davon Mitteilung erhalten haben, daß innerhalb dieser Frist die Sektion erfolgen werde.

Bem. 5. Verfügungsberechtigte nach dem Tode. Während zu Lebzeiten nur der Patient selbst berechtigt ist, sind es nach dem Tode die nach familienrechtlichen (nicht erbrechtlichen) Grundsätzen zu bestimmenden Angehörigen. Nicht entscheidend ist, wer die Beerdigungskosten zu tragen hat. Hierbei kommt nur der Nächstberechtigte in Betracht (regelmäßig der Ehegatte vor den Abkömmlingen, diese vor den Eltern und Voreltern, diese vor den Seitenverwandten). Bei besonderen Umständen (Getrenntleben der Ehegatten, Verfeindung mit einem Verwandten) kommt eine andere Reihenfolge in Betracht.

Bem. 6. Folgen einer unzulässigen Sektion. Strafrechtliche Folgen hat eine unzulässigerweise vorgenommene Sektion nicht; der Tatbestand der Sachbeschädigung (§ 303 StGB.) liegt nicht vor, da die Leiche, wenn auch Sache, so doch — von dem hier nicht in Frage stehenden Fall des Anatomieverkaufs

abgesehen — in niemandes Eigentum steht. Auch gemäß § 168 und § 367, Nr. 1 StGB. (Gewahrsamsbruch) kann der Prosektor nicht bestraft werden, da der Leichnam nicht dem Gewahrsam der berechtigten Person entzogen wird. Zivilrechtliche Folgen kommen meist deshalb nicht in Betracht, weil wegen Fehlens eines Schadens Ersatz oder auch sonstige Ansprüche kaum durchgesetzt werden können. Ein disziplinarisches Einschreiten — gegen beamtete Ärzte — und ein Einschreiten der Ehrengerichtbarkeit wird aus dem Grunde entfallen, weil bei der noch heute in Ärztekreisen verbreiteten irrigen Ansicht (Zulässigkeit einer Sektion, falls kein ausdrücklicher Widerspruch erfolgt, s. aber oben Bem. 4) dem Arzt aus der Vornahme einer Sektion kein Vorwurf zu machen sein wird.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Ausführlich über das Sektionsrecht, besonders über die Frage der Einwilligung und des Verfügungsrechts der Hinterbliebenen: PHILIPSBORN: Das Recht auf Leichensektionen in Krankenanstalten, in JW. 1930, 1552ff., ferner: Die Straflosigkeit der Leichensektionen, in ZKRW. 1931, 29f. — Kranker und Krankenhaus im Recht 1930, 102—104. — v. BLUME: Fragen des Totenrechts (ArchCivPr. 112, 374ff., 385ff., 393) behandelt u. a. die Rechtsnatur des Leichnams und die Frage, wem das Verfügungsrecht über die Leiche zusteht (nicht erbrechtliche, sondern familienrechtliche Gesichtspunkte maßgebend). S. auch KIPP: Erbrecht, S. 2. — JOSEF: Das Recht am Leichnam (BayrRpflZ. 1, 122ff.). — SEESEMANN: Macht eine heimliche Leichensektion schadensersatzpflichtig? (ÄVBl. 1929, 299) bespricht das unten wiedergegebene Urteil des LG. Bonn und weist auf die bedenklichen Folgen hin, die durch die grundsätzliche Bejahung der Schadensersatzpflicht (wegen Verletzung des Bewahrungsrechtes der Angehörigen) entstehen können; SEESEMANN: Ist eine heimliche Leichensektion strafbar? (ÄVBl. 1928, 721) verneint die Frage. SEESEMANN: Ist eine heimliche Leichensektion strafbar? (DJZ. 1930, 895): Straflosigkeit auch nach dem Entwurf. — FRANZ: Das Recht auf Leichensektionen in Krankenanstalten (ÄrztlMitt. 1931, 971. — WARNEYER: Zur Obduktionsfrage (Chirurg 1931, 497). Den in Ärztekreisen verbreiteten Standpunkt (Zulässigkeit, wenn kein Widerspruch erfolgt) vertritt u. a. JAR. STÄRSFNY: ZfKrAnst. 1906, 119; s. auch ebenda S. 47—48.

Rechtsprechung: Von großer Bedeutung für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit: LG. Bonn 16. 5. 28, JW. 2294: Ein in einer Universitätskinderklinik verstorbenes Kind war ohne Einwilligung der Eltern sezirt worden. Die Hinterbliebenen haben ein als absolutes Recht i. S. des § 823 geschütztes Bewahrungsrecht an dem Leichnam. Dieses Recht wird durch Vornahme einer Sektion ohne Einwilligung der Hinterbliebenen widerrechtlich verletzt. Es müßte zum Ausschluß der Widerrechtlichkeit die Einwilligung der Angehörigen eingeholt werden und erst im Falle ihrer Erteilung die Sektion vorgenommen werden. Ein entsprechendes Gewohnheitsrecht gibt es nicht. Wegen Fehlens eines Vermögensschadens erfolgte im konkreten Falle keine Verurteilung. EBERMAYER (Anm. zu dieser Entscheidung) bezweifelt, ob ein Verschulden des Arztes vorliegt, da er irrigerweise eine Einwilligung des Vaters annehmen konnte. STRASSMANN (ebenda) erhebt vom medizinischen Standpunkt Bedenken. Die Strafbarkeit einer ohne Einwilligung vorgenommenen Sektion wird verneint von RG(Str) 25. 9. 30, 64, 313, JW. 1931, 1489: gleichgültig ist, ob der Leichnam überhaupt als Sache anzusehen ist; keinesfalls werden allein durch den Tod Eigentumsrechte am Leichnam begründet. Da keine „fremde“ Sache, keine Sachbeschädigung; ein anderer strafrechtlicher Tatbestand kommt nicht in Betracht (vgl. in der Anm. JW. 1931, 1489 dazu: PHILIPSBORN). Hamburg 27. 1. 28, DJZ. 1929, 718: Der Prosektor ist nicht strafbar nach § 367 StGB., da er selbst Gewahrsam an der Leiche hat. Der Äztl. Ehrengerichtshof Berlin 12. 12. 29, Krk.hausarzt 1930, 65, verneint bei einer ohne Einwilligung vorgenommene Sektion eine Pflichtwidrigkeit. Ein guter Glaube des Arztes liegt nicht nur vor bei Bestehen einer Sektionsklausel in den Aufnahmebedingungen, sondern auch ohne eine solche, da ein in Ärztekreisen bekannter Brauch besteht, beim Vorliegen eines wissenschaftlichen Interesses die Sektion dann vorzunehmen, wenn die Angehörigen nicht binnen einer bestimmten Frist ausdrücklich widersprochen haben.

VI. Leichenbeförderung.

Bem. 1. Leichenbeförderung zur Bestattungsstelle. Die Vorschriften über die Art der Beförderung sind der Regelung durch Reichsverordnungen überlassen. In diesen sind auch Vorschriften über die Beschaffenheit der Särge enthalten. Besondere Vorsichtsmaßregeln werden erfordert, wenn es sich um Leichen

an Infektionskrankheiten Gestorbener handelt (Einhüllung in desinfizierte Tücher, möglichst baldige Einsargung); vgl. RSeuchG. § 21 und LSeuchG. (PreußG. § 8).

Bem. 2. Allgemeine Regelung des Transportes mit der Eisenbahn. Häufig sieht eine Krankenhausverwaltung genötigt, die Beförderung einer im Krankenhaus verstorbenen Person zu veranlassen. Die EisenbVerkO. 16. 5. 28 (§ 43ff.) stellt für den Leichentransport besondere Vorschriften auf. So muß eine Leichensendung auf dem Ausgangsbahnhof des Zuges mindestens 6 Stunden, auf anderen Bahnhöfen mindestens 12 Stunden vor der Abfahrzeit angemeldet werden. Jede Leiche muß in einem widerstandsfähigen Metallbehälter luftdicht verschlossen und dieser in einem hölzernen Behälter so fest eingesetzt sein, daß er sich darin nicht verschieben kann. Bei der Aufgabe ist ein von der zuständigen Behörde (ersichtlich durch Bekanntmachung im RMinBl., Preußen Landrat) ausgestellter Leichenpaß zu übergeben. Über die Ausstellung sind in allen Ländern fast übereinstimmende Bestimmungen getroffen. Die Auflieferung muß mit Eilfrachtbrief erfolgen; die Fracht ist bei Aufgabe zu entrichten. Nach einem preuß. MinErl. 6. 4. 88 ist die Beförderung von Leichen dann nur nach Ablauf eines Jahres nach dem Tode zulässig, wenn die Personen an bestimmten ansteckenden Krankheiten (Pocken, Scharlach, Fleckfieber, Diphtherie, Cholera, Gelbfieber oder Pest) gestorben sind.

Bem. 3. Begleitung. Jeder Leichensendung ist ein Begleiter beizugeben, es sei denn, daß der Absender beim Aufgabebahnhof die schriftliche oder telegraphische Erklärung des Empfängers hinterlegt, daß er die Sendung sofort nach Empfang der Nachricht von ihrem Eintreffen abholen lassen werde. Bei Sendungen an Beerdigungs- und Leichenverbrennungsanstalten ist diese Erklärung nicht erforderlich.

Bem. 4. Ausnahme für Anatomieleichen. Bei Leichen, die von Krankenhäusern u. dgl. an öffentliche höhere Lehranstalten gesandt oder von diesen weiterversandt werden, ist keine Begleitung erforderlich. Sie dürfen in dichtverschlossenen und undurchlässigen Kisten aufgeliefert und in offenen Wagen befördert werden. Leichenpässe sind nicht erforderlich.

Bem. 5. Leichentransport im internationalen Verkehr. Nach dem Internationalen Übereinkommen über den Eisenbahnfrachtverkehr 23. 10. 24 ist ein Leichentransport mit internationalem Frachtbrief möglich. Die Beförderung unterliegt im Gebiet jedes einzelnen Staates den daselbst geltenden Gesetzen und Polizeivorschriften, soweit nicht zwischen den Staaten Sonderabmachungen bestehen; sie muß grundsätzlich als Eilgut unter Begleitung einer dazu beauftragten Person erfolgen.

Schrifttum: Kommentar zur EisenbVerkO. von EGER, 3. Aufl., BLUME-WEIRAUCH, 3. Aufl., KITTEL-FRIEBE-HAY, 2. Aufl.; Kommentar zu Internationalen Übereinkommen über den Eisenbahnfrachtverkehr von LOENING (1927) u. a.— Ausführlich über die ganzen Fragen: FIELITZ-MARGULIES-DÖRNER-SOLBRIG: Krankenhauswesen, Bäder und Kurorte, Irrenwesen, Leichenwesen, in Handbücherei für Staatsmedizin 10 (1928): Leichenbeförderung (bearbeitet von SOLBRIG) S. 225ff. Dort Angaben der landesrechtlichen Bestimmungen über Ausstellung des Leichenpasses u. a.

VII. Bestattung.

Bem. 1. Allgemeine Regelung. Für die Krankenhausverwaltung sind auch die allgemeinen Vorschriften über das Bestattungswesen zu beachten. Danach darf ohne Genehmigung der OrtsPolBeh. keine Beerdigung ohne Eintragung des Sterbefalles in das Sterberegister stattfinden (§ 60 PersStG.). Die besonderen polizeilichen Vorschriften (vorgängige Ausstellung eines Leichenschau- oder Beerdigungsscheines) müssen daneben beachtet werden. Auf diese

Weise sind z. B. ca. 52% der Bevölkerung Preußens der Zwangleichenschau unterworfen worden. Hierfür werden den Ärzten Vordrucke zur Verfügung gestellt; in einem Erl. 22. 4. 04 (MBl.fMedAng. 1904, 93) hat der MfV. ein Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen herausgegeben. In einigen anderen Ländern (Bayern, Sachsen, Teile von Thüringen, Hessen, Teile von Braunschweig, Schaumburg-Lippe und in den Hansastädten) ist die Leichenschau obligatorisch. Eine Strafbestimmung enthält § 367 Nr. 1 StGB.

Bem. 2. Regelung für besondere Fälle. Bei Verdacht eines unnatürlichen Todes muß noch die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters hinzukommen (§ 159 Abs. 2 StPO.). Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann eine amtliche Besichtigung jeder Leiche (Leichenschau) angeordnet werden (vgl. § 10 RSeuchG., § 3 PrSeuchG.).

Bem. 3. Feuerbestattung. Die Feuerbestattung ist landesgesetzlich geregelt. Regelungen bestehen in Preußen, Sachsen, Bayern, Württemberg, Hessen, Hamburg, Braunschweig, Anhalt, Lübeck, Mecklenburg-Strelitz. In Preußen (Gesetz 14. 9. 11; GS. S. 193) ist die Genehmigung der OrtsPolBeh. des Verbrennungsortes einzuholen. Hierzu sind eine Reihe von Unterlagen beizubringen, u. a. der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung seiner Leiche angeordnet hat, amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache. Für die in größeren Krankenhäusern Verstorbenen können von der Zentralbehörde Ärzte der Anstalt zur Ausstellung dieser amtsärztlichen Bescheinigung ermächtigt werden.

Schrifttum: HINSCHIUS-BOSCHAN: Komm. zum PersStG. 4. Aufl. — SAUER: Das deutsche Personenstandsgesetz, 1925. — Zur Bestattung allgemein (unter Berücksichtigung der Feuerbestattung) FRIEDRICHS: Art. Leichenbestattung im Handwörterbuch der Rechtswissenschaft 2 (1928). — SEHLING in Stenzel-Fleischmanns Wörterbuch 1, 439. — Ferner speziell SCHULTZ: Preuß. Feuerbestattungsrecht, 1912. — Ausführlich unter eingehender Berücksichtigung aller landesrechtlichen Vorschriften: FIELITZ-MARGULIES-DÖRNER-SOLBRIG: Krankenhauswesen, Bäder und Kurorte, Irrenwesen, Leichenwesen, in Handbücherei der Staatsmedizin 10 (1928) (Leichenwesen bearbeitet von SOLBRIG); dort Abdruck des MinErl. enthaltend das Verzeichnis der Krankheiten, Todesursachen, Vordruck eines Totenscheines u. a.

VIII. Gesetzliches Erbrecht der Anstalt.

Bem. 1. Vorbehalt für die Landesgesetzgebung. Nach Art. 139 EinfGes. BGB. bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften unberührt, nach welchen dem Fiskus oder einer anderen juristischen Person in Ansehung des Nachlasses einer gepflegten oder unterstützten Person ein Erbrecht, ein Pflichtteilsanspruch oder ein Recht auf bestimmte Sachen zusteht. Diese Rechte können privaten oder öffentlichen Krankenhäusern eingeräumt sein, auch Anstalten, die keine selbständige juristische Persönlichkeit besitzen, sondern einer Gemeinde gehören (städtische Krankenhäuser).

Bem. 2. Preußische Regelung. Nach den für Preußen geltenden Vorschriften des ALR. II 18 §§ 50ff. steht ein gesetzliches Erbrecht auf den Nachlaß der zur unentgeltlichen Verpflegung aufgenommenen Personen nur solchen *öffentlichen Anstalten* und *milden Stiftungen* zu, welche keine *reinen* Krankenhäuser sind, sondern zu dauernder Versorgung aufnehmen, wie Siechenhäuser (Hospitäler), Irrenanstalten. Das Erbrecht erstreckt sich auf den ganzen Nachlaß, wenn die aufgenommene Person nur Verwandte in aufsteigender Linie oder in der Seitenlinie hinterläßt; sind jedoch eheliche Nachkommen oder eine Ehefrau vorhanden, so verbleibt diesen ihr Pflichtteil. Das Erbrecht muß dem Aufgenommenen bekannt gemacht worden sein; diese Tatsache muß in einem von ihm unterzeichneten Protokoll vermerkt werden. *Reine Krankenanstalten* da-

gegen können nur für die baren Auslagen für Kleidung, Medizin usw. und für den gewährten Unterhalt ein Kostgeld, welches allenfalls nach pflichtgemäßen Ermessen der Sachverständigen richterlich zu bestimmen ist, fordern.

Bem. 3. Bestimmungen in anderen Ländern. In *Bayern* (Art. 101/102 AusfGes. BGB.) besteht kein Erbrecht der Anstalten, sondern ein bestimmt begrenzter privatrechtlicher Ersatzanspruch gegen den Nachlaß des Verpflegten. So können öffentliche Wohltätigkeitsanstalten aus dem Nachlasse der von ihnen innerhalb der letzten 10 Jahre vor dem Tode unterstützten oder unentgeltlich verpflegten Personen Ersatz der für die Unterstützung oder die Verpflegung gemachten Aufwendungen für die ganze Dauer der Leistung verlangen. Ferner kann durch die Satzungen einer öffentlichen Verpflegungsanstalt der Anstalt ein Recht auf die Sachen eingeräumt werden, welche von einer Person, die in der Anstalt bis zum Tode unentgeltlich verpflegt worden ist, zum Zwecke des Gebrauchs in der Anstalt eingebracht worden sind. Auch in *Hessen* steht (Art. 127, 128 AusfGes. BGB.) den rechtsfähigen Heil- und Verpflegungsanstalten ein Recht auf die Sachen zu, welche von einer Person, die in der Anstalt bis zum Tode unentgeltlich verpflegt worden ist, zum Zwecke des Gebrauchs in der Anstalt eingebracht worden sind. Gehört die Anstalt dem Staate, einem Kommunalverband oder einer anderen Juristischen Person an, so steht das Recht diesen zu. In *Anhalt* (Art. 72 AusfGes. BGB.) besteht ein Recht der Krankenhäuser an den in die Anstalt eingebrachten, zum persönlichen Gebrauch bestimmten Sachen. Das *lübeckische* AusfGes. BGB, Art. 152ff. weist ein gesetzliches Erbrecht an dem Nachlasse der bis zum Tode versorgten Insassen bestimmten Anstalten zu.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: EinfGes. BGB., 9. Aufl. 1929. — Für *Preußen*: DERNBURG: Preuß. Privatrecht III § 193. — *Bayern*: HENLE-SCHNEIDER: BaytAusfGes. z. BGB. 1931 — OERTMANN: BayrLPrivR. § 147 III. — *Hessen*: WOLF: HessLPrivR. § 198.

Rechtsprechung: KG. 17. 12. 05, KGJ. 31, A 68: Das Erbrecht der öffentlichen Anstalten aus § 50 II 19 ALR. setzt nicht voraus, daß die Anstalt selbst juristische Persönlichkeit besitzt; vielmehr steht es auch Korporationen für die von ihnen errichteten und verwalteten öffentlichen Anstalten zu. Nach ständiger Rechtsprechung des KG. 24. 4. 19, KGJ. 52, A 68; 1. 3. 28, JW. 1928, 1943) liegt eine unentgeltliche Verpflegung i. S. des § 50 II 19 ALR. nur dann vor, wenn von vornherein überhaupt kein Anspruch auf die Vergütung für die Verpflegung entstehen sollte, wenn also auf solche Ansprüche seitens des erbberechtigten verzichtet ist (so auch RG. 12. 4. 97, JW. 318). LG. Trier 28. 1. 57, Anh. f. Rheinprov. Bd. 52, B 9: Nach dem im Rheinland gültigen Staatsratsgutachten v. 3. 11. 1809 gehören alle beweglichen Sachen, welche der unentgeltlich Aufgenommene bei seinem Tode im Hospital zurückgelassen hat, diesem, auch wenn erbberichtigte Personen vorhanden sind.

IX. Testament im Krankenhaus.

Bem. 1. Nottestamente. Im Krankenhaus ereignen sich häufig Fälle, in denen die Errichtung eines ordentlichen Testamentes (eigenhändiges Testament oder ordentliches öffentliches Testament, d. h. Testament vor Richter oder Notar) nicht möglich ist. Hierfür sieht das BGB. die sog. Nottestamente als außerordentliche Testamentsformen vor. In Frage kommt hier das Testament bei Todesbesorgnis, sog. Dorf testament (§ 2249) und möglicherweise auch noch das Testament am abgesperrten Ort (§ 2250).

Bem. 2. Testament bei Todesbesorgnis. Wenn die Besorgnis besteht, der Erblasser werde vor der Errichtung eines ordentlichen Testamentes sterben, so kann das Testament vor dem Gemeindevorsteher unter Zuziehung von zwei Zeugen errichtet werden. Diese Besorgnis muß im Protokolle festgestellt werden; die Angabe von Gründen (lebensgefährliche Krankheit), aus denen man die Besorgnis folgern könne, statt der Feststellung der Besorgnis selbst, genügt nicht. Das Testament gilt als nicht errichtet, wenn seit der Errichtung 3 Monate ver-

strichen sind und der Erblasser noch lebt. Solange der Erblasser außerstande ist, ein Testament vor Richter oder Notar zu errichten, läuft die Frist nicht.

Bem. 3. Landesrechtliche Besonderheiten. Auf Grund des Art. 150 EinfGes. BGB. kann an Stelle oder neben dem Vorsteher eine andere amtlich bestellte Person zuständig sein. Diese Person braucht nicht Gemeindebeamter zu sein, sie muß nur amtlich bestellt sein. In Preußen, wo auch Beamte von Krankenhausverwaltungen bestellt sind (Art. 80 AusfGes. BGB.), erfolgt die Bestellung durch den JustMin., Baden (§§ 25, 26 Landesges. für freiwillige Gerichtsbarkeit 13. 10. 25, GVOBl. S. 287 ff.) hat für besondere Fälle eine Zuständigkeit auch des Stabhalters des Nebenortes oder des Vorsitzenden des für diesen bestellten Verwaltungsrates angeordnet. Ähnliche Bestimmungen wie in Baden bestehen in Sachsen, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Lübeck, Schaumburg-Lippe. In Oldenburg (§ 35 AusfGes. BGB.) kann ähnlich wie in Preußen, vom Staatsministerium, Department der Justiz, an Stelle oder neben dem Gemeindevorsteher eine andere Person bestellt werden.

Bem. 4. Testament am abgesperrten Ort. Für die Errichtung von Testamenten in Krankenhäusern kann auch möglicherweise das Nottestament in der Form des § 2250 BGB. in Betracht kommen; danach kann, wer infolge des Ausbruchs einer Krankheit oder infolge sonstiger außerordentlicher Umstände dergestalt abgesperrt ist, daß die Errichtung eines Testamentes vor Richter oder Notar nicht möglich oder erheblich erschwert ist, das Testament in der in Bem. 2 dargestellten Form oder durch mündliche Erklärung vor 3 Zeugen errichten. Die Absperrung braucht nicht auf obrigkeitlicher Verfügung zu beruhen, auch braucht die Krankheit (Epidemie) nicht schon zu herrschen; es genügt ihr Ausbruch.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Außer den oben zu VIII angegebenen Schriften besonders CRUSEN-MÜLLER: Erl. zu Art. 80 PrAusfGes. BGB.; dort abgedruckt Anweisung des JustMin. und MdJ. 23. Juni 1900 (Beil. z. JustMBL., 555). — In ZKRW. 1931, 455 ist die Rechtslage für einige preußische Städte dargestellt: In Berlin sind die leitenden Verwaltungsbeamten, bei ihrer Verhinderung die ersten Bürobeamten der Städtischen Krankenhäuser Spandau, Zehlendorf, Schöneberg, Britz, Köpenick, Weißensee, Pankow und Reinickendorf u. U. auch der Materialienverwalter des Krankenhauses Neukölln zuständig. Ähnliche Bestimmungen bestehen in Magdeburg und Stettin; für Hannover, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Potsdam und Solingen sind keine Bestimmungen getroffen worden

Anhang: Die Krankenhausgebühr.

Von

E. ISAY, Berlin.

Bemerkung 1. Allgemeines. Für die Behandlung im Krankenhaus ist ein Entgelt an die Krankenanstalt zu zahlen, sei es vom Patienten selbst, sei es von einer Behörde (z. B. der Polizei), sei es von einer öffentlichen Anstalt (Anstalten der öffentlichen Fürsorge, Reichsversicherungsanstalten). Für die Natur des Entgelts ist in erster Linie der Charakter der Krankenanstalt entscheidend.

Bem. 2. Entgelt in Privatanstalten. In Privatkranken- usw. Anstalten (auch wenn sie von Kirchengemeinden unterhalten sind) hat der Entgeltanspruch rein privatrechtlichen Charakter. Der Kranke hat sich in die Anstalt aufnehmen lassen (oder ist von einem anderen in der Anstalt untergebracht worden), er (oder der andere) hat das für Behandlung und Verpflegung taxmäßig festgesetzte Entgelt gekannt und darein gewilligt, es zu zahlen oder ohne diese Kenntnis

ausdrücklich oder durch sein Verhalten die Berechnung des Entgelts nach der üblichen Taxe gebilligt. Die Grundlage des Entgeltanspruchs der Krankenanstalt ist daher hier ein privatrechtlicher Vertrag, dessen Gültigkeit und Wirkungen sich in vollem Umfange nach bürgerlichem Recht beurteilen. Oder es findet eine Aufnahme ohne Vertrag statt (z. B. Unterbringung eines Verunglückten); auch dann beurteilt sich das Rechtsverhältnis zwischen Krankenanstalt und Patient und folglich auch der Anspruch auf Entgelt nach bürgerlichem Recht, nämlich nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. PHILIPSBORN, Kranker und Krankenhaus im Recht, S. 47ff. und oben S. 98). Der Anspruch kann in allen Fällen vor den ordentlichen Zivilgerichten geltend gemacht werden.

Bem. 3. Entgelt in öffentlich-rechtlichen Anstalten. Anders gestaltet sich das Rechtsverhältnis bei Aufnahme in eine öffentlich-rechtliche Kranken- usw. Anstalt. Hier kann im einzelnen Falle zweifelhaft sein, ob die Anstalt die Gegenleistung für gewährte Behandlung und Verpflegung nach den Grundsätzen des *privatrechtlichen Entgelts* oder der *öffentlich-rechtlichen Gebühr* zu beanspruchen hat. Der begriffliche Unterschied zwischen privatrechtlichem Entgelt und Gebühr ist folgender: Soll die Gegenleistung dazu dienen, nur die Selbstkosten der Veranstaltung, für die sie gefordert wird, einschließlich der Verzinsung und Amortisation ganz oder teilweise zu decken, so wird man sie als *Gebühr* anzusehen haben; ist dagegen ihr Ziel darauf gerichtet, über die Deckung dieser Selbstkosten hinaus für andere Zwecke verfügbare Überschüsse zu erzielen, so liegt privatrechtliches Entgelt vor (vgl. STRUTZ, Art. „Gebühren“ in Handwörterbuch der Staatswissenschaften 4, 622). Legt man diesen Maßstab an, so wird im Regelfall die von staatlichen oder gemeindlichen (städtischen, provinziellen usw.) Krankenanstalten geforderte Gegenleistung nicht als privatrechtliches Entgelt, sondern als öffentlich-rechtliche Gebühr anzusehen sein. Denn diese Anstalten versehen ihre Tätigkeit im öffentlichen Interesse, nicht zu Erwerbszwecken, der von ihnen geforderte Entgelt wird daher normalerweise nicht dazu dienen, Überschüsse über die Deckung der Selbstkosten hinaus zu erzielen. Aus der Natur des Entgelts als öffentlicher Gebühr ergeben sich folgende Eigentümlichkeiten: Der Benutzende nimmt nicht, wie bei einer gewerblichen Anstalt, das Angebot eines Gewerbetreibenden an, sondern erfüllt den Tatbestand, bei dessen Vorhandensein eine öffentliche Abgabepflicht eintritt. Der Verband, der die Krankenanstalt betreibt, ist darum befugt, das Entgelt *einseitig festzusetzen*, weil er bei Widmung der Anstalt für den öffentlichen Zweck Normen und Bedingungen bestimmen darf (OVG. 45, 101). Dieses Recht der einseitigen Festsetzung und der Beanspruchung einseitig festgesetzter Gebühren fehlt jedoch, wenn die Anstalt nicht jedem Kranken, der sie benutzen will, offensteht, denn dann ist die Anstalt den Benutzern nicht kraft öffentlichen Rechts zur Verfügung gestellt, das Verhältnis zwischen ihr und dem Benutzer ist vielmehr ein rein privatrechtliches (so OVG. PrVBl. 49, 382 für das Verhältnis zwischen Wasserwerk und Benutzer, wenn die Gemeinde sich das Recht der Ablehnung des Antrags auf Anschluß an die Wasserleitung vorbehält). Die Wirksamkeit des Gebührenanspruchs ist nicht abhängig von den Voraussetzungen, durch welche die Gültigkeit eines privatrechtlichen Vertragsverhältnisses bedingt ist; so könnte ein Patient sich auf seine *Geschäftsunfähigkeit* nur bei Bestehen eines privatrechtlichen Vertrags berufen, nicht aber könnte er mit diesem Einwand einen Gebührenanspruch der Krankenanstalt bekämpfen. Benutzungsrecht und öffentliche Gebühr stehen nicht in den gleichen Wechselbeziehungen wie bürgerlich-rechtliche Leistung und Gegenleistung. Darum wäre es nicht zulässig, die Behandlung in der öffentlichen

Krankenanstalt so lange zu *unterbrechen, bis etwa rückständige Gebühren beglichen sind*, eine solche Ausschließung wegen verzögerter Gebührenzahlung wäre mit der öffentlichen Benutzbarkeit der Anstalt nicht vereinbar (so OVG. 11. 10. 12, 62, 239 hinsichtlich der Sperrung einer Wasserleitung wegen verzögerter Gebührenzahlung). Hat eine Gemeinde ein Krankenhaus errichtet, so *spricht die Vermutung dafür*, daß nach ihrer Absicht die *Anstalt solcher Natur sein sollte, wie gemeindliche Veranstaltungen dieser Art es in der Regel zu sein pflegen*, nämlich eine den Gemeindegliedern zur öffentlichen Benutzung gewidmete Anstalt (OVG. 15. 2. 16, mitgeteilt bei v. LYMPIUS und v. ELBE, Kommunal-, Kreis- und Provinzialabgabengesetz, S. 13), und daß folglich die geforderte Vergütung eine Gebühr und nicht ein privatrechtliches Entgelt darstellt. Gebühren können nur erhoben werden, wenn die Krankenanstalt auf Grund des wirklichen (ausdrücklich oder stillschweigend erklärten) oder *wenigstens vermuteten Willens des in Anspruch genommenen tätig geworden* ist; in diesem Sinne begründet auch die bloße Duldung der Krankenhausbehandlung die Gebührenpflicht (ERASMY, Das Rechtsverhältnis einer städtischen Krankenanstalt zu ihren Benutzern in seiner Natur und Wirkung, S. 18).

Bem. 4. Gebühr und Leistung. Die Gebühren, obgleich einseitig festgesetzt, sind nicht unabhängig von der gewährten Leistung. Nach der Rechtsprechung des PrOVG. darf zwar der Gesamtbetrag der erhobenen Gebühren den Gesamtbetrag der für die Veranstaltung aufgewandten Kosten überschreiten, ohne daß darum die Gebührenerhebung rechtswidrig wäre (vgl. NÖLL-FREUND-SURÉN, KommAbgG., S. 31 Anm. 13). Es *dürfen aber nicht verschiedene hohe Gebühren für Leistungen gleicher Art gefordert werden* (OVG. 12. 5. 05, PrVBl. 27, 895). Demnach wäre es unzulässig, etwa von Patienten der gleichen Klasse je nach ihrer wirtschaftlichen Lage höhere oder geringere Gebühren zu verlangen. Die *Gebühr wird nicht durch Mängel der Leistung beeinflußt*; der Gebührenpflichtige kann also die Zahlung nicht etwa mit der Begründung verweigern, daß die Behandlung keine ordnungsmäßige gewesen sei (ERASMY S. 18), er ist in solchem Falle auf eine Beschwerde oder auf Geltendmachung von Entschädigungsansprüchen angewiesen. Hat es *freilich an einer Behandlung überhaupt gefehlt, so wird eine Gebühr nicht geschuldet*, da eine Gebührenpflicht ohne jegliche Leistung der Anstalt nicht entsteht (so OVG. 21. 4. 03, 44, 164 für die Gebühren wegen Benutzung eines Kühlhauses).

Bem. 5. Verwaltungszwangsverfahren. Da die Gebühr kein privatrechtliches Entgelt, sondern eine öffentliche Abgabe ist, so kann sie nicht vor den Zivilgerichten eingeklagt werden — diese haben sich nach § 13 GerVerfG. lediglich mit bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten zu befassen —, sie wird vielmehr in dem Heranziehungsverfahren eingetrieben, das für alle Abgaben vorgesehen ist (§ 90 KommAbgG.). Gegen die Heranziehung zu den Gebühren einer Gemeindekrankenanstalt steht dem in Anspruch genommenen binnen einer Frist von 4 Wochen nach Empfang der Einspruch an die Stelle (Kasse) vor, die die Heranziehung vorgenommen hat (§ 69 KommAbgG.); über den Einspruch beschließt der Gemeindevorstand; gegen den Beschluß steht dem Pflichtigen binnen einer Frist von 2 Wochen die Klage im VerwStrVerf. offen (§ 70 KommAbgG.).

Bem. 6. Privatrechtliches Entgelt in öffentlich-rechtlichen Anstalten. Auch in solchen Anstalten, deren Entgeltansprüche sich regelmäßig als Gebührenansprüche darstellen, kann der Anspruch ausnahmsweise auf einem Vertrag beruhen und darum privatrechtlicher Natur sein. Insbesondere ist dies dort möglich, wo höhere Klassen eines Krankenhauses auf Grund besonderer Vereinbarung benutzt werden. Es ist anerkanntes Rechts, daß eine im öffentlichen Interesse unterhaltene Veranstaltung doch einzelnen Abnehmern gegen-

über vorwiegend dem Erwerbszwecke dienen kann. So OVG. 27. 11. 03, 45, 158ff., wonach ein öffentliches Wasserwerk bestimmten Abnehmern gegenüber gewerbliches Unternehmen sein kann und dann nicht Anspruch auf Gebühren, sondern einen privatrechtlichen Entgeltanspruch hat. So hat auch das RG. entschieden (RG. 83, 71ff.), daß zwischen einem Kranken, der zur Vornahme einer Operation als „zahlungsfähige Privatperson“ in die besondere Pflegeklasse eines Krankenhauses aufgenommen wurde, und dem Krankenhausunternehmer, auch wenn dieser als juristische Person öffentlichen Rechts das Krankenhaus im allgemeinen zur Erfüllung einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung betreibt, ein bürgerlich-rechtliches Vertragsverhältnis begründet worden ist. Das RG. führt — ähnlich dem PrOVG. in der genannten Entscheidung — aus: Der Umstand, daß das Krankenhaus einer gemeinnützigen Bestrebung diene, hindere nicht, daß die Stadt als Unternehmerin über die zu gewährenden Leistungen Verträge abschließe; ob die Krankenhausgebühren öffentliche Abgaben seien, könne dahingestellt bleiben, denn das Wesen dieser Gebühren sei für die Frage, ob ein Vertrag geschlossen worden sei, nicht schlechthin entscheidend, ebensowenig der Umstand, daß sie im Wege des VerwStrVerf. eintreibbar sind; auch die öffentlich-rechtliche Anstalt, die zur Erfüllung einer mit Rücksicht auf das Gemeinwohl ihr obliegenden öffentlich-rechtlichen Verpflichtung ein Krankenhaus einrichte und für Erfüllung dieser Verpflichtung im allgemeinen Gebühren als öffentliche Abgabe im staatsrechtlichen Sinne erhebe, könne im einzelnen Falle dieselben Leistungen auf Grund einer bürgerlich-rechtlichen Verpflichtung gegen eine vertragsmäßige Gegenleistung gewähren; für einen solchen Willen spreche in dem entschiedenen Falle besonders, daß der Kläger nicht Eingesessener der Stadt gewesen sei, die mit der Einrichtung und dem Betriebe des Krankenhauses doch in erster Reihe der Fürsorgepflicht gegenüber den Ortsangehörigen dienen wolle, und ferner, daß er nicht zu den Sätzen der untersten Verpflegungsklasse aufgenommen sei; die Anstalt habe ihm nicht bloß das gewährt, was sie gewähren wolle und müsse, um der öffentlichen Verpflichtung zu genügen, lediglich um dieser Verpflichtung willen werde sie niemals jemanden in eine der höheren Verpflegungsklassen aufnehmen.

Der Auffassung des RG. ist insofern beizustimmen, als allerdings die beiden Parteien *in der Lage* sind, durch gemeinsamen Willensakt ihr Verhältnis auf dem Boden eines privatrechtlichen Vertrages zu ordnen und es dadurch der Geltung der Vorschriften des BGB. zu unterwerfen, den Vorschriften über die Gebühren aber zu entziehen. Ob ein solcher Willen der beiden Parteien anzunehmen ist, ist Tatfrage. Er wird nicht anzunehmen sein, wenn die Anstalt nur das leistet, wozu sie kraft ihrer allgemeinen Benutzbarkeit öffentlich-rechtlich verpflichtet ist. Denn in diesem Fall kann sie die Gegenleistung schon kraft Gesetzes verlangen und ist dann, wenn ihr Anspruch einen Gebührenanspruch darstellt, in besserer rechtlicher Lage als bei Bestehen eines privatrechtlichen Anspruchs (so ist bei Gebühren eine Mängelhaftung der Anstalt ausgeschlossen, ferner ist der Anspruch im VerwStrVerf. ohne weiteres erzwingbar, braucht daher nicht gerichtlich durchgefochten zu werden); es wird folglich hier vermutet werden dürfen, daß es nicht Absicht der Anstalt war, den Gebührenanspruch durch den für sie ungünstigeren privatrechtlichen Anspruch zu ersetzen. Dieser Wille wird aber anzunehmen sein, wenn die Anstalt dem Kranken *besondere*, im Tarif nicht vorgesehene *Leistungen* zuwendet. Denn für diese kann sie eine Gebühr nicht beanspruchen, sie kann also eine Gegenleistung überhaupt nur verlangen, wenn ihr ein privatrechtlicher Anspruch auf sie zusteht. Solche besonderen Leistungen sind an sich auch in der allgemeinen Pflegeklasse denkbar. Andererseits kann dem RG. nicht beigestimmt werden, wenn es annimmt, die

Aufnahme in eine höhere Klasse begründe die Vermutung eines Vertragswillens; wenn jemand in eine höhere Klasse aufgenommen wird, so hat die Anstalt gegen ihn einen Anspruch auf Zahlung der für diese Klasse tarifmäßig festgesetzten Gebühren, und es kann aus den genannten Gründen durchaus zweifelhaft sein, ob sie Wert darauf legt, diesen Anspruch durch einen Privatanspruch zu ersetzen.

Bem. 7. Privatrechtliche Verträge über Gebühr? Ist es denkbar, über Leistungen, für die Gebühren festgesetzt sind, privatrechtliche Verträge mit der Folge abzuschließen, daß zwar gewisse Wirkungen der Gebühr eintreten, „im übrigen“ aber Rechte und Pflichten nach Privatrecht sich richten? Dieser von PHILIPSBORN (Kranker und Krankenhaus im Recht, S. 36) vertretenen Ansicht ist nicht zu folgen. Öffentlich-rechtliche Gebühr und privatrechtliches Entgelt sind Gegensätze. Sie sind es nicht nur begrifflich, sondern eben darum auch den Wirkungen nach. Hier (beim privatrechtlichen Entgelt) beeinträchtigen Geschäftsmängel (z. B. Geschäftsunfähigkeit) die Entstehung des Anspruchs, dort (bei der Gebühr) sind sie bedeutungslos; hier berechtigt Zahlungsverzug die Anstalt zur Unterbrechung der Behandlung, dort kann keine Säumnis diese Folge haben; hier kann der Anspruch nur durch Anrufung der Zivilgerichte, dort nur im Wege des Verwaltungszwangs verwirklicht werden. Es ist aber, wenn die Wirkungen des privatrechtlichen Entgeltanspruchs und der Gebühr auf weiten Strecken einander entgegengesetzt sind, nicht möglich, daß sie nebeneinander eintreten. Darum kann nur *entweder* Geltung eines Privatvertrags *oder* Geltung der Gebührenvorschriften angenommen werden. Entscheidend hierfür ist, wie gesagt, der Parteiwille.

Bem. 8. Anstalten der Sozialversicherungsträger. Die Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger, wo solche Anstalten bestehen, nehmen nur eigene Versicherungskranke auf. Eine Zuständigkeit, öffentliche Gebühren festzusetzen, fehlt ihnen (PHILIPSBORN a. a. O. S. 39). Die Behandlung und der Anspruch auf Entgelt richten sich nach den für diese Anstalten geltenden Bestimmungen. Streitigkeiten der Beteiligten sind von den besonderen Versicherungsgerichten zu entscheiden.

Schrifttum: PHILIPSBORN: Kranker und Krankenhaus im Recht. Stuttgart 1930. — STRUTZ: Art. „Gebühren“ im Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 4. Aufl. 4, 622. — NÖLL-FREUND-SURÉN: Kommunalabgabengesetz, 9. Aufl. — VON LYMPIUS u. VON ELBE: Kommunal-, Kreis- und Provinzialabgabengesetz. Berlin u. Leipzig 1930. — ERASMY: Das Rechtsverhältnis einer städtischen Krankenanstalt zu ihren Benutzern in seiner Natur und Wirkung. Dissert. Heidelberg 1916.

G. Krankenhaus und Reichsversicherungsträger.

Von

H. DERSCH, Berlin.

Bemerkung 1. Allgemeines. Zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern der Sozialversicherung ergeben sich mannigfaltige Beziehungen. Sie entstehen einmal dadurch, daß die Versicherungsträger sich der Krankenanstalten bedienen, um Krankenhausbehandlung i. S. des Gesetzes zu gewähren. Sie entstehen andererseits aber auch dadurch, daß die Krankenanstalten als Arbeitgeber ihres in der Sozialversicherung versicherten Personals in Rechtsbeziehungen zu den Versicherungsträgern treten, bei denen das Personal versichert ist.

Bem. 2. Rechtsquellen. Rechtsquelle für die Beziehungen, die sich auf die in Bem. 1 geschilderten beiden Arten ergeben, sind nicht nur die einschlägigen Vorschriften der Sozialversicherungsgesetze, sondern es greifen auch einzelne Vorschriften des bürgerlichen Rechts ein.

Bem. 3. Reichsversicherungsträger. Es sind zu unterscheiden reguläre und irreguläre Versicherungsträger. Die regulären Versicherungsträger sind:

- a) in der Krankenversicherung die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen,
- b) in der Unfallversicherung die Berufsgenossenschaften,
- c) in der Invalidenversicherung die Landesversicherungsanstalten,
- d) in der Angestelltenversicherung die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte,
- e) in der Knappschaftsversicherung die Reichsknappschaft,
- f) in der Arbeitslosenversicherung die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

Als irreguläre Versicherungsträger können in Frage kommen:

- a) in der Krankenversicherung die Ersatzkassen,
- b) in der Unfallversicherung das Reich, die Länder, die deutsche Reichsbahngesellschaft, die Gemeinden (von wenigstens 250 000 Einwohnern) und ebenso die Gemeindeverbände,
- c) in der Invalidenversicherung die Sonderanstalten.

Zur Zeit bestehen folgende Sonderanstalten: die Reichsbahn-Arbeiterpensionskasse I/Berlin, die Reichsbahn-Arbeiterpensionskasse II/Rosenheim, die Reichsbahn-Arbeiterpensionskasse III/Dresden, die Reichsbahn-Arbeiterpensionskasse IV/Karlsruhe, die Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der Seebertufsgenossenschaft (Seekasse) in Hamburg, die Reichsknappschaft in Berlin; d) in der Angestelltenversicherung die Ersatzkassen.

Bem. 4. Krankenhaus als Arbeitgeber. Das Krankenhaus tritt zu den Reichsversicherungsträgern in Beziehung in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber

der von ihm beschäftigten Personen. Aus dieser Eigenschaft ergeben sich für die einzelnen Zweige der Sozialversicherung verschiedene Beziehungen:

a) *Beitragsleistung und Meldewesen.* In der Krankenversicherung haben die Arbeitgeber die Beiträge für ihre Versicherungspflichtigen an den Tagen einzuzahlen, die die Satzung festsetzt. Außerdem haben sie den Versicherungsträgern die im Gesetz vorgeschriebenen An- und Abmeldungen der Versicherungspflichtigen zu erstatten. Ferner haben die Krankenhäuser den Trägern der KrankVers. Gelegenheit zur Beitragsüberwachung zu geben, und zwar in der Weise, daß sie Auskunft über ihre Versicherungspflichtigen zu erteilen und außerdem den Überwachungsbeamten Einsicht in die Geschäftsbücher, Lohnlisten usw. zu gestatten haben.

In der UnfVers. sind die Arbeitgeber dafür verantwortlich, daß die Mittel für die Versicherung rechtzeitig aufgebracht werden. Dies geschieht im Regelfalle im Umlageverfahren, d. h. die Beiträge werden an Hand des Bedarfs des vergangenen Geschäftsjahres nach Ablauf des Geschäftsjahres auf die einzelnen Betriebe umgelegt. Für die Umlegung und Einziehung der Beiträge ist jedes Mitglied der BerGen. verpflichtet, dem Genossenschaftsvorstand binnen 6 Wochen nach Ablauf des Geschäftsjahres einen Lohnnachweis einzureichen über die im Betriebe während des abgelaufenen Geschäftsjahres beschäftigten Versicherten, die Zahl ihrer Arbeitstage, den von ihnen verdienten Entgelt und die Gefahrklasse, in die der Betrieb eingeschätzt ist. Wenn die Satzung es bestimmt, müssen Lohnnachweise viertel- oder halbjährlich eingereicht und fortlaufend Lohnlisten (Lohnnachweise) geführt werden, aus denen sich diese Nachweise entnehmen lassen. Auch hier besteht für den Arbeitgeber eine Verpflichtung, der BerGen. alle zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und ihren Beauftragten gegebenenfalls Einsicht in die erforderlichen Unterlagen zu gestatten.

In der *Inv- und AngVers.* ist eine unmittelbare Abführung der Beiträge an den Versicherungsträger im Gesetz nicht vorgesehen, sondern hier müssen die Beiträge durch Einkleben von Beitragsmarken, die bei der Post erhältlich sind, in die Quittungskarten bzw. Versicherungskarten entrichtet werden. Hinsichtlich der Beitragsüberwachung ist sowohl für die InvVers. (§ 1466 RVO.) als auch für die AngVers. (§ 200 AngVersG.) vorgeschrieben, daß die Arbeitgeber den Versicherungsträgern und ihren Beauftragten Auskunft zu geben haben über die Zahl der Beschäftigten, ihren Arbeitsverdienst und die Dauer der Beschäftigung. Die Arbeitgeber haben die Geschäftsbücher oder Listen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, während der Betriebszeit an Ort und Stelle vorzulegen. Auch sind sie verpflichtet, die in ihren Händen befindlichen Quittungskarten und Versicherungskarten ihrer Arbeitnehmer den Beauftragten vorzulegen oder auf Anforderung dem Versicherungsträger selbst einzusenden.

Die Beziehungen zwischen Krankenhaus und Träger der *Knappsch.- und ArblVers.* hinsichtlich der Zahlung der Beiträge regeln sich in ähnlicher Weise wie vorstehend für die KrankVers. angegeben. In der KnappschVers. erfolgt die Zahlung der Beiträge ebenfalls an den Versicherungsträger, während sie in der ArblVers. auf dem Umweg über die KrankK. erfolgt.

b) Ferner entstehen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus als Arbeitgeber und den Versicherungsträgern aus den Fragen über die *Versicherungspflicht und über die Versicherungsfreiheit* ihrer Arbeitnehmer. Anfragen hierüber seitens des Arbeitgebers beim Versicherungsträger sind möglich; der Versicherungsträger erteilt ihnen Auskunft. Ferner sind hier auch die Fälle zu nennen, in denen nach den gesetzlichen Vorschriften die Versicherungsträger Entscheidungen über Befreiungen von der Versicherungspflicht selbst zu

treffen haben. In diesen Fällen erhalten dann die Arbeitgeber einen Befreiungsbescheid.

c) Weiter entstehen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus als Arbeitgeber und den Trägern der UnfVers. durch die in der RVO. enthaltenen *Unfallverhütungsvorschriften*. Nach § 848 RVO. sind die BerGen. verpflichtet, die erforderlichen Vorschriften zu erlassen über die Einrichtungen und Anordnungen, welche die Mitglieder zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben und über das Verhalten, das die Versicherten zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben. Unfallverhütungsvorschriften können auch für einzelne Bezirke, Gewerbszweige und Betriebsarten erlassen werden.

Die Arbeitgeber haben für die Durchführung solcher Unfallverhütungsvorschriften Sorge zu tragen.

d) Schließlich gehören in diesen Zusammenhang noch die strafrechtlichen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus als Arbeitgeber und den Versicherungsträgern. Kommen die Arbeitgeber den Vorschriften der Sozialversicherungsgesetze nicht nach, so können sie in gewissen Fällen vom Versicherungsträger mit Strafe belegt werden, und zwar sehen die Gesetze Ordnungsstrafen und Zwangsstrafen vor.

Zu nennen sind hier z. B.: Strafen, die verhängt werden können vom Vorstand der BerGen. wegen Nichtanmeldung des Betriebes und der Betriebsänderungen, wegen Nichtführung und Aufbewahrung der Lohnlisten, wegen Nichteinreichung oder verspäteter Einreichung der Nachweise, ferner Strafen, die verhängt werden können von den LVersAnst., von der RVersAnstAng., der RKnappsch. wegen falscher Angaben in den Nachweisen. Außerdem kommen in Betracht die Strafen wegen nicht rechtzeitiger Entrichtung der Beiträge. Diese können verhängt werden in der InvVers. von den VersAnst., in der AngVers. von der RVersAnstAng. und in der KnappschVers. von der RKnappsch. Die Träger der KrankVers. dürfen dagegen in solchen Fällen keine Strafe verhängen; vielmehr ist das VersA. dafür zuständig. Schließlich sind auf dem Gebiete der UnfVers. noch zu nennen die Strafen, die sich daraus ergeben, daß die Unfallverhütungsvorschriften nicht durchgeführt werden oder daß die Betriebsunternehmer dem technischen Beamten der BerGen. den Zutritt zu ihren Betriebsstätten während der Betriebszeit verweigern.

Bem. 4. Aufnahme von Kranken. Gesetzliche Bestimmungen. Die hauptsächlichsten Beziehungen zwischen Krankenhaus und Reichsversicherungsträgern ergeben sich in den Fällen, in denen das Krankenhaus auf Antrag bzw. auf Einweisung des Versicherungsträgers Kranke behandelt. Die Rechtslage ist dabei in den einzelnen Versicherungszweigen im Grundprinzip gleichartig, aber in Einzelheiten verschieden:

a) In der *KrankVers.* kann den Versicherten an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes, d. h. also an Stelle der Krankenhilfe Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden. Ferner kann die Satzung als Familienkrankenhilfe Krankenhauspflege für den Ehegatten des Versicherten und seine unterhaltungsberechtigten Kinder vorschreiben. Als Wochenhilfe kann die KrankK. an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren. Angehörige, die er bisher überwiegend unterhalten hat, erhalten dabei ein Hausgeld.

b) In der *UnfVers.* kann die BerGen. als Krankenbehandlung, d. h. als ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt (Heilanstaltpflege) und als Pflege für die Verletzten, die infolge des Unfalls so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen

können, freien Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt (Anstaltspflege) gewähren. Auch hier erhalten die Angehörigen eine Leistung, die hier Familiengeld heißt und gewährt wird, wenn der Versicherte sie bisher ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hatte.

c) Die in der *Inv.- und der AngVers.* Versicherten können von der LVersAnst. bzw. von der RVersAnstAng. ein Heilverfahren erhalten. Die Versicherungsträger können zu diesem Zwecke den Erkrankten statt ambulanter Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende unterbringen. Angehörige, die er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst bis dahin unterhalten hatte, erhalten ein Hausgeld. Außer den Versicherten erhalten das Heilverfahren in den beiden letztgenannten Versicherungszweigen auch die Rentenempfänger, ferner in der InvVers. noch die Witwe und in der AngVers. auch die Ehefrau des Versicherten. In vereinzelt Fällen wird auch ein Kinderheilverfahren gewährt.

d) Die *KnappschVers.* gewährt an Leistungen in Anstalten die gleichen wie oben für die Krank-, Inv.- und AngVers. angegeben.

Zu a bis d. In all diesen Fällen steht es im pflichtmäßigen Ermessen des Versicherungsträgers, ob er Krankenhausbehandlung bzw. Krankenhauspflege statt der ambulanten Behandlung gewähren will. Die Rechtsprechung verneint daher einen im Verfahren durchsetzbaren Anspruch des Versicherten hierauf. Andererseits kann er nicht immer ohne seine Zustimmung in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

e) In sämtlichen Versicherungszweigen können Trunksüchtige Sachleistungen durch Aufnahme in einer Trinkerheilanstalt erhalten.

Bem. 5. Art der Krankenhäuser. Aus den vorstehend erwähnten gesetzlichen Bestimmungen ergibt sich eine große Mannigfaltigkeit der in Betracht kommenden Anstalten. Krankenhäuser, Heilanstalten, Anstalten für Genesende, für Pflege geeignete Anstalten, Wöchnerinnenheime und Trinkerheilanstalten können in Frage kommen. Als Heilanstalten kommen dabei nicht nur allgemeine Anstalten in Betracht, sondern auch Anstalten für Sonderbehandlungen, z. B. Lungenheilanstalten, Nervensanatorien, medikomechanische Anstalten usw.

Es kann sich handeln um öffentliche Anstalten, die von Provinzen, Kreisen, Gemeinden u. dgl. errichtet sind und betrieben werden, wie auch um private Anstalten.

Die Anstalten können eigene Anstalten (Regie) oder fremde Anstalten sein. Eigene Anstalten können sämtliche Versicherungsträger unter den nachstehenden Voraussetzungen errichten oder erwerben. Die gesetzlichen Vorschriften enthalten teilweise Bestimmungen über die Zuständigkeit der Organe für solche Erwerbungen. In der KrankVers. z. B. ist bestimmt, daß bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken die Kasse durch den Vorstand und den Ausschuß vertreten wird und daß Vorstandsbeschlüsse über Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen der Zustimmung des Ausschusses bedürfen. Ein MinErlaß vom 25. 5. 98 (MinBl. S. 146) führt aus, daß der Bau von Krankenhäusern gestattet ist, da die Gewährung der Krankenhauspflege Aufgabe der Krankenkasse ist. Ferner können nach § 407 Nr. 4 RVO. die Kassenverbände Heilanstalten und Genesungsheime anlegen und betreiben. Für die UnfVers. ergibt sich die Zulässigkeit der Errichtung eigener Heilanstalten aus § 736 Abs. 1 RVO. Darin ist u. a. gesagt, daß zu anderen Zwecken als zur Errichtung von Heil- oder Genesungsanstalten weder Beiträge von Mitgliedern erhoben noch Mittel aus dem Vermögen der BerGen. verwendet werden dürfen. Eine Beschränkung hinsichtlich der Errichtung von eigenen Heilanstalten sieht aber für die Kranken-, Unfall- und Hinterbliebenenversicherung der § 27 e RVO.

vor. Hiernach bedarf die Einrichtung von Zahnkliniken, Erholungs- und Genesungsheimen, Kranken- und sonstigen Anstalten über einen vom RArbMin. festgesetzten Kostenbetrag hinaus der Genehmigung des RVA. In der AngVers. ist gesetzlich vorgesehen, daß die Geschäftsordnung für den Erwerb von Grundstücken und für Verfügung über Grundstücke die Zustimmung des Verwaltungsrates oder eines Ausschusses vorschreiben kann.

Die Zahl der Eigenbetriebe ist erheblich. So verfügen zur Zeit z. B. die KrankK. und Kassenverbände über 11 Krankenhäuser, 21 Kurheime, 4 Lungenheilstätten, 126 Genesungs- und Erholungsheime, 8 Tageserholungsstätten, 13 Kinderheime, 142 Zahnkliniken, 121 Badeanstalten, 125 Röntgen- und Lichtbehandlungsinstitute (vgl. Jahrb. d. KrankVers. 1930).

Welches Krankenhaus kommt nun für eine Behandlung des Versicherten im Einzelfall in Frage? Grundsätzlich steht hier das Gesetz auf dem Standpunkt, daß die Wahl der Anstalt dem Versicherungsträger überlassen bleibt, der Versicherte also ein Wahlrecht nicht hat. In der KrankVers. ist bezüglich der Auswahl des Krankenhauses bestimmt, daß in den Fällen, in denen mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, die bereit sind, die Krankenpflege zu gleichen Bedingungen zu übernehmen, die KrankK. dem Berechtigten die Auswahl unter ihnen zu überlassen hat. Doch ist hierbei auf die Vorschrift des § 371 RVO. hingewiesen. Hiernach kann die Satzung den Vorstand ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und, wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen. Dabei dürfen Krankenhäuser, die lediglich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken bestimmt oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet sind und die bereit sind, die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen wie die vorstehend bezeichneten Krankenhäuser zu leisten, nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des OVerSA. ausgeschlossen werden.

Ferner sieht die RVO. auch noch ein behördliches Einschreiten bei ungenügender Krankenhauspflege vor. Wenn z. B. bei einer KrankK. die Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten und Wöchnerinnen entspricht, so kann das OVerSA. jederzeit anordnen, daß diese Leistungen noch durch andere Krankenhäuser zu gewähren sind. Außerdem kann das OVerSA., wenn seinen Anordnungen nicht binnen der festgesetzten Frist Folge geleistet wird, selbst das Erforderliche auf Kosten der Kasse veranlassen. Hierbei bleiben jedoch Verträge, welche die Kasse mit den Krankenhäusern bereits geschlossen hat, unberührt. Gegen diese Anordnungen und Maßnahmen hat die Kasse binnen einer Woche das Recht zur Beschwerde beim RVA.

Über den Wechsel der Heilanstalt enthält die RVO. nur auf dem Gebiete der UnfVers. eine Vorschrift. Hiernach darf der Verletzte, wenn ihn Krankenkasse oder Träger der UnfVers. in einer Heilanstalt mit genügenden Heileinrichtungen untergebracht haben, während des Heilverfahrens ohne seine Zustimmung in keine andere Anstalt gebracht werden. Allerdings kann das VersA. des Aufenthaltsorts die Zustimmung ersetzen. Hieraus ergibt sich, daß der Versicherungsträger, wenn die Heileinrichtungen in dem betreffenden Krankenhause nicht genügen, z. B. infolge Veränderung des Krankheitsbildes, den Kranken ohne seine Zustimmung in eine andere Anstalt überweisen darf. Die Frage, ob der Verletzte selbst einen Wechsel des Krankenhauses beantragen kann, dürfte zu verneinen sein.

Bem. 6. Die Rechtsnatur der Leistung. In den weitaus meisten Fällen der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Anstaltsbehandlung handelt

es sich um Kannleistungen. Dies gilt sowohl für die Krankenhauspflege der KrankVers. wie auch für die Heilanstalt- und Anstaltspflege der UnfVers. sowie für das Heilverfahren der Inv.- und AngVers. Daraus folgt, daß die Anordnung der Unterbringung in ein Krankenhaus oder eine Heilanstalt in das Belieben des Versicherungsträgers gestellt ist und daß der Kranke oder Verletzte keinen Rechtsanspruch auf eine solche Behandlung hat. Für das Gebiet der KrankVers. ist jedoch in der RVO. gesagt, daß die KrankK. möglichst Krankenhauspflege gewähren soll, wenn die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist, wenn die Krankheit ansteckend ist oder wenn der Zustand oder das Verhalten des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. Entsprechendes gilt auch für die UnfVers.

Eine Ausnahme von dem Charakter der Kannleistung macht die sog. erweiterte Krankenpflege, die für die in der Landwirtschaft Beschäftigten und für die Hausgehilfen von der obersten VerwBeh. für das Gebiet des Landes oder für Teile davon gestattet werden kann. Eine solche können die LKrankK. durch die Satzung für arbeitsunfähig Erkrankte einführen. Diese erweiterte Krankenpflege besteht darin, daß statt der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus oder in einer ähnlichen Heilanstalt gewährt wird. Diese Leistung gilt als Regelleistung. Trotz einer derartigen Vorschrift in der Satzung braucht der arbeitsunfähig Erkrankte nicht in eine Anstalt gebracht zu werden, wenn es nach ärztlichem Gutachten die Heilung nicht fördern würde. Ferner ist bei Hausgehilfen auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Versicherten von der Unterbringung in eine Heilanstalt abzusehen, wenn sie nach ärztlichem Gutachten nicht notwendig ist. Auch wo für Hausgehilfen die erweiterte Krankenpflege durch die Satzung nicht eingeführt ist, hat die Kasse sie auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Hausgehilfen dem in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Hausgehilfen zu gewähren, wenn die Krankheit ansteckend ist oder wenn er nach ihrer Art in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann. In diesen Fällen wird also die Krankenhauspflege aus einer Kannleistung zu einer Mußleistung, auf die der Versicherte, wie bei den übrigen Mußleistungen, einen Rechtsanspruch hat.

Bem. 7. Der Umfang der Leistung. Die Art der Behandlung richtet sich nach dem Zwecke der Einweisung in das Krankenhaus. Dieser kann entweder vorbeugend sein, z. B. das vorbeugende Heilverfahren der Ang.- und der InvVers. (um eine drohende Berufsunfähigkeit oder Invalidität abzuwenden), oder heilend, z. B. bei den von den KrankK., BerGen. oder bei den von der RVersAnstAng. oder den LVersAnst. zum Zwecke der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dem Krankenhaus überwiesenen Personen.

Beim vorbeugenden Heilverfahren hat das Krankenhaus ärztliche Behandlung in der Richtung zu gewähren, daß die festgestellte die Arbeits- bzw. Berufsfähigkeit bedrohende Krankheit sich nicht weiter ausdehnt oder wenigstens so weit hintangehalten wird, daß der Heilverfahrensempfänger arbeits- oder berufsfähig bleibt. Bei der Einweisung zum Zwecke der Heilung hat das Krankenhaus zu gewähren

a) in der KrankVers. ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie mit Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln,

b) in der UnfVers. bei der Heilanstaltspflege ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um

den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern und bei der Anstaltspflege in der Gestellung der erforderlichen Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern od. dgl.

Hinsichtlich des Umfangs der Krankenbehandlung sind Vertragsrichtlinien über die vertraglichen Beziehungen zwischen den Kassen und den Ärzten 14. 11. 28 RVersNachr. S. 409 wichtig. Sie besagen: „Krankenhausbehandlung i. S. der Richtlinien umfaßt, soweit nichts Abweichendes vorgesehen ist:

α) stationäre ärztliche Behandlung, die in einem Krankenhaus durch einen von diesem angestellten und bezahlten Krankenhausarzt erfolgt;

β) stationäre ärztliche Behandlung, die von Kassenärzten in solchen Krankenanstalten jeder Art erfolgt, die keinen angestellten Krankenhausarzt haben und in denen die Bezahlung der Krankenhausbehandlung nicht durch das Krankenhaus erfolgt. Als Krankenhausbehandlung in diesem Sinne gilt auch stationäre Behandlung in Privatkliniken.

c) in der Ang - und InvVers. beim Heilverfahren, von dem zu erwarten ist, daß es den Empfänger eines Ruhegeldes oder einer Invalidenrente wieder berufs- oder arbeitsfähig macht, diejenige ärztliche Behandlung, die dem gedachten Zwecke entspricht. Ferner ist Versorgung mit Arznei u. dgl. zu gewähren.“

Bem. 8. Der Beginn der Leistung. Während in der KrankVers. das Krankengeld vom 4. Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt wird, beginnt die Krankenpflege vom Beginn der Krankheit an. Trotz dieser Verschiedenartigkeit ist es nicht ausgeschlossen, daß die Krankenhauspflege, die an Stelle der Krankenpflege „und des Krankengeldes“ gewährt wird, schon vom Beginn der Krankheit an gewährt wird. Das Gesetz enthält hierüber allerdings keine Vorschrift, jedoch ist eine andere Regelung nicht möglich, da sonst Nachteile für den Kranken entstehen können. In den übrigen Zweigen der Sozialversicherung ergeben sich derartige Unterschiede nicht.

Die Frage, auf wessen Veranlassung die Überweisung in das Krankenhaus erfolgen kann, ist hinsichtlich der KrankVers. in der Anweisung für die Kassenärzte in den Vertragsrichtlinien über die Beziehungen zwischen den Kassen und den Ärzten 14. 11. 28 (RVersNachr. S. 409) beantwortet. Hiernach bedarf die Überweisung in ein Krankenhaus der Zustimmung des Kassenvorstandes, von dringenden Fällen abgesehen. Der Arzt kann also im Regelfalle nicht darüber entscheiden.

Soweit dies in den anderen Zweigen der Sozialversicherung nicht entsprechend geregelt ist, wird man wenigstens hinsichtlich der Kannleistungen dem Versicherungsträger die Bestimmung darüber überlassen müssen.

Bem. 9. Das Ende der Leistung. Ist die Krankheit oder die Verletzung des Eingewiesenen behoben und er entlassen, so enden damit auch die Beziehungen zwischen Versicherungsträger und Krankenhaus, abgesehen von einer etwaigen nachträglichen Verrechnung der Kosten. Die Beziehungen zwischen Versicherungsträger und Krankenhaus können aber auch schon vor der Entlassung des Kranken bzw. des Verletzten enden, nämlich dann, wenn die im Gesetz, in den Satzungen od. dgl. vorgeschriebene Zeitdauer der Krankenhausbehandlung (in der KrankVers. sind dies z. B. 26 Wochen) abgelaufen ist. Dann muß entweder der Kranke oder Verletzte als Privatpatient auf seine eigenen Kosten im Krankenhaus weiter verbleiben oder, wenn ihm dies nicht möglich ist, muß gegebenenfalls die Fürsorge auf Grund der RFV. 13. 2. 24 eintreten.

Bem. 10. Der Ersatz für die Leistungen. Beziehungen zwischen Krankenhaus und Versicherungsträger bestehen ferner hinsichtlich der Kosten für die dem Kranken oder Verletzten vom Krankenhaus gewährten Leistungen.

a) Bestimmungen über die *Höhe der Kosten* enthält das Gesetz nicht. Über die Höhe müssen sich daher Versicherungsträger und Krankenhaus selbst einigen. Die Grundlage für die Bezahlung kann die einzelne Verrichtung bilden oder es können Pauschbeträge vereinbart werden, wie dies in den meisten Fällen — nach Kopf und Verpflegungstagen — zu geschehen pflegt. Die Kosten für die Krankenhausbehandlung betragen nach dem Jahrb. d. KrankVers. für das Jahr 1930 für den Krankenhauspflegetag im Durchschnitt 7,24 RM.

Bem. 11. Verhältnis zu fremden Anstalten¹. a) Um die in den vorstehenden Abschnitten dargelegten Zwecke der Sozialversicherung erfüllen zu können, treten die Reichsversicherungsträger und die Krankenhäuser, bei denen es sich nicht um eigene Anstalten der Versicherungsträger, selbst handelt, in *vertragliche Beziehungen*. Daß die Versicherungsträger sich überhaupt durch Verträge verpflichten können, ist ein Ausfluß ihrer Rechtsfähigkeit. Diese ist ihnen durch folgende gesetzliche Bestimmungen beigelegt: in der Krank-, Unf.- und InvVers. durch § 4 RVO., in der AngVers. durch § 94 AngVersG. und in der KnappschVers. durch § 8 RKnappschG.

b) Bei den von den Versicherungsträgern mit den Krankenhäusern abgeschlossenen Verträgen handelt es sich um *Werkverträge* i. S. der §§ 631ff. BGB., wobei aber die Leistung selbst an einen Dritten, nämlich an den Kranken oder Verletzten ausbedungen wird. Es sind daher hier außerdem noch die Bestimmungen über die Verträge zugunsten Dritter mit in Betracht zu ziehen, d. h. die §§ 328ff. BGB.

c) *Vertragspartei* kann sein auf seiten des Versicherungsträgers der einzelne Versicherungsträger, z. B. die RVersAnstAng., oder mehrere Versicherungsträger, z. B. die Landesversicherungsanstalten Bayerns oder auch ein Verband von Versicherungsträgern, z. B. ein Krankenkassenverband. Für letzteren Fall ist im § 407 Nr. 2 RVO. ausdrücklich gesagt, daß der Kassenverband für die ihm angeschlossenen Kassen gemeinsam Verträge mit Krankenhäusern abschließen kann. Auf seiten des Krankenhauses kann entsprechend ein einzelnes Krankenhaus mehrere Krankenhäuser oder ein Verband von Krankenhäusern in Frage kommen. Der Inhalt des Vertrages geht dahin, eine bestimmte Anzahl von Betten bereitzustellen und den eingelieferten Personen die erforderliche Krankenpflege usw. zu gewähren. Was auf Grund solcher Verträge vom Krankenhaus zu gewähren ist, ist im wesentlichen aus den gesetzlichen Vorschriften zu entnehmen und in Bem. 6 näher dargelegt.

d) Ein *Aufsichtsrecht* über die fremden Anstalten haben die Versicherungsträger nicht. Hieraus ergibt sich, daß die fremden Anstalten auch nicht mittelbar der Aufsicht der AufsBeh. des Versicherungsträgers unterliegen. Die AufsBeh. kann daher keine Besichtigung gegen den Willen des Inhabers des Krankenhauses vornehmen, kann aber andererseits, wenn in dem Vertrag zwischen ihm und dem Versicherungsträger letzterem die Beaufsichtigung gestattet ist, verlangen, daß sie gegenüber einem widersprechenden Anstaltsinhaber als zivilrechtliche Beauftragte des Versicherungsträgers dessen vertragsmäßiges Beaufsichtigungsrecht allein oder in Gemeinschaft mit dem Versicherungsträger wahrnimmt.

e) Wird der Vertrag *nicht ordnungsgemäß erfüllt*, so sind die Vorschriften der §§ 633 BGB. anzuwenden, d. h. der Versicherungsträger kann Beseitigung des Mangels verlangen und dem Krankenhaus eine angemessene Frist mit der Erklärung bestimmen, daß er die Beseitigung nach dem Ablauf der Frist ablehne. Alsdann kann er Rückgängigmachung des Vertrages (Wandlung) oder Herabsetzung der Vergütung (Minderung) verlangen.

¹ Vgl. hierzu den Beitrag von Philipsborn S. 94ff., dort auch S. 97 (u. 198ff.) über die Frage, ob Dienst- oder Werkvertrag.

f) Genügt die Krankenhausbehandlung nicht den berechtigten Anforderungen, so kann außerdem nach den Vorschriften der RVersO. das OVersA. (für andere Fälle) anordnen, daß diese Leistungen durch andere Krankenhäuser zu gewähren sind und gegebenenfalls auch das Erforderliche auf Kosten der Kasse veranlassen. Allerdings bleiben hier Verträge mit dem Krankenhaus unberührt. Entsprechende Bestimmung für die übrigen Zweige der Sozialversicherung kennt das Gesetz nicht.

f) *Haftung* aus dem Verträge. Nach den allgemeinen Vorschriften des § 276 BGB. haben die Vertragsschließenden, soweit nicht ein anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Richtet z. B. ein in die Krankenanstalt eingewiesener Versicherter gelegentlich eines Epilepsieanfalles einen Schaden an, so haftet der Versicherungsträger nur, wenn ihm Vorsatz oder Fahrlässigkeit nachzuweisen ist, wenn er also z. B. den Kranken in das Krankenhaus einweist und angibt, daß er ein Fußleiden habe, ohne die ihm außerdem bekannt gewordene Tatsache anzugeben, daß der betreffende Kranke auch an Epilepsieanfällen leidet. Zu beachten ist hierbei § 254 BGB., wonach sich der Schadensersatz entsprechend vermindert, wenn den Beschädigten ebenfalls ein Verschulden trifft. In dem erwähnten Falle wird sich also der zu ersetzende Schaden z. B. dann vermindern, wenn der Schaden bei einem zweiten Anfall des Kranken verursacht wird und das Krankenhaus nach dem ersten Anfall keine besonderen Vorkehrungen für die Verhütung des Schadens getroffen hat. Außer der Haftung aus dem Verträge kann auch noch eine solche aus unerlaubten Handlungen nach § 823ff BGB. in Frage kommen.

Bem. 12. Verhältnis zu eigenen Anstalten. Anders als das Verhältnis zu den fremden Anstalten gestaltet sich das Verhältnis zu den eigenen Anstalten. Dieses beruht nicht auf Vertrag, sondern der Versicherungsträger ist hier selbst Unternehmer der eigenen Anstalt. Er hat selbst für die Einrichtung zu sorgen, die im Krankenhaus tätigen Personen (Ärzte, Pfleger u. dgl.) anzustellen und die Kranken selbst ordnungsgemäß zu betreuen bzw. betreuen zu lassen. Die eigene Heilanstalt ist gewissermaßen als ein besonderer Betriebsteil des Versicherungsträgers anzusehen. Dies hat auch dazu geführt, daß in der RVO. eine Bestimmung getroffen wurde, wonach die vom Versicherungsträger errichteten oder unterhaltenen Genesungsheime, Heil- und Pflegeanstalten der gleichen Aufsicht unterstehen wie die Versicherungsträger. Die AufsBeh. kann dabei zu ihren Besichtigungen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten zuziehen. Der Aufsicht der AufsBeh. unterliegen auch die eigenen Anstalten der RVersAnstAng., obwohl im AngVersG. eine entsprechende Vorschrift fehlt, denn das Aufsichtsrecht ist im AngVersG. weitergehend als in der RVO. Es beschränkt sich nicht nur auf die Beobachtung von Gesetz und Satzung. Aus diesem Grunde umfaßt das Aufsichtsrecht nach dem AngVersG. auch das engere Aufsichtsrecht nach der RVO.

Bem. 13. Aufnahme zur Beobachtung. Außer bei Aufnahme von Kranken und Verletzten in das Krankenhaus treten die Versicherungsträger auch noch in Beziehung zum Krankenhaus gelegentlich der Einweisung von Personen in das Krankenhaus zur Beobachtung. Eine solche kann stattfinden, wenn geprüft werden soll, ob ein Rentenempfänger noch berufs- oder arbeitsfähig ist. Ist dies der Fall, wird ihm die Rente oder das Ruhegeld entzogen. Diese Beziehungen gestalten sich ähnlich wie die Beziehungen bei der Aufnahme von Kranken und Verletzten.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: STIER-SOMLO: Zum öffentlichen Recht der Krankenhäuser (Krankenanstalten). Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens von DIETRICH-GROBER. Jena: Gustav

Fischer 1912. — RAPMUND: Krankenanstalten, im Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 4. Aufl. Jena: Gustav Fischer. — Jahrbuch der Krankenversicherung 1930. Verlagsges. dtsh. Krankenkassen. — GROBER: Das deutsche Krankenhaus. Jena: Gustav Fischer 1922. — STREITER: Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland. Jena: Gustav Fischer 1924.

Nr 1. Krankenhäuser.

SächsLV Amt 17. 3. 23 EuM 17 16: Bei Auswahl des Krankenhauses ist die Krankenkasse nicht auf die Krankenhäuser am Wohnorte des Mitgliedes beschränkt. — RVA. 30. 12. 05 RV. 1906, 460: Walderholungsstätten sind keine Krankenhäuser. — RVA.: Trinkerheilstätten sind Krankenhäuser (RVA. AN. 1916, 341).

Nr 2. Umfang der Leistung.

RVA. 30. 12. 05. AN. 1906, 460: Es muß für die gesamten persönlichen Lebensbedürfnisse des Versicherten gesorgt sein. — BadLVA. 3. 7. 30. D.KrankK. 1930, 1398: Bei Unterbringung eines — infolge Trunksucht — Geisteskranken in einer Irrenanstalt handelt es sich, wenn das persönliche Interesse des Kranken maßgebend ist, nicht um eine polizeiliche Maßnahme. Die Krankenkasse ist deshalb zur Tragung der satzungsmäßigen Leistung verpflichtet.

H. Krankenhaus und öffentliche Fürsorge.

Von

F. RUPPERT, Berlin.

Bemerkung 1. Wohlfahrtskranke (eigene und fremde). Neben den Patienten (Selbstzahlern und Versicherungskranken), deren Rechtsbeziehungen zum Krankenhaus in den vorhergehenden Abschnitten dargestellt sind, bilden die sog. Wohlfahrtskranken einen sehr erheblichen Teil sämtlicher in den Krankenhäusern gepflegten Personen. Es sind dies die Patienten, deren Pflegekosten von der öffentlichen Fürsorge gezahlt werden. Nach der Terminologie von PHILIPSBORN in „Kranker und Krankenhaus im Recht“ (Stuttgart: Kohlhammer 1930, vgl. oben S. 94) sind unter den Wohlfahrtskranken die eigenen und fremden zu unterscheiden. Eigene Wohlfahrtskranke sind die Patienten des Krankenhauses eines FürsVerb. oder eines nicht selbst einen BFV. bildenden, aber mit der Durchführung von Fürsorgeaufgaben beauftragten Selbstverwaltungskörpers (z. B. preuß. kreisangehörige Gemeinde, zu vgl. Bem. 3 Abs. 2), die in dem Krankenhaus von dem FürsVerb. oder dem Selbstverwaltungskörper in Erfüllung einer ihm unmittelbar gegenüber dem Patienten obliegenden fürsorgerechtlichen Unterstützungspflicht (meist vorläufige Fürsorgepflicht nach § 7 Abs. 1 RFV., zu vgl. Bem. 8) auf seine Kosten gepflegt werden. Daß dem FürsVerb. auch die endgültige Fürsorgepflicht (zu vgl. Bem. 11) für die eigenen Wohlfahrtskranken obliegt, ist nicht zu fordern. Fremde Wohlfahrtskranke sind alle übrigen Wohlfahrtskranken, also sämtliche Wohlfahrtskranken von Krankenhäusern des nicht einen LFV. bildenden Staates, von Trägern der Sozialversicherung, der freien Wohlfahrtspflege oder Privater, aber auch die Wohlfahrtskranken des Krankenhauses eines FürsVerb., die dort von einem *anderen* FürsVerb. in Erfüllung einer *diesem* gegenüber dem Wohlfahrtskranken unmittelbar obliegenden Unterstützungspflicht gepflegt werden (z. B. BFV. Landkreis Oberbarnim bringt einen von ihm zu unterstützenden Kranken in einem Krankenhaus des BFV Stadt Berlin unter).

Bem. 2. Reichsgesetzliche Vorschriften über die öffentliche Fürsorge: RFV. 13. 2. 24, RGBl. I, 100 i. d. F. des Ges. 8. 6. 26, RGBl. I, 225, der Zweiten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen 5. 6. 31, RGBl. I, 279, Fünfter Teil, Kap. VIII, und der Vierten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen 8. 12. 31, RGBl. I, 699, Fünfter Teil, Kap. V; Verordnung zur Vierten Änderung der RFV. 3. 10. 31, RGBl. I, 583; Art. 3 der Verordnung zur vorstädtischen Kleinsiedlung und Bereitstellung von Kleingärten für Erwerbslose 23. 12. 31, RGBl. I, 787, Art. 4 der Verordnung über arbeitslose landwirtschaftliche Siedlungsanwärter 18. 2. 32, RGBl. I, 78; Verordnung über die Auflösung der Flüchtlingslager 17. 12. 23, RGBl. I, 1202; Ges. über die Regelung der fürsorgerechtlichen Beziehungen zum Saargebiet 27. 2. 26, RGBl. I, 149, nebst Verordnung gleichen Namens 17. 7. 26, RGBl. I, 414; Reichsgrundsätze über Voraussetzung,

Art und Maß der öffentlichen Fürsorge I. 8. 31, RGBl. I, 441, Erläuterungen des RArbMin. und des RMdI. hierzu 27. 11. 31, RArbBl. I, 315. Im übrigen bestehen in jedem Lande noch besondere *landesrechtliche Vorschriften* (zu vgl. die Zusammenstellung bei BAATH, Erläuterung der RFV., 8. Aufl. Berlin: Vahlen 1930).

Bem. 3. Fürsorgeverbände und Fürsorgestellen. Träger der öffentlichen Fürsorge sind die BFV. und LFV. Sie werden von den Ländern bestimmt. In Preußen sind BFV. die Städte und Landkreise. In den übrigen deutschen Ländern sind BFV. gleichfalls die Städte und die den preuß. Landkreisen entsprechenden Selbstverwaltungskörper (Bezirke, Amtskörperschaften, Gemeindeverbände, Bezirksverbände). Hinsichtlich der BFV. besteht in den Ländern Bayern, Württemberg und Baden die Besonderheit, daß dort nur für das Gebiet der größeren Städte die Stadt selbst alleiniger BFV. ist, der alle den BFV. reichsgesetzlich zugewiesenen Fürsorgeaufgaben zu erfüllen hat. Im Gebiet außerhalb der größeren Städte bestehen dagegen in den genannten Ländern für denselben örtlichen Bereich zwei Arten von BFV. So betreuen in Bayern und ähnlich in Württemberg und Baden die Bezirke als BFV. die Empfänger der sog. gehobenen Fürsorge (zu vgl. Bem. 6), während den bayerischen mittelbaren Gemeinden als BFV. (*Ortsfürsorgeverbände*) die allgemeine Fürsorge (Armenfürsorge) und die Fürsorge für hilfsbedürftige Minderjährige obliegt, soweit letztere nicht von der sozialen Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene (Aufgabe der Bezirke als BFV.) zu betreuen sind. LFV. sind in Preußen die Provinzialverbände und die Stadtgemeinde Berlin, in den außerpreussischen Ländern die den preuß. Provinzialverbänden entsprechenden Selbstverwaltungskörper oder die Länder selbst.

Soweit die Gemeinden (z. B. die preuß. kreisangehörigen Gemeinden) nicht selbst BFV. sind, können ihnen die den BFV. obliegenden Fürsorgeaufgaben ganz oder teilweise *übertragen* werden. Das Nähere regeln die Landesgesetze. In Preußen führen z. B. die größeren kreisangehörigen Gemeinden alle den BFV. obliegenden Fürsorgeaufgaben durch, während den kleineren kreisangehörigen Gemeinden in der Regel nur die Durchführung der allgemeinen Fürsorge (Armenfürsorge) übertragen ist. Bei dieser Regelung bleiben jedoch die BFV. selbst im Verhältnis zu anderen FürsVerb. alleinige Träger der öffentlichen Fürsorge. Soweit einer kreisangehörigen Gemeinde hinsichtlich eines fremden Wohlfahrtskranken die vorläufige Fürsorgepflicht (Bem. 8) obliegt, wird sich indessen das Krankenhaus, das im Bezirk der Gemeinde liegt, an die Gemeinde und nur, falls sie bei ihr nicht zum Ziele kommt, an den BFV. der Gemeinde zu wenden haben.

Von den Trägern der öffentlichen Fürsorge, d. h. den einen BFV. oder LFV. bildenden Selbstverwaltungskörpern, und den nicht einen BFV. bildenden Gemeinden, denen die Durchführung von Fürsorgeaufgaben übertragen ist, sind die *Behörden* zu unterscheiden, die als Organe ihres Selbstverwaltungskörpers die ihm obliegenden Fürsorgeaufgaben durchzuführen haben (städtische Wohlfahrtsämter, Kreiswohlfahrtsämter, Landeswohlfahrtsämter, Gemeindevorsteher der kreisangehörigen Gemeinden, denen die Durchführung von Fürsorgeaufgaben ihres BFV. übertragen ist). An diese Behörden haben sich die Krankenhäuser zu wenden, die für ihre fremden Wohlfahrtskranken öffentliche Fürsorge in Anspruch nehmen wollen. Bemerkt sei, daß in den Verlautbarungen des RArbMin. und des RMdI. regelmäßig im Hinblick auf § 3 Abs. 1 RFV. von *Fürsorgestellen* die Rede ist und daß hierunter die genannten Behörden mit zu verstehen sind.

Bem. 4. Rechtzeitiges Erkennen eines Patienten als Wohlfahrtskranken. Ist ein Patient nicht in der Lage, die Kosten seiner Pflege in dem

Krankenhaus zu bezahlen oder ist von ihm innerhalb einer für das Krankenhaus erträglichen Frist Zahlung mit Sicherheit nicht zu erwarten, so kommt für den Patienten öffentliche Fürsorge in Frage. Das rechtzeitige Erkennen eines Patienten als Wohlfahrtskranken ist für das Krankenhaus selbst und für die Beziehungen zwischen dem vorläufig Fürsorge gewährenden und dem endgültig verpflichteten Verbands von erheblicher finanzieller Bedeutung.

Mit der Frage muß sich das Krankenhaus auch befassen, wenn es von der öffentlichen Fürsorge *allgemein ermächtigt* ist, einen Patienten beim Vorliegen der von dem Krankenhaus zunächst selbständig zu prüfenden Voraussetzungen für die Notwendigkeit öffentlicher Fürsorge auf Kosten der öffentlichen Fürsorge zu pflegen. Denn in diesen Fällen braucht der zur Fürsorge für den Patienten endgültig verpflichtete Fürsorgeverband nach der ständigen Rechtsprechung des BAH. dem vorläufig Fürsorge gewährenden Verbands, d. h. dem Verbands, der dem Krankenhaus die hier fragliche Ermächtigung erteilt hat, die Kosten erst von dem Zeitpunkt ab zu ersetzen, zu dem das Krankenhaus sich in einer nach außen hin erkennbaren Form darüber schlüssig geworden ist, ob es den Patienten auf Kosten der öffentlichen Fürsorge verpflegen will. Ein dahingehender Wille kann auch bedingt, d. h. für den Fall der Zahlungsunfähigkeit des Patienten, zum Ausdruck gebracht werden. Das allgemein ermächtigte Krankenhaus muß also im Interesse des Verbandes, der ihm die Ermächtigung erteilt hat, seine EntschlieÙung möglichst frühzeitig treffen. Andernfalls bleibt der Verband, wenn es sich um ein ihm gehörendes Krankenhaus handelt, stets mit den Kosten endgültig belastet, die *vor* dem Zeitpunkt der EntschlieÙung entstanden sind. Gehört ihm das allgemein ermächtigte Krankenhaus nicht, so trifft ihn diese endgültige Kostenlast, sofern er selbst dem Krankenhaus die Kosten freiwillig erstattet oder auf Grund eines Urteils des ordentlichen Gerichts (Bem. 10 Abs. 2) oder nach Vereinbarung mit dem Krankenhaus erstatten muß. Besteht keine solche Vereinbarung zwischen dem ermächtigenden Verbands und dem Krankenhaus, so ist zu befürchten, daß der Verband dem Krankenhaus gegenüber freiwillig für die Kosten nur in dem Umfange aufkommt, als er selbst von dem endgültig verpflichteten Verbands Zahlung erhält.

Besitzt ein Krankenhaus die hier fragliche *Ermächtigung nicht*, so muß es für die in Betracht kommenden Patienten in jedem einzelnen Falle besonders bei der öffentlichen Fürsorge Kostenersatz beantragen. Das Recht hierzu ist ihm ausdrücklich durch § 24 RFV. verliehen (Befugnis der auch die Krankenhäuser umfassenden Fürsorgeanstalten i. S. des § 9 Abs. 1 RFV., zur Deckung ihrer Verpflegungskosten für ihre Insassen Anträge auf Fürsorge zu stellen und die Leistungen — auf Verlangen des FürsVerb. gegen Vorlage einer Vollmacht des Hilfsbedürftigen — in Empfang zu nehmen). Die rechtzeitige Stellung des Antrags auf öffentliche Fürsorge ist wichtig. Der Antrag kann auch *bedingt*, d. h. für den Fall der Zahlungsunfähigkeit des Patienten, gestellt und genehmigt werden. Da der endgültig verpflichtete Verband dem vorläufig Fürsorge gewährenden Verbands, bei dem der Antrag zu stellen ist, Kostenersatz regelmäßig nur für den Zeitraum zu leisten hat, der mit der Übernahme der Kosten seitens des vorläufig Fürsorge gewährenden Verbandes gegenüber dem Krankenhaus — Zusicherung des Kostenersatzes genügt — beginnt, so ist zu befürchten, daß der vorläufig Fürsorge gewährende Verband auch dem Krankenhaus die Kosten erst von diesem Zeitpunkt ab erstattet und freiwillig für die früher aufgewendeten Kosten nicht aufkommt. Nur in Eilfällen ist im Verhältnis zwischen dem vorläufig fürsorgepflichtigen und dem endgültig verpflichteten Verbands auch die Pflege, die das Krankenhaus vor der Übernahme der Kosten durch den vorläufig fürsorgepflichtigen Verband gewährt, eine fürsorgerechtliche

und deshalb erstattungsfähige Leistung, sofern das Krankenhaus bei dem vorläufig fürsorgepflichtigen Verbands *alsbald* die Übernahme der Kosten beantragt und der Verband diesem Antrag *ohne Verzug* entspricht. In diesen Fällen sollten daher Bedenken wegen des Fehlens einer Ersatzpflicht des endgültig verpflichteten Verbandes den vorläufig fürsorgepflichtigen Verband nicht hindern, dem Krankenhaus gegenüber auch für die vor der Zusicherung des Kostenersatzes liegenden Aufwendungen aufzukommen.

Bem. 5. Die Verpflichtung der öffentlichen Fürsorge zur Hilfe (Rechtsanspruch auf Hilfe?). Liegt Hilfsbedürftigkeit vor (Bem. 6), so muß die öffentliche Fürsorge helfen. Ihre Tätigkeit ist durch nichts anderes bedingt, als daß sie auf Grund pflichtmäßiger Prüfung zu der Überzeugung gelangt ist, der ihr nachgewiesene Tatbestand rechtfertige es, Hilfsbedürftigkeit zu bejahen. Ihre Hilfe ist dann *nicht mehr eine Angelegenheit freien behördlichen Ermessens*, bei dem die Entscheidung, ob geholfen werden soll, keinerlei Bindungen unterworfen ist. Bejaht die FürsBeh. die Hilfsbedürftigkeit, so muß sie vielmehr dem Hilfsbedürftigen in Erfüllung einer Pflichtaufgabe helfen. Verneint sie die Hilfsbedürftigkeit und lehnt sie deshalb Hilfe ab, so steht dem Hilfsbedürftigen das Beschwerdeverfahren offen, für dessen Regelung jedes Land auf Grund reichsgesetzlicher Vorschrift (§ 3 Abs. 1, § 3a R.F.V.) sorgen muß und auch tatsächlich in seinen Ausführungsvorschriften zur R.F.V. gesorgt hat (Rechtsbeschwerde, nicht nur Beschwerde im Dienstaufsichtswege). Die Entscheidung im Beschwerdeverfahren ist für die FürsBeh. bindend. Sie muß helfen, wenn im Beschwerdeverfahren die Notwendigkeit der Hilfe bejaht worden ist. Bei dieser rechtlichen Situation hat die Streitfrage, ob dem Hilfsbedürftigen ein *subjektives öffentliches Recht auf öffentliche Fürsorge* zusteht, im wesentlichen nur theoretische Bedeutung. Dem Hilfsbedürftigen und dem für ihn nach § 24 R.F.V. handelnden Krankenhaus ist jedenfalls in der Rechtsbeschwerde ein ausreichendes Mittel an die Hand gegeben, das Eingreifen der öffentlichen Fürsorge zu erzwingen (zu vgl. auch Bem. 10).

Bem. 6. Begriff der fürsorgerechtlichen Hilfsbedürftigkeit. Er ist im § 5 RGS. geregelt, und zwar, da die RGS. die Bedeutung von Vorschriften haben, in einer die FürsBeh. bindenden Form. Hiernach ist hilfsbedürftig, wer den notwendigen Lebensbedarf für sich nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann und ihn auch nicht von anderer Seite, insbesondere von Angehörigen, erhält. Diese Hilfsbedürftigkeit durch Gewährung des notwendigen Lebensbedarfs zu beseitigen, ist Pflichtaufgabe der öffentlichen Fürsorge. Nach ausdrücklicher Vorschrift des § 6 Abs. 1 Buchst. c gehört zu dem notwendigen Lebensbedarf auch die Krankenhilfe und somit auch die Pflege in einem Krankenhaus. Zudem sieht § 11 Abs. 1 Satz 1 RGS. vor, daß die fürsorgerechtliche Hilfe in geschlossener (Anstalts-) Pflege gewährt werden kann. Die für Voraussetzung, Art und Maß der Hilfe in den RGS. gegebene Unterscheidung der Hilfsbedürftigen nach Empfängern allgemeiner Fürsorge und sog. gehobener Fürsorge (Kleinrentner und ihnen Gleichgestellte, Sozialrentner, Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene) sowie Asoziale (§ 13 RGS.) hat für die Krankenhauspflege keine praktische Bedeutung, da jedem Hilfsbedürftigen ohne Rücksicht auf seine Zugehörigkeit zu einer der 3 Klassen von Unterstützungsempfängern die für seine Gesundheit erforderliche Krankenhauspflege in gleichem Maße zuteil werden muß. Auch dem Ausländer (hierzu gehört fürsorgerechtlich auch der Staatlose) muß die öffentliche Fürsorge als Pflichtaufgabe Krankenhauspflege gewähren (§ 34 Satz 1 RGS.). Daß im Heimatstaat des Ausländers auch Deutschen Krankenhilfe als öffentliche Fürsorge gewährt wird (Verbürgung der Gegenseitigkeit), ist nicht erforderlich.

Bem. 7. Ausmaß der von der öffentlichen Fürsorge zu gewährenden Krankenhilfe. Hierfür ist nach der ständigen Rechtsprechung des BAH. allein das ärztliche Gutachten entscheidend. Die Rechtslage kennzeichnen treffend die folgenden grundsätzlichen Ausführungen des BAH., die auch für das Recht der R.F.V. gelten. BAH. 24. 11. 77, Baath 9, 44: „Wenn die Wissenschaft die Operation eines Krebskranken als das einzige Mittel kennt, durch welches dem mit jenem Leiden Behafteten eine wenn auch nur vorübergehende Milderung seiner Schmerzen verschafft werden kann, so hat auch derjenige, welcher die Mittel nicht besitzt, die Kosten einer Operation selbst zu bestreiten, einen Anspruch darauf, daß die öffentliche Armenpflege die Hand dazu biete, damit durch eine solche sein Zustand, wenn auch nur vorübergehend, erträglich gemacht werde. Es wäre nicht nur inhuman, sondern ungesetzlich gewesen, wenn der Armenverband die Kosten der Operation nicht aufgewendet hätte.“ BAH. 30. 9. 99, Baath 32, 58: „Daß ein Arbeiter, selbst wenn er nur für ein einziges Kind zu sorgen hat, die Kosten eines mehrwöchigen Aufenthalts desselben in einer Heilanstalt und die erforderlichen Anstaltskosten von seinem Arbeitsverdienste nicht aufzubringen vermag, hat das BAH. ohne weiteres anerkannt, zumal da die häuslichen Verhältnisse der Familie als äußerst bedürftig bezeichnet werden. Nach ärztlichem Gutachten ist der Aufenthalt des Kindes in staubfreier, gesunder Atmungsluft neben möglichst kräftiger und geordneter Ernährungsweise erforderlich gewesen. Der Armenverband, der unter diesen Umständen von der Möglichkeit, das Kind in seine an der See gelegene Kinderheilstätte zu schicken, nicht Gebrauch gemacht hätte, würde der Absicht des Gesetzes zuwider gehandelt haben.“ 17. 11. 06, Baath 39, 51: „Dr. B., der zugleich Arzt der Städtischen Fürsorgestelle für Lungenkranke und Vertrauensarzt der Armenverwaltung zu Charlottenburg für Tuberkulose ist, hat ein Gutachten erstattet, nach dessen Inhalt es keinem Zweifel unterliegt, daß die Überweisung des Lungenkranken in eine Lungenheilstätte diejenige Form der Krankenhauspflge war, welche seinem Leiden am meisten entsprach und den besten Erfolg erwarten ließ. Das Lungenleiden stand noch in seinen Anfängen; nur eine sachgemäße Behandlung unter Benutzung aller derjenigen Heilfaktoren, welche gut eingerichtete Lungenheilstätten bieten, nicht aber auch die anderen Zwecken dienenden öffentlichen Krankenhäuser, geschweige denn eine Behandlung in der eigenen Wohnung, ließ vollständige Heilung erhoffen. Es war deshalb Pflicht der Armenbehörde, dem mittellosen Kranken die erforderliche Krankenpflege in dieser Form zu gewähren.“ 5. 1. 95, Baath 27, 51: „Es ist allerdings richtig, daß bei der Ausübung der Armenpflege, auch soweit sie mittels Krankenhausbehandlung gewährt wird, jede nach Lage der Verhältnisse tunliche Sparsamkeit geübt werden muß. Allein diese Rücksicht kann nicht dahin führen, daß einem hilfsbedürftigen Kranken die nach der ärztlichen Erfahrung angezeigten Heilmittel der Kostenersparnis wegen vorenthalten werden. Dabei kann es auch nicht ohne weiteres entscheidend sein, ob die Anwendung eines solchen Mittels die völlige Heilung des Kranken oder nur eine erhebliche Milderung seines Leidens erwarten läßt. *Dafür, ob im einzelnen Falle die Anwendung eines mit Kosten verbundenen Heilmittels als angezeigt zu betrachten ist, wird regelmäßig die auf Grund der Beobachtung des Kranken gewonnene pflichtmäßige Auffassung des behandelnden Arztes in erster Linie von Bedeutung sein.*“ Diese Ausführungen des BAH. stellen eindeutig klar, daß sich die öffentliche Fürsorge bei der Bemessung ihrer Pflichtleistungen auf dem Gebiete der Krankenhilfe bei aller gebotenen Sparsamkeit ausschließlich nach den ärztlicherseits anerkannten gesundheitlichen Bedürfnissen des Patienten zu richten hat.

Bem. 8. Vorläufige Fürsorgepflicht des BFV. des tatsächlichen Aufenthalts. Die Frage, welcher FürsVerb. gegenüber dem Krankenhaus die Kosten der Pflege eines hilfsbedürftigen Kranken zu übernehmen hat, ist bedeutsam in den Fällen, in denen das Krankenhaus nicht allgemein ermächtigt ist (Bem. 4 Abs. 2) oder die öffentliche Fürsorge den Kranken nicht von vornherein mit der Zusicherung des Kostenersatzes in das Krankenhaus eingewiesen hat und das Krankenhaus daher erst in Ausübung des ihm durch § 24 RFV. ausdrücklich verliehenen Antragsrechtes an die öffentliche Fürsorge zwecks Übernahme der Kosten herantreten muß. Die Pflicht der öffentlichen Fürsorge, die Kosten der Pflege in diesen Fällen dem Krankenhaus gegenüber zu übernehmen, liegt als vorläufige Fürsorgepflicht i. S. des § 7 Abs. 1 RFV. dem BFV. ob, in dessen Bezirk sich der Kranke befindet, d. h. also dem BFV., in dessen Bezirk das Krankenhaus liegt. *Von einer weiteren Voraussetzung ist die Erfüllung dieser Pflicht nicht abhängig.* Selbstverständlich muß sich der um Hilfe angegangene BFV., bevor er die Kosten übernimmt und sofern er sie nicht bedingt übernehmen will (Bem. 4 Abs. 3) — bedingte Übernahme ist indessen für ihn wegen des Ersatzanspruchs gegen den endgültig verpflichteten Verband in jedem Falle von Vorteil —, von der fürsorgerechtlichen Hilfsbedürftigkeit des Kranken überzeugen. Die dahingehenden Feststellungen sind aber mit tunlichster Beschleunigung zu treffen. Sie werden dadurch erleichtert, daß das Krankenhaus, soweit möglich, zunächst selbst durch Befragen des Kranken seine wirtschaftlichen Verhältnisse zu klären sucht und das Ergebnis unter Beifügung etwaiger verfügbarer Unterlagen dem BFV. bei Stellung des Antrags auf Übernahme der Kosten mitteilt. Erkennt der BFV. Hilfsbedürftigkeit an, so muß er die Kosten gegenüber dem Krankenhaus übernehmen, unabhängig von der häufig schwierigen und langwierigen Ermittlungen erfordernden Frage, welcher Fürsorgeverband endgültig die Lasten der Krankenhauspflge zu tragen hat. Es steht nicht vereinzelt da, daß die für die Durchführung der vorläufigen Fürsorgepflicht des BFV. des tatsächlichen Aufenthalts zuständigen Fürsorgebehörden einen Antrag auf Hilfe zunächst mit der Begründung ablehnen, vorerst müsse die Frage geklärt werden, welcher Fürsorgeverband endgültig fürsorgepflichtig sei. Diese Haltung ist eine Verletzung der im § 7 Abs. 1 RFV. den FürsBeh. auferlegten Verpflichtung, jedem Hilfsbedürftigen, der sich in ihrem Bezirk befindet, sofort vorläufig zu helfen. Die vorläufige Fürsorgepflicht auf dem Gebiete der Krankenhilfe behandeln zwei Urteile des BAH., die wegen der eindeutigen Klärung der Rechtslage besondere Bedeutung besitzen: 23. 1. 26, Baath 63, 44, DZW. 2, 263: „Sobald einem BFV. die Hilfsbedürftigkeit eines in einer Heilanstalt seines Bezirks befindlichen Kranken bekannt geworden ist, muß er die Kosten der Anstaltspflege von diesem Zeitpunkt ab vorläufig übernehmen. Dies folgt aus der in dem § 7 Abs. 1 RFV. ausgesprochenen Verpflichtung des BFV., jeden Deutschen vorläufig zu unterstützen, der sich bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit in seinem Bezirk befindet. Insoweit ist es ohne Bedeutung, daß der Kranke ohne Wissen eines FürsVerb. in der Heilanstalt untergebracht worden ist und daß nicht die Stelle, welche die Unterbringung veranlaßt hat, sondern die Heilanstalt dem BFV. von der Hilfsbedürftigkeit Mitteilung macht.“ 18. 6. 27, Baath 66, 93, DZW. 2, 417: „Ist ein Tuberkulosekranke, der nach ärztlichem Urteil dringend der Krankenhauspflge bedarf, zunächst auf Kosten des Unterhaltspflichtigen als Selbstzahler im Krankenhause des vorläufig fürsorgepflichtigen Verbandes verpflegt worden, sind aber in der Folge weitere Zahlungen von dem Unterhaltspflichtigen nicht zu erlangen, so ist der vorläufig fürsorgepflichtige Verband verpflichtet, dem alsdann hilfsbedürftigen Kranken durch Fortsetzung der Krankenhauspflge

„nunmehr auf seine Kosten öffentliche Fürsorge zu gewähren.“ Die Bezeichnung „vorläufige Fürsorgepflicht“ im § 7 Abs. 1 R.F.V. soll nicht das Maß der Fürsorge einschränken. Der vorläufig fürsorgepflichtige BFV. hat dem Hilfsbedürftigen vielmehr alle Fürsorgemaßnahmen angedeihen zu lassen, deren er bedarf. Das Wort „vorläufig“ im § 7 Abs. 1 R.F.V. soll lediglich darauf hindeuten, daß der BFV. des tatsächlichen Aufenthalts des Hilfsbedürftigen von dem nach Abschnitt C der R.F.V. endgültig verpflichteten Verbände gemäß § 14 Abs. 1 R.F.V. Ersatz der Kosten der Fürsorge und Übernahme des Hilfsbedürftigen in eigene Fürsorge verlangen kann. Auch Ausländer einschließlich der Staatlosen sind im Falle der Hilfsbedürftigkeit vorläufig von dem BFV. des tatsächlichen Aufenthalts zu betreuen (§ 13 Satz 1 R.F.V.).

Bem. 9. Fürsorgerechtliche Stellung des Krankenhauses nach Übernahme der Kosten durch den vorläufig fürsorgepflichtigen BFV. Hat der vorläufig fürsorgepflichtige BFV. auf den Antrag des Krankenhauses die Pflegekosten übernommen, so bedient er sich damit des Krankenhauses zur Erfüllung der ihm gegenüber dem Kranken obliegenden Unterstützungspflicht. Die in dem Krankenhaus tätigen Personen (Ärzte, Pflege- und Verwaltungspersonal) sind seine Erfüllungsgehilfen i. S. des § 278 BGB. Er hat nunmehr die Handlungen dieser Personen i. S. des § 17 Abs. 1 R.F.V. zu vertreten. Nach der ständigen Rechtsprechung des BAH. kann daher eine i. S. des § 17 Abs. 1 R.F.V. pflichtwidrige oder gegen Treu und Glauben verstoßende Handlung der genannten im Krankenhaus tätigen Personen den vorläufig fürsorgepflichtigen BFV., der die Krankenhauskosten übernommen hat, mit der Haftung aus Abschiebung belasten. So hat das BAH. z. B. 2. 3. 29, Baath 71, 42, DZW. 5, 398, Abschiebung bejaht, weil die Schwester des Krankenhauses, dem gegenüber eine Kostenübernahme seitens des vorläufig fürsorgepflichtigen, wegen Abschiebung verklagten BFV. vorlag, den Kranken ungeheilt in den Bezirk des aus Abschiebung klagenden BFV. hatte bringen lassen, wo er von dem Kläger seinerseits in Krankenhauspflege genommen werden mußte. Die Haftung aus Abschiebung durch das Personal des Krankenhauses kann eine sehr erhebliche finanzielle Belastung für den vorläufig fürsorgepflichtigen BFV. zur Folge haben. Ein Krankenhaus, dem gegenüber der vorläufig fürsorgepflichtige BFV. die Kosten übernommen hat, wird daher im Interesse des BFV. und zu seinem eigenen Schutze vor Regressansprüchen des BFV. darauf bedacht sein müssen, eine vorzeitige Entlassung des Kranken, die als Abschiebung ausgelegt werden könnte, zu vermeiden. Das Krankenhaus wird gut tun, vor der Entlassung eines Kranken, der weiterer Fürsorgemaßnahmen gesundheitlicher oder sonstiger Art bedarf, dem BFV. durch entsprechende rechtzeitige Benachrichtigung Gelegenheit zu geben, die weitere Fürsorge für den Kranken sicherzustellen oder zum mindesten dem Entlassenen zu raten, sich wegen der weiterhin von ihm benötigten Fürsorge an das Wohlfahrtsamt des BFV. zu wenden. Ein solches Vorgehen dürfte im übrigen auch schon mit Rücksicht auf den Kranken selbst geboten sein. Selbstverständlich ist, daß der BFV. auch die hier fraglichen Handlungen des Personals eines von ihm allgemein ermächtigten Krankenhauses i. S. des § 17 Abs. 1 R.F.V. zu vertreten hat und auch ein solches Krankenhaus daher auf Vermeidung von Abschiebung bedacht sein muß.

Bem. 10. Ablehnung der Kostenübernahme durch den vorläufig fürsorgepflichtigen BFV. Sie berechtigt den Hilfsbedürftigen oder das von ihm entsprechend bevollmächtigte Krankenhaus, den fürsorgerechtlichen Bescheideweg zu beschreiten (zu vgl. Bem. 5).

Hinsichtlich seiner bereits aufgewendeten Kosten kann das Krankenhaus gegen den BFV., der Ersatz dieser Kosten ablehnt, vor dem ordentlichen

Gerichte klagen (RG. 27. 4. 98, 41, 267), und zwar auf Grund der Vorschriften des BGB. über Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigte Bereicherung (BAH. 14. 5. 27, Baath 66, 27/31, DZW. 3, 247: „*Der Erstattungsanspruch der Anstalten gegen den FürsVerb. wird in den meisten Fällen nach § 679 BGB. begründet sein. Denn durch die Aufnahme und Verpflegung Hilfsbedürftiger, welche der Pflege bedürfen, erfüllen die Anstalten eine im öffentlichen Interesse liegende Pflicht des FürsVerb. Dieser muß daher für die Kosten auch dann aufkommen, wenn er die Geschäftsführung nicht oder nicht rechtzeitig genehmigt.*“ Zu vgl. Schrifttum dieses Abschnitts: Einzelabhandlungen, ferner oben S. 98 ff.

Bem. 11. Endgültige Fürsorgepflicht. Sie ist von der eine unmittelbare Unterstützungspflicht darstellenden vorläufigen Fürsorgepflicht (Bem. 8) zu unterscheiden. Sie äußert sich in der Pflicht, dem unterstützenden FürsVerb. Kostenersatz zu leisten und auf sein Verlangen den Hilfsbedürftigen in eigene Fürsorge zu übernehmen. Diese Pflicht entfällt, wenn der unterstützende Verband zugleich endgültig fürsorgepflichtig ist. *Dem Krankenhaus kann nach Vereinbarung mit dem vorläufig fürsorgepflichtigen BFV. die Aufgabe obliegen, in seinem Auftrage den endgültig verpflichteten Verband zu ermitteln und mit ihm wegen des Kostenersatzes zu verhandeln* (zu vgl. „Die Gemeinde“ — Karlsruhe: Verband Badischer Gemeinden — 1930, 63). Insoweit ist die Kenntnis des hier fraglichen und nicht immer leicht zu übersehenden Rechtsgebiets auch für die Krankenhäuser von Bedeutung. Eine Sonderstellung gegenüber dem endgültig verpflichteten Verbands hat die *Berliner Charité*. Ihr ist durch das auch heute noch geltende Preussische Regulative 7. 9. 1830 das Recht verliehen, den endgültig verpflichteten Verband vor dem ordentlichen Gericht auf Kostenersatz in Anspruch zu nehmen (ZfH. 1926, 643). Im übrigen kann hier über die endgültige Fürsorgepflicht nur die folgende knappe Darstellung des geltenden Rechts gegeben werden. Für Zweifelsfälle stehen zur Verfügung die BAATHSche Sammlung der Entscheidungen des BAH., die in Bd. 76 ein ausführliches Gesamtregister für das neue Recht enthält, die Kartei des Sprucharchivs des Fürsorgewesens (München: Bayerischer Kommunalverlag) und die Erläuterungen zur RFV. (zu vgl. Schrifttum für diesen Abschnitt). Die für die Krankenhäuser wichtigsten Entscheidungen des BAH. sind unter Rechtsprechung für diesen Abschnitt zusammengestellt.

Die Regelung der endgültigen Fürsorgepflicht im Abschnitt C der RFV. (§§ 7 Abs. 2ff.), wonach nicht der BFV. des tatsächlichen Aufenthalts des Hilfsbedürftigen, sondern ein nach anderen Grundsätzen zu ermittelnder FürsVerb. endgültig für die Kosten aufzukommen und den Hilfsbedürftigen in eigene Fürsorge zu übernehmen hat, bezweckt einen gerechten Lastenausgleich einerseits zwischen den städtischen und ländlichen BFV. und andererseits zwischen den BFV. und den LFV. Die RFV. hat den Unterstützungswohnsitz als Grundlage für die endgültige Fürsorgepflicht beseitigt. Sie hat sich, den Forderungen der Praxis und holländischen Erfahrungen folgend, für den gewöhnlichen Aufenthalt (gA.) als wesentliche Voraussetzung für die Begründung der endgültigen Fürsorgepflicht entschieden. Der Erwerb des gA. ist an keine Frist gebunden, er kann bereits beim Eintreffen an einem Orte begründet werden. Willensbildung ist im Gegensatz zum Unterstützungswohnsitz nicht mehr erforderlich (§ 10 RFV.). Auch Geisteskranke und Kinder können demnach einen gA. haben. Der Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit des Unterstützungswohnsitzgesetzes ist verlassen. Ehefrau und Kinder begründen selbständig den gA. Voraussetzung für den Erwerb des gA. ist lediglich der nicht nur vorübergehende Aufenthalt an einem Orte.

Nach § 7 Abs. 2 Halbsatz 1 RFV. ist endgültig fürsorgepflichtig der BFV., in dessen Bezirk der Hilfsbedürftige bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit den gA. hat. Eintritt der Hilfsbedürftigkeit bedeutet nach der Rechtsprechung des BAH. Erkennbarwerden der Hilfsbedürftigkeit gegenüber einem Organ der öffentlichen Fürsorge (allgemein ermächtigtes Krankenhaus — Bem. 4 Abs. 2 — ist Organ der öffentlichen Fürsorge). Ist ein gA. nicht vorhanden oder zu ermitteln, handelt es sich also um sog. Landhilfsbedürftige, so ist der LFV. endgültig fürsorgepflichtig, in dessen Bezirk sich der Hilfsbedürftige bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet (§ 7 Abs. 2 Halbsatz 2 RFV.). Diese Regelung wird durch eine Reihe von Ausnahmen durchbrochen. Zur Vermeidung einer Belastung der Städte mit Entbindungsanstalten haftet für ein innerhalb von 6 Monaten nach der Geburt hilfsbedürftig werdendes Kind nicht der BFV. des gA., sondern der BFV. des Ortes, an dem die Mutter im zehnten Monat vor der Geburt zuletzt ihren gA. gehabt hat, oder in Ermangelung eines solchen der LFV., in dessen Bezirk sie sich in diesem Monat zuletzt aufgehalten hat. Diesen sog. Zehnmonatsverband trifft auch die endgültige Fürsorgepflicht für die infolge der Geburt hilfsbedürftig werdende uneheliche Mutter. Sie besteht während der ersten 6 Monate nach der Geburt, damit eine Trennung von Mutter und Kind vermieden wird (§ 8 RFV.). Die Entlastung der Städte mit Anstalten dient § 9 Abs. 1 und 2 RFV. (für die Krankenhäuser besonders wichtig). Für die Insassen von Fürsorge- und Zwangsanstalten, die während des Aufenthalts in der Anstalt oder bei der Entlassung daraus hilfsbedürftig werden, ist endgültig fürsorgepflichtig nicht der BFV. des Anstaltsortes, sondern der Verband des Ortes, von dem aus der Eintritt oder die Einlieferung in die Anstalt erfolgt ist (BFV. oder LFV., je nachdem der Anstaltsinsasse vor Aufnahme in die Anstalt einen gA. besaß oder landhilfsbedürftig war). Die Unterbringung von Kindern in Pflegestellen soll § 9 Abs. 3 RFV. erleichtern. Die Regelung der endgültigen Fürsorgepflicht der Anstaltsinsassen gilt deshalb für sie entsprechend. Hierdurch wird die Belastung des BFV. der Pflegestelle vermieden. Nach der Rechtsprechung des BAH. sind Pflegekinder i. S. des § 9 Abs. 3 RFV. die Kinder der §§ 19, 21 RJWG. Die Belastung des BFV. des Dienst- oder Arbeitsortes mit den häufig sehr erheblichen Kosten der Kur und Verpflegung hilfsbedürftiger kranker Arbeitnehmer für die ersten 26 Wochen nach Beginn der Krankenpflege (§ 11 RFV., gleichfalls für die Krankenhauspflege von besonderer Bedeutung) soll beim Auseinanderfallen von Arbeitsort und Wohnort den BFV. des Wohnortes schützen. Die in geringem Ausmaße unmittelbar auch das Reich belastende Sonderregelung des § 12 RFV. (endgültige Fürsorgepflicht für aus dem Auslande heimkehrende Deutsche, staatenlose ehemalige Deutsche oder staatenlose Personen deutscher Abkunft) ist im Interesse der Grenzlandfürsorgeverbände getroffen, die andernfalls ungerechtfertigt belastet würden. Zu beachten ist, daß für die aus dem Ausland oder den abgetretenen Gebieten Vertriebenen nicht § 12 RFV., sondern § 14 der Verordnung über die Auflösung der Flüchtlingslager vom 17. 12. 23, RGBl. I, 1202, in der Fassung des § 32 Abs. 3 RFV. gilt. Die endgültige Fürsorgepflicht für Ausländer regelt § 13 RFV., sie trifft das Land des tatsächlichen Aufenthalts bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit, sofern es nicht anderes bestimmt; nach preuß. Rechte gilt die reichsrechtliche Regelung der endgültigen Fürsorgepflicht für Deutsche regelmäßig auch für Ausländer.

Soweit nichts anderes bestimmt ist (§ 8 Abs. 2, § 11 RFV., § 1 der Verordnung zur Vierten Änderung der RFV.), dauert die endgültige Fürsorgepflicht bis zur Beendigung der Hilfsbedürftigkeit (sog. Grundsatz der fortgesetzten Hilfsbedürftigkeit). Bei Einbürgerung eines Ausländers und bei der Legitimation

eines unehelichen Kindes hat das BAH. gleichfalls Wechsel des endgültig verpflichteten Verbandes angenommen.

Der vorläufig Fürsorge gewährende FürsVerb. (BFV. oder LFV.) kann von dem endgültig verpflichteten Verband außer dem Ersatz der Kosten Übernahme des Hilfsbedürftigen in eigene Fürsorge verlangen. Der endgültig verpflichtete Verband trägt auch die Kosten der Überführung, er kann die Übergabe verlangen (§ 14 Abs. 1 R.F.V.). Übergabe oder Übernahme kann jedoch u. a. nicht verlangt werden bei nur vorübergehender Hilfsbedürftigkeit oder wenn Übergabe oder Übernahme eine offensichtliche Härte bedeuten (§ 14 Abs. 3a und c R.F.V.). Dies ist besonders für die Krankenhauspflege von Bedeutung. Soweit hiernach das Verlangen nach Übergabe oder Übernahme zulässig ist, kann sie gegenüber einem Empfänger von allgemeiner Fürsorge im Wege unmittelbaren polizeilichen Zwanges durchgeführt werden. Empfänger der gehobenen Fürsorge (Bem. 6) sowie uneheliche, vollverwaiste oder getrennt von beiden Elternteilen untergebrachte eheliche Minderjährige bis zu 16 Jahren dürfen nicht im Wege polizeilichen Zwanges zum Verlassen ihres Aufenthaltsorts gezwungen werden (§ 5 des Ges. über die Freizügigkeit 1. 11. 67, BundGBl. 55, i. d. F. des § 30 R.F.V.).

Die Höhe des Kostenersatzes und die Tarifffrage — der preuß. Tarif ist aufgehoben — regelt § 16 R.F.V. Hat der Pflegefall weniger als 10 RM. Kosten verursacht, so entfällt der Ersatzanspruch. Die schuldhafte Verzögerung oder Unterlassung der verlangten Übergabe oder Übernahme hat gemäß § 17 Abs. 2 und 3 R.F.V. kostenrechtliche Folgen (Verlust des Ersatzanspruchs oder Zuschlag von 25 vH.). Der den Kostenersatz völlig unberechtigt ablehnende oder fordernde FürsVerb. muß eine Prozeßstrafe von 25 vH. des streitigen Betrages bezahlen (§ 17 Abs. 4 R.F.V.). Das Verlangen nach Kostenersatz ist spätestens binnen drei Monaten nach begonnener Unterstützung anzumelden. Andernfalls sind nur die seit drei Monaten vor der Anmeldung aufgewendeten Kosten ersatzfähig (§ 18 R.F.V.).

Im Zusammenhang mit der endgültigen Fürsorgepflicht ist noch auf den im § 17 Abs. 1 R.F.V. geregelten Anspruch aus Abschiebung hinzuweisen. Der Verband, der abgeschoben hat, ist zur Übernahme des Hilfsbedürftigen und zum Kostenersatz nebst 25 vH. verpflichtet (zu vgl. Bem. 9).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Gesamtdarstellungen des Fürsorgerechts: MUTHESIUS: Lehrbuch des Fürsorgerechts. Berlin: Julius Springer 1928. — WÖLZ-RUPPERT-RICHTER: Leitfaden zur Durchführung der R.F.V. Berlin: Heymann 1925. — *Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege.* Berlin: Heymann 1929. — *Erläuterungen der R.F.V.:* BAATH: 8. Aufl. Berlin: Vahlen 1930. — FLEISCHMANN-JÄGER. München: Bayer. Kommunalschriftenverlag 1930. — RUTZ: Fürsorgerecht. München: Beck 1930. — *Zeitschriften:* Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege. Berlin: Heymann. — Zeitschrift für das Heimatwesen. Staßfurt, Berger. — *Erläuterungen der Rechtsprechung:* Sprucharchiv des Fürsorgewesens. München: Bayer. Kommunalschriftenverlag. — Wohlfahrtsrechtsprechung. Bernau b. Berlin: Grüner-Verlag.

Einzelabhandlungen: Bürgerlich-rechtlicher Ersatzanspruch des Krankenhauses gegen den vorläufig fürsorgepflichtigen BFV. (zu vgl. Bem. 10 Abs. 2): DIEFFENBACH: Freie Wohlf. pfl. 4. Jahrg., 271ff., und SELLO: ZfH. 1929, 18ff. u. 34ff.: Darstellung der Rechtsprechung, bei DIEFFENBACH auch Angaben über die fürsorgerechtliche landesgesetzliche Regelung in Bayern, Württemberg und Baden. — *Pflicht der öffentlichen Fürsorge, Behandlung in einem Krankenhaus des Bekenntnisses zu gewähren?:* NASS: RPrVBl. 1931, 713, empfiehlt billigen Ausgleich aller Interessen nach den Umständen des Einzelfalles, nötigenfalls Anweisung der öffentlichen Fürsorge im Dienstaufsichtswege (zu vgl. hierzu jedoch den Erl. d. PrMfV. 25. 4. 29, Volkswohlf. 1929, 456, wonach die öffentliche Fürsorge mindestens das aufzuwendende verpflichtet ist, was sie bei der von ihr angebotenen Unterbringung hätte aufwenden müssen.

Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen.

Nr 1. Kennzeichnung eines Patienten als Wohlfahrtskranken.

*a) 18. 11. 30, Baath **77**, 128, DZW. **7**, 285: Eine Krankenhauspflege, die ein zur Ausübung öffentlicher Fürsorge allgemein ermächtigt Krankenhaus gewährt hat, ist erst von dem Zeitpunkt ab eine fürsorgerechtliche Leistung, zu dem das Krankenhaus kenntlich gemacht hat, daß es dem Patienten in Ausübung öffentlicher Fürsorge Krankenhauspflege gewähren wolle. Ist auf dem Aufnahmebogen vermerkt worden, für den Fall, daß die Kosten anderweitig nicht erstattet würden, werde der Aufgenommene auf Kosten der öffentlichen Fürsorge behandelt, so steht damit fest, daß die Krankenhauspflege als öffentliche Fürsorge gewährt werden sollte.

*b) 21. 4. 31, Baath **78**, 148: Hat ein Krankenhaus, das allgemein ermächtigt ist, im Auftrage der öffentlichen Fürsorge Krankenhauspflege zu üben, für die Niederschrift über die Aufnahmeverhandlungen mit einem Patienten einen für einen fürsorgerechtlichen Pflegefall eingerichteten Vordruck verwendet, so steht damit außer Zweifel, daß das Krankenhaus die Pflege von vornherein in Ausübung seiner allgemeinen Ermächtigung als öffentliche Fürsorge gewährt hat.

Nr 2. Vorläufige Fürsorgepflicht (§ 7 Abs. 1 RFV.).

a) 17. 3. 28, Baath **68**, 75, DZW. **4**, 140: Voraussetzung für die vorläufige Fürsorgepflicht eines BFV. ist lediglich die Tatsache der Anwesenheit des Hilfsbedürftigen in seinem Bezirke. Daß er sich dort auch bei Eintritt seiner Hilfsbedürftigkeit befunden hat, ist nicht erforderlich. In dem § 7 Abs. 1 RFV. hätten daher die Worte „bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit“ fehlen können.

b) 26. 11. 27, Baath **67**, 91, DZW. **3**, 568: Unverzügliche Hilfe ist Zweck des § 7 Abs. 1 RFV. Ihn darf der vorläufige fürsorgepflichtige Verband nicht dadurch vereiteln, daß er vor Einleitung der Fürsorgemaßnahmen den endgültig fürsorgepflichtigen Verband benachrichtigt, um ihm Gelegenheit zu geben, den Hilfsbedürftigen zur Verbilligung der Fürsorge in eigene Fürsorge zu übernehmen.

*c) 19. 11. 29, Baath **73**, 32, DZW. **5**, 750: Kann nach ärztlichem Urteil durch eine Heilbehandlung die Beseitigung oder Besserung einer körperlichen Mißbildung voraussichtlich erreicht werden, so muß der vorläufig fürsorgepflichtige BFV. diese Heilbehandlung gemäß § 7 Abs. 1 RFV. gewähren. Daß die Heilbehandlung Erwerbsunfähigkeit beheben soll, ist nicht erforderlich.

*d) 2. 3. 31, Baath **78**, 66: Die auf der reichsrechtlichen Vorschrift des § 7 Abs. 1 RFV. beruhende vorläufige Fürsorgepflicht des BFV. umfaßt auch die Pflicht, die erforderliche Anstaltspflege eines hilfsbedürftigen Geisteskranken durchzuführen. Verletzt er sie, so handelt er pflichtwidrig im Sinne des § 17 Abs. 1 RFV. Er kann sich insoweit auch nicht darauf berufen, daß die Durchführung der erforderlichen Anstaltspflege hilfsbedürftiger Geisteskranker nach Landesrecht dem LFV. obliegt.

Nr 3. Endgültige Fürsorgepflicht auf Grund gewöhnlichen Aufenthalts (§ 7 Abs. 2, Halbsatz 1 RFV.).

*a) 15. 12. 30, Baath **77**, 173, DZW. **7**, 27: Hält sich eine kranke Hausangestellte, die wegen ihrer Krankheit ihre Dienststelle aufgeben mußte, bei ihrer Mutter auf und ist sie mangels anderer Unterkunftsmöglichkeiten während ihrer bis auf weiteres bestehenden Erwerbsunfähigkeit auf die Unterkunft bei der Mutter angewiesen, so begründet sie am Wohnort der Mutter den gewöhnlichen Aufenthalt. Daß sie bei der Mutter die Entscheidung über einen bei der LVersAnst. gestellten Antrag auf Bewilligung einer Heilstättenkur abwarten wollte und daß sie diese Kur auch tatsächlich demnächst — nach einem etwa 2½ monatigen Aufenthalt bei der Mutter — antreten konnte, steht dem nicht entgegen; die Bewilligung einer Heilstättenkur liegt im Ermessen der LVersAnst., die Hausangestellte konnte daher bei ihrer Rückkehr zu der Mutter keineswegs mit einer alsbaldigen Aufnahme in eine Heilstätte rechnen.

b) 20. 2. 26, Baath **63**, 95, DZW. **2**, 146: Wird eine am Orte ihrer Dienststelle in ein Krankenhaus aufgenommene Hausangestellte aus dem Krankenhaus vorübergehend zwecks Erholung zu ihnen an einem anderen Orte lebenden Eltern geschickt, und kehrt sie von dort, was von vornherein feststand, wieder in das Krankenhaus zurück, so hat sie am Wohnort der Eltern nicht den gewöhnlichen Aufenthalt begründet, wenn sie während ihres Aufenthalts daselbst nicht in der Lage war, sich über ihre endgültigen ferneren Aufenthaltsverhältnisse schlüssig zu werden.

c) 6. 3. 26, Baath **63**, 131, DZW. **2**, 151: Wird ein Kranker ungeheilt zum Zwecke eines Heilungsversuchs von einer Anstalt aus in Familienpflege untergebracht, so kann er am

* Die mit * bezeichneten Entscheidungen sind im Sprucharchiv des Fürsorgewesens (siehe Schrifttum) erläutert.

Orte der Familienpflege den gewöhnlichen Aufenthalt nicht begründen, solange er dort weiterhin unter der ärztlichen Aufsicht der Anstalt steht. Diese Rechtslage erleidet auch dadurch keine Änderung, daß der Kranke in der Familienpflege gegen Entgelt beschäftigt wird.

Nr 4. Endgültige Fürsorgepflicht des Zehnmonatsverbandes.

a) 2. 4. 28, Baath **69**, 1, DZW. **4**, 254: Die Anwendbarkeit des § 8 RfV. setzt die Geburt eines lebenden Kindes voraus. Ob ein lebendes Kind geboren wurde, ist im Einzelfalle in der gleichen Weise zu beurteilen wie die Frage des Beginns der Rechtsfähigkeit eines Menschen im Sinne des § 1 BGB.

b) 12. 11. 27, Baath **66**, 226, DZW. **3**, 254: Die endgültige Fürsorgepflicht des Zehnmonatsverbandes für das Kind umfaßt nur diejenige Hilfsbedürftigkeit des Kindes, die innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt begonnen hat. Wurde eine solche Hilfsbedürftigkeit des Kindes unterbrochen und ist das Kind sodann nach Ablauf von sechs Monaten seit der Geburt erneut hilfsbedürftig geworden, so ist hinsichtlich dieser zweiten Hilfsbedürftigkeit nicht der Zehnmonatsverband, sondern der nach den Vorschriften der RfV. außer § 8 Abs. 1 zuständige Verband endgültig fürsorgepflichtig.

c) 20. 3. 28, Baath **68**, 85, DZW. **6**, 144: Steht fest, daß die uneheliche Mutter während des ersten Teiles des zehnten Monats vor der Geburt ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Bezirk des als Zehnmonatsverband in Anspruch genommenen BFV. hatte, läßt sich aber für den Rest des zehnten Monats über ihre Aufenthaltsverhältnisse nichts ermitteln, so ist die endgültige Fürsorgepflicht des in Anspruch genommenen Verbandes als des BFV. des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der Mutter im zehnten Monat vor der Geburt nicht etwa deshalb zu verneinen, weil die Mutter möglicherweise während des Restes des zehnten Monats vor der Geburt im Bezirk eines anderen BFV. einen gewöhnlichen Aufenthalt begründet hatte.

d) 13. 2. 26, Baath **63**, 87, DZW. **2**. 148: Ist eine Person von dem Orte ihres gewöhnlichen Aufenthalts aus in eine Anstalt eingetreten, so ist es so anzusehen, als habe sie den gewöhnlichen Aufenthalt während ihres Verweilens in der Anstalt beibehalten. Hat die uneheliche Mutter den zehnten Monat vor der Geburt in einer Anstalt verbracht, so ist deshalb Zehnmonatsverband im Sinne des § 8 Abs. 1 RfV. der BFV. des Ortes ihres gewöhnlichen Aufenthalts vor Eintritt in die Anstalt.

e) 24. 9. 25, Baath **62**, 22: Hat die uneheliche Mutter im zehnten Monat vor der Geburt als Fürsorgezögling in einer Arbeitsstelle der ständigen Aufsicht der Fürsorgeerziehungsanstalt unterstanden, so trifft die im § 8 RfV. vorgesehene Verpflichtung den Verband, der bei Einlieferung der Mutter in die Anstalt endgültig fürsorgepflichtig gewesen wäre.

f) 12. 9. 25, Baath **62**, 1 und 28. 4. 28, Baath **68**, 235, DZW. **4**, 253: § 8 Abs. 2 RfV. ist dahin auszulegen, daß der Zehnmonatsverband die Kosten der Fürsorgemaßnahmen zu erstatten hat, die für die Mutter bei der Geburt und innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt des Kindes notwendig geworden sind. Die endgültige Fürsorgepflicht bezüglich der vor der Geburt notwendigen Fürsorgemaßnahmen für die uneheliche Mutter regelt sich nach den Vorschriften der RfV. außer § 8 Abs. 2, auch wenn diese Fürsorgemaßnahmen mit der Geburt im Zusammenhang stehen.

g) 10. 3. 28, Baath **68**, 39, DZW. **4**, 89: Die Kosten der Überführung der Mutter in die Entbindungsanstalt braucht der Zehnmonatsverband nicht zu erstatten.

h) 23. 1. 26, Baath **63**, 63, DZW. **2**, 33: Werden für eine uneheliche Mutter innerhalb von 6 Monaten nach der Geburt Fürsorgemaßnahmen notwendig, die offensichtlich außer Zusammenhang mit der Geburt stehen, so ist insoweit nicht der Zehnmonatsverband, sondern der nach den sonstigen Vorschriften der RfV. zuständige Verband endgültig fürsorgepflichtig.

Nr 5. Endgültige Fürsorgepflicht bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit in Anstalten (§ 9 Abs. 1 u. 2 RfV.).

a) 19. 6. 26, Baath **64**, 49, DZW. **2**, 260: Sogenannte Hausschwangere sind Anstaltspfleglinge im Sinne des § 9 Abs. 1 u. 2 RfV.

b) 27. 11. 26, Baath **64**, 192, DZW. **2**, 579: Wird das Kind der Angestellten eines Kinderheims in dem Heime in der gleichen Weise wie die anderen Heimkinder gehalten und ist sich die Mutter bei der Mitnahme des Kindes in das Heim dieser Folge bewußt gewesen, so dient das Heim dem Kinde als Fürsorgeanstalt im Sinne des § 9 Abs. 1 RfV. Das Kind ist also „Heimkind“ geworden. Daß die Mutter in dem Heim als Angestellte tätig ist, das Kind stillt und sich ihm in ihrer freien Zeit widmet, schließt die Eigenschaft des Kindes als eines Heimkindes nicht aus.

*c) 28. 6. 30, Baath **74**, 176, DZW. **6**, 381: Das Mutterhaus eines Schwesternordens dient den in dem Hause befindlichen Schwestern nicht als Fürsorgeanstalt im Sinne des § 9 Abs. 1 RfV., solange sie ihren Beruf als Schwester (Betreuung anderer) ausüben. Kehrt jedoch eine Schwester von einem Außenposten in das Mutterhaus zurück, weil sie wegen

Krankheit ihren Beruf nicht mehr ausüben kann und selbst der anstaltsmäßigen Betreuung bedarf, die ihr im Mutterhaus gewährt wird, so dient ihr das Mutterhaus nunmehr als Fürsorgeanstalt.

d) 2. 4. 31, Baath **78**, 103: Für die Bejahung der Eigenschaft einer Person als Anstaltspflegling genügt es, daß ihr die Anstalt als Fürsorgeanstalt gedient hat. Sie wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Person nicht zu dem Kreise von Pfleglingen gehört, die in der Anstalt regelmäßig betreut werden.

e) 13. 1. 30, Baath **73**, 187, DZW. **6**, 116: Wer nicht wegen Krankheit, sondern lediglich zur Befriedigung des Wohnbedürfnisses mangels anderer geeigneter Unterkunft in einem Krankenhause untergebracht wird, ist kein Anstaltspflegling im Sinne des § 9 Abs. 1 u. 2 RfV. Er kann daher am Anstaltsorte den gA. begründen.

*f) 17. 9. 30, Baath **75**, 64: Ist eine Person bei anstaltsfreiem Aufenthalt nicht auf öffentliche Fürsorge angewiesen, muß die öffentliche Fürsorge jedoch die Kosten der für sie notwendigen Anstaltspflege übernehmen, so beginnt ihre fürsorgerechtliche Hilfsbedürftigkeit erst mit dem Eintritt in die Anstalt. Die dem Eintritt in die Anstalt vorhergehenden Aufnahmeverhandlungen können den Eintritt der fürsorgerechtlichen Hilfsbedürftigkeit nicht herbeiführen.

g) 21. 11. 25, Baath **62**, 146, DZW. **2**, 35, und 13. 2. 26, Baath **63**, 73, DZW. **2**, 36: Gibt eine Person ihren gA. an einem Orte zum Zwecke des Eintritts in eine Anstalt auf und verweilt sie vor ihrem Eintritt in die Anstalt nur kurze Zeit am Anstaltsort oder an einem dritten Orte, so ist sie gleichwohl von dem Orte ihres früheren gA. aus in die Anstalt eingetreten.

h) 9. 1. 26, Baath **63**, 22, DZW. **2**, 37: Hat eine Person, ohne die Absicht, in eine Anstalt einzutreten, ihren gA. an einem Orte aufgegeben, tritt sie aber alsbald in eine Anstalt ein, so ist sie gleichwohl nicht von dem Orte ihres früheren gA. aus in die Anstalt eingetreten. (Über die endgültige Fürsorgepflicht in diesem Falle zu vgl. das nächste Urteil.)

i) 24. 4. 26, Baath **63**, 214, DZW. **2**, 208: Hatte jemand unmittelbar vor Eintritt in eine Anstalt keinen gA., so trifft die endgültige Fürsorgepflicht gemäß § 9 Abs. 2 RfV. den LFV. des Ortes des tatsächlichen Aufenthalts, von dem aus der Eintritt in die Anstalt erfolgt ist. Dies ist keineswegs stets der LFV. des Anstaltsortes. Entscheidend ist vielmehr, ob der Anstaltsinsasse erst am Anstaltsorte oder bereits früher während seines tatsächlichen Aufenthaltes innerhalb eines anderen LFV. den Entschluß zum Eintritt in die Anstalt gefaßt hat. Trifft letzteres zu, so liegt die endgültige Fürsorgepflicht gemäß § 9 Abs. 2 RfV. nicht dem LFV. des Anstaltsortes, sondern dem LFV. ob, wo der Anstaltsinsasse den Entschluß zum Eintritt in die Anstalt gefaßt hat und von wo aus er ohne wesentlichen Zwischenaufenthalt in die in einem anderen LFV. gelegene Anstalt eingetreten ist.

k) 19. 6. 26, Baath **64**, 49, DZW. **2**, 260: Für die Bejahung der Frage, ob ein Hilfsbedürftiger von dem Orte seines aufgegebenen gA. aus an einem anderen Orte in eine Anstalt eingetreten ist, ist es nicht erforderlich, daß der Hilfsbedürftige an dem anderen Orte gerade in derjenigen Anstalt Aufnahme gefunden hat, in die er bei Verlassen des Ortes seines gA. aufgenommen werden wollte. Es genügt vielmehr, daß er an dem anderen Orte überhaupt in Anstaltspflege genommen worden ist.

l) 25. 6. 27, Baath **66**, 116, DZW. **3**, 364, und 31. 1. 29, Baath **70**, 193, DZW. **4**, 666: Gibt jemand seinen gA. an einem Orte auf und tritt er am neuen Aufenthaltsorte alsbald in eine Anstalt ein, wo er hilfsbedürftig wird, so ist der BFV. des ersten Ortes gemäß § 9 Abs. 2 i. V. m. § 7 Abs. 2 Halbsatz 1 RfV. nicht nur dann endgültig fürsorgspflichtig, wenn der Hilfsbedürftige beim Verlassen des Ortes die Absicht hatte, in eine Anstalt einzutreten; es genügt vielmehr, daß er beim Verlassen des Ortes seines gA. mit der Notwendigkeit rechnen mußte, an dem neuen Aufenthaltsorte alsbald in eine Anstalt einzutreten. Dies ist aber zu verneinen, wenn am neuen Aufenthaltsort nur infolge eines außergewöhnlichen Verlaufs der Dinge Anstaltspflege erforderlich wird.

*m) 28. 6. 30, Baath **74**, 180, DZW. **6**, 374: Verläßt ein Geisteskranker seinen Wohnort unter Aufgabe seines bisher dort vorhandenen gA. und wird er daraufhin alsbald in eine Anstalt aufgenommen, wo er hilfsbedürftig wird, so genügt es für die auf § 9 Abs. 2 i. V. m. § 7 Abs. 2 Halbs. 1 RfV. beruhende endgültige Fürsorgepflicht des BFV. des Ortes des bisherigen gA., daß zu dem Zeitpunkt, zu dem der Geisteskranke den Ort seines bisherigen gA. verließ, objektiv mit der Notwendigkeit seiner alsbaldigen Aufnahme in eine Anstalt gerechnet werden mußte. Daß der Geisteskranke selbst dies erkannt hat, ist nicht erforderlich.

n) 6. 11. 26, Baath **64**, 164, DZW. **2**, 528: Hat ein Kranker, der bisher auf Kosten der öffentlichen Fürsorge in einer Anstalt gepflegt wurde, die Anstalt verlassen und wurde er sodann wieder auf Kosten der öffentlichen Fürsorge in Anstaltspflege genommen, so ist nach der ständigen Rechtsprechung des BAH. davon auszugehen, daß durch den anstaltsfreien Aufenthalt, auch wenn während dieser Zeit fürsorgerechtliche Hilfsbedürftigkeit fehlte, die Hilfsbedürftigkeit nicht unterbrochen worden ist, sofern der Kranke auch während des anstaltsfreien Aufenthalts anstaltspflegebedürftig war und mit seiner Wiederaufnahme

in eine Anstalt gerechnet werden mußte. In Anlehnung an diese Rechtsprechung stellt das BAH. für Fälle, in denen die Hilfsbedürftigkeit während der Anstaltspflege erst nach dem anstaltsfreien Aufenthalt eintrat, die aber im übrigen gleich liegen, den Grundsatz auf, es sei so anzusehen, als habe sich der Kranke auch während des anstaltsfreien Aufenthalts in Anstaltspflege befunden. Der Verband, der beim erstmaligen Eintritt in eine Anstalt endgültig fürsorgepflichtig gewesen wäre, ist daher zwar nicht wegen Einheitlichkeit des Pflegefalles, wohl aber wegen ununterbrochenen Anstaltsaufenthalts endgültig fürsorgepflichtig.

28. 6. 26, Baath **64**, 118, DZW. **2**, 257: Die Worte des § 9 Abs. 1 R.F.V. „Eintritt in eine Anstalt“ umfassen auch die Geburt in der Anstalt. Ein Kind, das in einer Anstalt geboren wird, kann daher mit Rücksicht auf § 9 Abs. 1 R.F.V. durch sein Verweilen in der Anstalt am Anstaltsorte nicht den g.A. begründen. Wird es in der Anstalt hilfsbedürftig, so ist somit gemäß § 7 Abs. 2 Halbsatz 2 i. V. m. § 9 Abs. 1 R.F.V. der L.F.V. des Anstaltsortes endgültig fürsorgepflichtig. § 9 Abs. 2 R.F.V. kann für die Ermittlung der endgültigen Fürsorgepflicht nicht in Betracht kommen, weil die Vorschrift rechtserhebliche Aufenthaltsverhältnisse vor Eintritt in die Anstalt voraussetzt, diese Voraussetzung aber von dem Kinde, dessen rechtserhebliche Aufenthaltsverhältnisse erst mit der Geburt beginnen, nicht erfüllt werden kann.

o) 27. 11. 26, Baath **64**, 224, DZW. **2**, 580: Ist ein Kind in einer Anstalt oder in einer Pflegestelle geboren und hat es sich seitdem ununterbrochen in Anstalten oder Pflegestellen befunden, so trifft die endgültige Fürsorgepflicht nicht den L.F.V. der ersten Anstalt oder Pflegestelle, aus dessen Bereich das Kind erstmalig in einer anderen Anstalt oder Pflegestelle untergebracht worden ist, sondern den L.F.V. der Anstalt oder Pflegestelle, in der das Kind hilfsbedürftig wurde.

Nr 6. Ersatzpflicht des B.F.V. des Dienst- oder Arbeitsortes für Kranke.

a) 9. 1. 26, Baath **63**, 25, DZW. **2**, 94: In dem § 11 Abs. 1 R.F.V. sind die Worte „Erkrankt eine Person“ gleichbedeutend mit „Wird eine Person infolge Krankheit unterstützt“.

*b) 18. 10. 30, Baath **75**, 182: Krankheit im Sinne des § 11 R.F.V. ist nach Alkoholismus allein, der in solchem Maße besteht, daß ärztliche Hilfe erforderlich ist.

*c) 19. 11. 29, Baath **73**, 32, DZW. **5**, 750: Krankheit im Sinne des § 11 R.F.V. ist auch eine körperliche Mißbildung, deren Beseitigung oder Besserung nach ärztlichem Gutachten durch eine Heilbehandlung voraussichtlich erreicht werden kann. Daß die Heilbehandlung Erwerbsunfähigkeit beheben soll, ist nicht erforderlich.

d) 2. 4. 28, Baath **68**, 172, DZW. **4**, 256: Sind Mutter und Kind zusammen in ein Säuglingsheim aufgenommen worden, damit die Mutter das Kind stillen könne, erhält die Mutter aber von dem Heim neben freier Verpflegung keinen Barlohn, so ist ein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 11 R.F.V. zwischen der Mutter und dem Heime zu verneinen, auch wenn die Mutter außer dem eigenen Kinde noch andere Heimkinder stillt.

*e) 10. 4. 31, Baath **78**, 118: Treten im Verlauf eines Pflegefalles die Voraussetzungen des § 11 R.F.V. ein, so geht damit die endgültige Kostenlast für Kur und Verpflegung von dem bisher verpflichteten Verband auf den B.F.V. des Arbeitsortes über. Mit dem Ablauf der 26. Woche seit Beginn der Verpflichtung des B.F.V. des Arbeitsortes lebt die endgültige Kostenlast des bisher verpflichteten Verbandes wieder auf. Wurde die Frau eines Arbeitslosen im B.F.V. A., wo sie ihren g.A. hatte, von der öffentlichen Fürsorge in einem Krankenhaus verpflegt, und ist sie sodann zu ihrem Mann in den B.F.V. B. zurückgekehrt, der inzwischen dort für zwei Wochen Arbeit bei einem Arbeitgeber gefunden hatte, so sind daher trotz fortgesetzter Hilfsbedürftigkeit der Frau die Kosten der ihr vom B.F.V. B. alsbald gewährten zweiten Krankenpflege, die noch während der Arbeit des Mannes und des Aufenthalts der Frau bei dem Mann begann, nicht von dem B.F.V. A., sondern von dem B.F.V. B. endgültig zu tragen. Mit Ablauf der 26. Woche der zweiten Krankenpflege fallen ihre Kosten jedoch dem B.F.V. A. endgültig zur Last.

f) 6. 11. 26, Baath **64**, 168, DZW. **2**, 530: Der von dem BAH. aufgestellte Grundsatz, daß § 11 Abs. 3 R.F.V. auch Platz greife, wenn die Kosten einer Krankenpflege nur zum Teil von der Krankenkasse und im übrigen von privater Seite gezahlt worden seien, umfaßt auch den Fall, daß ein Krankenhaus zunächst selbst den von der Krankenkasse nicht gedeckten Teil der Kosten der Krankenhauspflege getragen und die öffentliche Fürsorge erst in Anspruch genommen hat, nachdem es anderweitige Erstattung nicht erreichen konnte.

Nr 7. Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit der Kosten
(§ 14 Abs. 1 Satz 1 R.F.V.).

a) *Pflichten des vorläufig Fürsorge gewährenden Verbandes.*

*21. 4. 31, Baath **78**, 148, DZW. **7**, 362: Gemäß § 184 R.V.O. ist die Krankenkasse zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet, an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu gewähren. Der vorläufig Fürsorge gewährende B.F.V. ist daher nach der ständigen Rechtsprechung des BAH. regelmäßig auch

nicht verpflichtet, zur Beseitigung der Hilfsbedürftigkeit bei der Krankenkasse zu beantragen, daß sie die vollen Kosten der Krankenhauspflege zahlt oder die Krankenhauspflege selbst übernimmt. — 15. 5. 31, Baath **78**, 188, DZW. **7**, 362: Das gleiche gilt für ein Heilverfahren der Versicherungsanstalt nach § 1269 RVO. — 19. 6. 26, Baath **64**, 47, DZW. **2**, 427: Hat aber die Krankenkasse die Kosten der Kur und Verpflegung in einem bestimmten Krankenhaus (Universitätsklinik) bereits übernommen und ist der Patient wegen Überfüllung dieses Krankenhauses in einem anderen Krankenhaus aufgenommen worden, so mußte in diesem besonderen Falle der vorläufig Fürsorge gewährende Verband bei der Krankenkasse anfragen, ob und wo der Kranke, der in der Universitätsklinik nicht habe aufgenommen werden können, nunmehr an anderer Stelle auf Kosten der Krankenkasse untergebracht werden solle. Unterläßt er dies, so ist sein Ersatzanspruch gegen den endgültig verpflichteten Verband zu verneinen.

b) *Hilfsbedürftigkeit.*

6. 11. 26, Baath **64**, 175, DZW. **2**, 480: Hat die FürsBeh. oder die von ihr beauftragte Stelle versäumt, einwandfrei festzustellen, ob Hilfsbedürftigkeit vorliege, erweist sich aber nachträglich, daß tatsächlich Hilfsbedürftigkeit vorlag, so kann aus dem Versäumnis der einwandfreien Feststellung der Hilfsbedürftigkeit eine Einwendung gegen den Erstattungsanspruch nicht hergeleitet werden. Hat ein im Auftrage der öffentlichen Fürsorge handelndes Krankenhaus einen nach späterer Feststellung tatsächlich hilfsbedürftigen Kranken aufgenommen, ohne sich vor der Aufnahme über seine Hilfsbedürftigkeit Gewißheit zu verschaffen, so sind daher die Kosten der Krankenhauspflege von dem endgültig verpflichteten Verbands gleichwohl zu erstatten. Die Pflicht eines im Auftrage der öffentlichen Fürsorge handelnden Krankenhauses, den aufzunehmenden Patienten über seine Hilfsbedürftigkeit zu vernehmen, wird hierdurch nicht berührt.

6. 11. 26, Baath **64**, 175, DZW. **2**, 480: Ein Kranker, der nach ärztlichem Gutachten in ein Krankenhaus aufgenommen werden muß, ist hilfsbedürftig, wenn er nicht in der Lage ist, den von dem Krankenhaus geforderten Kostenvorschuß zu zahlen. Ein Krankenhaus, das zur Pflege hilfsbedürftiger Kranker auf Kosten der öffentlichen Fürsorge ermächtigt ist, darf ihn daher auf Kosten der öffentlichen Fürsorge aufnehmen.

23. 4. 29, Baath **71**, 159, DZW. **5**, 247: Ist eine uneheliche Mutter mit ihrem wenige Tage alten Säugling in ein Säuglingsheim aufgenommen worden, um dort die Verpflegung für sich und ihr Kind als Amme zu verdienen, stellt sich aber alsbald heraus, daß sie nur das eigene, nicht aber auch andere Kinder stillen kann, so darf der vorläufig fürsorgepflichtige BFV. die Kosten der weiteren Verpflegung von Mutter und Kind in dem Heim übernehmen, sofern eine anderweitige Deckung dieser Kosten nicht möglich ist und auch die Unterbringung von Mutter und Kind bei den Eltern der Mutter nach Lage der Verhältnisse nicht tunlich erscheint. Der endgültig verpflichtete Verband kann dann nicht einwenden, die Mutter habe unter Trennung von ihrem mit der Flasche groß zu ziehenden Säugling durch Arbeit den Unterhalt für sich und ihr Kind verdienen oder mit dem Kinde Aufnahme bei ihren Eltern suchen müssen.

*27. 1. 31, Baath **78**, 9, DZW. **7**, 239: Solange eine Mutter durch das ärztlicherseits als zweckmäßig angesehene Stillen ihres Kindes nach Lage des Falles an Erwerbsarbeit gehindert ist, muß ihre Hilfsbedürftigkeit beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen bejaht werden. Ist sie während dieser Zeit von der öffentlichen Fürsorge zusammen mit dem anstaltspflegebedürftigen Kinde in derselben Anstalt verpflegt worden und war diese Art der Hilfe nach Lage des Falles zweckmäßig, so sind ihre Kosten daher erstattungsfähig.

c) *Ausmaß der Krankenhilfe.*

11. 2. 30, Baath **74**, 21, DZW. **6**, 42: Muß nach ärztlichem Urteil mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß ein Kind bei der Geburt syphilitisch infiziert war, und ist dem Kinde deshalb von der öffentlichen Fürsorge die nach ärztlichem Urteil notwendige prophylaktische Syphiliskur gewährt worden, so hat es sich hierbei nicht um eine im Sinne des § 3 RGS. nur vorbeugende und deshalb nicht erstattungsfähige Maßnahme gehandelt. Die Kosten der Kur sind vielmehr erstattungsfähig.

d) *Zulässige Dauer der Krankenhauspflege.*

*1. 10. 30, Baath **75**, 141, DZW. **6**, 618: Es erscheint gerechtfertigt, daß ein FürsVerb. die von ihm zu betreuenden Säuglinge zunächst ausnahmslos in eine Durchgangsstation (Säuglingsstation des Waisenhauses in der Alten Jakobstraße zu Berlin) aufnimmt, die zwecks Entscheidung über die Art der weiteren Fürsorge für die aufgenommenen Kinder eine möglichst zuverlässige und schnelle Feststellung ihres Gesundheitszustandes gewährleisten soll und die deshalb ärztlich, pflegerisch und hinsichtlich der medizinischen Einrichtungen besonders vollkommen ausgestattet ist. Für die Beobachtung eines Säuglings in einer solchen Durchgangsstation muß jedoch in der Regel ein Zeitraum von 14 Tagen genügen. Hat der vorläufig Fürsorge gewährende Verband einen als gesund festgestellten

Säugling über diesen Zeitraum hinaus (insgesamt etwa 3 Monate) in der Durchgangsstation behalten, so kann er daher dem endgültig verpflichteten Verband den hohen Pflegesatz der Durchgangsstation (4,41 RM. 1926) auch nur für die ersten 14 Tage des Aufenthalts des Kindes in der Durchgangsstation in Rechnung stellen. Für die Folgezeit beschränkt sich sein Ersatzanspruch auf die Kosten, die bei der Betreuung eines gesunden Kindes in einer Pflegestelle oder, in Ermangelung einer solchen, in einem Säuglingsheim regelmäßig entstehen. — Zu vgl. zu diesem Urteil Z. Gesdh.fürs. u. Gesdh.verw. 1931, 561.

e) *Selbstkosten.*

26. 6. 26, Baath 64, 65, DZW. 7, 581: Der vorläufig fürsorgepflichtige Verband kann seiner Forderung gegen den endgültig fürsorgepflichtigen Verband den höheren Verpflegungssatz seines Krankenhauses für Auswärtige zugrunde legen, sofern dieser Satz sich im Rahmen der Selbstkosten hält und nicht etwa einen Überschuß ergibt, der den niedrigeren Verpflegungssatz für Einheimische ermöglicht.

28. 11. 25, Baath 62, 199, DZW. 1, 568: Bringt der vorläufig fürsorgepflichtige Verband, der kein eigenes Krankenhaus besitzt, den hilfsbedürftigen Kranken in einem fremden Krankenhause unter und muß er hierfür den höheren Verpflegungssatz für Ortsfremde zahlen, so hat der endgültig verpflichtete Verband diese Kosten voll zu erstatten.

26. 6. 26, Baath 64, 69, DZW. 2, 582: Der vorläufig fürsorgepflichtige Verband, der für einen im Krankenhaus untergebrachten Hilfsbedürftigen von dritter Seite Zahlungen erhält, darf seinen Erstattungsanspruch gegen den endgültig verpflichteten Verband in der Weise berechnen, daß er die Leistungen der Dritten nicht von dem von Einheimischen zu zahlenden niedrigeren, sondern von dem von Auswärtigen zu zahlenden höheren Verpflegungssatze des Krankenhauses abzieht. Der alsdann verbleibende Rest ist erstattungsfähig, sofern er die Selbstkosten nicht überschreitet. Dieser von dem BAH. unter der Herrschaft des alten Rechts ausgesprochene und für das neue Recht aufrechtzuerhaltende Grundsatz gilt auch dann, wenn der vorläufig fürsorgepflichtige Verband den Kranken in seinem eigenen Krankenhause untergebracht hat.

*28. 3. 31, Baath 78, 93: Hat in einem Falle von Krankenpflege der Kläger im Fürsorge-streitverfahren für den von ihm geforderten Verpflegungssatz, der die Selbstkosten nicht überschreiten soll, eine Berechnung dieser Selbstkosten vorgelegt, so muß der Beklagte, der die Berechnung beanstandet, im einzelnen angeben, welche Posten der Berechnung und aus welchen Gründen er sie beanstandet. Mit einer allgemein gehaltenen Beanstandung wird der Beklagte nicht gehört.

f) *Unzulässige Einwendungen gegen den Ersatzanspruch.*

26. 6. 26, Baath 64, 69, DZW. 2, 582: Hat die Krankenanstalt, in der ein Hilfsbedürftiger auf seine Meldung oder Einlieferung hin auf Kosten des vorläufig fürsorgepflichtigen Verbandes verpflegt worden ist, einen höheren Verpflegungssatz als andere Krankenanstalten des Unterstützungsorts, bedurfte aber der Kranke nach ärztlichem Urteil der sofortigen Aufnahme und weiteren Pflege ohne Wechsel des Krankenhauses, so kann der endgültig verpflichtete Verband nicht einwenden, der Kranke hätte am Unterstützungsorte in einem billigeren Krankenhause untergebracht werden müssen.

26. 3. 28, Baath 68, 110, DZW. 4, 415: Ist einem Hilfsbedürftigen von dem BFV. des tatsächlichen Aufenthalts eine nach ärztlichem Urteil erforderliche Krankenhauspflege gewährt worden, so kann der BFV. des gA. gegenüber dem Ersatzanspruch nicht einwenden, der Kranke habe an das Krankenhaus seines Bezirks gewiesen werden müssen, dessen niedrigeren Verpflegungssatz er aus eigenen Mitteln habe zahlen können.

g) *Mangel der Erstattungsfähigkeit wegen Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers.*

*21. 10. 30, Baath 77, 17: Ist ein Geisteskranker auf Veranlassung der Polizei in ein Krankenhaus und von dort in eine Heil- und Pflegeanstalt überführt worden, weil er seine Umgebung gefährdete (Versuch, seiner Frau den Hals abzuschneiden), so ist damit erwiesen, daß in erster Linie der Schutz der Allgemeinheit die Verwahrung des Geisteskranken in einer Anstalt erfordert hat. Die Kosten des Anstaltsaufenthalts sind daher nicht von der öffentlichen Fürsorge, sondern von der Polizei zu tragen. Der Umstand, daß eine frühere Anstalts-pflege des Geisteskranken, die seiner Überführung in das Krankenhaus unmittelbar vorangegangen war, überwiegend der Fürsorge für seine Person gedient haben mag, rechtfertigt keine abweichende Beurteilung der Rechtslage.

*26. 1. 31, Baath 77, 218, DZW. 7, 177: Überweist die Justiz- oder PolBeh. einen Gefangenen wegen Krankheit der FürsBeh., die ihn in Anstaltspflege nimmt, so fallen die Kosten der Justiz- oder PolBeh. und nicht der öffentlichen Fürsorge zur Last, sofern und solange die Anstalt den Kranken im Auftrage der Justiz- oder PolBeh. verwahrt. Letzteres ist jedoch zu verneinen, wenn die Anstalt gegenüber den überweisenden Justizbeh. nicht die Verpflichtung übernommen hat, um die Verwahrung des Kranken bemüht zu sein, und

der Kranke dementsprechend auch von der Anstalt nicht in seiner Bewegungsfreiheit beschränkt worden ist. Die Kosten der Anstaltspflege fallen alsdann der öffentlichen Fürsorge zur Last. Der Umstand, daß die Staatsanwaltschaft das Amtsgericht zwar ersucht hatte, die Verwahrung des Kranken durch die Anstalt sicherzustellen, das Amtsgericht aber diesem Ersuchen nicht entsprochen hatte, rechtfertigt keine anderweitige Beurteilung der Rechtslage.

*21. I. 31, Baath **77**, 213, DZW. **7**, 176: Ist eine Person, die an einer ansteckenden Krankheit leidet, behördlicherseits in einem Krankenhaus untergebracht worden, so hängt die Entscheidung der Frage, ob die Kosten des Anstaltsaufenthalts des Kranken von der Gesundheitspolizei oder von der öffentlichen Fürsorge zu tragen sind, davon ab, ob die Unterbringung in dem Krankenhaus nach dem von der unterbringenden Behörde selbst verfolgten Zweck überwiegend dem Schutz der Allgemeinheit (Verhütung von Ansteckungen Dritter) oder überwiegend der Fürsorge für die Person des Kranken dienen sollte. Ist ein an Paratyphus Erkrankter auf ärztliche Meldung durch Polizeiorgane gegen seinen Willen in ein Krankenhaus überführt worden, so erhellt hieraus, daß die Unterbringung in dem Krankenhaus überwiegend dem Schutz der Allgemeinheit dienen sollte. Die Kosten des Anstaltsaufenthalts sind daher nicht von der öffentlichen Fürsorge zu tragen; Der Umstand, daß im Hinblick auf die Art der Krankheit die zwangsweise Überführung des Kranken in das Krankenhaus durch die Gesundheitspolizei nach den maßgebenden Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten unzulässig war, steht dem nicht entgegen.

*1. 12. 31, Baath **79**, 241, DZW. **8**, Nr. 1: Sind Kosten der Heilung eines Geschlechtskranken in erster Linie unter gesundheitsbehördlichen Gesichtspunkten (§ 4 Abs. 2 GeschlKrG.) angewendet worden, so müssen sie mangels einer abweichenden landesgesetzlichen Regelung nicht von der öffentlichen Fürsorge, sondern von der Gesundheitsbehörde getragen werden.

h) *Sonstiges.*

7. 9. 29, Baath **72**, 56, DZW. **5**, 462: Der Grundsatz, daß dem endgültig verpflichteten Verbands gegenüber im Falle der Anstaltspflege für den Aufnahme- und den Entlassungstag nur ein Tag zu berechnen ist, gilt auch dann, wenn der vorläufig Fürsorge gewährende Verband selbst der Anstalt für beide Tage je einen vollen Verpflegungssatz zahlen mußte. Auf den Verpflegungssatz des einen dem endgültig verpflichteten Verbands gegenüber nicht zu berücksichtigenden Tages darf jedoch der vorläufig Fürsorge gewährende Verband Zahlungen Dritter vorweg verrechnen.

13. 1. 30, Baath **74**, 6, DZW. **6**, 325: Ist eine Anstalt allgemein ermächtigt, auf Kosten der öffentlichen Fürsorge Anstaltspflege zu gewähren, so können die Kosten einer von ihr demgemäß zu Recht auf Kosten der öffentlichen Fürsorge gewährten Anstaltspflege auch dann erstattungsfähig sein, wenn sich die öffentliche Fürsorge der Anstalt gegenüber vorbehalten hat, die Übernahme der Kosten abzulehnen, falls sich herausstellt, daß Hilfsbedürftigkeit fehlte.

II. Ärztereht.

A. Kurierfreiheit, Ausbildung, Promotion und Approbation der Ärzte.

Von

W. LUSTIG, Berlin.

I. Allgemeines. Kurierfreiheit. Kampf gegen Kurpfuschertum.

Bemerkung 1. Kurierfreiheit. In Deutschland herrscht seit Einführung der GewO. im Jahre 1869 Kurierfreiheit. Nur Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist durch § 7 GeschlKrG. (s. S. 237) nichtapprobierten Heilpersonen in Deutschland untersagt, ebenso wie die Vornahme der Pockenimpfung (s. S. 46, Bem. 5) und die gewerbliche Ausübung der Geburtshilfe ohne Prüfungszeugnis durch Frauen (§ 30 GewO.).

Bem. 2. Bekämpfung des Kurpfuschertums. Diese erstreckt sich hauptsächlich auf folgende Gesichtspunkte: Unerlaubte arztähnliche Bezeichnung und unerlaubte Titelführung (§ 147 Abs. 1 Nr. 3 GewO. und § 360 Z. 8 StrGB.), unerlaubte Reklame (§ 4 UnlWG. und die überall bestehenden PolVO. betr. nichtapprobierte Heilpersonen), unerlaubte Abgabe von Heilmitteln (s. S. 1), Betrug (§ 263 StrGB.), fahrlässige Körperverletzung (§§ 22, 230), Wucher (§ 302e StrGB.), Fälschung von Gesundheitszeugnissen (§ 277/78 StrGB.). Verboten ist Ausübung der Heilkunde im Umherziehen für nichtapprobierte Heilpersonen (§ 56 Abs. 1 GewO.). Meldepflicht der Kurpfuscher beim Kreisarzt ist durch PolVO. eingeführt, in Preußen auf Grund des Erl. 28. 6. 02 (MBlfMedAng. 1902, 241). Überwachung des Kurpfuschertums ist dem Kreisarzt besonders zur Pflicht gemacht (§ 46 DANw. 1. 9. 09). Er soll im Einvernehmen mit dem Arzte die Bevölkerung aufklären.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellung): LUSTIG: Bekämpfung des Kurpfuschertums. 2. Aufl. Berlin: S. Karger 1927. — Handbücherei für Staatsmedizin 5/6, 371. Berlin: K. Heymann 1928. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht. Leipzig: Thieme 1930. — VON LANDMANN-ROHMER: Komm. zur GewO. 8. Aufl. München 1928 (zu § 29 Anm. 15, S. 320ff.). — F. HOFFMANN: Die RGewO. 31/32. Aufl. Taschen-Gesetzsammlung CARL HEYMANN 1929 (zu § 29).

Rechtsprechung:

a) Bezeichnung Kurpfuscher.

Gebrauch des Ausdrucks Kurpfuscher gegenüber Naturheilkundigen ist keine Beleidigung, Stuttgart 24. 3. 26 (LUSTIG S. 4) und Breslau 28. 4. 31, Pharm. Z. 1931, 1119.

b) Meldepflicht.

PolVO. über Meldepflicht der Kurpfuscher ist rechtsgültig (RG., 5. ZivSenat, 18. 6. 07, Entsch. d. EStrS. 48, 224 und KG[Str] 28. 5. 03 [LUSTIG ErgBd., S. 135]).

c) Arztähnliche Titel.

1. Ärztlich geprüfte Masseuse und Naturheilkundige (Dresden 2. 7. 96 u. 28. 3. 01, DresdAnn. **22**, 304). — 2. Ärztlicher Vereinsberater (Dresden 21. 1. 04, GewA. **4**, 161). — 3. „Assistent des weltberühmten Direktors Dr. med. N.“ (RG. 2. 1. 03). — 4. Autorität ersten Ranges für Wurmkrankheiten (Kolmar 20. 9. 92, Reger **14**, 235). — 5. „Dentist“, „Spezialist für Zahnersatz“ (PrOVG. 14. 3. 00 **37**, 367 u. Jena 16. 7. 02). — 6. Dr. Hydr. (Hamburg 31. 3. 98). — 7. „Approbierter Zahnoperateur“ (KG. 5. 10. 93, Reger **14**, 115). — 8. Heilprakt.; BayObLG. 22. 10. 25, GewA. **23**, 482, weil eine Verwechslung mit der Bezeichnung Medizinalpraktikant entstehen könnte, und weil diese Bezeichnung eine gewisse Ähnlichkeit mit der Bezeichnung „prakt. Arzt“ habe. — 9. Homöopath¹ (PrOVG. 25. 6. 88 [PrVbl. **10**, 301]; Dresden 15. 5. 93, Reger **15**, 15 u. DresdAnn. **15**, 208, KG. 22. 6. 25). — 10. „Hosp. med. Homöopath u. Naturarzt, ohne Approb.“ (KG. 20. 12. 00, GewA. **1**, 158). — 11. Iridologin (LG. Würzburg, abgedr. im Gesdh.lehrer **1925**, 20). — 12. Mattei-Elektrohomöopath (München 11. 2. 90, Reger ErgBd. **1**, 48). — 13. Naturarzt (BayOGH. 3. 6. 73; Celle 21. 9. 95, GewA. **43**, 275); s. auch 10. — 14. Naturärztin (Dresden 29. 9. 94, DresdAnn. **16**, 15). — 15. Naturheildozent (KG. 6. 12. 04, GewA. **4**, 505). — 16. Naturheilspezialist für Lungentuberkulose, amtl. eingetragen (BayOLG. 7. 7. 04, GewA. **4**, 508). — 17. „Nervenarzt, nicht approbiert“ (KG. 23. 5. 01). — 18. Praktischer Magnetopath (BayObLGStr. 6. 2. 04, **4**, 221, Dresden 23. 12. 08, DresdAnn. **30**, 307 u. RG[Str] 4. 6. 12). — 19. Praktischer Magnetopath und Naturheilkundiger (Dresden 26. 1. 05, GewA. **5**, 155). — 20. Praktiker der Naturheilmethode (Dresden 5. 8. 97, DresdAnn. **19**, 27). — 21. Praktischer Naturheilkundiger (Dresden 30. 4. 96, DresdAnn. **17**, 397, München 18. 6. 96, Reger **17**, 397). — 22. Praktischer Vertreter der arzneilosen Heilkunde (RG. 4. 7. 95, Reger **16**, 146). — 23. Praktischer Zahnarzt (LG. Leipzig 23. 12. 08). — 24. „Praktizierender und geprüfter Vertreter der arzneilosen Heilmethode“ (Naumburg a. d. S. 21. 1. 92). — 25. Schüler von Dr. med. u. Dr. med. dent. T. S. (BayObLG. 22. 10. 25, GewA. **23**, 482); denn Schüler eines Arztes werde in der Regel derjenige genannt, der als dessen Assistenzarzt tätig war. Dies seien aber approb. Ärzte. — 26. Spezialist für bestimmte Krankheitsformen (BayOGH. 16. 4. 75, SammlgStrafs. **5**, 135, München 20. 4. 95, Reger **15**, 388, PrOVG. 14. 3. 00 **37**, 367, Stuttgart 29. 1. 06, GewA. **7**, 160). — 27. Spezialist für geheime Krankheiten (Kolmar 5. 4. 84, Reger **5**, 175). — 28. Spezialist für künstliche Zähne (München 20. 4. 97, Reger **17**, 271); dagegen ist erlaubt die Bezeichnung Spezialist für Massage und für solche Gebiete, die nicht zu der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit gehören. — 29. „Vertreter der Naturheilkunde (physikalisch-diätetische Therapie)“ (Dresden 3. 6. 08, GewA. **10**, 172). — 30. Vertreter „Dr. med. N., Spezialarzt für . . .“, Vertreter O. S. (o. Appr.)“ (Marienwerder 21. 5. 01, GewA. **49**, 341). — 31. Vertreter — „Früher Vertreter des Hofzahnarztes Dr. . . .“ (BayObLG. 6. 2. 06, GewA. **6**, 163).

d) Unerlaubte Bezeichnung von Betrieben der Heilkundigen.

1. Anstalt für Elektrohomöopathie (KG. 20. 3. 82 u. München 11. 2. 90, Reger ErgBd. **1**, 48). — 2. „Biol. med. Ambulatorium für Harn- und Geschlechtskrankheiten“ W. H., Dir. (BayObLG. 4. 4. 11, GewA. **1912**, 325). — 3. Homöopathisches Institut (Kolmar 15. 3. 98, Reger **19**, 33). — 4. Naturärztliche Sprechstunde (Breslau 31. 12. 07). — 5. Poliklinik (LG. Hamburg 17. 5. 04 u. KG. 20. 3. 82). — 6. Reformierte Zahnpraxis (BayObLG. 30. 4. 10, GewA. **10**, 347). — 7. Zahnklinik (Celle 29. 7. 03, GewA. **5**, 356 u. LG. Königsberg 11. 12. 04 u. PrOVG. 19. 9. 12, GewA. **62**, 148).

e) Fahrlässige Körperverletzung.

1. Fahrlässige Körperverletzung bei Gesundbeten (RG[Str] 5. 10. 25). — 2. Fahrlässige Tötung durch Gesundbeten (LG. Lübeck 27. 3. 25, RG[Str] 5. 10. 25, EBERMAYER S. 226). — 3. Fahrlässige Tötung durch Fernbehandlung (RG[Str] 14. 5. 26). — 4. Schon die Übernahme einer Heilbehandlung kann schuldhaft sein, wenn der Heilkundige mit Rücksicht auf den besonderen Fall sich sagen mußte, daß ihm dazu Sachkenntnisse fehlen (RG. 9. 3. 12). — 5. Auch der Heilbehandler muß sich die erforderlichen Kenntnisse aneignen. Er kann sich nicht darauf berufen, daß er keine Ausbildung wie der Arzt hat. Der Kurpfuscher muß Fehler gegen die anerkannten Regeln derselben ebenso vertreten wie eine geprüfte und approbierte Medizinalperson (RG. 12. 4. 82, 15. 10. 06, 23. 11. 08, 20. 10. u. 23. 10. 10). — 6. Thure-Brand-Massage bei Schwangerschaft (LG. Bremen 18. 11. 15). — 7. Falsche Behandlung eines Sekundär-Glaukoms auf Grund einer Urinuntersuchung (München 19. 8. 19). — 8. Unterlassung eines antisepsitischen Verbandes (RG. 28. 1. 09). — 9. Verhinderung der Zuziehung eines Arztes (RG. 16. 5. 04, 7. 5. u. 19. 9. 09, 30. 9. 10, 7. 2., 30. 5. u. 20. 6. 11).

¹ Freispruch durch LG. Flensburg 5. 6. 25, ebenso KG. 12. 8. 26, da in diesem Falle außer Magnetopath und Homöopath auch die Bezeichnung „Naturheilkundiger“ gleichzeitig auf dem Firmenschild stand. — Vgl. noch RG. 7. 1. 87, RGStr. **15**, 170, RG. 24. 5. 98, RGStr. **31**, 164, KG. 20. 1. 10, GewA. **9**, 510, Stuttgart 19. 6. 16, GewA. **17**, 548.

f) Betrug.

1. Betrug durch Augendiagnose (RG[Str] 13. 10. 25, EBERMAYER S. 225). — 2. Versprechen, daß ein tuberkulöses Mädchen in 3 Wochen das Bett verlassen und in 6 Wochen gesund ist, wenn eine Medizin, über deren Wertlosigkeit sich der Angeklagte im klaren war, für hohen Preis verkauft wird (KG[Str] 10. 1. 31). — 3. Brustkrebsbehandlung mit Kuhmist und Nährsalzen mit tödlichem Erfolg. Die Bestrafung wegen fahrlässiger Tötung hätte nur erfolgen können, wenn die Heilkundige die Patientin geflissentlich abgehalten hätte, sich zu einem Arzt in sachgemäße Behandlung zu begeben (RG. 23. 10. 31, ApothZ. Nr. 88).

g) Unlauterer Wettbewerb.

1. Öffentliche Ankündigung: Jede Krankheit heilbar, auswärtigen Kranken wird die Behandlung mit gleichem Erfolg ohne Gift gesichert (KG. 7. 7. 02), ebenso 2. falsche Bezeichnung „staatlich geprüfter Masseur“ auf dem Türschild (RG. 4. 6. 12), ebenso 3. unlautere Ankündigung einer wissenschaftlichen Augenuntersuchung nach eigenem System durch einen Optiker (RG. 20. 3. 14), ebenso 4. die Bezeichnung „gerichtlich bestätigter bzw. anerkannter Heilkundiger für Unheilbare (RG. 10. 3. 03 u. KG. 10. 2. 07 — Handbücherei für Staatsmedizin 5/6, 361/62).

II. Ausbildung und Promotion.

A. Das medizinische Studium.

Bem. 1. Schulbildung. Reifezeugnis (§ 6 PrO.) eines Gymnasiums, Realgymnasiums, einer Oberrealschule oder einer anderen zur Vollmatrikulation berechtigender Schulart (Beschl. d. RRat 10. 11. 27, Erl. MfV. 12. 1. 28 — Opitz S. 57, ZBIUntVerw. 1929, 56 u. 1930, 77). Verlangt werden im Latein zum mindesten die Kenntnisse, die für die Versetzung nach Obersekunda eines Realgymnasiums notwendig sind. Nichtvollgültige Zeugnisse, die vom KultMin. als gleichwertig bezeichnet werden, berechtigen zum Studium, aber nicht ohne weiteres zur Zulassung zu den Prüfungen und zur Approbation.

Zulassung ohne Reifeprüfung zum Studium kann auf Grund einer Prüfung durch eine besondere Prüfungsstelle — für Preußen in Berlin W, Unter den Linden 4 — erfolgen (Erl. d. MfV. 16. 8. 29, RITTER-KORN S. 6). Zur Zulassung zum Examen sind das erforderliche Studium und die erforderlichen Kenntnisse in der lateinischen Sprache vorgeschrieben, zur Approbation die Zustimmung des RRat.

Bem. 2. Studium. Dauer: 11 Semester, und zwar mindestens 5 klinische. Über Anrechnung eines dem Medizinischen verwandten Universitäts- oder gleichwertigen Hochschulstudiums entscheidet der RMdI. im Einvernehmen mit der Landesbehörde (§ 7 und § 68).

B. Die Prüfungen.

Bem. 1. Physikum. Ärztliche Vorprüfung nach mindestens 5 Semestern. Zulassung erfolgt durch den Vorsitzenden. Über Ausnahme entscheidet die Zentralbehörde. Prüfung findet an 4 aufeinanderfolgenden Tagen, und zwar, soweit sie vorwiegend mündlich ist, öffentlich statt. Nicht bestandene Prüfungsfächer müssen wiederholt werden in Kollegialprüfung, und zwar zeitestens nach 2 Monaten. Die Prüfung muß spätestens 10 Monate nach ihrem Beginn beendet sein, sonst verliert das medizinische Studium seine Gültigkeit. Wer bei der Wiederholung nicht besteht, wird nicht mehr zugelassen.

Bem. 2. Staatsexamen. Ärztliche Prüfung: Nach bestandenerm Physikum mindestens 5 Semester klinisches Studium erforderlich. Zulassungsgesuch ist an die Landeszentralbehörde, in Preußen an den Vorsitzenden der Prüfungskommission, zu richten. Die Prüfung umfaßt 14 Abschnitte. Neu vorgesehen sind pathologische Physiologie, gerichtliche Medizin sowie Forderungen versicherungsmedizinischer und erbbiologischer Kenntnisse. Ohne Pause beträgt die Gesamt-

mindestdauer der Prüfung 26 Tage. Es kann aber ein Zeitraum bis zu 8 Tagen zwischen die einzelnen Prüfungsabschnitte gelegt werden. Die Prüfung muß 2 Jahre nach ihrem Beginn vollständig beendet sein, sonst gelten alle Fächer als nicht bestanden. Die nichtbestandenen Fächer können wiederholt werden, aber nur einmal, und zwar frühestens nach 2 Monaten. Endfrist wird festgelegt. Beschwerde an die oberste Landeszentralbehörde möglich.

C. Das praktische Jahr.

Bem. 1. Auswahl des Krankenhauses. Dieses steht dem Kandidaten frei. Die zur Annahme ermächtigten Krankenhäuser werden alljährlich im RMinBl. veröffentlicht (§§ 63/65 PrO.). Zulassungszeugnis erforderlich, Beginn: spätestens 4 Wochen nach vollständig bestandener staatlicher Prüfung, sonst ministerielle Genehmigung erforderlich.

Bem. 2. Art der Beschäftigung. Mindestens 4 Monate sind der Behandlung innerer Krankheiten zu widmen. Diese Anstalten sind im Verzeichnis mit einem Stern versehen. Mehr als zweimaliger Wechsel, ebenso längere Unterbrechung als 14 Tage unterliegt der Genehmigung des Ministers. Tätigkeiten in nichtklinischen Instituten und an ausländischen Krankenhäusern werden auf Antrag mit höchstens bis zu 6 Monaten angerechnet. Wegen Urlaub und Krankheit s. S. 64, Bem. 18 und OPITZ S. 95.

Bem. 3. Besondere Erfordernisse. Der Kandidat muß 2 öffentlichen Impf- und 2 Wiederimpfterminen und den dazugehörigen Nachschauterminen beiwohnen. Er hat versicherungsmedizinische Probegutachten zu erstatten (§ 66 PrO.).

Bem. 4. Verlängerung des praktischen Jahres. Über die Tätigkeit sind Zeugnisse nach bestimmtem Formular auszustellen. Gegen die Versagung der Zeugnisse ist Beschwerde bei der Landeszentralbehörde möglich. Bei ungünstiger Beurteilung kann das Ministerium eine Verlängerung des praktischen Jahres anordnen. Die Herstellung von Abschriften der Zeugnisse empfiehlt sich, da die Originale beim Ministerium verbleiben.

D. Doktor-Promotion.

Bem. 1. Promotionsordnung. Die Verleihung des Doktorgrades erfolgt durch die Fakultät nach Maßgabe der Promotionsordnung, die bei den einzelnen Universitäten verschieden ist. Zwischen den einzelnen Staaten sind Grundsätze am 1. 10. 1900 vereinbart (ZBIUntVerw. 1900, 747, OPITZ S. 235).

Bem. 2. Vorbedingungen. Für Inländer: Erlangung der Approbation als Arzt (Erl. KultMin. 4. 1. 26, OPITZ S. 236). Jedoch kann schon während des praktischen Jahres die Doktorarbeit eingereicht und die Doktorprüfung — Colloquium — bzw. Examen rigorosum abgelegt werden. Die Verleihung des Doktorgrades und die Aushändigung des Doktordiploms darf erst *nach* der Approbation erfolgen. Vorher dürfen sich die Betreffenden auch nicht Doktor nennen, da sie sonst gegen § 360 Abs. 1 Nr. 8 StrGB. und § 147 Abs. 3 GewO. und §§ 3—4 UnlWG. verstoßen.

Ausländer, die in Deutschland nicht die Approbation erhalten, müssen vorher die ärztliche Prüfung bestanden haben und mindestens 2 Semester an einer deutschen Universität studiert haben (Erl. KultMin. 10. 5. 22, OPITZ S. 238). Ohne ärztliche Prüfung ist die Zulassung nur in besonderen Fällen auf Antrag der Fakultät möglich. Die Promotion honoris causa erfolgt unabhängig von diesen Bestimmungen.

Bem. 3. Verlust des Doktorgrades. Bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte erfolgt als unmittelbare Folge des Rechtsspruches der *dauernde*

Verlust des Doktorgrades ebenso wie der öffentlicher Ämter, Würden und Titel (§ 33 StrGB.). Der Doktor kann neu erworben werden. Entziehung ist nur möglich, wenn diese Möglichkeit bei der Verleihung vorbehalten wurde.

E. Zahnärztliche Ausbildung und Promotion.

Bem. 1. Studium. Schulbildung dieselbe wie beim ärztlichen Studium (s. IIA, Bem. 1 S. 159). Studium: 7 Semester (PrO. 15. 3. 09, OPITZ S. 171), und zwar davon mindestens 3 klinische Semester. Vorprüfung nach 3 Semestern; wer die ärztliche Vorprüfung bestanden hat, wird nur in Zahnersatz geprüft. Bei Nichtbestehen gilt dasselbe wie bei den ärztlichen Prüfungen.

Bem. 2. Staatliche Prüfung. Nach bestandener Vorprüfung mindestens 3 Semester — im ganzen 7 Semester — erforderlich. Die Prüfung umfaßt 6 Abschnitte, für die zusammen 22 Tage vorgesehen sind; jedoch können zwischen den einzelnen Prüfungsabschnitten Pausen bis zu 8 Tagen gemacht werden. Wegen der Fristen, der Folge des Nichtbestehens, gilt dasselbe wie bei der ärztlichen Prüfung (s. IIB, Bem. 2, S. 159). Für Ärzte sind nur 2 Semester notwendig, also für Arzt- und Zahnarztstudium zusammen: 13 Semester.

Bem. 3. Verlust des Dokortitels. Hierfür gilt dasselbe wie bei IID, Bem. 3, S. 160.

Nach den Preußischen Promotionsbestimmungen 10. 8. 19 (OPITZ S. 239) geht die Doktorwürde verloren, wenn die eidesstattliche Versicherung über die selbständige Anfertigung der Doktorarbeit sich als unrichtig erweist.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen zu A—E): OPITZ: Besondere Prüfungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Berlin: August Hirschwald 1928. — RITTER-KORN: Deutsches Zahnärzterecht. 2. Aufl., S. 6. Berlin 1930.

III. Approbation.

A. Form der Erteilung.

Bem. 1. Der Regelfall. Nach Ableistung des praktischen Jahres und der besonderen Erfordernisse (Abschn. C) ist Antrag bei der Landeszentralbehörde zu stellen, in deren Bezirk der Kandidat die ärztliche Prüfung bestanden hat (§ 21 Abs. 2 PrO.). Doktordiplom ist nicht erforderlich. Die Approbation wird nach bestimmtem Muster ausgefertigt mit Wirkung von dem Tage, an dem den Vorschriften über das praktische Jahr genügt ist. Vordatierung geschieht nicht (Erl. RMdI. 13. 11. 19, OPITZ S. 165).

Bem. 2. Ausnahmefall. Auf Grund des § 29 Abs. 4 GewO. hat der Bundesrat durch Bekanntm. 9. 12. 1869 (BundGBI. 1869, 687) bestimmt, daß Approbation ohne Prüfung erfolgen kann: a) bei Vorliegen wissenschaftlich erprobter Leistung (Gutachten der Prüfungskommission ist einzuholen), b) bei Berufung eines Gelehrten als Universitätslehrer, c) wenn dem Betreffenden von seiten eines Staates oder einer Gemeinde amtliche Funktionen übertragen werden sollen. In Betracht kommt die Anstellung als Krankenhaus-, Fürsorge-, Wohlfahrtsarzt u. a. Die Entscheidung über diesen Ausnahmefall trifft die Landeszentralbehörde ohne Mitwirkung des RMdI.

Bem. 3. Geltungsbereich. Die Approbation gilt für das Gebiet des Deutschen Reiches. Es besteht also Freizügigkeit des Arztes in Deutschland. Da die Approbation nicht auf Zeit erteilt wird (§ 40 GewO.), gilt sie dauernd, so lange der Besizende lebt und die Approbation nicht entzogen wurde (s. IV, S. 164). Sie erlischt auch nicht bei Nichtausübung des Berufs.

Bem. 4. Versagung der Approbation. Diese erfolgt, ebenso wie die Nichtzulassung zu den Prüfungen (Abschn. B und C), wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen, endgültig durch die zuständige Landes-

behörde, bindend für alle Bundesstaaten, denen Mitteilung über den RMdI. zugeht. Ein Rechtsmittel ist nach § 40 GewO. nicht gegeben.

Bem. 5. Verzicht auf die Approbation ist zulässig. GewO. enthält darüber keine Bestimmungen, jedoch schließt § 40 Abs. 1 die Befugnisse zum Verzicht nicht aus, denn niemand kann genötigt werden, im Genusse von Rechten zu bleiben, die er nicht haben will, um so weniger, wenn mit den Rechten eine Last verknüpft ist (LUSTIG, Erg.-Bd. S. 15). Notwendig ist Verzichterklärung gegenüber der Behörde, die Approbation erteilt hat. Es genügt amtliche, von der OrtsPolBeh. aufzunehmende Willenserklärung gegenüber der Approbationsbehörde unter Rückgabe der Approbation. Nichtgebrauch des Arzttitels ist kein Verzicht.

B. Vorrechte der Approbation.

Bem. 1. Bedeutung der Approbation. Durch die Approbation erlangt der Heilkundige die staatliche Anerkennung der Befähigung zur Ausübung des ärztlichen Berufs.

Bem. 2. Vorrecht der Approbation. a) Führung der Bezeichnung „Arzt“ oder „Zahnarzt“; b) Ausführung der Impfung (S. 46, Bem. 5); c) Behandlung von Geschlechtskrankheiten oder Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane (§ 7 GeschlKrG.); d) Betrauung mit amtlichen Funktionen ärztlicher Art, z. B. als Kreis-, Polizei-, Gerichts-, Schiffs-, Krankenhausarzt (§ 29 GewO.) und Ausstellung ärztlicher Bescheinigungen (§§ 277/278 StrGB.); e) Verordnung stark wirkender Arzneimittel einschließlich Betäubungsmittel und bestimmter Geheimmittel (s. S. 246 ff., 250); f) Behandlung für die Träger der RVO., sofern nicht der § 122 Abs. 1 Satz 2 und § 123 RVO. etwas anderes ergibt; g) Ausübung der Heilkunde im Umherziehen; h) Recht, öffentliche Ehrenämter — Schöffen, Geschworenen, Schiedsmann — abzulehnen (§§ 35 und 84 GerVerfG. und § 8 SchiedsmannsO.); i) Recht der Zeugnisverweigerung im Zivil- und Strafprozeß (§ 53 StrPO. Abs. 2 und § 383 Abs. 5 ZPO.); k) Strafflosigkeit der Hilfeleistungen im Zweikampf (§ 209 StrGB.); l) Schutz gegen Pfändung der ärztlichen Instrumente (§ 811 Abs. 7/9 ZPO.); m) vorzugsweise Berücksichtigung der ärztlichen Honorarforderungen bei Konkursen (§ 61 Z. 4 KonkO.); n) Erlaubnis zur Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion wird in Preußen nur Ärzten erteilt (LUSTIG, Gesetz und Recht, S. 4).

C. Arzt-, Doktor- und Professortitel.

Bem. 1. Schutz des Arzttitels. Dieser wird gewährleistet durch § 147 Abs. 3 GewO. Dies geschieht nicht nur hinsichtlich der Bezeichnung „Arzt“ und „Zahnarzt“, sondern auch hinsichtlich der artzähnlichen Bezeichnungen (s. S. 158) und hinsichtlich der Bezeichnung der Betriebe, sofern dadurch der Anschein erweckt wird, der Inhaber sei eine approbierte Medizinalperson.

Bem. 2. Ausländischer Arzttitel. Das KG. urteilt in ständiger Rechtsprechung, daß der Titel „Arzt“ nur der in Deutschland approbierte Arzt führen darf. Dagegen spricht das RG. die ausländischen Ärzte frei, die sich in Deutschland Arzt nennen mit der gleichzeitigen Angabe, daß sie im Ausland approbiert sind.

Bem. 3. Schutz des Dokortitels. Dieser wird gewährleistet durch § 360 Abs. 1 Nr. 8 StrGB. Unerlaubte Führung des Dokortitels, auch des rechtmäßig erworbenen Dokortitels im Zusammenhang mit der Ausübung der Heilkunde durch Nichtapprobierte ist nach § 147 Abs. 1 GewO. strafbar.

Bem. 4. Ausländische Dokortitel. Zur Führung nicht in Preußen erworbener Dokortitel ist die Genehmigung des KultMin. erforderlich, sofern der Dokortitel nicht von einer deutschen Hochschule auf Grund einer schon vor

dem 1. 1. 23 bestehenden Satzung verliehen wurde. Ausländer, die nur vorübergehend und nicht zu Erwerbszwecken oder im amtlichen Auftrage sich in Preußen aufhalten, müssen nach dem Rechte ihres Heimatstaates zur Führung des akademischen Grades berechtigt sein (VO. PrStaatsmin. 30. 9. 24, LUSTIG, Kurpfuscherbekämpfung, S. 147).

Bem. 5. Professortitel. Die vor der RVerf. verliehene Bezeichnung „Professor“ stellt zum Teil einen Titel, zum Teil eine Amtsbezeichnung dar. Nach der RVerf. 11. 8. 19 wird diese Bezeichnung nur noch als Amtsbezeichnung verliehen, da Titel nicht mehr verliehen werden dürfen (Art. 109 RVerf.). Unerlaubte Führung des Professortitels ist strafbar nach § 360 Abs. 8 StrGB. und in Zusammenhang mit der Ausübung der Heilkunde durch nichtapprobierte Heilpersonen nach § 147 Abs. 1 GewO.

Bem. 6. Ausländischer Professortitel. Kein Deutscher darf von einer ausländischen Regierung Titel annehmen (Art. 109 RVerf.). Stellt der ausländische Professortitel eine Amtsbezeichnung dar, so muß deutlich zum Ausdruck gebracht werden, daß es sich um eine ausländische Amtsbezeichnung handelt, z. B. Professor der Universität Peru. Jedoch darf sich nur so ein in Deutschland approbierter Arzt nennen, da sonst Verfolgung nach § 147 Abs. 1 GewO. erfolgen müßte.

D. Arztberuf als freier Beruf.

Bem. 1. Der Arztberuf ist kein Gewerbe. Nach § 6 GewO. findet die GewO. auf die Ausübung der Heilkunde nur insoweit Anwendung, als sie ausdrückliche Bestimmung darüber enthält (§§ 29/30, 40, 53, 54, 56 a, 144, 147). Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf. Er hat allgemein öffentliche Zwecke, nämlich die der Gesundheitspflege auf Grund staatsseitig geforderter und gewährleisteter wissenschaftlicher Vorbildung mit besonderer Verantwortung zu erfüllen. Dazu hat er eine Reihe öffentlich-rechtlicher Befugnisse und Verpflichtungen, welche ihm in bezug auf die Ermittlung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten auferlegt sind, zu erfüllen. Daher bekleidet der Arzt auf dem Gebiete der Gesundheitspflege eine eigenartige Stellung öffentlich-rechtlichen Charakters (KultMin. 31. 8. 01, MBlfMedAng. 1901, 635). Der Beruf soll nicht als ein auf Geld gerichtetes Unternehmen ausgeübt werden. In der Rechtsprechung des GR. und des RFH. ist bisher anerkannt worden, daß der ärztliche Beruf seinem Wesen nach kein gewerbliches Unternehmen ist, sondern daß es sich bei ihm um persönliche Dienstleistungen höherer Art handelt. Die Veranlagung der Ärzte zur Gewerbesteuer erfolgt auf Grund der Tatsache, daß die Länder selbständig über die Erhebung gewisser Steuern befinden können.

Bem. 2. Besondere Verpflichtungen des Arztes. Dem ärztlichen Beruf werden eine Reihe besonderer Berufspflichten, Standesrücksichten und Anschauungen auferlegt, die der Gewerbetreibende nicht kennt. Die Rechtsgültigkeit der besonderen Standesordnung ist bejaht (s. S. 195).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): LUSTIG: Der Arzt als öffentlicher Gesundheitsbeamter. Teil I. Berlin: S. Karger 1926. — OPITZ: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Julius Springer 1926. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht. Leipzig: G. Thieme 1930.

Rechtsprechung:

Nr 1. Die ärztlichen Titel.

OPPELT: Die ärztlichen Dienstbezeichnungen. ZMedBe. 1931, 584.

Nr 2. Führung ausländischer Arzttitel.

RG(Str) 21. 9. 05, 38, 158, ebenso RG(Str) 21. 11. 13, 48, 2, KG. Johow. 21 C, 10, KG. 18. 11. 12, 12. 1. 14, 25. 5. 14, 26. 5. 24.

Dr. of Naturapathy i. A. P.: Verstöße gegen die VO. StMin. 30. 9. 24, und zwar KG. 20. 12. 29, RPrVBl. Nr 47 (1930); ebenso Dresden 1929, Pharm.Z. Nr 26; ebenso AG. Leipzig, Pharm.Z. 1929, Nr 27; KG. 10. 6. 29, Pharm.Z. Nr 61.

Betr. Ausländ. Prof.-Titel: Polizei ist gemäß 10. 2. 17 ALR., jetzt § 14 PolVerwG., befugt, mit den erforderlichen Mitteln die unerlaubte Führung des ausl. Prof.-Titels zu verhindern (OVG. III. S. 17. 5. 15, MBlfMedAng. 1916, 111). „Französischer Universitätsprofessor Dr. med. Dr. der Mechanotherapie“, im Auslande approbiert ist strafbar. Die Polizei ist befugt, die Führung dieser Bezeichnung zu verhindern (OVG. III. S. 17. 5. 15, MinBl. 1916, 108).

Nr 3. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.

Die Tätigkeit des Arztes ist, wenngleich sie meist im Wege des privatrechtlichen Vertrages geleistet und honoriert wird, ihrem eigentlichen Wesen nach kein gewerbliches Unternehmen (RG. 11. 6. 07, 66, 143, ebenso 17. 5. 07, 66, 139, 16. 3. 17, 90, 35, 2. 10. 17, 436). Das gleiche gilt vom Zahnarzt (RG. 11. 6. 07, 66, 143, 16. 10. 08, 4. 10. 09, 12. 1. 11, 75, 120, RITTER S. 5).

Bei dem ärztlichen Beruf handelt es sich in erster Linie nicht um wirtschaftliche Erwägungen, sondern um die Betätigung geistiger Kräfte im Dienste des Gemeinwohls (RFinH. 22. 3. 09 [EBERMEYER S. 11] u. 9. 12. 22 [RITTER S. 5]). Vgl. auch ÄRZTL. EG. 1, 60 u. 4, 47.

IV. Entziehung der Approbation.

A. Die geltenden Bestimmungen.

Bem. 1. Gründe für die Entziehung. Nach § 53 GewO.: a) wenn Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren sie erteilt ist — für dauernd. Es müssen erhebliche Unrichtigkeiten nachgewiesen werden, z. B. gefälschte Prüfungszeugnisse; b) bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte — jedoch nur für die Dauer des Ehrverlusts. Die Entziehung kann für kürzere Zeit, aber nicht für längere Zeit erfolgen, als der Ehrverlust dauert. Nach Aufhören des Ehrverlusts lebt die Approbation von selbst auf. Es ist also kein besonderer Antrag noch ausdrückliche Wiederverleihung der Approbation notwendig. Die zulässige Dauer des Ehrverlusts beträgt bei zeitiger Zuchthausstrafe: mindestens 2, höchstens 10 Jahre, bei Gefängnis mindestens 1, höchstens 5 Jahre (§§ 32—36 StrGB.). Trotz der Strafe kann der Arzt im Besitze der Approbation bleiben. Das Verfahren kann, braucht aber nicht eingeleitet zu werden.

Bem. 2. Verfahren der Entziehung. Nach § 54 GewO. gelten wegen des Verfahrens und der Behörde die Vorschriften der §§ 20 und 21. In erster oder zweiter Instanz muß die Entscheidung durch kollegiale Behörde erfolgen; fristgemäß — binnen 14 Tagen vom Tage der Zustellung des ausgefertigten Beschlusses — eingereichter begründeter Rekurs. Gegenentscheidung der ersten Instanz hat aufschiebende Wirkung. Begründung, die auch nachgereicht werden kann, ist erforderlich, andernfalls gilt der Rekurs als nicht eingelegt. In Preußen ist in erster Instanz der BezAusssch., in zweiter Instanz das OVG. zuständig (§ 120 ZustG. 1. 8. 83, GesS. 1883, 137); nach Z. 59 und 62 d. AusfAnw. zu GewO. 1. 5. 04 (MBlfMedAng. S. 214) ist zur Erhebung der Klage die PolBeh. des Ortes zuständig, in dem das Gewerbe betrieben wird. Vorher ist Genehmigung des RegPräs. einzuholen. In Sachsen ist in erster Instanz die Kreishauptmannschaft, in zweiter der MdI., in Württemberg in erster Instanz die Kreisregierung, in zweiter MdI., in Baden in erster Bezirksrat, in zweiter MdI., in Hessen in erster Kreisaussschuß, in zweiter Provinzialaussschuß, in dritter MdI., in Bayern in erster Instanz Distriktsverwaltungsbehörde, in zweiter Kreisregierung, in dritter Verwaltungsgerichtshof.

Bem. 3. Folgen der Entziehung. Ist die Entziehung rechtskräftig erfolgt, so hat die Ortspolizei die Auslieferung der Urkunde, nötigenfalls zwangsweise, zu veranlassen — in Preußen nach §§ 127 ff. LVG. Der Betreffende ver-

liert die Befugnis, sich Arzt zu nennen (§§ 29 und 147³ GewO. und Z. 60 AusfAnw. z. GewO.) sowie die Vorrechte des Arztes (s. S. 162). Er gilt also als nicht-approbierte Heilperson (RG. [Str.] 25. 9. 30, DMedW. 1931, 197).

B. Reformbestrebungen.

Bem. 1. Entziehung über den Ehrverlust hinaus muß bei ehrloser Gesinnung möglich sein. Auch ärztliche Standesgerichte können nicht dauernd ausschließen, anders bei den Rechtsanwälten. Der neue Strafgesetzentwurf beseitigt alle Ehrenstrafen, allerdings kann jemand für unfähig erklärt werden, öffentliche Ämter zu bekleiden. Er verliert sie dauernd. Jedoch wird den öffentlichen Ämtern leider nicht die Approbation gleichgestellt, wohl aber die Rechtsanwaltschaft. Dies muß geschehen, wie es bei der Rechtsanwaltschaft der Fall ist.

Bem. 2. Entziehung wegen Geisteskrankheit. Diese Möglichkeit ist zum Schutze der Bevölkerung dringend zu erstreben. Morphiumsüchtige! Zur Zeit kann in Preußen auf Grund 10. 2. 17 ALR., jetzt § 14 PolVerwG., die ärztliche Betätigung Geisteskranker evtl. durch Internierung in einer Heilanstalt verhindert werden.

Bem. 3. Entziehung wegen Unzuverlässigkeit. Es ist beabsichtigt, die Approbation auch wegen Unzuverlässigkeit, grober Pflichtverletzung und Berufsverstößen zu entziehen. Nachprüfung der Verhältnisse im Einvernehmen mit der Standesvertretung.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellung): LUSTIG: Der Arzt als öffentl. Gesundheitsbeamter, Ergänzungsband. Berlin: S. Karger 1929. — RITTER-KORN: Deutsches Zahnärzterecht. 2. Aufl., S. 6. Berlin 1930. — OPTZ: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Julius Springer 1926. — Kommentar LANDMANN zur GewO. 6. Aufl. München: Beck 1925.

Rechtsprechung:

Entziehung der Approbation.

a) Unzulässigkeit der Zurücknahme der Approbation wegen nachträglich bekannt gewordener Verfehlungen (OVG. 3. 1. 16, MBfMedAng. 1917, 30). Die Nachweise werden nicht nachträglich zu unrichtigen Nachweisen, wenn sie späterhin in einem ganz anderen Punkt sich als objektiv unrichtig erweisen. Wollte man das annehmen, so würde ein unerträgliches Maß von Unsicherheit in das Leben gebracht werden.

b) OVG. 20. 10. 02: Die zuständige Verwaltungsbehörde soll von ihrer Befugnis der Einleitung eines Verfahrens in geeigneten Fällen Gebrauch machen und nur bei milde zu beurteilenden Fällen davon absehen.

c) OVG. 1. 10. 94: Es ist zur Zurücknahme nicht der Nachweis notwendig, daß von der Belassung der Approbation eine Gefahr für das Publikum zu befürchten sei.

d) OVG. 5. 2. 03: Dem Verwaltungsgericht steht ein Recht zur Nachprüfung der Frage, ob Ehrverlust zu Recht oder Unrecht ausgesprochen wurde, nicht zu. Durch das Gerichtsurteil ist Voraussetzung für die Entziehung der Approbation endgültig erfüllt.

B. Besondere Form der Ausübung des ärztlichen Berufs.

1. Der Facharzt.

Von

W. LUSTIG, Berlin.

Bemerkung 1. Die Bezeichnung „Facharzt“ ist insoweit gesetzlich nicht geschützt, als sich jeder Arzt Facharzt für ein bestimmtes Gebiet nennen kann. Eine gesetzliche Regelung halten die Ärztevertretungen weder für erwünscht noch notwendig (IV d. Bremer Richtl. 1924, ÄVOBl. Nr. 1317). Dies sei lediglich eine Standesfrage.

Bem. 2. Die Anerkennung als Facharzt erfolgt durch parenthetische zusammengesetzte Prüfungsausschüsse, deren Entscheidung innerhalb 2 Wochen zu erfolgen hat. Gegen Ablehnung binnen 2 Wochen Berufung bei der Ärztekammer oder, wo diese nicht besteht, bei der entsprechenden staatlichen Standesvertretung bzw. bei einem von dieser Vertretung einzusetzenden Berufungsausschuß. Zuwiderhandlung gegen den Beschluß hat als Folge Nichtaufnahme in den ärztlichen Verein bzw. Kassenärzterein und damit die Nichtzulassung zur Kasse sowie ehrengerichtliches Verfahren. Ärzten, die als Fachärzte an einem Ort unbeanstandet tätig bzw. anerkannt waren, kann die Anerkennung für das bisherige Fach (Doppelfach) an einem anderen Orte nicht versagt werden.

Bem. 3. Die erforderliche Ausbildungszeit. Für „Chirurgie“, „Frauen- und Geburtshilfe“, „innere Medizin einschließlich Nervenkrankheiten“, ebenso „Magen-; Darm-, Stoffwechselkrankheiten“, „Lungenkrankheiten“, „Erkrankungen der Luftwege“, „Urologie“: mindestens 4 Jahre nach der Approbation; für „Chirurgie und Orthopädie“ und „Chirurgie und Frauenkrankheiten“: mindestens 6 Jahre; für die übrigen Fächer mindestens 3 Jahre. Als solche kommen in Betracht: „Orthopädie“, „Augenkrankheiten“, „Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten“, „Haut- und Geschlechtskrankheiten“, „Nerven- und Geisteskrankheiten“, „Röntgen- und Lichteilkunde“. Anrechnung verwandter Ausbildung möglich. Als „Facharzt für Zahn-, Kiefer- und Mundkrankheiten ist Approbation als Zahnarzt und Ausbildung an entsprechender Klinik notwendig. Facharzt für Kinderkrankheiten: 3 Jahre Kinderkrankheiten, dazu mindestens 1 Jahr innere Medizin (Beschl. RAfÄuKrK. 7. 4. 26, RArbBl. S. 167; Leitsätze zur Facharztfrage, ÄVBl. 1924, 261; Richtl. f. d. Abgrenzung d. inn. Med. u. d. Kind.Kr., ÄVBl. 1928, Nr 1462). Unzulässige Bezeichnungen sind: „Facharzt für chirurgische und orthopädische Gynäkologie“, „für Herzkrankheiten“, „Herz- und Gefäßkrankheiten“, ferner „Spezialarzt für Beinleiden“, „Beinarzt“. Eine Ärztin soll nicht die Bezeichnung „(prakt.) Ärztin für Frauen und Kinder“ als prakt. Ärztin führen. Unzulässig ist auch die Bezeichnung „Facharzt für innere Medizin und Kinderkrankheiten“, „für Chirurgie und Urologie“, auch wenn die Ausbildung genügend ist. „Augen- und Ohrenarzt“ soll nur in einer Klein-

stadt zugelassen werden. Fachärzte dürfen sich in einem Badeort nicht gleichzeitig als „Badearzt“ bezeichnen. Die Bezeichnung „Sportarzt“ setzt in Preußen einen Berechtigungsschein voraus, der nur auf Grund besonderer theoretischer und praktischer Ausbildung erteilt wird.

Schrifttum (Gesamtdarstellung): STUELP: Leitsätze zur Facharztfrage. Buchhandlg. d. Verb. d. Ärzte Deutschl. — Merkbuch des Deutschen Ärztevereinsbundes. — LEHMANN, HELMUTH: Ärzte und Krankenkassen. S. 183. Berlin-Charlottenburg: Verlagsges. Dtsch. Krankenkassen 1929. — LUSTIG: Gesetz und Recht im Krankenhaus. S. 97.

2. Der Kassenarzt und der Vertrauensarzt.

Von

M. SAUERBORN, Berlin und A. PHILIPSBORN, Berlin¹.

I. Der Kassenarzt.

A. Allgemeines.

Bemerkung 1. Ärzte und Krankenkassen. Die gesetzliche Pflichtversicherung gegen Krankheit wurde durch die Kaiserliche Botschaft (17. 11. 81) angekündigt und durch das Gesetz 15. 6. 83 (RGBl. 1883, 73) eingeführt. Durch mehrere Novellen wurde ihr Bereich erweitert und die Leistungen erhöht. Durch die RVO. 19. 7. 11 wurde das bisherige Krankenversicherungsgesetz mit der Invaliden- und Unfallversicherung zusammengefaßt. Dabei wurde gleichzeitig die Versicherung auf bisher nicht erfaßte Arbeitnehmerkreise ausgedehnt, so insbesondere auf Landarbeiter, Hausgehilfen, unständige Arbeiter, im Wandergewerbe Beschäftigte, Hausgewerbetreibende und auf die Betriebsbeamten und Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu 2500 M.

Die Krankenversicherung begann mit rund 5 Millionen Versicherten. Im Jahre 1911 umfaßte sie in 23000 Kassen 14,5 Millionen Mitglieder. Jetzt sind rund 22 Millionen Arbeitnehmer in ca. 7500 Kassen und etwa 50 Ersatzkassen gegen Krankheit pflichtversichert.

Seit Beginn der Krankenversicherung sind die Krankenkassen verpflichtet, ihren Mitgliedern im Versicherungsfalle freie ärztliche Behandlung zur Verfügung zu stellen. Diese Leistung wurde mehr und mehr (zunächst freiwillig durch die Kassen, dann durch die Notverordnung 26. 7. 30 obligatorisch) auf die Familienmitglieder der Versicherten ausgedehnt. Die Kassen sind durch das Gesetz gezwungen, die Dienste der Ärzte durch Vertrag sicherzustellen. Die natürlichen Gegensätze, die hierbei auftraten, führten zum Zusammenschluß der Ärzte im Hartmannbund (Leipziger Verband), der die wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder wahrnimmt und im sog. Berliner Abkommen 23. 12. 13 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zum ersten Male eine Regelung der großen Fragen (Zulassung, Wahrung des Arzt- und Honorarsystems) mit den Kassenspitzenverbänden vereinbarte. Das Berliner Abkommen ließ der örtlichen Regelung noch im weiten Umfange freien Raum. Der Einzelarzt konnte seinen Vertrag noch mit der Kasse unmittelbar abschließen. Lediglich durch die Vorlagepflicht gegenüber dem paritätisch zusammengesetzten Vertragsausschuß wurde eine Sicherung gegen — insbesondere vom ärztlichen Standpunkt aus — standesunwürdige Verträge geschaffen. Mehr und mehr jedoch gewann der Kollektivvertrag — zwischen kassenärztlicher Organisation und Krankenkasse geschlossen — an Bedeutung und schließlich ganz überragendes Gewicht. Bei der Schärfe, die die Gegensätze insbesondere auch durch die Zeitverhältnisse

¹ Die Abschnitte IA—C sind von SAUERBORN bearbeitet, der Rest von PHILIPSBORN.

annahmen, übernahmen mehr und mehr die großen Verbände die Führung bei den Auseinandersetzungen. Im Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (seit 1924) und im Reichsschiedsamt wurden die Grundzüge einer reichsrechtlichen Regelung vorbereitet und entwickelt.

Diese Entwicklung fand ihren Abschluß durch die Verhandlungen im Sommer und Herbst 1931, deren Ergebnis durch die Notverordnung 8. 12. 31 und die hierzu ergangenen Aus- und Durchführungsbestimmungen zum Gesetze erhoben wurde. Sie bringt die grundsätzlich einheitliche Regelung von Zulassung, Arzt- und Honorarsystem für das ganze Reichsgebiet.

Bem. 2. Die Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen und ihren Organisationen. *Verträge.* Der kassenärztliche Dienst wird durch schriftliche Verträge der Krankenkassen und Ärzte geregelt. Man unterscheidet Mantelverträge, Gesamtverträge und Einzelverträge.

a) *Mantelverträge.* Sie werden von den Spitzenverbänden der Ärzte und Krankenkassen oder, was den Regelfall bedeutet, von ihren bezirklichen (Landes-, Provinzial-) Unterverbänden geschlossen. Ihr Inhalt bildet den unmittelbaren (unabdingbaren) Bestandteil der Gesamtverträge insoweit, als die Parteien des Mantelvertrages seine Bestimmungen für allgemein gültig erklärt haben. Die Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen haben am 30. 12. 31 das Muster für den kassenärztlichen Mantelvertrag vereinbart. Den wesentlichen Inhalt bilden die Bestimmungen über den Geltungsbereich des Mantelvertrages, die Regelung der Zulassung, der Arztwahl durch den Versicherten, der Haftung der kassenärztlichen Vereinigung für wirtschaftlichen Verbrauch von Arzneien und Heilmitteln, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Organisation des Vertragswesens (Abschluß der Gesamtverträge, Errichtung von Einigungsausschüssen).

Kommt ein Mantelvertrag nicht zustande, so bestimmt das Reichsschiedsamt seinen Inhalt.

Das Gesetz trifft auch Vorsorge für den Fall, daß eine Einigung über das Mantelvertragsmuster nicht zustande kommt. In diesem Falle setzt es der *Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen* fest. Dieser ist beim RArbMin. errichtet und besteht aus 3 vom RArbMin. ernannten Unparteiischen und je 5 Arzt- und Kassenvertretern, die von den Spitzenorganisationen benannt werden.

b) *Gesamtverträge.* Der Gesamtvertrag wird geschlossen zwischen den Krankenkassen (Kassenverbänden, Kassenvereinigungen — diesen nur soweit ihnen die Befugnis hierzu gemäß § 414 RVO. verliehen ist) und den beteiligten kassenärztlichen Vereinigungen. Unabdingbaren Bestandteil des Gesamtvertrages bildet der Teil des Mantelvertrages, den die Parteien des Mantelvertrages für allgemein gültig erklärt haben. Kommt kein Gesamtvertrag zustande, so bestimmt das Schiedsamt seinen Inhalt. Die Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen haben auch ein Muster für den kassenärztlichen Gesamtvertrag aufgestellt. Der Gesamtvertrag regelt insbesondere den Geltungsbereich, die Bildung von Arztsitzen, den Einzelvertrag, Art und Umfang der kassenärztlichen Leistung, Arztwahl, die Ausstellung von Bescheinigungen und die Verpflichtung zu Mitteilungen (Krankenschein, Meldungen an die Kasse, Krankheitsbefund, Verhalten der Kranken), die wirtschaftliche Behandlung, Verordnung von Arznei und Heilmitteln, Haftung für unwirtschaftliche Verordnungen, Anwendung physikalischer Heilmethoden, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, Krankenhauspflege, Festsetzung der Vergütung und Verteilung des Gesamthonorars, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit (Vertrauensarzt, Prüfungsausschuß) und die Errichtung von Einigungsstellen (Vertragsausschuß).

Die *kassenärztliche Vereinigung* ist die Zusammenfassung aller zugelassenen Ärzte eines Bezirks. Sie schließt den Gesamtvertrag und regelt die Durchführung. Sie erhält und verteilt das Gesamthonorar und ist Garant für die wirtschaftliche Verordnungsweise. Um ihr die Erfüllung dieser Pflichten zu ermöglichen, hat sie gewisse disziplinarähnliche Befugnisse (Verhängung von Vertragsstrafen, Rügen, Mahnungen, zeitweilige Untersagung der Ausübung von Kassenpraxis) gegenüber ihren Mitgliedern.

Das Gesetz setzt das Bestehen der kassenärztlichen Organisation voraus und regelt daher ihre Bildung nicht. Sie ist auch keine Körperschaft öffentlichen Rechts. Doch schreibt das Gesetz vor, daß ihr alle im Dienstverhältnis mit der Kasse stehenden Ärzte angehören müssen und sichert durch Vorschriften über die Führung der Geschäfte ihre Aktionsfähigkeit. Die Mitgliedschaft bei der kassenärztlichen Vereinigung erwirbt der Arzt auf Grund seiner freien EntschlieÙung, die Zulassung zur Kasse nachzusuchen.

c) *Einzelvertrag*. Durch die Zulassung erwirbt der Arzt die Berechtigung zum Abschluß des Einzelvertrages. Dieser wird zwischen Kasse (Kassenverband) und Arzt geschlossen. Da sein Inhalt durch den Gesamtvertrag bestimmt wird, genügt für den Abschluß die Unterzeichnung eines Verpflichtungsscheins durch den Arzt.

Bem. 3. Die Krankenkassen. Träger der Krankenversicherung sind die im § 225 RVO. genannten Kassen: die Ortskrankenkassen (allgemeine — für bestimmte Gebiete — und besondere — für bestimmte Berufsgruppen), die Landkrankenkassen (ebenfalls Gebietskrankenkassen insbesondere zur Versicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten), die Betriebs- und die Innungskrankenkassen sowie die *See-Krankenkasse* (für die Versicherung der Seeleute). Die in der Binnenschifffahrt Beschäftigten sind Mitglieder der allgemeinen Kassen.

Die Krankenkassen sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, jur. Personen des öffentl. Rechtes, das ihre Bildung und Schließung, ihre Verwaltung (Selbstverwaltung der beteiligten Versicherten und ihrer Arbeitgeber; Stimmverhältnis $\frac{2}{3}$ zu $\frac{1}{3}$), ihre Leistungen, Mittelaufbringung und Beaufsichtigung regelt. Nur auf sie und ihre öffentlich-rechtlichen Verbände (§ 406ff. RVO.) bezieht sich das Kassenarztrecht der RVO. (§ 368ff.). Mit besonderer Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde kann auch eine (bürgerlich-rechtliche) Vereinigung von Krankenkassen (Spitzenverband) die Regelung der vertraglichen Beziehungen zu den Ärzten übernehmen.

Versicherungsträger der Krankenversicherung für die Bergleute ist die *Reichsknappschaft*; die Krankenversicherung wird durchgeführt durch ihre Untergliederungen, die Bezirksknappschaften. Die Beziehungen zu den Ärzten sind hier gesetzlich noch nicht so straff geregelt. Schiedsinstanzen (Knappschaftsschiedsämter, Oberschiedsamt) sorgen für eine friedliche Erledigung von Streitigkeiten, setzen insbesondere die Vertragsbedingungen fest, falls keine Einigung der Parteien möglich ist.

Zugelassen vom Gesetz sind für die Durchführung der Krankenversicherung auch noch *Ersatzkassen* (entweder aus früheren sog. eingeschriebenen Hilfskassen hervorgegangen oder seit 1927 zugelassene Berufskrankenkassen — von wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitnehmer für ihre Mitglieder errichtete Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit). Durch die Mitgliedschaft bei einer zugelassenen Ersatzkasse erwirbt der Versicherungspflichtige das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der sonst zuständigen gesetzlichen Krankenkasse.

Auch auf Ersatzkassen bezieht sich die gesetzliche Regelung der RVO. über die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht. Die Regelung

erfolgt durch freien Vertrag, zur Zeit zwischen den Verbänden der Ersatzkassen und dem Hartmannbund (Leipziger Verband) geschlossen.

Die freien Kassen (Mittelstandskassen und ähnliche) sind keine Träger der Sozialversicherung. Sie sind bürgerlich-rechtliche Vereine oder Gesellschaften. Das Kassenarztrecht der RVO. findet auf sie keinerlei Anwendung.

Bem. 4. Kassenärzte. Kassenarzt ist, wer durch Zulassung das Recht auf Abschluß eines Einzeldienstvertrages erworben und einen solchen abgeschlossen hat. Wegen des Abschlusses vgl. Bem. 2c. Wegen der Zulassung vgl. Abschn. C, Bem. 1. Nur der Kassenarzt darf regelmäßig Versicherte behandeln. Gegenüber Honorarforderungen anderer Ärzte haben die Kassen ein Leistungsverweigerungsrecht, sofern es sich nicht um einen dringenden Fall handelt (z. B. Unmöglichkeit rechtzeitiger Inanspruchnahme eines Kassenarztes bei Unfall oder plötzlicher Erkrankung).

Bem. 5. Die verschiedenen Rechtsverhältnisse. Zu unterscheiden sind die Beziehungen: a) zwischen Krankenkassen und Versicherten, b) zwischen Krankenkassen und Ärzten, c) zwischen Ärzten und Versicherten.

Schrifttum: JOACHIM-KORN, Der Arzt in der RVO. Jena: G. Fischer 1912. — KASKEL, SITZLER: Grundriß des sozialen Versicherungsrechts. Berlin: Julius Springer 1912. — SCHULTZ: Die deutsche Sozialversicherung, 3. Aufl. 1929, Verlag Vahlen. — HANOW-HOFFMANN: Reichsversicherungsordnung 2. Buch, Krankenversicherung, 8. Aufl. 1929, Verlag Heymann. — HAHN-KÜHNE: Handbuch der Krankenversicherung, 10. u. 11. Aufl. 1929, Verlag der Arbeiter-Versorgung. — Reichsversicherungsamt mit Anmerkungen, herausgeg. von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts, Bd. II Krankenversicherung. Berlin: Julius Springer 1929. — Handkommentar zur Reichsversicherungsordnung von KROHN, KNOLL, ZSCHIMMER, SAUERBORN. Verlag Hobbing 1931. — Notverordnung vom 8. Dezember 1931 (Sozialversicherung und Fürsorge). Rechtsverlag München 1931. — LUTZ RICHTER-SONNENBERG: Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse. 3. Aufl. Verlag des Verbandes der Ärzte Deutschlands 1932. — LEHMANN: Ärzte und Krankenkassen. Verlagsgemeinschaft deutscher Krankenkassen 1932. — HEINEMANN: Kassenarztrecht. Verlag Haarfeld 1932. — Die Arztfrage in der Sozialversicherung der einzelnen Staaten, Abhandlungen gesammelt von Dr. HUBERT KORKISCH. Prag, Eigenverlag des Herausgebers, 1926. — Ferner zahlreiche Aufsätze und Einzelabhandlungen in den Fachzeitschriften der Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen, insbesondere seit Oktober 1931.

B. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Versicherten.

Bem. 1. Krankheit. Der Begriff der Krankheit im Sinne des Zweiten Buches der RVO. deckt sich nicht mit dem medizinischen Begriff; es ist unter Krankheit insbesondere nicht die ärztlich als Krankheit bezeichnete einzelne Erkrankung zu verstehen. Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist (nach den Definitionen der Rechtsprechung) der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat; zur Annahme des Erfordernisses der Heilbehandlung in diesem Sinne reicht nicht das Vorhandensein eines bestimmten Leidens im medizinischen Sinne aus, vielmehr setzt die Heilbehandlungsbedürftigkeit einen krankhaften Körper- oder Geisteszustand voraus, bei dem ohne die Fortdauer ärztlicher Behandlung oder arzneilicher Versorgung eine Besserung des Leidens ausgeschlossen oder dessen Verschlimmerung zu erwarten ist.

Die Krankheit ist der häufigste Versicherungsfall in der Krankenversicherung. Daneben kommen noch Geburt (Wochenhilfe) und Tod (Sterbegeld) in Betracht. Die Feststellung des Versicherungsfalles der Krankheit erfolgt regelmäßig durch den Arzt. Beim Übergang von der Sachleistung der ärztlichen Behandlung zur Barleistung (§ 370 RVO.) kann das Reichsversicherungsamt bestimmen, wie der Zustand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Be-

scheinigung nachgewiesen werden darf. Wenn der Zustand des Versicherten oder sein Verhalten fortgesetzte Beobachtung erfordert, ist er verpflichtet, sich ins Krankenhaus einweisen zu lassen. Leistet er der Einweisung nicht Folge, so ruht sein Anspruch auf die Versicherungsleistungen, bis der Versicherte der Anforderung nachkommt. Die Ruhezeit wird auf die Bezugsdauer angerechnet.

Bem. 2. Krankenhilfe. Die Krankenhilfe ist der Inbegriff der Leistungen, die im Krankheitsfalle nach Gesetz (Regelleistungen) oder Satzung (Mehrleistungen) zu gewähren sind. Sie besteht aus Krankenpflege und — hier nicht zu erörternden — Barleistungen.

Bem. 3. Krankenpflege muß umfassen ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Die Krankenhilfe ist vom Beginne der Krankheit an bis zum Wegfall der Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit zu gewähren. Die Regeldauer ist 26 Wochen. Satzungsmaßige Verlängerung bis zu einem Jahre ist zulässig. Wegen der Berechnung der Leistungszeiten s. § 183 RVO.

Anspruch auf Krankenpflege haben auch der Ehegatte und die Kinder des Versicherten sowie solche Familienangehörige, auf die die Satzung die Familienhilfe ausgedehnt hat. Anspruch auf ärztliche Hilfe haben auch Wöchnerinnen nach den Vorschriften über Wochenhilfe und Familienwochenhilfe, wenn bei der Entbindung ärztliche Hilfe erforderlich ist oder wird.

Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Wenn der Versicherte oder ein versorgungsberechtigtes Familienmitglied die Krankenhilfe in Anspruch nehmen will, so hat er einen Krankenschein zu lösen. Ausgenommen von dieser Verpflichtung sind unterstützte Arbeitslose, Rentempfänger und Tuberkulöse und Geschlechtskranke, die von der Fürsorge oder Beratungsstelle eine Bescheinigung über ihre Bedürftigkeit beibringen.

Außer den Regel- und Mehrleistungen kennt die RVO. noch sog. Ersatzleistungen. Die wichtigste ist die Krankenhauspflege. Sie tritt an die Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes. Ihre Gewährung steht im pflichtmäßigen Ermessen des Kassenvorstandes. Ersatzleistungen sind nach dem Gesagten keine Mehrleistungen. Sie treten an die Stelle von Pflichtleistungen.

Nach der Vierten Notverordnung 8. 12. 31 fallen mit dem 1. 1. 32 (bei Ersatzkassen 1. 2. 32) alle Mehrleistungen weg. Die Wiedereinführung ist mit Zustimmung des OVerA. zulässig, sofern der höchste Beitragsatz der Kasse 5 vH. des Grundlohns nicht übersteigt.

In der Familienhilfe ist die Krankenhauspflege Mehrleistung, die jedoch nur im gleichen Umfange wie für Versicherte zu gewähren ist. Der Wegfall der Mehrleistungen auf Grund der obengenannten VO. hat jedoch im Falle, daß der Ehegatte oder ein Kind des Versicherten das Krankenhaus aufsucht, nicht eine völlige Befreiung der Kasse von ihrer Leistungspflicht zur Folge; „sie hat auch weiterhin für die ärztliche Behandlung, für die Arznei und kleineren Heilmittel in den Grenzen des § 205 Abs. 1 aufzukommen. Um die Abrechnung zu vereinfachen, wird die Übernahme eines Bruchteils des Pflegesatzes — erforderlichenfalls nach näherer Vereinbarung der Krankenkassen mit den Krankenhäusern — zweckmäßig sein“. So RArbMin. im Rundschr. 23. 12. 31 IIa 13025/31 (veröffentlicht in den Aml. Nachrichten für RV.).

Bem. 4. Ärztliche Behandlung. Die ärztliche Behandlung erfolgt nach § 122/123 RVO. durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte. Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden. Die ärztliche Behand-

lung im Sinne der RVO. umfaßt auch Hilfeleistungen anderer Personen wie Bader, Hebammen, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure u. dgl. mehr dann, wenn der Arzt sie angeordnet hat oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt zugezogen werden kann.

Ärztliche Behandlung ist jede ärztliche Verrichtung, die auf die Beseitigung, Linderung oder Besserung des anormalen körperlichen oder geistigen Zustandes eines Versicherten hinzielt. Zur ärztlichen Behandlung gehört insbesondere auch die Stellung der Diagnose. Die Abgrenzung gegenüber dem Heilmittel wird manchmal schwierig sein. Ärztliche Behandlung ist immer dann anzunehmen, wenn das sachliche Mittel gegenüber der ärztlichen Tätigkeit zurücktritt.

Die Abgrenzung zwischen ärztlicher Behandlung und Heilmittel ist deswegen bedeutungsvoll, weil die ärztliche Behandlung auf Grund des Krankenscheins im vollen Umfange sowohl bei Versicherten wie bei Familienangehörigen zu gewähren ist. Eine Kostenbeteiligung oder eine nur teilweise Erstattung der Kosten findet ebensowenig statt wie eine Beschränkung auf den Höchstbetrag, z. B. bei kleineren Heilmitteln nach § 193 Abs. 1 RVO.

Bem. 5. Arztwahl. Soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, soll sie dem Versicherten die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten freilassen. Wenn der Versicherte die Mehrkosten selbst übernimmt, steht ihm die Auswahl unter den zur Tätigkeit bei der Kasse zugelassenen Ärzten frei (§ 369 RVO.). Praktisch hat somit der Versicherte, insbesondere in Berücksichtigung des heute geltenden Arztrechts namentlich unter städtischen Verhältnissen, wo große Entfernungen nicht in Frage kommen, die freie Arztwahl zwischen allen für den Arztregisterbezirk zugelassenen Ärzten. Nur soweit er die Hilfe des Arztes nicht im Sprechzimmer in Anspruch nimmt, sondern sich in seiner Wohnung behandeln läßt, bestehen bestimmte Einschränkungen. Einmal kann der Arzt die Behandlung in der Wohnung des Kranken ablehnen, wenn die Wohnung außerhalb seines Tätigkeitsbereichs liegt, dann aber ist der Kranke, sofern er nicht die Mehrkosten übernimmt, bei der Behandlung in seiner Wohnung auf die Wahl zwischen den Kassenärzten beschränkt, deren Arztsitz nicht mehr als 2 km von seiner Wohnung entfernt ist. Ist die Entfernung zwischen seiner Wohnung und der des nächstwohnenden Arztes größer, so kann der Kranke nur diesen Arzt oder einen Arzt in Anspruch nehmen, der nicht mehr als 2 km von dem nächstwohnenden Arzt entfernt wohnt. Der Gesamtvertrag (Vertrag zwischen kassenärztlicher Vereinigung und Kasse) kann jedoch hiervon Abweichendes bestimmen.

Die Satzung der Krankenkasse kann bestimmen, daß der Versicherte während des gleichen Versicherungsfalles oder Geschäftsjahres den einmal in Anspruch genommenen Arzt nur mit Zustimmung des Vorstandes wechseln darf. Die Bedeutung dieser Vorschrift ist jedoch durch die Einführung des Kopfpauschales gegenüber früher zurückgegangen.

Bem. 6. Behandlung durch Nichtkassenärzte. In dringenden Fällen sind die Versicherten berechtigt, sich auch durch solche Ärzte behandeln zu lassen, deren Zulassung sich nicht auf die Kassenversicherten erstreckt. In anderen Fällen kann die Kasse die Vergütung für die Leistungen eines Nichtkassenarztes verweigern.

Bem. 7. Ungenügende ärztliche Versorgung. Genügt bei einer Krankenkasse die ärztliche Behandlung oder die Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen der Kranken oder Wöchnerinnen, so kann das OVersA. jederzeit anordnen, daß noch weitere Ärzte oder Krankenhäuser zur Behandlung zuzulassen sind (§ 372 der RVO.). Für solche Anordnungen des OVersA. ist jedoch in der Regel kein Raum, solange auf je 1000 Versicherte ein Arzt trifft. Beruht die unzureichende ärztliche Versorgung oder die Gefährdung der ärzt-

lichen Versorgung jedoch darauf, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann oder daß die Ärzte den Vertrag nicht einhalten, so kann die Kasse an Stelle der freien ärztlichen Behandlung eine bare Leistung in Höhe von 80 vH. der wirklichen Kosten gewähren. Damit erfüllt sie in diesem Sonderfalle den Anspruch des Versicherten auf Gewährung ärztlicher Behandlung. Einen weitergehenden Anspruch hat der Versicherte nur bei Arbeitsunfähigkeit. Dann erhöht sich nämlich sein Krankengeld zugleich um 10 vH. des Grundlohns, mindestens aber um 50 Rpf. für den Kalendertag. Wird ferner in diesem Falle bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden ärztliche Behandlung erforderlich, so kann die Kasse statt der Sachleistungen eine bare Beihilfe bis zu 30 RM. gewähren.

Bem. 8. Aufsicht und Rechtsmittel. Die Aufsicht über die Krankenkassen führt, von einzelnen Fällen abgesehen (insbesondere in dem in Bem. 7 mitgeteilten Falle), das Versicherungsamt. Die Aufsicht erstreckt sich darauf, daß Gesetz und Satzung so beobachtet werden, wie es der Zweck der Versicherung erfordert. Die Aufsichtsbehörden sind, soweit sie Landesbehörden sind, an allgemeine Weisung der obersten Verwaltungsbehörden ihres Landes, soweit sie Reichsbehörden sind, an allgemeine Weisungen des zuständigen Reichsministers gebunden. Der RArbMin. kann für die Ausübung des Aufsichtsrechts Richtlinien erlassen.

Die Geltendmachung von Versicherungsansprüchen bei Ablehnung durch die Krankenkasse erfolgt im Verfahren vor den Versicherungsgerichten (erste Instanz Versicherungsamt, gegen dessen Entscheidung Berufung an das OVerSA. Zur Sicherung der Rechtseinheit ist in gewissem Umfange [vgl. § 1693 RVO.] Abgabe zur Entscheidung an das RVA. zugelassen).

Schriftum und Rechtsprechung.

Zum *Schriftum* vgl. auch die unter I zitierte Literatur.

Nr. 1. Begriff des Notwendigen in der Krankenhilfe.

GRIESER-SAUERBORN. Erläuterungen der Notverordnung vom 26. 7. 30. Zu § 182. „Diese Vorschrift enthält kein neues Recht, sie stellt nur die Grenzen der Versicherung im bisherigen Rahmen ausdrücklich fest. Die Vorschrift steht in unmittelbarer Wechselbeziehung zur Neuauffassung des § 368. Die Bedeutung der Vorschrift ist mehr psychologischer Natur.“

„Als notwendig ist eine Heilbehandlung dann anzusehen, wenn durch sie ein Heilerfolg verbürgt wird und wenn andere gleich wirksame Heilmethoden nicht in Betracht kommen oder von der Kasse nicht zur Verfügung gestellt werden.“ — RVA., EuM. 27, 398.

Nr. 2. Krankheit.

„Krankheit ist ein anormaler Körperzustand, der in der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln wahrnehmbar zutage tritt. Ein Zustand, der im medizinischen Sinne als Krankheit zu bezeichnen ist, braucht es im Sinne der RVO. nicht zu sein, wenn er sich nicht durch die Notwendigkeit einer Kur oder durch Erwerbsunfähigkeit kundgibt.“ — PrOVG. Arbeiterversorgung 1914, 332. „Zur Annahme des Erfordernisses der Heilbehandlung reicht nicht das Vorhandensein eines bestimmten chronischen Leidens im medizinischen Sinne aus; vielmehr setzt die Heilbehandlungsbedürftigkeit einen krankhaften Körper- oder Geisteszustand voraus, bei dem ohne die Fortdauer ärztlicher Behandlung oder arzneilicher Versorgung eine Besserung des Leidens ausgeschlossen oder eine Verschlimmerung zu erwarten ist.“ (AN. RVA. 1920, 319.) Als Krankheit ist von der Rechtsprechung anerkannt worden: regelwidrige Entbindung — Arbeiterversorg. 1921, 52 —, Kindbettfieber — Entscheidung des RVA., DKrankK. 1930, 783 —, vorgeschrittene Trunksucht (AN. 1916, 341). Eine krankhafte Anlage, ein dauernder fehlerhafter Körperzustand (z. B. ein Bruchleiden, Kurzsichtigkeit, Plattfüße, Zungenfehler, Schielen) sind solange keine Krankheit, als sie nicht ärztliche Hilfeleistung erforderlich machen (OVerSA. Mannheim bei BREITHAUPT 3, 138). Der Anspruch auf Kassenleistungen ist bei Verdacht auf Tollwut vom RVerSA. anerkannt worden (DKrankK. 1929, 798).

Vgl. BÜLTMANN: Bedeutung des Bestehens einer Krankheit zur Zeit des Beginns der Beschäftigung oder des Beitritts zur Krankenkasse (DKrankK. 1931, 236).

Nr. 3. Ärztliche Behandlung.

„Zur ärztlichen Tätigkeit gehört die Stellung der Diagnose, die unter Umständen außer der körperlichen Untersuchung des Kranken Laboratoriumsuntersuchungen erfordert; sie ist also wie die körperliche Untersuchung, die sie lediglich ergänzt, als Hilfsmittel der ärztlichen Diagnose ohne weiteres der ärztlichen Behandlung zuzurechnen ohne Rücksicht darauf, ob sie etwa die Tätigkeit eines anderen als des behandelnden Arztes erfordert. Das gleiche gilt für Röntgenaufnahmen, die zum Zwecke der Untersuchung als Hilfsmittel der Diagnose erfolgen. Soweit sie demnach ärztliche Tätigkeit erfordern und durch den behandelnden Arzt oder einen Facharzt ausgeführt werden, gehören sie zur ärztlichen Behandlung (vgl. EBERMAYER: Arzt und Patient in der Rechtsprechung 1924, 116). Hinsichtlich der Röntgenbehandlung hat das RVA. in einer grundsätzlichen Entscheidung (AN. 1916, 482) dahin erkannt, daß sie zur ärztlichen Behandlung rechne. Für die Diathermie- und Höhen- sonnenbehandlung hat der Große Senat des RVA. (AN. 1925, 163) das gleiche ausgesprochen. Bezüglich sonstiger elektrischer, physikalischer und orthopädischer Behandlungen und Massagen läßt sich nicht allgemein sagen, ob sie der ärztlichen Behandlung angehören oder Heilmittel darstellen, zumal der Kreis der in Betracht kommenden Behandlungsweisen nicht feststeht. Es kommt dabei auf das potentielle Verhältnis an, in dem die persönliche Tätigkeit des Arztes und das sachliche Mittel im einzelnen Falle zueinander stehen (vgl. EBERMEIER: a. a. O. 224).“ Handkommentar zur RVO. Dr. KROHN-ZSCHIMMER, Dr. KNOLL-SAUERBORN, Anm. 7 zu § 182.

Nr 4. Behandlung des Kassenmitgliedes ohne Geltendmachung der Mitgliedschaftsrechte.

a) RVA. AN. 1928, 285.

Ein Versicherter geht des Anspruchs auf Gewährung ärztlicher Behandlung nicht verlustig, wenn er die Hilfe eines Kassenarztes in Anspruch nimmt, infolge eines Irrtums über seine Mitgliedschaft oder den Umfang der Leistungspflicht der Kasse aber dem Arzt gegenüber die Mitgliedschaft nicht geltend macht. Die Leistungspflicht der Kasse beschränkt sich in diesem Falle auf die Erstattung des Betrages, den sie auf Grund ihres Vertragsverhältnisses mit dem Arzt zu zahlen gehabt haben würde.

Anderer Meinung: b) OVerSA. Berlin 22. 9. 21, Arbeiterversorgung 1921, 668. Wenn entgegen satzungsmäßiger Bestimmung der Nachweis der Kassenmitgliedschaft unterlassen ist, besteht kein Anspruch auf Erstattung des höheren Honorars, das das Mitglied dem Arzt bezahlt hat. — c) OVerSA. Wiesbaden 26. 11. 25, Monatsschrift 1926, 351. Hat ein Versicherter sich nicht als Kassenmitglied ausgewiesen, so steht ihm ein Anspruch auf Ersatz des von dem Arzte geforderten und des gezahlten Honorars gegen die Kasse nicht zu. Daran ändert nichts, daß der Versicherte nicht gewußt hat, daß er Kassenmitglied war.

C. Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Bem. 1. Zulassung und Kassenpraxis. Zur Ausübung der Kassenpraxis sind nur *Kassenärzte* berechtigt. Kassenarzt ist, wer dem Gesamtvertrage (vgl. Bem. 3) beigetreten ist. Voraussetzung für den Beitritt ist die Zulassung. Diese allgemeinen Vorschriften der Zulassungsordnung 30. 12. 31 (RGBl. 1932 I, S. 2) gelten nicht für die Behandlung von Versicherten in dringenden Fällen. Hier kann jeder Arzt tätig werden und hat dann auch Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen durch die Kasse. Ebenso bedürfen nicht der Zulassung die Ärzte, die in Eigenbetrieben der Kasse angestellt sind, für die Tätigkeit in diesen Instituten. Nicht ausdrücklich erwähnt sind in der ZulOrd. die Krankenhausärzte. Aber auch sie fallen nicht unter die ZulOrd., wenigstens soweit sie durch Vertrag mit dem Krankenhaus zur Behandlung der Insassen berufen sind. Anders liegen aber die Dinge dort, wo das Krankenhaus lediglich Unterkunft und Verpflegung gewährt, die ärztliche Behandlung aber durch nicht vertraglich dem Krankenhaus verbundene Ärzte erfolgt. Wollen solche Ärzte Versicherte im Krankenhaus behandeln, so bedürfen sie regelmäßig der Zulassung als Kassenarzt.

Durch die Notverordnung 8. 12. 31 und die zu ihrer Ausführung^c ergangene ZulOrd. ist das Recht der *Zulassung* in wesentlichen Punkten neu gestaltet worden.

Grundsätzliche Voraussetzung der Zulassung neben der Approbation ist die Eintragung ins Arztregister. Dieses wird nicht mehr wie bisher für den Bereich eines Versicherungsamtes, sondern für den Gesamtbereich eines Mantelvertrages (vgl. Abschn. A Bem. 2a) geführt. Der RArbMin. hat in seiner Verordnung 29. 2. 32 (RGBl. 1932, I, S. 100) die Oberversicherungsämter, die zur Führung eines Arztregisters berufen sind und den Bezirk, für den jedes OVerSA. das Arztregister führt, bestimmt. Die Best. des § 16 ZulOrd. über das Reichsarztregister hat mit der Zulassung als solcher nichts zu tun. Das Reichsarztregister soll lediglich die Möglichkeit bieten, die Verteilung der Kassenärzte im ganzen zu überschauen und so durch Beratung der Anwärter Planwirtschaft zu treiben.

Die *Eintragung ins Arztregister* erfolgt auf Antrag des Arztes. Durch diesen Antrag gibt der Arzt zu erkennen, daß er die Zulassung begehrt und Kassenarzt werden will. Die Eintragung ist nur zulässig, wenn der Arzt deutscher Reichsangehöriger ist (also die Staatsangehörigkeit eines deutschen Landes besitzt), wenn er sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet und wenn er seit mindestens zwei Jahren ärztliche Tätigkeit ausübt. Wegen des Inhaltes des Eintragungsantrages vgl. § 8 ZulOrd.

Ein nicht zugelassener Arzt kann sich gleichzeitig in mehrere Register eintragen lassen. Die vorherige Niederlassung ist nicht mehr Voraussetzung der Eintragung. Ist jemand aber bereits Kassenarzt (also bereits für einen Arztregisterbezirk zugelassen), so kann er sich nur noch in ein weiteres Arztregister eintragen lassen und auch das erst frühestens zwei Jahre nach seiner ersten Zulassung. Diese Regelung ist getroffen, um eine Verlegung des Praxisbereichs auch ohne Praxistausch zu ermöglichen.

Über die Anträge zum Arztregister entscheidet der Vorsitzende des OVerSA., bei dem das Arztregister geführt wird. Gegen seine Entscheidung kann das Schiedsamt (beim gleichen OVerSA. gebildet; Besetzung Vorsitzender des OVerSA. und je zwei Arzt- und Kassenvertreter) angerufen werden.

Aus der Reihe der eingetragenen Ärzte erfolgt die Auswahl des Zuzulassenden nach Maßgabe der freien Stellen (vgl. Bem. 2) auf Grund der Zulassungsgrundsätze. Die Entscheidung in Zulassungsangelegenheiten trifft das Schiedsamt, das bei dem OVerSA. gebildet ist, das das Arztregister führt. Gegen die Entscheidungen des Schiedsamts, soweit sie nicht die Entziehung der Zulassung oder die Ausschließung gemäß § 368r Abs. 3 RVO. aussprechen, ist die Revision, im übrigen die Berufung an das Reichsschiedsamt zulässig. Das Rechtsmittel steht dem Arzte, ferner jedem am Mantelvertrage beteiligten Kassenverband (Kassenvereinigung) und Ärzterverband, nicht mehr jedoch der einzelnen Kasse zu, da die Zulassung auch nur noch für Bezirke oder Arztsitze, nicht mehr für die einzelnen Kassen erfolgt (vgl. § 17 Abs. 2 und 3, § 19 ZulOrd.).

Voraussetzung für die Zulassung ist neben der Eintragung ins Arztregister eine dreijährige praktische klinische Tätigkeit als Assistenz- oder Volontärarzt. Die bisherigen Zulassungen werden jedoch hierdurch nicht berührt. Auf die praktische klinische Tätigkeit kann eine Tätigkeit an einem ärztlich-wissenschaftlichen Institut bis zu einem Jahre und die Tätigkeit als Vertreter oder Assistent eines Kassenarztes bis zu einem halben Jahre angerechnet werden. Die Voraussetzung der dreijährigen Ausbildung wird auch durch die Ausbildung als Facharzt erfüllt. Gewisse Übergangsbestimmungen verhüten Härten für schon niedergelassene, aber noch nicht zugelassene Ärzte (vgl. § 20 Abs. 3 ZulOrd.). Als neue Voraussetzung für das Wirksamwerden der Zulassung schreibt die

ZulOrd. den Besuch eines von der kassenärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Kassen veranstalteten Vorbereitungskursus vor.

Besondere Vorschriften regeln die Verhältniszahlen zwischen Fach- und praktischen Ärzten (§ 21 ZulOrd.), die Zulassung verheirateter Ärztinnen, Homöopathen (§ 23 ZulOrd.) und die Auswahl unter mehreren Bewerbern (§ 24, 25 ZulOrd.). Auf Grund der Formulierungen für ein Abkommen zwischen Kassen- und Ärztespitzenverbänden ist eine einmalige außerordentliche Zulassung für Kriegsbeschädigte, langjährige Assistenten und sonstige Jungärzte, die schon länger auf die Zulassung warten, zugestanden worden (§ 27 ZulOrd.). Das Wesentliche an dieser außerordentlichen Zulassung ist, daß die Verhältniszahl (1:600, vgl. Bem. 2) unterschritten werden kann.

Bem. 2. *Arztsystem.* Das Arztsystem bildete bisher einen der Hauptstreitpunkte zwischen Ärzten und Krankenkassen. Man unterschied im wesentlichen die Systeme der freien Arztzulassung (jeder vertragsbereite Arzt darf jeden Versicherten behandeln) und die Systeme der beschränkten Arztzulassung, darunter als wichtigstes die beschränkt freie Arztwahl (es werden nur eine bestimmte Zahl von Ärzten zugelassen; zwischen ihnen hat der Versicherte die freie Wahl). Die Forderung der Ärzteschaft ging auf die organisiert freie Arztwahl. Dieses System ist nunmehr allgemein durchgeführt worden, allerdings mit einer Einschränkung. Es werden soviel Ärzte zugelassen, daß auf je 600 Versicherte im Zulassungsbereich 1 Arzt entfällt. Sind in einem Zulassungsbezirke mehr Ärzte zugelassen als der Verhältniszahl 1:600 entspricht, so darf — vorbehaltlich der außerordentlichen Zulassung (Bem. 1 letzter Abs.) — bis zur Wiederherstellung der Verhältniszahl nur jede dritte freiwerdende Stelle besetzt werden. Diese Einschränkung ist jedoch im Einverständnis von Kassen und Ärzten geschaffen worden, weil sonst für den Einzelarzt kein hinreichendes Betätigungsfeld mehr bestände.

Bem. 3. *Vertragsschluß.* Die Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen werden durch schriftlichen Vertrag geregelt. Näheres über Vertragsarten und Zustandekommen s. Abschn. A, Bem. 2.

Bem. 4. *Der Kassenarztvertrag* ist, wie schon bisher von der herrschenden Meinung vertreten und jetzt ausdrücklich vom Gesetze ausgesprochen (§ 368 RVO.), ein Dienstvertrag, auf den die §§ 611ff. BGB. Anwendung finden. Die besonderen Vorschriften der RVO. über Art und Umfang der ärztlichen Behandlung gehen im Grunde auf die Vorschriften des bürgerlichen Rechtes zurück. Aus bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen ergibt sich auch der Inhalt der Haftungs Vorschriften des § 368 Abs. 1 Satz 4 u. 5.

Umstritten ist die Frage, ob der Vertrag zwischen Arzt und Kasse gleichzeitig ein Vertrag zugunsten Dritter (der Versicherten) ist (s. Abschn. D).

Bem. 5. *Verpflichtungen des Arztes.* Der Kassenarzt ist, ebenso wie jeder andere Arzt, zu ordnungsmäßiger, den anerkannten Regeln der Wissenschaft entsprechender Behandlung verpflichtet. Darüber hinaus ergeben sich aus seiner vertraglichen Bindung der Krankenkasse gegenüber noch die besonderen, aus dem Wesen der Krankenversicherung und dem Aufgabenkreis der Krankenkassen entspringenden Sonderpflichten. Er muß den erkrankten Versicherten und seine Angehörigen — soweit er vertraglich verpflichtet ist, sie zu behandeln (vgl. Abschn. B, Bem. 5) — ausreichend und zweckmäßig behandeln, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Er muß insbesondere eine Behandlung, die nicht oder nicht mehr notwendig ist, ablehnen, die Heilmaßnahmen, insbesondere die Arznei, die Heil- und Stärkungsmittel nach Art und Umfang wirtschaftlich verordnen und auch sonst bei Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtungen die Kasse vor Ausgaben so weit bewahren,

als die Natur seiner Dienstleistungen es zuläßt. Die Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit, die den Krankengeldbezug zur Folge hat, hat er unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse auszustellen. Verletzt er diese Pflichten, so hat er der Kasse den hieraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

Garant für die vertragsgemäße Durchführung der Behandlung ist die kassenärztliche Vereinigung, die aus sämtlichen in ihrem Bereich zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzten besteht. Sie überwacht die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Verpflichtungen und hat einzutreten, wenn die Arznei pp. Verschreibung das Maß des Notwendigen ungebührlich überschreitet. Die besonderen Überwachungsmaßnahmen der Kasse, zu denen diese als Verwalterin des zweckgebundenen Kassenvermögens gesetzlich verpflichtet ist, wird hierdurch nicht berührt. Die kassenärztliche Vereinigung hat das Recht, Vertragsstrafen gegen die Mitglieder der Vereinigung auszusprechen, die ihre Vertragspflichten verletzen. (Vgl. Abschn. A Bem. 2 b Abs. 2.)

Der Arzt ist verpflichtet, die ärztliche Behandlung selbst zu leisten. Im Falle seiner Behinderung hat er für Vertretung zu sorgen. Der Vertreter — auch soweit dies zulässig der Assistent — ist sein Erfüllungsgehilfe. Er hat daher auch für dessen Tätigkeit einzustehen. Für gewisse Verrichtungen, insbesondere Sachleistungen, ist die vorherige Genehmigung der kassenärztlichen Vereinigung oder der Kasse erforderlich (vgl. § 18 der VertrO.). Für die Verordnung von Krankenhauspflege ist der Erlaß von Richtlinien des Reichsausschusses vorgesehen. Die Rahmenvorschrift des § 20 der VertrO. enthält bereits allgemeine Grundsätze hierfür: Die Notwendigkeit soll schriftlich begründet werden. Krankenhauspflege soll nur verordnet werden, wenn es sich um Operationen handelt, die im allgemeinen nur klinisch ausgeführt werden oder wenn wegen der besonderen Umstände oder der Natur des Leidens die notwendige und ausreichende Behandlung nur im Krankenhaus erfolgen kann.

Der Arzt hat der Kasse auf Verlangen den Krankheitsbefund mitzuteilen. Ebenso hat er unverzüglich der Kasse Mitteilung zu machen, wenn die Krankheit vermutlich eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung ist oder wenn sie auf einen Betriebsunfall oder eine Beschädigung im Sinne des RVerfG. zurückgeht.

Bem. 6. Verpflichtungen der Kasse. Für die ärztlichen Leistungen einschließlich Sachleistungen und Wegegebühren hat die Kasse eine Gesamtvergütung zu zahlen, deren Höhe sich nach dem Kopfpauschale und der durchschnittlichen Mitgliederzahl bestimmt. Das Kopfpauschale wird für jede Kasse nach den bei ihr vorliegenden besonderen Verhältnissen ermittelt und im Gesamtvertrage festgesetzt. Aus der Gesamtvergütung müssen auch die Dienste von Nichtkassenärzten und solchen Ärzten, die nicht Kassenärzte der betreffenden Kasse sind (Fremdärzte) bezahlt werden.

Die Kasse entrichtet die der durchschnittlichen Mitgliederzahl entsprechende Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die kassenärztliche Vereinigung. Die Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte und wendet dabei den Maßstab an, den sie im Benehmen mit der Krankenkasse festgesetzt hat. Den Anspruch auf die Gesamtvergütung kann nur die kassenärztliche Vereinigung geltend machen. Der Arzt kann seinen Vergütungsanspruch nur gegen die kassenärztliche Vereinigung seines Niederlassungsbezirkes geltend machen.

Bem. 7. Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten. a) *Schlichtung.* Für den Bereich eines Gesamtvertrages wird zur Überwachung der Einzelverträge und des Gesamtvertrages ein Vertragsausschuß gebildet. Vor ihm findet auch die Besprechung und der Versuch gütlicher Beilegung von

Streitigkeiten zwischen Einzelärzten bzw. der kassenärztlichen Vereinigung und den Einzelkassen bzw. der Gesamtvertragspartei statt. Soweit hier eine Einigung nicht stattfindet, kann der Einigungsausschuß angerufen werden. Dieser wird für den Mantelvertragsbezirk gebildet. Er ist weiter zuständig für die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen den Parteien des Mantelvertrages. Vertrags- und Einigungsausschuß sind paritätisch zusammengesetzt. Zu instanzialen Entscheidungen sind beide *nicht* berufen.

b) *Entscheidung.* Bei Streit *aus* abgeschlossenen Einzel- und Gesamtverträgen entscheidet das Schiedsamt, bei Streit *aus* Mantelverträgen das Reichsschiedsamt, soweit die Parteien nicht ein besonderes Schiedsgericht vereinbart haben. Gegen die Entscheidungen der Schiedsämter ist Revision an das Reichsschiedsamt zulässig. Für vermögensrechtliche Streitigkeiten bleibt der ordentliche Rechtsweg vorbehalten.

Von dem Streit aus abgeschlossenen Verträgen zu unterscheiden ist der Streit über abzuschließende Verträge. Diese erledigen sich dadurch, daß, wenn keine Einigung zwischen den Parteien erfolgt, das Schiedsamt den Gesamtvertrag und das Reichsschiedsamt den Mantelvertrag *ex officio* festsetzt.

Für Streitigkeiten über den (von der kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden) Anteil eines Kassenarztes an der Gesamtvergütung kann die kassenärztliche Vereinigung durch ihre Satzung ein Schiedsgericht bestellen. Andernfalls bleibt es bei der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte.

Wegen des Verfahrens und der Entscheidung von Streit in Zulassungsangelegenheiten vgl. Bem. 1.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Wegen des alten Rechtes vgl. insbesondere die im Abschn. A zitierte Literatur. Geltendes Recht: SONNENBERG: Das neue Kassenarztrecht nach der Notverordnung vom 8. Dez. 1931. Leipzig: Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands 1932. — HELLMUTH LEHMANN: Ärzte und Krankenkassen. 5. Aufl. Berlin-Charlottenburg: Verlagsges. Deutscher Krankenkassen 1932. — HEINEMANN: Kassenarztrecht. 2. Aufl. Reimar-Hobbing 1932. — SCHRAEDER: Krankenkassen und Kassenärzte. Perleberg: Verlag Die deutsche Landkrankenkasse 1932.

Aufsätze: OKRASS: Das neue Arztrecht. DKrankK. 1932, 2. — JÄGER: Beginn, Ende und zeitweiliges Unterbrechen der Ausübung der Kassenpraxis nach dem neuen Arztrecht. Ärztl. Mitteilungen 1932, 166. — HEINEMANN: Das neue Kassenarztrecht. Betriebskrankenkasse 1932, Nr 3. — JÄGER: Die außerordentliche Zulassung nach den Bestimmungen der neuen Zulassungsordnung. DKrankK. 1932, 139. — OKRASS: Über das Verfahren und die Aufgaben der Schiedseinrichtungen nach dem neuen Kassenarztrecht. Deutsche Krankenkasse 1932, 158. — SAUERBORN: Ärzte und Krankenkassen, Notverordnung vom 8. Dez. 1931. Rechtsverlag München.

Nr 1. Zulassung.

Die Heranziehung von nicht zugelassenen Ärzten zur Kassenpraxis ist unzulässig. Entsch. d. Reichsschiedsamts, AN. 1926, 279. Vertrauensärzte, die nur als solche tätig sind, sind keine Kassenärzte. Reichsausschuß RArbBl. 1926, 96. Eine stillschweigende Zulassung, etwa durch Anerkennung der Kassen, gibt es nicht. Entsch. d. RSchiedsA. 28. 4. 31. Das Rechtsmittel im Zulassungsverfahren hat aufschiebende Wirkung. Reichsaussch. RArbBl. 1926, 96. Verliert der Arzt nach der Zulassung die Eigenschaft als Arzt infolge Entziehung der Approbation, so endet die Zulassung ohne weiteres. RSchiedsA. 30. 3. 31. Das in der Zulassungsordnung vorgesehene Verfahren betrifft lediglich die Aufhebung der Zulassung, läßt aber den Dienstvertrag an sich unberührt. Ob dieser gegebenenfalls aus wichtigem Grunde mit sofortiger Wirkung aufgelöst werden kann, ist notfalls instanzial zu entscheiden. RSchiedsA. 30. 3. 31.

Nr 2. Vertragsschluß.

Ein von einer Vertragspartei nicht unterschriebener kassenärztlicher Gesamtvertrag hat keine rechtsverbindlichen Wirkungen. RSchiedsA. AN. 1928, 18. Die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkasse und Ärzten setzt die Festlegung der Ansprüche der Kassenmitglieder durch die Satzung voraus. Der Arztvertrag hat von der Satzung auszugehen, nicht aber kann er umgekehrt Rückwirkungen auf den Umfang der Kassenleistungen ausüben.

RVA. AN. **1922**, 312. Zur Durchführung jeder ärztlichen Behandlung, die die Krankenkassen ihren Versicherten oder deren Familienmitgliedern gewähren, ist die Schaffung vertraglicher Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten erforderlich. Die Regelung kann nicht Gegenstand der Satzung sein, sondern nur nach §§ 368ff. RVO. erfolgen. RSchiedsA. DKrankK. **1927**, 838. Die kollektiven Arztverträge sind regelmäßig keine Tarifverträge. RSchiedsA. AN. **1925**, 205.

Nr 3. Ärztliches Berufsgeheimnis.

Wenn der Arzt die erforderliche Mitteilung an die Kassenverwaltung nicht ohne Preisgabe eines Geheimnisses, das ihm bei der Untersuchung und Behandlung des Patienten bekannt geworden ist, machen kann, so ist dieses Offenbaren kein unbefugtes, denn es ist notwendig, um eine gesetzliche Durchführung der Krankenversicherung in einzelnen Fälle zu ermöglichen. Bad.VGH. Arbeiterversorg. **1906**, 619; vgl. auch EBERMAYER: Arzt und Patient in der Rechtsprechung, 67. Die Übernahme von ärztlichen Diensten für eine Krankenkasse schließt die Pflicht des Arztes zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte, Befundberichte und Gutachten ein. Arbeiterversorg. **1909**, 272; **1910**, 688; **1911**, 165/166.

Nr 4. Behandlung durch Nichtkassenärzte in dringenden Fällen.

Ein dringender Fall liegt vor, wenn ein Mitglied während eines Urlaubs auf der Reise außerhalb des Kassenbereiches erkrankt. Arbeiterversorg. **1920**, 129. Ebenso, wenn ohne Gefahr im Verzuge der von der Kasse verpflichtete Arzt nicht rechtzeitig gerufen werden kann. Monatsschr. **1929**, Sp. 98. Wenn der Versicherte sofortiger ärztlicher Behandlung bedarf und der angegangene Kassenarzt diese verweigert, so dringender Fall. AN. **1917**, 441. Wenn der einzige Kassenarzt erklärt hat, daß er sich von der Weiterbehandlung eines Krankheitsfalles keinen Erfolg mehr verspreche, so liegt bei einer mit großen Schmerzen verbundenen Verschlimmerung ein Fall vor, der die Aufsuchung eines anderen Arztes rechtfertigt. Monatsschr. **1915**, 139. Dringender Fall bei Unfall vgl. VolkstümZ. **1916**, 20. Inanspruchnahme von Fachärzten in dringenden Fällen Monatsschr. **1915**, 206. AN. **1916**, 482.

D. Beziehungen zwischen Arzt und Patienten.

Bemerkung 1. Kassenarztvertrag als Vertrag zugunsten Dritter. Die mehrfach vertretene Ansicht, daß zwischen Kassenarzt und Kassenpatient Rechtsbeziehungen überhaupt nicht oder nur ausnahmsweise bestehen, dürfte nicht zutreffen. Sie übersieht, daß auch bei der Behandlung von Wohlfahrtspatienten ein vertragsähnliches öffentlich-rechtliches Verhältnis angenommen wird (vgl. S. 94ff, 98 Nr. 5). Wenn sogar der Wohlfahrtspatient nicht nur die Stellung des Objekts hat, an dem sich die Behandlung vollzieht, obwohl er auf sie keinen rechtliche nAnspruch hat, so muß dies um so mehr für den Versicherungsranken gelten.

Das Vertragsverhältnis dürfte richtiger Ansicht nach als mitberechtigender Vertrag zugunsten Dritter (§ 328, 335 BGB.) aufzufassen sein, aus welchem sowohl die Kasse wie das Mitglied oder der sonst Bezugsberechtigte Vertragsrechte gegen den Arzt erwirbt.

Es bestehen demnach drei zu unterscheidende Rechtsverhältnisse:

- a) Das Verhältnis zwischen Kasse und Arzt ist durch den Kassenarztvertrag geregelt. Aus ihm verlangt die Kasse die oben zu A—C erörterten vertraglichen Ansprüche auf Innehaltung der Vereinbarungen.
- b) Das Verhältnis zwischen Kasse und Patient bestimmt sich lediglich nach der RVO. und ist ausschließlich öffentlich-rechtlicher Natur.
- c) Das Verhältnis zwischen Arzt und Versicherten (Patient) gründet sich wie a) auf den Kassenarztvertrag und erzeugt privatrechtliche Beziehungen gemäß §§ 328ff. BGB.

Bem. 2. Die Ansprüche des Patienten. Kraft des Vertrages zugunsten Dritter hat der Patient gegen den Arzt *Vertragsanspruch* auf sorgfältige Untersuchung und Behandlung und bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten gegen den Arzt Schadensersatzansprüche, wie jeder andere Patient, vgl. hierüber unten S. 207ff. Nur trifft die Zahlungsverpflichtung, solange das kassenärztliche Maß nicht überschritten wird, an Stelle des Patienten die Kasse.

Außerdem stehen dem Patienten die gleichen Rechte wie jedem anderen Patienten zu, wenn der Arzt in *unerlaubter* Handlung das Leben oder die Gesundheit des Patienten verletzt, vgl. unten S. 212ff.

Bem. 3. Haftung der Kasse. Erfüllungsgehilfe der Kasse i. S. § 278 BGB. ist der Kassenarzt nicht, da ihre Verpflichtung nur in der Beschaffung der Heilgelegenheit besteht (§ 182 RVO.) und die Heilbehandlung selbst nicht mitumfaßt. Mit Rücksicht auf den beschränkten Einfluß der Kassen bei der Zulassung der Ärzte wird auch eine Haftung der Kasse für Kunstfehler und sonstige schuldhaftige Verletzungen des Kassenarztes im Rahmen des § 831 BGB., d. h. wegen unsorgfältiger Auswahl, grundsätzlich nicht Platz greifen. Über die Rechtslage beim Vertrauensarzt vgl. II, Bem. 5.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Die Vertragsansprüche des Kassenpatienten.

a) Geleugnet werden die Vertragsrechte überhaupt von TH. MEYER: Das ärztliche Vertragsverhältnis. Berlin 1905, 20. RICHTER-SONNENBERG, Kassenärztliche Rechtsverhältnisse 1930, 6 (Kranker und Arzt kommen nur in tatsächliche Föhlung, Kassenpatient ist nur Tatbestandstück, Objekt der ärztlichen Verpflichtung).

b) In der Regel werden die vertraglichen Beziehungen anerkannt, jedoch mit dem Unterschied, daß z. B. FLÜGGE, Das Recht des Arztes 1903, 78, und TEUFEL, Der Arztvertrag 1919, 27 zwei Vertragsverhältnisse behaupten, nämlich außer dem zwischen Kasse und Arzt geschlossenen Vertrag noch einen bei Beginn der Behandlung zwischen Arzt und Patienten zustande kommenden Vertrag, während die übrigen (z. B. HEINEMANN: LeipzZeitschr. 1925, 244), mit Recht, einen einheitlichen Vertrag zugunsten Dritter annehmen, der besonders eingehend von TREITEL: DKrankK. 1930, 1325 begründet und erörtert wird. Die FLÜGGE-TEUFELSche Ansicht kompliziert diesen einfachen Sachverhalt, indem sie zwar zwei Verträge annimmt, aber den ersten Vertrag als integrierenden Bestandteil im zweiten enthalten sein läßt.

c) RG. 7. 1. 10, Recht 1910, Nr 641: Hat eine Krankenhausverwaltung sich einer Krankenkasse gegenüber vertraglich verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen die Mitglieder der Kasse aufzunehmen, so ist nur unter *besonderen* Voraussetzungen daneben noch ein zweiter Vertrag zwischen Krankenhausverwaltung und Kassenmitglied anzunehmen; in Frage kommt auch Vertrag zugunsten Dritter.

Nr 2. Die Haftung der Kasse.

a) RG. 4. 6. 15, JW. 1915, 916 führt in dieser das Verhältnis zwischen Kasse, Patient und Krankenhaus behandelnden, ebenso auf den Kassenarzt zutreffenden Entscheidung aus: Die Haftung der Kasse für etwaige Fehlgriffe der in dem Krankenhaus bei der Heilbehandlung mitwirkenden Personen entfällt, weil die Verpflichtung der Kasse nur in der Verschaffung der Heilgelegenheit besteht und das Heilverfahren nicht mitumfaßt. b) In RG. 8. 11. 30, 131, 67 wird zur Stellung des Kassenarztes im Unterschied zu dem Vertrauensarzt gesagt, ersterer erfülle nicht die der Kasse obliegende Fürsorgepflicht; er wird vielmehr den Kassenmitgliedern in Erfüllung dieser Pflicht nur zur Verfügung gestellt. Ob die Krankenkasse ihre Pflicht zur Gewährung von Krankenpflege durch Gewährung ärztlicher Behandlung (§ 182 Ziff. 1 RVO.) erfüllt hat, sobald sie diese Behandlung vertraglich sichergestellt hat, und inwieweit dabei die Krankenkasse für sorgfältige Auswahl der Kassenärzte und für deren Tätigkeit zu haften hat, bedarf im gegebenen Falle keiner Prüfung.

II. Der Vertrauensarzt.

Bemerkung 1. Die Aufgabe der Vertrauensärzte. Der Vertrauensarzt ist nicht Kassenarzt, hat mit der Behandlung selbst nichts zu tun, sondern ist zu Verrichtungen bestellt, die der Krankenkasse die Kontrolle über die Tätigkeit der Kassenärzte ermöglichen.

Die Beschäftigung von Vertrauensärzten, zu welcher die Krankenkassen schon auf Grund der Vertragsrichtlinien des RAfÄuKrK. 14. 11. 28 vielfach geschritten waren, ist ihnen durch die Notverordnung 26. 7. 30 zur Pflicht gemacht worden. Nach § 368 Abs. 2 RVO. sind die Kassen seitdem verpflichtet, die Bescheinigung

des behandelnden Arztes über die Arbeitsunfähigkeit und seine Verordnungen, insbesondere soweit sie ärztliche Sachleistungen betreffen, in den erforderlichen Fällen durch einen anderen Arzt (Vertrauensarzt) rechtzeitig nachprüfen zu lassen. Die Kontrolle der kassenärztlichen Diagnose kann sowohl von der Kasse wie vom Versicherten verlangt und auch vom Kassenarzt beantragt werden. Der Vertrauensarzt soll der Vertrauensmann aller Beteiligten sein.

Ob sich die Zuständigkeit der Vertrauensärzte auch auf die in Krankenhäusern untergebrachten und von Krankenhausärzten behandelten Kassenpatienten erstreckt, ist streitig.

Bem. 2. Die Stellung der Vertrauensärzte. Die Kassen beauftragen entweder von Fall zu Fall oder laufend einen oder mehrere Ärzte mit der vertrauensärztlichen Tätigkeit, insbesondere mit den erforderlichen Nachuntersuchungen; sie können aber zu diesem Zwecke Vertrauensärzte auch hauptamtlich bestellen und neben ihnen oder an ihrer Stelle einen aus Ärzten bestehenden Prüfungsausschuß bilden.

Zur Wahrung der Unabhängigkeit bestimmt § 368, daß der Vertrauensarzt nicht der Dienstordnung untersteht. Die Bestimmungen für ihre Auswahl, für den Vertragsinhalt und für die Sicherung der Unabhängigkeit, die auch den Kündigungsschutz betreffen müssen, erläßt das RVA.

Bem. 3. Die Haftung für die Vertrauensärzte. Nach lebhaft bestrittener Ansicht des RG. übt im Gegensatz zum Kassenarzt der Vertrauensarzt eine der Krankenkasse selbst obliegende Tätigkeit aus, für welche sie daher gemäß § 278 BGB. im Falle eines Verschuldens des Vertrauensarztes haften soll, ohne sich durch den Entlastungsbeweis des § 831 BGB. (sorgfältige Auswahl) befreien zu können.

Daß der Vertrauensarzt persönlich, der zu dem Patienten in keinen vertraglichen Beziehungen steht, diesem nur aus unerlaubter Handlung haftet, unterliegt keinem Zweifel.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Aus dem *Schrifttum*: GRIESER-SAUERBORN: Erläuterungen der Notverordnung zur Sozialversicherung vom 26. 7. 30, S. 72, 180, 240ff. München 1930.

Nr 1. Zur Stellung der Vertrauensärzte.

RVA. 23. 12. 30. Bestimmungen über die Auswahl und das Dienstverhältnis der Vertrauensärzte (A. Allgemeines, B. Hauptamtliche Vertrauensärzte, C. Nebenamtliche Vertrauensärzte, D. Schlußbestimmungen) RArbBl. 1931, IV 4. Vgl. hierzu OKRASS: DKrankK. 1931, 2 — SASSEN: ZMedBe. 1931, 2 — GISBERTZ: ZMedBe. 1931, 105 — WICHMANN: ZMedBe. 1931, 109 — EISENBERG: GrBerlÄBl. 1931, 39 — RITTER: GrBerlÄBl. 1930, 510. Grundsätzlich zur Stellung der Vertrauensärzte: SAUERBORN: Zur Frage der Gestaltung des vertrauensärztlichen Dienstes. Soziale Medizin 1931, 133.

Nr 2. Zur Ausbildung der Vertrauensärzte.

MOSBACHER: DKrankK. 1931, 16. — MOSER: ebenda 1931, 317.

Nr 3. Vertrauensarzt und Krankenhaus.

SAUERBORN: Vertrauensarzt und Krankenhaus. Soziale Medizin 1931, 435 bejaht die Zuständigkeit der Vertrauensärzte auch für die in Krankenhäusern untergebrachten und von Krankenhausärzten behandelten Kassenpatienten.

Nr 4. Die Haftung für Vertrauensärzte.

a) RG. 8. 11. 30, 131, 67; JW. 1931, 1461: Die Krankenkasse haftet dem Kassenmitglied für die Folgen der unrichtigen Begutachtung durch den mit der Nachuntersuchung beauftragten Vertrauensarzt gemäß § 278 BGB. Die Stellung des Vertrauensarztes ist grundsätzlich eine völlig andere als die des behandelnden Kassenarztes. Der mit der Nachuntersuchung eines Kassenpatienten beauftragte Vertrauensarzt ist von der Kasse zu einer Verrichtung bestellt, die der Krankenkasse im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht selbst obliegt. Durch die

Überweisung an den Vertrauensarzt wird über das öffentlich-rechtliche Verhältnis der allgemeinen Fürsorgepflicht hinaus eine besondere Verpflichtung bestimmten Inhalts, nämlich zu sorgfältiger sachgemäßer Untersuchung, also ein öffentlich-rechtliches Vertragsverhältnis begründet, dessen Zweck keineswegs erreicht werden könnte, wenn man den in § 278 BGB. enthaltenen Rechtsgrundsatz hier außer Anwendung lassen wollte; vgl. RG. **112**, 293; **113**, 296; **118**, 41; **120**, 163 und oben S. 106 Nr. 5c. b) Vgl. hier zuzustimmend THILERSCH: JW. **1931**, 1461 in der Anm. zu 6 (Das Urteil, dem man in jeder Beziehung beitreten kann, wird bei den Vertrauensärzten das Gefühl der Verantwortlichkeit wesentlich stärken und die Kassen zu sorgfältiger Auswahl veranlassen), dagegen ablehnend GRÜNEBAUM: DKrankK. **1931**, 983, welcher den Unterschied in der Haftung für den Kassenarzt und den Vertrauensarzt nicht anerkennt.

Gegen diese Entscheidung auch: OSWALD: Ist der Vertrauensarzt Erfüllungsgehilfe? Arbeiterversorgung **1932**, 36. — PAECH: Haftung der Krankenkasse bei unrichtiger vertrauensärztlicher Begutachtung. Die Betriebskrankenkasse **1931**, 260. — HEINEMANN: Haftung der Krankenkasse bei unrichtiger vertrauensärztlicher Begutachtung. Die Betriebskrankenkasse **1931**, 269.

3. Der beamtete Arzt.

Von

W. LUSTIG, Berlin.

Bemerkung 1. Ärzte als Beamte. a) Die Reichsversorgungsärzte: Regierungs-Medizinalräte, Oberregierungs-Medizinalräte; b) die Strafanstalts-Medizinalräte in Preußen; c) die Polizeiärzte: Pol.Med.Ass., Pol.Med.Rat, Pol.Ob.Med.-Rat; d) Kreis-, Kommunal- und Stadtärzte: Stadtmed. Räte, Provinzial-Med.-Räte, Schulärzte, Fürsorgeärzte; e) zahlreiche vom Reich, z. B. vom RGA. — von dem Staate: Universitätsprofessoren — von den Gemeinden: Krankenhaus-, Irrenärzte usw. als Beamte angestellte Ärzte.

Bem. 2. Ärzte der Wehrmacht sind die Sanitäts- und die Marine-Sanitäts-offiziere. Die Anwärter treten nach dem Abiturium als Soldaten ein, werden 7 Monate mit der Waffe ausgebildet, absolvieren das regelmäßige Studium, erhalten Löhnung, sind aber während dieser Zeit vom Dienst befreit. Nach dem Physikum Beförderung zum Unteroffizier, nach dem Staatsexamen zum Unterarzt. Bewerbungen sind an den ortszuständigen Divisionsarzt zu richten.

Bem. 3. Der beamtete Arzt. Als beamteter Arzt gilt nur „der Kreisarzt“, in Bayern, Sachsen und Baden „Bezirksarzt“, in Württemberg „Oberamtsarzt“, in Oldenburg „Amtsarzt“, in Hamburg und Lübeck „Physikus“ genannt. Nur seine Zeugnisse sind amtsärztliche Zeugnisse, Zeugnisse eines „beamteten Arztes“. Solche anderer ärztlicher Beamter können für ihre Spezialverwaltung die Bedeutung eines amtsärztlichen Zeugnisses haben, z. B. polizei-amtsärztliches Zeugnis für die Verwaltung der Schutzpolizei.

Bem. 4. Voraussetzung für die Anstellung als Kreisarzt. In Preußen: a) Kreisarztprüfung (PrO. 9. 2. 21, Volkswohlf. **1921**, 14), b) Doktorwürde, c) 5 Jahre ärztliche Tätigkeit nach der Approbation (KrAG. 16. 9. 99, GS. S. 172). Anstellung erfolgt zunächst als nichtplanmäßiger Beamter, als Medizinalassessor. In Bayern: PrO. 7. 1. 25, GVOBl. S. 34; Württemberg: VOdStMin. 8. 3. 23, RegBl. S. 19; in Baden: VO. 29. 7. 13; Mecklenburg-Schwerin: PrO. 14. 6. 98 und 1. 8. 20, MÖLLER S. 56; Thüringen: PrO. 15. 7. 01, Veröff. RGA. S. 1032; KrAG. 21. 3. 23, GS. S. 13 und 209; Hamburg: 16. 12. 27, und Braunschweig: 15. 11. 07, GVOBl. S. 317, und 29. 10. 29.

Bem. 5. Art der Anstellung. Die Kreisärzte sind in den meisten Ländern als vollbesoldete unmittelbare Staatsbeamte mit Pensionsberechtigung und

Hinterbliebenenversorgung angestellt. Nicht vollbesoldete Kreisärzte gibt es nur in Preußen, Anhalt und Württemberg. Nur angestellt ohne Pensionsanspruch sind die Kreisärzte in Oldenburg.

Der Kreisarzt führt sein eigenes Dienstsiegel.

Bem. 6. Aufgabenkreis des Kreisarztes. Dieser ist durch besondere Dienstanweisung geregelt. In Preußen durch DANw. 1. 9. 09, 29. 4. 11, 15. 4. 15 und 23. 3. 23, Berlin: R. Schötz; in Bayern durch DANw. 23. 11. 12, MinABl. S. 153; Sachsen: DANwVO. MdI. 10. 7. 84; Württemberg: Ges. 10. 7. 12, RegBl. S. 263; Baden: 1. 1. 86 und 21. 11. 28, VOBl. S. 304; Thüringen: 18. 12. 23, GS. S. 13; Hamburg: 15. 4. 22; Oldenburg: 2. 9. 12; Braunschweig: 17. 12. 06; Lippe: 13. 7. 21, GS. S. 535.

a) *In allen Ländern* ist der Kreisarzt der staatliche Gesundheitsbeamte seines Bezirks. Er hat die gesundheitlichen Verhältnisse zu beobachten, über die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung zu wachen, ansteckende Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, auf Erfordern der Behörde sich in Angelegenheiten des Gesundheitswesens gutachtlich zu äußern, Vorschläge zur Abstellung hygienischer Mißstände zu machen, die Bevölkerung aufzuklären; er überwacht insbesondere die Tätigkeit sämtlicher Medizinalpersonen seines Bezirks, den Arzneimittelhandel innerhalb und außerhalb der Apotheken, die Wasserversorgung, die Abwässer- und Abfallbeseitigung, den Lebensmittelverkehr, die Gewerbe- und Schulhygiene, die Heilquellenkurorte, das Begräbniswesen. Er beaufsichtigt die Kranken-, Siechen-, Irrenanstalten und Herbergen.

b) In Thüringen und Schaumburg-Lippe ist er von Amts wegen Gefängnisarzt, in Thüringen, Hessen und Lübeck staatlicher Gesundheitsbeamter, in Württemberg Leiter der Gesundheitsbehörde, in Bayern Impfarzt, in Bayern, Württemberg und beiden Mecklenburg Schularzt, in Lippe Fürsorgearzt. Diese Aufgaben erfüllen in Preußen die Kreisärzte zum Teil im Nebenamt, soweit nicht für diese besonderen Zwecke von den Gemeinden hauptamtliche Ärzte angestellt sind.

Bem. 7. Polizeibefugnisse. Solche hat der Kreisarzt meist im allgemeinen nicht; er ist Berater der PolBeh. Nur bei Gefahr im Verzuge kann er zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten vorläufige Anordnungen treffen (§ 9 RSeuchG. 30. 6. 1900, RGL. S. 306, und § 8 KrAG. 16. 9. 99, GS. S. 172, StrBest. in § 46 Z. 1 RSeuchG., § 36 Z. 1 PrSeuchG.).

Bem. 8. Ärztliche Praxis. Die Ausübung derselben ist dem Kreisarzt in Preußen seit der Vollbesoldung untersagt, ebenso in Sachsen, Mecklenburg-Schwerin und Bremen. Nicht verboten ist sie in Bayern, Baden, Hamburg, Oldenburg, Anhalt, Lübeck und Thüringen; Kassenpraxis nur in Württemberg und Oldenburg gestattet. Konsultative Praxis und ärztliche Hilfeleistung in Notfällen überall erlaubt.

Bem. 9. Gerichtsarzt. Der Kreisarzt ist der Gerichtsarzt seines Amtsbezirks, soweit nicht besondere Gerichtsärzte angestellt sind (§ 1 DANw. i. Pr.). Solche gibt es in Preußen, Bayern, Hamburg, Bremen und Sachsen. Die Auswahl des Sachverständigen steht im übrigen bei dem Richter (§ 73 StPO. und § 404 ZPO.). Atteste über Haftfähigkeit in Strafsachen dürfen in Preußen nur auf Ersuchen der Gerichtsbehörden erstattet werden.

Bem. 10. Gebühren. Der Kreisarzt ebenso der Gerichtsarzt erheben Gebühren für die amtlichen und vertrauensärztlichen Verrichtungen, in Preußen nach dem Ges. 14. 7. 09, GS. Nr 22 von 1909, daneben Verwaltungsgebühren nach dem Ges. 23. 12. 26, GS. S. 327. Diese sowie die Gebühren für amtsärztliche Geschäfte fließen in die Staatskasse, zum Teil auch die anderen in

erhöhtem Umfange, und prozentual bemessen in den einzelnen Ländern verschieden auf Grund der Notverordnungen. So sind z. B. nach der preuß. NotVO. 12. 9. 31 (PrGS. S. 179) Kap. III § 2 alle Nebenvergütungen für eine unmittelbar oder mittelbar im öffentlichen Interesse ausgeübte Tätigkeit an die Staatskasse abzuführen, soweit sie insgesamt 900 R.M. jährlich zuzüglich 25 vH des darüber hinausgehenden Betrages übersteigen.

Bem. 11. Vorgesetzte Dienstbehörde. Der Kreisarzt und der Gerichtsarzt sind in Preußen dem RegPräs. unmittelbar unterstellt. Diesem steht als Fachbeamter der Regierungs- und Medizinalrat zur Seite. Der höchste Vorgesetzte ist der MfV.

Bem. 12. Disziplinarverhältnisse. Der Kreisarzt (Gerichtsarzt, Gewerbearzt) unterliegt als unmittelbarer Staatsbeamter den Vorschr. DiszGNichtrichtB. 21. 7. 1852. Der Zuständigkeit des Ärztlichen Ehrengerichts ist er nicht unterstellt, andererseits ist er bei Wahl für das Ehrengericht weder wahlberechtigt noch wählbar (§ 2 PrGS. 25. 11. 99 und 27. 7. 04, GS. S. 182). Seine Stellung zur Ärztekammer regelt sich nach Ges. 30. 12. 26 und MinErl. 23. 3. 27, Volkswohlf. 1927, 396.

Bem. 13. Gewerbearzt. Zur Mitarbeit und zum Ausbau der Gewerbehygiene in gewerblichen Betrieben sind hauptamtliche Gewerbeärzte angestellt, und zwar in Bayern (seit 1909), Sachsen, Baden, Württemberg und in Preußen (hier seit 1921) — Volkswohlf. 1921, 60, DANw. 19. 4. 22, Volkswohlf. 1922, 244. Sie sind Gewerbeaufsichtsbeamte i. S. des § 139b GewO.; sie haben keine polizeilichen Befugnisse.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellung): Handbuch der Staatsmedizin 2. Berlin: Karl Heymann 1930. — MÖLLER: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 2. Aufl., S. 36ff. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1930. — LUSTIG: Der Arzt als öffentlicher Gesundheitsbeamter. Teil I. Berlin: S. Karger 1926 — Derselbe, Ergänzungsband. Berlin: S. Karger 1929. — DIETRICH u. SCHOPPEL: Gebührenwesen der Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Schötz 1927. — OPITZ: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Julius Springer 1926.

Nr 1. Wer ist Beamter?

RG 37, 243, 104, 61, 104, 347, 108, 118, 110, 298, 107, 190, ferner BayOVG. 70, 257, 65, 215, 62, 469 (vgl. JOACHIM: ÄKG. S. 248ff.). Nach der PrVO. 12. 9. 31 (GS. S. 179) wurde die bisher bei den Gerichten strittige Frage, ob das Beamtenverhältnis erst mit Aushändigung der Urkunde an den Beamten oder schon vorher durch Übertragung des Amtes begründet wurde, endgültig dahin entschieden, daß ein Beamtenverhältnis im Staat, in einer Gemeinde oder einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechts nur durch Aushändigung einer Urkunde begründet wird, in der die Worte unter Berufung auf das Beamtenverhältnis enthalten sind.

Nr 2. OVG. 4. 5. 14: Der Kreisarzt kann zum Stadtverordneten gewählt werden (EBERMAYER S. 25).

Nr 3. RG(Str) 18. 6. 09, 42, 369: Der Diensteid eines Kreisarztes deckt die von ihm auch als Gerichtsarzt erstatteten Gutachten.

Nr 4. KG. 12. 4. 28: Ein Kreisarzt hat einen Naturheilkundigen von der Weiterbehandlung eines ansteckenden Kranken ausgeschlossen; er hat ihm das Betreten des Krankenhauses verboten. Eine derartige Anordnung des Kreisarztes ist zur Verhütung der Weiterverbreitung der ansteckenden Krankheit zulässig (EBERMAYER S. 26).

Nr 5. EGH. 12. 1. 04: Die ärztlichen Ehrengerichte sind berechtigt, bei Würdigung der Erheblichkeit der von einem angeschuldigten Arzte begangenen Verfehlungen, das Verhalten jeder dritten Person, also auch des Medizinalbeamten, einer Kritik zu unterziehen (Handb. f. St. Med. 2. 110).

Nr 6. Kürzung der Nebengebühren.

a) HERTEL: ZMedBe. 1931, 280, 346 — b) BEWER: DÄBl. 1931, 350 — c) Erlaß PrMdV. 19. 9. 31, JM. I 1071/31, 2. Aug. — d) DEMBROWSKI: ZMedBe. 1931, 563.

4. Der Arzt als Zeuge und Sachverständiger im Zivil- und Strafrecht.

Von

L. EBERMAYER, Leipzig.

I. Der Arzt als Zeuge.

Bemerkung 1. Zeugnispflicht. Für den Arzt besteht wie für jeden anderen Staatsbürger die *Zeugnispflicht* in Zivil- und Strafsachen, soweit nicht die Prozeßordnungen ihm wie jedem anderen oder ihm besonders mit Rücksicht auf die Notwendigkeit der Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses ein Recht zur Zeugnisverweigerung geben.

Bem. 2. Zeugnisverweigerungsrecht. Gleich jedem anderen ist auch der Arzt berechtigt, mit Rücksicht auf seine persönlichen verwandtschaftlichen Beziehungen zu einer Partei oder zum Angeklagten das Zeugnis zu verweigern, § 383 ZPO., § 52 StPO. Ferner kann er — wie jeder andere Zeuge — nach § 384 ZPO. die Antwort auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihm oder einem Angehörigen unmittelbaren Vermögensschaden, Unehre oder die Gefahr strafrechtlicher Verfolgung zuziehen würde. Im Strafprozeß ist dieses Zeugnisverweigerungsrecht enger gefaßt: Nach § 55 StPO. kann die Antwort nur auf solche Fragen verweigert werden, deren Beantwortung dem Zeugen oder einem Angehörigen die Gefahr strafrechtlicher Verfolgung zuziehen würde.

Darüber hinaus räumen Zivil- und Strafprozeßordnung dem Arzt mit Rücksicht auf seinen Beruf und auf das von ihm zu wahrende Berufsgeheimnis ein weitgehendes Zeugnisverweigerungsrecht ein. Nach § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO. sind Personen, welchen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes Tatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, in betreff der Tatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht, zur Zeugnisverweigerung berechtigt, und § 53 Nr. 3 StPO. räumt den Ärzten das Recht ein, das Zeugnis über das zu verweigern, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut worden ist.

Wieweit aus diesen prozessualen Bestimmungen ein Recht des Arztes herzuleiten ist, bei seiner gerichtlichen Vernehmung als Zeuge oder Sachverständiger ohne Rücksicht auf bestehende Geheimhaltungspflicht auszusagen, ist bestritten. Näheres hierüber s. unter Berufsgeheimnis, S. 227, 229.

Bem. 3. Keine Ablehnung wegen Befangenheit. Der Arzt ist Zeuge, wenn er außerprozessual gemachte Wahrnehmungen im Prozeß mitteilen soll. Als Zeuge kann er nicht wegen Befangenheit abgelehnt werden.

II. Der Arzt als Sachverständiger.

Bem. 4. Begriff der Sachverständigen. Der Arzt ist Sachverständiger, wenn er entweder innerhalb und zu den Zwecken des gerichtlichen Verfahrens gemachte Wahrnehmungen mitteilen oder Erfahrungssätze kundgeben soll; beides fällt häufig zusammen.

Bem. 5. Verpflichtung zu sachverständiger Tätigkeit. Da der Arzt die ärztliche Tätigkeit zum Erwerb ausübt, ist er nach § 75 StPO., § 407 ZPO. verpflichtet, der Berufung zum Sachverständigen Folge zu leisten.

Bem. 6. Ablehnung wegen Befangenheit. Der Arzt kann als Sachverständiger ebenso wie der Richter wegen Befangenheit abgelehnt werden.

Bem. 7. Beeidigung. Wie der Zeuge den Zeugeneid, so leistet der Arzt als Sachverständiger den Sachverständigeneid, oder er kann sich, wenn er auf

Gutachten der betreffenden Art im allgemeinen beeidigt ist, auf den geleisteten Eid berufen.

Bem. 8. Gehilfe des Richters. Der ärztliche Sachverständige ist wie jeder andere Sachverständige nur Gehilfe des Richters, der an das Gutachten des Sachverständigen nicht gebunden ist.

III. Der sachverständige Zeuge.

Bem. 9. Begriff. Sagt der Arzt als Sachverständiger zugleich über vorprozessuale Wahrnehmungen aus, so ist er insoweit zugleich Zeuge und hat den Zeugen- und Sachverständigeneid zu leisten; doch deckt der Zeugeneid den Sachverständigeneid, nicht aber umgekehrt. — Ob der Arzt nur Sachverständiger oder nur Zeuge oder sachverständiger Zeuge ist, ist oft schwer zu entscheiden, da Zeugen- und Sachverständigenaussage oft ineinander übergehen; der Arzt wird häufig Zeuge sein für die in der Vergangenheit liegenden Wahrnehmungen, Sachverständiger für die daraus gezogenen Schlüsse. Wenn z. B. der behandelnde Arzt über die Beschaffenheit der von ihm vorgefundenen Verletzungen und über den Heilungsprozeß aussagt, so wird er in der Regel Zeuge, und da er sich gewöhnlich gutachtlich äußert, zugleich Sachverständiger sein.

IV. Gebührenfragen.

Bem. 10. Gebührenordnung. Der Arzt wird für seine Tätigkeit als Zeuge oder Sachverständiger nach Maßgabe der GebO. für Zeugen und Sachverständige 21. 12. 25 entlohnt.

Bem. 11. Ist er Zeuge und zugleich Sachverständiger, so hat er die (in der Regel) höheren Sachverständigengebühren zu beanspruchen, ist er sachverständiger Zeuge, so stehen ihm nach § 85 StPO. nur die Zeugengebühren zu.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Die Kommentare zur Zivil- und Strafprozeßordnung, und zwar Kommentare zur ZPO. von BAUMBACH, SYDOW-BUSCH zu §§ 383, 384, 402ff. ZPO., zur Strafprozeßordnung von LOEWE-ROSENBERG, FEISENBERGER, KOHLRAUSCH zu §§ 52, 53, 55, 75, 85 StPO., ferner GERLAND: Deutsches Strafprozeßrecht, S. 196ff. — DOHNA S. 100ff. — LINIGER, WEICH-BRODT, FISCHER, Handbuch der ärztlichen Begutachtung 1, Leipzig 1931 (Barth). — Über die Mißstände bei Erstattung von Privatgutachten: DÄBl. 1931, 219 (Preuß. Ärztekammerausschuß). — Aufsätze von DYRENFURTH, ELIASBERG, DIETRICH, FRIEDLÄNDER, LEIBBRAND, SCHNITZER, SCHMITZ über die Auswahl der ärztlichen Sachverständigen vor Gericht in DÄBl. 1931, 313, 315, 316, 329, 437. — NIEDERLAND-KNOSP, Zur Frage der ärztlichen Sachverständigentätigkeit (Haftung für fehlerhafte Gutachten?), DÄBl. 1931, 339.

Nr 1. Pflicht, der Berufung zum Sachverständigen Folge zu leisten.

a) Das LG. Frankfurt a. O. hat in einem Beschluß 12. 11. 28 die Weigerung eines Arztes, als zweiter Arzt an einer Leichenöffnung teilzunehmen, unter Umständen für berechtigt erklärt. Man müsse zwar die zu einer Leichenöffnung erforderlichen Kenntnisse bei jedem praktischen Arzt in der Regel voraussetzen; es seien aber Fälle denkbar, in denen diese Voraussetzung nicht zutrefte, wenn der betr. Arzt z. B. seit langer Zeit keine Leichenöffnung mehr vorgenommen habe oder überhaupt noch nie mit einer solchen beschäftigt gewesen sei.

b) Im Zusammenhang mit der Frage, wieweit ein Arzt verpflichtet sei, der Berufung als gerichtlicher Sachverständiger zu folgen, steht die Frage, ob ein Arzt gezwungen werden kann, ein Gutachten über einen Kranken abzugeben, den er nicht behandelt hat. Die Frage wird zu verneinen sein. Ein gesetzlicher Zwang, Kranke zu behandeln, sog. Kurierzwang, besteht in Deutschland nicht. Kann aber ein Arzt zur Behandlung eines Kranken nicht gezwungen werden, so kann man ihn auch nicht zwingen, sich über den Zustand eines Kranken, den er nicht behandelt hat, gutachtlich zu äußern. Vgl. EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 28.

c) Die preußischen Ärztekammern sind nicht verpflichtet, Gutachten für die Gerichte zu erstatten, da weder § 407 I noch § 407 II ZPO. Anwendung finden: Gutachten vom 17. 1. 29, Groß-Berliner Arzteblatt 1931, 66.

Nr 2. Der Arzt als sachverständiger Gehilfe des Richters.

Über die sachverständige Tätigkeit des Arztes, insbesondere des Psychiaters, äußerte sich HEILBRONNER in „Recht und Wirtschaft“ **1**, 103ff. Er geht davon aus, daß auch der psychiatrische Sachverständige nur Gehilfe des Richters ist und nur insoweit tätig zu werden hat, als dem Richter die erforderliche Sachkunde fehlt. Der psychiatrische Sachverständige habe sich strikte auf sein Gebiet, die Beurteilung krankhafter Geisteszustände zu beschränken, zu welchem Fragen der Normalpsychologie nicht gehören. Ob dies heute, wo Psychologie und Psychoanalyse im Strafprozeß eine immer größere Rolle spielen, noch der Fall ist, kann dahingestellt bleiben. — Mit Recht weist H. auf die Notwendigkeit einer, und zwar möglichst baldigen Zuziehung psychiatrischer Sachverständiger hin, insbesondere dann, wenn der Richter Zweifel an der geistigen Gesundheit des Angestellten hat, aber doch glaubt, sich gegen das Vorhandensein geistiger Störung aussprechen zu müssen. — H. ist der Meinung, daß der Richter sich in einer eigentümlichen Lage befände. Einerseits gebe er durch die Zuziehung von Sachverständigen zu erkennen, daß ihm selbst die nötige Sachkenntnis fehle, andererseits stehe aber nach Erstattung des Gutachtens die Entscheidung, wie weit er dem Gutachten folgen wolle, lediglich beim Richter. Dies ist richtig, zwingt aber keineswegs dazu, zu verlangen, daß der Richter an das Gutachten des Sachverständigen gebunden sei; dies wäre z. B. bei sich widersprechenden Gutachten gar nicht möglich. Ist die anfänglich nicht ausreichende Sachkenntnis des Richters durch die Beihilfe der Sachverständigen ergänzt, so ist nicht abzusehen, weshalb nicht nunmehr der Richter nach eigenem, pflichtgemäßem Ermessen frei entscheiden solle. — Auch noch eine andere Frage berührt HEILBRONNER: soll sich der psychiatrische Sachverständige darauf beschränken, sich über das Vorliegen geistiger Störung zu äußern, oder soll er darüber hinaus auch noch das Vorliegen derjenigen weiteren Bedingungen in den Kreis seiner Begutachtung ziehen, von denen das Gesetz die Straflosigkeit wegen Geisteskrankheit abhängig macht — nach geltendem Recht der Ausschluß der freien Willensbestimmung, nach dem Entwurf eines neuen Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs die Unfähigkeit, das Unrechtmäßige der Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln? Eine solche Einschränkung kann vielleicht theoretisch vertreten werden, praktisch wird sie nur selten durchzuführen und auch vom Richter nicht gewünscht sein, denn nicht nur hinsichtlich der Frage des Vorhandenseins der vom Gesetz geforderten biologischen Zustände, sondern auch für die Frage, welche psychologischen Folgerungen aus dem Vorhandensein solcher biologischen Zustände zu ziehen sind, wird der Richter der sachverständigen Beihilfe des Psychiaters häufig nicht entraten können.

Nr 3. Zur Gebührenfrage.

Wie oben Bem. 3, 4, 9, 10, 11 ausgeführt wurde, hat der nur als Zeuge tätig werdende Arzt nur die Zeugengebühren zu verlangen; ist er nur oder zugleich Sachverständiger, so stehen ihm die Sachverständigengebühren zu; ist er dagegen sachverständiger Zeuge, so muß er sich nach § 85 StPO., § 414 ZPO. mit den Zeugengebühren begnügen. Ob er nur Zeuge oder nur Sachverständiger oder gleichzeitig Zeuge und Sachverständiger oder nur sachverständiger Zeuge ist, ist häufig schwer zu entscheiden. Für die Gerichte empfiehlt es sich, von den Vorschriften der §§ 85 StPO., 414 ZPO. keinen zu weitgehenden Gebrauch zu machen. Dies ist auch im allgemeinen der Standpunkt der Rechtsprechung.

a) In einem Beschluß vom 28. 2. 15 weist das BayOLG. zutreffend darauf hin, daß für die Frage, ob ein Arzt die Zeugen- oder die Sachverständigengebühr zu beanspruchen habe, nicht entscheidet, ob er als Zeuge oder als Sachverständiger geladen, sondern in welcher Eigenschaft er vernommen wurde, so daß der zunächst nur als Zeuge geladene Arzt die Gebühren der Sachverständigen zu beanspruchen habe, wenn das Gericht nach seiner Zeugenaussage von ihm eine gutachtliche Äußerung verlangt und entgegengenommen hat.

b) Das R.G. 19. 10. 96, JW. **1896**, 636, billigte dem Arzt die Sachverständigengebühr zu, der gefragt worden war, ob ein Verstorbener in den letzten Wochen vor seinem Tode fortgesetzt Morphiumeinspritzungen erhalten habe und ob er infolgedessen in der letzten Woche vor dem Tode nicht mehr im vollen Besitze seiner Geisteskräfte gewesen sei. Letztere Frage sei von dem Arzt in Form eines Gutachtens beantwortet worden, und es stünden ihm daher die Gebühren des Sachverständigen zu. Ähnliche Entscheidungen finden sich in der JW. **1898**, 419 und **1899**, 145.

C. Ärztliches Standesrecht.

Von
W. LUSTIG, Berlin.

I. Ärztekammern.

Bemerkung 1. Stellung der Ärztekammern. Sie sind die amtliche vom Staate eingesetzte Vertretung des Ärztstandes. Sie sind Korporation des öffentlichen Rechts ohne behördliche Eigenschaft. Sie führen in Preußen als Siegel den preußischen Adler mit der Umschrift „Ärztekammer für . . .“. Ärztekammern gibt es in: Preußen für jede Provinz und für Berlin, in Baden, Bayern, Sachsen, Württemberg, Thüringen, Hessen, Oldenburg, Hamburg, Braunschweig, Anhalt, Lippe, Lübeck, Mecklenburg-Schwerin. Die Ärzte von Schaumburg-Lippe sind an die Ärztekammer der Provinz Hessen-Nassau angeschlossen (PrG. über die Ärztekammern usw. 30. 12. 26, GS. S. 353, und AusfVorschr. 8. 3. 27, Volkswohlf. 1927, 295, Staatsvertrag mit Waldeck, GS. 1928, 179); Bayern: ÄG. 1. 7. 27, GVOBl. S. 233; Sachsen: ÄO. 15. 8. 04, 19. 3. 20; Hamburg: ÄO. 6. 4. 27, GVOBl. S. 175; Württemberg: Ges., betr. Berufsvertretung d. Ärzte, Zahn- u. Tierärzte u. Apoth. 3. 8. 25, RBl. S. 183; Baden: ÄKG. 10. 8. 06; Thüringen: 30. 4. 26; Oldenburg: 8. 6. 28; Lippe: 29. 3. 21.

Bem. 2. Aufgabenkreis der Ärztekammern: 1. Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten, die betreffen: a) den ärztlichen Beruf, b) die öffentliche Gesundheitspflege, c) die Wahrnehmung und Vertretung der Interessen des Ärztstandes. 2. Die Staats- und Gemeindebehörden sind angehalten, der Ärztekammer Gelegenheit zu geben, sich über Fragen im Rahmen ihres Aufgabenkreises gutachtlich zu äußern. 3. Das Recht der Ärztekammern, innerhalb ihres Geschäftskreises bei den Behörden Anträge zu stellen, ergibt sich aus Art. 126 RVerf. 4. Schaffung von Fürsorgemaßnahmen für Ärzte (s. Bem. 6 und § 2 PrÄKG.). Dagegen sind die Ärztekammern nicht *verpflichtet*, für Gerichte Gutachten zu erstatten, wenn sie sich nicht dazu bereit erklärt haben (BerlÄKorr. 1931, 66, DMedW. 1931, 1378).

Bem. 3. Meldepflicht. Es besteht bei den ÄK. eine Meldepflicht binnen 1 Monat für jeden wahlberechtigten Arzt — auch für den beamteten Arzt — bei der Niederlassung und beim Wohnungswechsel, und zwar ist mündlich oder schriftlich anzuzeigen: Anschrift, Vor- und Familiennamen, Geburtsort und Geburtsdatum. Bei Verletzung der Meldepflicht kann der Vorstand Ordnungsstrafe — Einziehung evtl. im Verwaltungszwangsverfahren — verhängen; vorher ist der Arzt zu hören. Dieser hat binnen 1 Monat Einspruchsrecht beim OberPräs. und dagegen binnen 1 weiteren Monat Beschwerde beim Herrn MfV. Die Verhängung der Ordnungsstrafe kann nicht erfolgen gegen einen Arzt, der Reichs- oder Staatsbeamter ist, ferner gegen Privatdozenten, die einen Lehrauftrag oder eine feste staatliche Besoldung haben (§§ 4 und 5 PrÄKG.). Die PolVO. in Preußen, die eine Meldepflicht beim Kreisarzt vorsehen, sind durch KG. 17. 2. 13 (vgl.

DJZ. 1913 Spalte 982), KG. 8. 4. 27 und 12. 5. 31 für rechtsungültig erklärt worden und mußten daher aufgehoben werden (Erl. 29. 9. 31, Volkswohlf. 1931, 927).

Bem. 4. Wahlrecht haben alle reichsdeutschen in Deutschland approbierten Ärzte, die ihren Wohnsitz in dem betreffenden Lande haben, dagegen nicht Sanitätsoffiziere und Unterärzte des Reichsheeres oder der Reichsmarine. Es *ruht*, wenn der Arzt von der Beitragspflicht befreit wird, weil er keine Praxis ausübt oder wenn er in Untersuchungs- oder Strafhaft ist. Es ist *ausgeschlossen*, wenn er entmündigt ist, unter Pflegschaft steht oder während des Verlustes der bürgerlichen Ehrenrechte oder der ehrengerichtlichen Entziehung des Wahlrechts (§ 7 ÄKG.).

Bem. 5. Wahl. Sie findet nach den Grundsätzen der Verhältniswahl durch geheime und schriftliche Abstimmung statt (§§ 6, 8—32), und zwar in Preußen alle 4 Jahre im November. Auf 50 Wähler ist 1 Mitglied zu wählen, im ganzen mindestens 12. Wahlvorschläge sind spätestens 35 Tage mit Zustimmungserklärung der Kandidaten vor dem Beginn der Wahlzeit einzureichen; sie müssen mindestens von 10 Wahlberechtigten unterschrieben sein.

Bem. 6. Vorstand und Mitgliederversammlung. Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden und 4 Beisitzern. Ihre Wahl ist geheim durch Stimmzettel oder, wenn kein Widerspruch erfolgt, durch Zurufe. Die Mitglieder sind ehrenamtlich tätig, Zahlung von Sitzungsgebühren und besonderen Entschädigungen sind zulässig. Die Kammer ist beschlußfähig, wenn mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder oder ihrer Stellvertreter anwesend sind. Für die Schaffung neuer Fürsorgeeinrichtungen ist die Zustimmung der Mehrheit *aller* Mitglieder bzw. ihrer Stellvertreter erforderlich, sonst nur die Mehrheit aller abgegebenen Stimmen. Die Staatsaufsicht übt der OberPräs. aus (§§ 33—38, 48 ÄKG.).

Bem. 7. Umlagerecht. Bei jeder ÄK. wird eine Kasse errichtet. Die Höhe des Beitrages unterliegt der Genehmigung des OberPräs. Eine Ermäßigung wird Ärzten gewährt, die nicht der Ehrengerichtsbarkeit unterstehen und in weiterem Maße solchen Ärzten, die als Beamte auf den Genuß der Fürsorgeeinrichtungen endgültig verzichten. Die Beitragspflicht wird durch ehrengerichtliche Entziehung des Wahlrechts nicht berührt (§§ 39—47 ÄKG.).

Bem. 8. Ärztekammerausschuß. Er übt eine vermittelnde Tätigkeit zwischen den einzelnen ÄK. untereinander aus sowie zwischen diesen und dem MfV., der die Staatsaufsicht ausübt. Jede Kammer stellt die Mitglieder und die Stellvertreter (§§ 49—54 ÄKG.).

II. Die Standesordnung für Ärzte.

Bem. 1. Allgemeines. Der Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztevereinsbundes hat eine „Standesordnung für die deutschen Ärzte“ beschlossen (6. 9. 26), die mit den Worten beginnt: „Der Beruf des deutschen Arztes ist Gesundheitsdienst am deutschen Volk.“ Die Berufsausübung soll nicht lediglich zum Zwecke des Erwerbs erfolgen; verlangt wird ferner hauptsächlich Gewissenhaftigkeit, Schweigepflicht, Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, Schutz des keimenden Lebens, Bekämpfung der Kurpfuscherei, keine Verordnung von Geheimmitteln, Beitritt zu den ärztlichen Vereinigungen, einwandfreie außerberufliche Betätigung usw. Die gesetzgeberischen Faktoren haben es abgelehnt, die freie Überzeugung der Ehrenrichter (s. S. 192) an eine gesetzlich festzulegende Standesordnung zu binden; denn diese sind immer nur *Zusammenfassung* der Standesseite, die nach Ort und Zeit verschieden, sich nicht in allgemeine und dauernde Rechtssätze fassen läßt. Andererseits ist ihr Wert nicht zu unterschätzen, insoweit sie eine authentische Feststellung darüber enthält, wie sie

innerhalb des ärztlichen Kreises, von dem sie ausgeht und für den sie bestimmt ist, als Standesseite angesehen wird (ALTMANN S. 40).

Bem. 2. Ärztliche Berufsausübung. Verboten ist Fernbehandlung, Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen, Praxis im Umherziehen. Ob regelmäßige Sprechstunden an zwei verschiedenen Stellen des Wohnortes oder an anderen Orten abgehalten werden können, entscheidet die zuständige Landesvertretung. In Notfällen darf die Hilfeleistung nicht von einer Vorausbezahlung abhängig gemacht werden. Den Gebührenforderungen ist die staatliche oder von der örtlichen Landesvertretung festgesetzte GebO. zugrunde zu legen. Keine Überforderung, keine Unterbietung! Verkäufe ärztlicher Praxis auch in verschleierte Form, ebenso gewerbsmäßige Vermittlung derartiger Geschäfte sind verboten. Entschädigungen dürfen nur mit Genehmigung der örtlichen Landesvertretung gezahlt werden. Das RVA. nimmt an, daß die Tätigkeit eines Vertrauensarztes als solche nicht Gegenstand eines ehrenrächtlichen Verfahrens bilden könne.

Bem. 3. Verhalten der Ärzte untereinander. Gefordert wird kollegiales Verhalten und Zurückverweisung vertretungsweise behandelter Kranker an die vertretenen Ärzte. Abgesehen von dringenden Notfällen darf kein Arzt die Behandlung eines Patienten übernehmen, der sich bereits in Behandlung befindet, ohne daß vorher dem erstbehandelnden Arzt Mitteilung durch den Patienten gemacht wird. In seiner Wohnung darf der Arzt jedem Kranken Rat erteilen.

Verboten ist unlauterer Wettbewerb, herabsetzende Beurteilung eines Kollegen, Ablehnung der Zuziehung eines zweiten Arztes, Zuweisung von Kranken gegenseitig oder einem Krankenhaus gegen Entgelt. Assoziierung ist nur für Ärzte desselben Sonderfaches oder für praktische Ärzte zulässig, wenn schriftlicher Vertrag und Billigung der örtlichen Landesvertretung vorliegen. Die Tätigkeit als Sportarzt (s. S. 167) darf nur im Einvernehmen mit der Landesvertretung erfolgen und nicht öffentlich bekanntgegeben werden. Bezüglich der Bezeichnung „Facharzt“ oder „Badearzt“ s. S. 167. Dem Facharzt ist die Ausübung allgemein ärztlicher und allgemein vertrauensärztlicher Tätigkeit untersagt.

Bem. 4. Verhalten in der Öffentlichkeit und zu anderen Berufen. Verboten ist die öffentliche Anpreisung — auch in Vorträgen, Rundfunk, Film —, öffentliche Anzeige brieflicher oder unentgeltlicher Behandlung, privater Polikliniken oder unentgeltlicher Sprechstunden, ferner die öffentliche Empfehlung besonderer Heilverfahren oder eigener Heilmittel; ferner die Zulassung öffentlicher Danksagungen, die Bekanntgabe von Krankengeschichten in anderen als fachmedizinischen Zeitschriften, ferner die Zulassung unbeteiligter Laien bei Operationen, Hypnosen und ärztlichen Verrichtungen, ferner die gewohnheitsgemäße Empfehlung bestimmter Apotheken, ferner die gemeinsame Krankenbehandlung mit Nichtärzten, die Vertretung durch Nichtärzte und die Gewährung von Vorteilen zur Erlangung von Praxis. Die Eröffnung, Unterbrechung und Wiederaufnahme der Praxis darf nur in ortsüblicher Weise bekanntgegeben werden (BerlÄKorr. 1931, 383; Merkbuch d. DtschÄVB. S. 35, Danziger Ärztetag 1928).

Bem. 5. Bewerbung und Abschluß von Verträgen. Verboten ist die Bewerbung um nicht freie oder ungekündigte ärztliche Stellungen. Gefordert wird: Vorlage jeder — mündlicher oder schriftlicher — Abmachung mit Behörden, Krankenkassen usw. bei der zuständigen Landesvertretung.

Bem. 6. Ergänzung der Landesverordnung. Bewußtes Zuwiderhandeln gegen Beschlüsse oder Anordnungen der zuständigen Landesvertretungen, die sich im Rahmen dieser Landesordnung halten, gilt als Verletzung der Landespflichten.

III. Die Ehrengerichtsbarkeit.

Bem. 1. Einrichtung von Ehrengerichten. In Preußen durch Ges. 25. 11. 99, GS. S. 565, und 27. 7. 04, GS. S. 182. Für jede Kammer ist ein EGer. und für Preußen ein EGH. gebildet, ebenso in anderen Ländern. Die betreffenden Gesetze sind aufgeführt in Bem. 1 S. 188. Die Bezeichnung der Gerichte ist dieselbe. Nur in Braunschweig heißt das höchste Gericht „Ärztlicher Disziplinarhof“.

Bem. 2. Zuständigkeit der Ehrengerichte. a) *Personenkreis*: Erstreckt sich auf die in Deutschland approbierten Ärzte — auch die fremder Staatsangehörigkeit — mit Ausnahme derjenigen, für die ein anderweitig geordnetes Disziplinarverfahren besteht: Beamte und Sanitätsoffiziere. Diese sind bei den Wahlen der EGer. weder wahlberechtigt noch wählbar (§ 2 PrG.). Verfehlungen dieser Ärzte teilt das EGer. der zuständigen vorgesetzten Dienstbehörde mit (§ 5). b) *Sachlich*: Hinsichtlich des Verhaltens *in* Ausübung des ärztlichen Berufes und *außerhalb* desselben. Unzuständig für politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen sowie für die vertrauensärztliche Tätigkeit als solche (§ 23 der Best. über die Auswahl und das Dienstverhältnis der Vertrauensärzte 23. 12. 30, RAnz. Nr 300 24. 12. 30; vgl. oben S. 181 Nr 1.

Bem. 3. Zusammensetzung. a) *Ehrengerichte*: Aus dem Vorsitzenden und 3 Mitgliedern der ÄK. und einem richterlichen, für 6 Jahre gewählten Mitglied eines ordentlichen Gerichts (§ 7) und den entsprechenden Stellvertretern. b) *Ehrengerichtshof*: Vorsitzender, und zwar Leiter der Medizinalverwaltung und 4 Mitglieder eines ÄKAussch. sowie 2 andere Ärzte und deren Stellvertreter (§ 43).

Bem. 4. Arbeitsverfahren. 1. Als Ehrenrat (§ 4), 2. das vereinfachte (§ 12), 3. das förmliche Verfahren (§ 19ff.). Bei Ermittlungen zu 1 haben die Ärzte des Bezirks die erforderlichen Aufschlüsse zu geben und den Ladungen Folge zu leisten. Sonst Bestrafung möglich (§ 10). Dagegen steht Berufung ans EGer. offen. Die Gerichts-, Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden sind verpflichtet, soweit dienstlichem Interesse nichts entgegensteht, auf Ersuchen des EGer. Auskunft zu erteilen; die OrtsPolBeh. können um Auskunft oder Vernehmung ersucht werden. Eidliche Vernehmungen von Zeugen und Sachverständigen, auch durch Vermittlung der Gerichte, ist nur beim förmlichen Verfahren möglich. Das EGer. wird tätig: 1. als Ehrenrat bei Streitigkeiten zwischen Ärzten auf Antrag oder von Amts wegen, bei Streitigkeiten zwischen Ärzten und anderen Personen nur auf Antrag der letzteren; 2. auf Antrag des Arztes über sein Verhalten und 3. auf Beschluß (Erl. MfV. 13. 12. 20, OPITZ S. 17) der EGer. oder auf Antrag des Beauftragten des OberPräs.

Bem. 5. Gleichzeitig laufende Gerichtsverfahren. Es ist durch § 16 vermieden, daß wegen desselben Tatbestandes EGer. und ordentliche Gerichte verschiedene Entscheidungen fällen. Wenn öffentliche Klage — Privatklage hierfür bedeutungslos — bei strafbaren Handlungen (von der Staatsanwaltschaft) erhoben ist oder Verfahren auf Zurücknahme der Approbation eingeleitet ist, so ist während der Dauer aller Verfahren wegen derselben Tatsachen das ehrengerichtliche Verfahren nicht zu eröffnen bzw. ist es auszusetzen. Andererseits ist das Verfahren auszusetzen und an die Staatsanwaltschaft abzugeben, wenn Verdacht strafbarer Handlungen sich ergibt (Erl. KultMin. 5. 6. 00, S. 18). Verurteilung durch Strafrichter schließt ehrengerichtliche Bestrafung nicht aus.

Bem. 6. Einstellung des Verfahrens (§§ 28—29) erfolgt durch Beschluß des EGer. Ist die Einstellung ohne Hauptverhandlung erfolgt, so kann erneute Anklage während dreier Jahre nur auf Grund neuer Tatsachen erfolgen. Die Eröffnung der Voruntersuchung kann nicht abgelehnt werden aus tatsächlichen

(wohl aus rechtlichen) Gründen, wenn der Arzt gegen sich selbst ehrengerichtliches Verfahren beantragt hat, sonst ja (§ 23).

Bem. 7. Förmliches Verfahren besteht in Voruntersuchung und Hauptverhandlung (§§ 19ff.). Die Voruntersuchung wird durch einen Beschluß des EGer. eröffnet, in dem die Verfehlungen, der Untersuchungskommissar — gewöhnlich das richterliche Mitglied, der Anklagevertreter — der Beauftragte des OberPräs. — aufzuführen sind. Ebenso ist zum Abschluß der Voruntersuchung Beschluß des EGer. nötig (Erl. MfV. 4. 6. 24, OPITZ S. 17). Ein Verfahren „gegen Unbekannt“ gibt es nicht (SächsEGH. 8. 9. 17, EBERMAYER S. 34). Auf die Vernehmung und Verteidigung der Zeugen und Sachverständigen finden die Vorschr. d. StPO. Anwendung. Hauptverhandlung ist nicht öffentlich, Vorsitzender entscheidet über die Zulassung von Personen. Sie kann auch stattfinden, wenn der vorgeladene Angeklagte nicht erschienen ist; öffentliche Ladung oder Vorführung des Angeschuldigten ist unzulässig. Das Gericht ebenso der EGH. urteilen nach freier Überzeugung (§§ 37 und 45 Abs. 1). Sie sind nicht unbedingt an Standesordnungen gebunden (s. S. 189). Vertretung durch Rechtsanwalt oder Arzt zulässig, kann jedoch vom persönlichen Erscheinen des Angeschuldigten abhängig gemacht werden (§ 36). Entscheidung erfolgt in einfacher Stimmenmehrheit; es sind also 3, bei Bejahung der Schuldfrage jedoch 4 Stimmen notwendig. Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen durch einen ersuchten Richter kann angeordnet werden.

Bem. 8. Ehrengerichtliche Strafen sind: 1. Warnung, 2. Verweis, 3. Geldstrafe bis 3000 RM., 4. zeitweise oder dauernde Entziehung des aktiven und passiven Wahlrechts zur ÄK. Die Strafe zu 2, 3 und 4 kann gleichzeitig ausgesprochen werden. Auch kann auf Veröffentlichung des Urteils erkannt werden. Strafe zu 1., 2. und 3. — aber nur bis 300 RM. — kann ohne förmliches Verfahren nach Anhörung des Beauftragten des OberPräs. (§ 12 Abs. 2) und des Beschuldigten durch Beschluß des EGer. verhängt werden (§ 17). Letzteres kann vor Beschlußfassung das förmliche Verfahren beantragen.

Bem. 9. Berufung an den Ehrengerichtshof steht dem Anklagevertreter und dem Angeschuldigten im förmlichen und auch im nichtförmlichen Verfahren binnen 1 Monat nach Zustellung der Ausfertigung der Entscheidung zu. Spätestens nach 2 weiteren Wochen ist eine Berufungsrechtsfertigung einzusenden. Das EGer. entscheidet in der Besetzung von 7 Mitgliedern nach absoluter Stimmenmehrheit, jedoch bei Bejahung der Schuldfrage Mehrheit von 5 Stimmen erforderlich.

Bem. 10. Kostenfestsetzung hat stets in 1. Instanz zu erfolgen. Die Festsetzung ist vollstreckbar. Der verurteilte Angeschuldigte ist zur Tragung der Kosten verpflichtet.

IV. Die ärztlichen Vereine.

Bem. 1. Allgemeine Standesvereine. Der Deutsche Ärztevereinsbund, 1873 gegründet, er hält alljährlich den Deutschen Ärztetag ab. Sein Organ ist das „Ärztliche Vereinsblatt für Deutschland“. Angegliedert als *wirtschaftliche* Abteilung ist der Hartmann-Bund — Verband der Ärzte Deutschlands, Leipziger Verband —, Verbandsblatt: „Ärztl. Mitteilungen“, „Das Hörrohr“ und „Deutsche Korrespondenz für Gesundheitswesen und soziales Versicherungswesen“. Angeschlossen sind: der Verband Deutscher Klinikerschaften, der Reichsverband angestellter Ärzte und die Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Verrechnungsstellen.

Bem. 2. Spezielle Standesvereine. Zahlreich, z. B. Deutscher Medizinalbeamtenverein, Reichsmedizinalbeamtenbund, Verein der Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte, der beamteten Psychiater, der Deutschen Reichsbahnärzte,

der Ärztinnen, der angestellten Ärzte, der reichsdeutschen Badeärzte, der Krankenhausärzte, der ärztlichen Heilanstaltsbesitzer und -leiter.

Bem. 3. Wissenschaftliche Vereine: Deutsche Gesellschaften für Chirurgie, innere Medizin, Urologie, orthopädische Chirurgie, Gynäkologie, Balneologie, Pathologie, gerichtliche und soziale Medizin, Kinderheilkunde, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Anthropologie, die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, die Freie Vereinigung für Mikrobiologie, Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege, für Volkshygiene, Schulgesundheitspflege u. a. Das Zentralkomitee für Krebsforschung, zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz u. a. haben sich zur „Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände“ zusammengeschlossen.

Bem. 4. Die ärztliche (Alters-) Versorgung ist nur in Bayern *gesetzlich* (Ges. 16. 8. 23, GVOBl. S. 255) geregelt, sonst befassen sich mit dem ärztlichen Versorgungs- und Unterstützungswesen a) die Hufeland-Kasse, b) die Darlehns- und Sterbekasse des Verbandes der Ärzte Deutschlands, c) die Deutsche Ärzteversicherung.

Bem. 5. Ärztliche Fortbildung wird gefördert durch den Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen, zu dem sich die betreffenden Organisationen der einzelnen Bundesstaaten zusammengeschlossen haben. Zentrale: Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin. Hier ist auch der Sitz des Preuß. Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen, der Dozentenvereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen und des Preuß. Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung.

Bem. 6. Eintragung in das Vereinsregister. Nach Art. 124 RVerf. haben alle Deutschen das Recht, zu Zwecken, die den Strafgesetzen nicht zuwiderlaufen, Vereine oder Gesellschaften zu bilden (Vereinsges. 19. 4. 08, RGBl. S. 151, i. d. F. 26. 6. 16, RGBl. S. 365, und 19. 4. 17, RGBl. S. 361). Ein Verein, der nicht auf einen wirtschaftlichen Betrieb gerichtet ist, erlangt Rechtsfähigkeit durch Eintragung in das Vereinsregister des zuständigen Amtsgerichts (§§ 21—79 BGB.). Das KG. hat in einem Urteil 4. 4. 13 (EBERMAYER, Arzt und Patient in der Rechtsprechung, S. 69) bei einem kassenärztlichen Verein die Eintragungsfähigkeit bestritten, da er auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist. Im Gegensatz dazu entschied das LG. München-Gladbach am 27. 6. 13, ebenso RG. (4. ZS.) 30. 10. 13 (EBERMAYER, l. c. S. 29).

Bem. 7. Ausschließung und Verrufserklärung. Während die Gerichte in einigen Fällen eine Verrufserklärung eines ärztlichen Landesvereins als einen Verstoß gegen die guten Sitten ansahen, verneinten sie dies in anderen Urteilen. Nach der Rechtsprechung sollen die Gerichte im allgemeinen nicht in die Selbständigkeit der Vereinsverwaltung eingreifen und daher die sachliche Richtigkeit des Vereinsbeschlusses nicht nachprüfen. In den Fällen jedoch, in denen ein Ausschluß bzw. Nichtaufnahme eine wirtschaftliche Schädigung bedeutet, z. B. dort, wo die Ausübung der Kassenpraxis abhängig von der Vereinszugehörigkeit ist, muß gerichtlicherseits nachgeprüft werden, ob nicht infolge des Ausschlusses eine offenbare Unbilligkeit vorliegt und dieses gegen die guten Sitten verstoße. In diesem Falle ist der Verein schadensersatzpflichtig nach § 826 BGB. Ein solcher Beschluß ist unter dem Gesichtspunkte des § 249 BGB. aufzuheben.

Bem. 8. Bedeutung der Cavete-Tafel. Es bleibt den ärztlichen Vereinen unbenommen, aus triftigen Gründen ärztliche Stellen auf die Cavete-Tafel zu setzen. Ein solches Vorgehen ist weder widerrechtlich, noch verstößt es gegen die guten Sitten (RG. [4. ZS.] 7. 7. 27, EBERMAYER, Der Arzt im Recht, S. 194; vgl. auch RG. 15. 10. 30, 130, 89).

Rechtsprechung:

Nr 1. Eintragungsfähigkeit von Vereinen.

a) KG. 4. 4. 13 (EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 69): Kassenärztlicher Verein ist nicht eintragungsfähig in das Vereinsregister, da der Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist.

b) LG. München-Gladbach (EBERMAYER S. 70) hält den kassenärztlichen Verein für eintragungsfähig, ebenso RG. 4. ZS. 30. 10. 30 (EBERMAYER S. 70).

Nr 2. Verrufserklärung.

a) RG. 8. 2. 12: Verrufserklärung verstößt gegen die guten Sitten, ebenso RG. 29. 1. 14: Ein Verein wollte Aufhebung von Verträgen erzwingen.

b) Verrufserklärung verstößt nicht gegen die guten Sitten. RG. 23. 9. 18, 93, 302: Ärzte, die eine gesperrte Stelle annehmen, wurden ausgeschlossen (EBERMAYER S. 71). — RG. (6. ZS.) 2. 1. 12: Ein Verein frei gewählter Kassenärzte nahm früher angestellte, festbesoldete Kassenärzte nicht auf (EBERMAYER S. 71). — RG. 6. 3. 02, 51, 66: Ein Verein kann ein Mitglied nicht ausschließen, wenn es zur Zeit der Ausschließung bereits freiwillig ausgeschieden war (EBERMAYER S. 71).

V. Zahnärztekammer, Standesordnung und Ehrengerichte der Zahnärzte.

Bem. 1. Zahnärztekammer. Eine ist für Preußen gebildet durch Ges. 17. 4. 23, GS. S. 111, nebst AusBest. 30. 4. 23, Volkswohlf. 1923, 223; in Baden durch Ges. 10. 10. 06 mit 1 Ehrengericht, in Württemberg 5. 8. 25, in Bayern seit 1927 (RITTER-KORN S. 34).

Bem. 2. Standesordnung ist gesetzlich nicht geregelt. „Richtlinien für die preuß. Zahnärzte zur Erfüllung ihrer Berufspflichten“ sind in der Sitzung der PrÄK. 30. 6. 23 beschlossen worden (OPITZ S. 25). Sie lehnen sich im allgemeinen an die ärztliche Standesordnung an. Die Vereine haben Standesgerichte und Disziplinarkammern, denen sich die Mitglieder freiwillig unterordnen.

Bem. 3. Ehrengerichtsbarkeit. In Preußen nach § 8 Ges. 17. 4. 23 (GS. S. 111) kann einem Zahnarzt wegen Verletzung der Berufspflichten — nicht der Standesplichten — oder bei rechtskräftiger Verurteilung wegen eines Vergehens oder Verbrechens durch Beschluß des Vorstandes der ÄK. das Wahlrecht oder die Wählbarkeit oder beides für dauernd oder auf Zeit entzogen werden (§ 35). Veröffentlichung des Beschlusses nur bei allgemeiner Bedeutung für die Zahnärzteschaft zulässig, jedoch sind dabei alle Namen und Ortsangaben fortzulassen. Auch hier unterliegen die Beamten nicht dieser Bestrafung.

In Baden ist durch Ges. 10. 10. 06 ein EGer. geschaffen, das unter dem Vorsitz eines höheren Verwaltungsbeamten tagt und wegen Verletzung der Standesplichten und Berufspflichten Strafen verhängen kann: Erinnerung, Verweis, Geldstrafe, Entziehung des Wahlrechts.

Bem. 4. Vereine. Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands, Organ: „Zahnärztliche Mitteilungen“. — Zentralverein Deutscher Zahnärzte (Deutsche Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde), Organ: „Deutsche zahnärztliche Wochenschrift“. — Dem Reichsverband ist angeschlossen eine Abteilung für das Fürsorge- und Unterstützungswesen; daneben besteht Unterstützungskasse Deutscher Zahnärzte. — Reichsverband Deutscher Krankenkassenzahnärzte, Organ: „Deutsche Zahnärzte-Korrespondenz“.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellung): JOACHIM: Ärztekammergesetz. Berlin: Stilke 1930. — MÖLLERS: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 2. Aufl. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1930. — ALTMANN: Ärztliches Ehrengericht. Berlin: Schötz 1900. — OPITZ: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte. Berlin: Julius Springer 1926. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht. Leipzig: Thieme 1930 — Arzt und Patient in der Recht-

sprechung. Berlin: Mosse 1925. — RITTER-KORM: Deutsches Zahnärztereht. 2. Aufl. Berlin 1930.

Rechtsprechung:

Nr 1. Ärztekammern und Ehrengerichte sind rechtsgültige Einrichtungen.

Die Rechtsbeständigkeit und Rechtsgültigkeit der ÄK., die Gesetzmäßigkeit der ÄEger. wird durch die Rechtspr. bejaht (LG. Bln. 25. 4. 29, LG. Hannover 1. 5. 28, BerlÄKorr. 1928, Nr 39). Hinweise auf Art 6 Nr 3, 105, 109, 115, 151 gehen fehl (EBERMAYER: Arzt im Recht, S. 32).

Nr 2. Unbefugte Führung des Facharztstitels.

a) Bemerkenswerte RG. 15. 1. 29 (2. ZS.): Die rechtliche Bedeutung der Bremer Richtlinien wird vielfach bestritten (ÄVBl. 1927, Nr 1420). Ein Facharzt muß eine genügende Ausbildung für sein Sonderfach haben. Ein bestimmter Ausbildungsgang ist nicht vorgeschrieben, es sei jeder Fall besonders zu prüfen.

Abweichungen von den Bremer Richtlinien seien besonders dort am Platz, wo es sich um ältere Ärzte handelt, die durch langjährige Praxis und Studium eine besondere Erfahrung erworben haben.

b) EGH. 4. 2. 27, 4, 1: Eine prakt. Ärztin nennt sich „Ärztin für Frauen und Kinder“. Verurteilung durch das EGer. Freispruch durch EGH., weil mala fides fehlte. Sie sollte sich in Zukunft „Prakt. Ärztin f. Frauen u. Kinder“ bezeichnen.

c) EGH. 10. 6. 22, 4, 2: Ein prakt. Arzt hatte auf seinem Schild den Vermerk „Lungenkranke besondere Behandlung“. Verurteilung.

d) EGH. 5. 2. u. 23. 6. 27 sprechen sich gegen die unbefugte Beilegung des Facharztstitels aus (4, 3 u. 4).

e) EGH. 19. 2. 24, 4, 5: „Sprechstunde für Haut- und Geschlechtskranke je nach Vereinbarung“, „Arzt für innere Krankheiten und Kinderarzt“ ist unzulässig, mit einer Warnung bestraft.

f) SächsEGer. 20. 4. 12 (EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 66): Unzulässig ist „Spezialist für äußere und innere Tuberkulose“.

g) EGH. 1. 12. 17, 4, 6: Ein Arzt hatte einer Person 15000 M. gegeben gegen das Versprechen, innerhalb von 6 Monaten den Prof.-Titel zu erhalten. Bestrafung mit 500 RM.

Nr 3. Standesunwürdige Reklame.

a) EGH. 4. 2. 27, 4, 7: „Biochemisches Institut und ärztlich geleitet“ ist nicht zu beanstanden, dagegen „Augendiagnose und giftfreie Behandlung“.

b) EGH. 13. 11. 26, 4, 8: „Fürsorgestelle“ und Ankündigung „kostenloser Beratung und Behandlung von Kassenmitgliedern“ ist standesunwürdig.

c) EGH. 8. 5. 16, 4, 9: Grobe Verletzung der Standeswürde ist die Anpreisung eines selbstverfaßten Buches über „Harnröhrenleiden“ als „hochinteressantes illustriertes Werk“, „für jeden Leidenden unentbehrlich“ in Reklamebrochure. Standesunwürdig ist es, mit einem Erwerbsgeschäft in geschäftlicher Verbindung zu stehen, das eine für einen Arzt standesunwürdige Reklame betreibt. Der Einwand des Arztes, ihm sei von einer derartigen Reklame nichts bekannt, gilt nicht. Ein Arzt, der sich mit einem solchen Erwerbsgeschäft einläßt, muß wissen, welche Gefahren ihm durch den Mißbrauch seines Namens drohen; er kann sich dieserhalb nicht mit einem passiven Verhalten und Nichtwissen entschuldigen. (Vgl. auch 28. 4. 14, 4, 70 wegen Reklame eines Schutzpessars zum Weitertrieb durch Hebammen, ferner 14. 5. 12, 3, 31, 11. 11. 12, 3, 33.)

Nr 4. Verbindung mit Kurpfuschern.

a) EGH. 29. 11. 01, 1, 137; 9. 5. 11, 3, 207; 12. 11. 26 u. 29. 3. 26, 4, 72 u. 73; 23. 6. 27, 4, 74: Geschäftliche Verbindungen mit Kurpfuschern sind standesunwürdig, ebenso Hannov. EGer. 24. 3. 30, BerlÄKorr. 1931, 841: Der Arzt muß allein behandeln; der Nichtarzt darf nur als Gehilfe herangezogen werden. Selbst wenn der Arzt in seinen wissenschaftlichen Entscheidungen Berührungspunkte mit der Heilperson findet, schadet dem Ansehen des Arztstandes jede geschäftliche Verbindung mit einer solchen Person, da sie eine gewisse Abhängigkeit des Arztes mit dem Nichtarzte herbeiführt.

b) U. d. ärztl. Berufsg. f. Oberfranken 3. 12. 30, DMedW. 1931, 1943: Ein Arzt, der ein Zeileisinstitut leitet, handelt standesunwürdig.

Nr 5. Unlauteres Annoncieren.

BerlÄKorr. 1931, 212 u. EBERMAYER: Arzt im Recht, S. 65 (vgl. auch DMedW. 1931, 198). Besonderer Fettdruck oder Umrahmen im betr. Buch ist zu unterlassen, Stellungnahme des BerlEGer (BerlÄKorr. 1931, 298). — ÄEger. 23. 7. 25, 4: Ein Arzt hatte zur Rechtfertigung seiner Behandlungsweise durch Ausschellen am Ort bekanntgegeben, daß seine Diagnose im

Krankenhaus bestätigt wurde. Obwohl dies ungewöhnlich ist, erfolgte Freisprechung, weil die Art der Bekanntmachung ortsüblich sei und der Arzt im guten Glauben gehandelt hat.

Nr 6. Abgabe von Brillen und Heilmitteln.

a) EGH. 20. 3. 22, 4, 47: Abgabe von Brillen ist standesunwürdig. Zulässig ist dagegen die Abgabe eines Glasauges durch einen Augenarzt oder Prothesen, Plattfußeinlagen usw. durch Orthopäden, Bruchbänder durch Landarzt aus eigenem Betrieb oder wegen zu großer Entfernung.

b) EGH. 13. 11. 26, 4, 50: Abgabe biochemischer Heilmittel und Proben gegen Bezahlung an Patienten ohne Dispensierrecht mit gleichzeitiger Androhung von Boykott einer Apotheke ist standesunwürdig.

Nr 7. Unkollegiales Verhalten.

a) EGH. 22. 3. 27, 4, 11: Ein Arzt hatte eine früher gemeinsame Patientin zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegen einen Kollegen angehalten und ihn vor der Staatsanwaltschaft ohne zwingende Grundlage verdächtigt. — Bestrafung.

b) EGH. 12. 11. 26, 4, 22: Bestrafung, weil sich ein Arzt zur Ermittlung von Verfehlungen (Abtreibungen) eines Kollegen eines Privatdetektivs bediente.

c) EGH. 22. 6. 27, 4, 24: Ein Facharzt hatte die Behandlung eines Kindes übernommen, das sich in Behandlung eines anderen Arztes befand. Er machte keine Mitteilung. Der Patient hatte ihm aber berichtet, daß der erste behandelnde Arzt, nachdem er gesehen hatte, daß ein anderer Arzt in das Haus des Kranken ging, äußerte, er werde auf keinen Fall die Weiterbehandlung des Kindes übernehmen. Unter diesen Umständen fühlte sich der zweite Arzt zu seiner Handlungsweise berechtigt. — Freispruch.

d) EGH. 23. 7. 25, 4, 25: Ein Arzt, der sich mit oder ohne Abgabe des Ehrenwortes dem Verein gegenüber verpflichtet, sich jeder eigenen Fühlungnahme mit den Kassen zu enthalten und allen Anordnungen der Ärzteschaft Folge zu leisten, handelt standesunwürdig, wenn er sich kurzerhand aus rein persönlichem Interesse darüber hinwegsetzt. — Bestrafung.

e) „Vertrauensärzte der Krankenkassen und staatliches Ehrengericht“ im GrBerlÄBl. 1931, 113: Wenn der Vertrauensarzt sich bei der Nachuntersuchung einen Verstoß gegen die Standespflichten zuschulden kommen lasse, z. B. durch eine abfällige Bemerkung über die bisherige Behandlung des Kassenarztes, unterliege er wie jeder andere Arzt der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit.

Nr 8. Verhalten gegenüber dem Patienten.

a) EGH. 31. 5. 24, 4, 32: Standesunwürdig ist das Verlangen eines Wechsels über das für die Gesamtbehandlung vereinbarte Honorar in der Absicht, selbst bei vorzeitig abgebrochener Behandlung den vollen Betrag einzufordern.

b) EGH. 28. 4. 14, 4, 33: Die Sicherung des ärztlichen Honorars durch Schuldschein und Wechsel ist ungewöhnlich und auffällig, im vorliegenden Falle jedoch nicht ehrengerichtlich strafbar, weil es sich nicht um eine Behandlung eines Kranken, sondern um Operation aus kosmetischen Rücksichten handelt. Die Zahlung in dem betr. Falle war dazu unsicher.

c) EGH. 22. 5. 17, 4, 35: Ein Arzt, der auf seiner Liquidation vermerkt: „Erhöhung des Honorars wird für den Fall vorbehalten, daß die Zahlung nicht binnen 14 Tagen erfolgt“, handelt standeswidrig.

d) EGH. 13. 10. 19, 4, 41, 10. 6. 22, 4, 40, 29. 11. 20, 4, 44, 13. 11. 26, 4, 45 beziehen sich auf sittliche Verfehlungen der Ärzte gegenüber Patienten: Geschlechtlicher Verkehr im Sprechzimmer während der Behandlung u. a.

e) EGH. 23. 6. 27, 4, 46: Abgabe erotischer Bilder an eine Patientin. Es ist zu mißbilligen, wenn ein Arzt schädliche Neigungen und Instinkte einer Patientin durch verwerfliche Handlungen zu steigern versucht.

Nr 9. Nicht gewissenhafte Ausübung des Berufs.

a) EGH. 17. 6. 12, 3, 154: Empfehlung einer bestimmten Apotheke ohne triftige sachliche Gründe ist standesunwürdig.

b) EGH. 20. 2. 24, 4, 38: Ein Arzt, der ein Gutachten über einen Kriegsbeschädigten ausstellt, den er weder kennt noch untersucht hat, auf Grund unbeglaubigter Auszüge aus Krankenblättern, handelt standesunwürdig, und zwar in besonderem Maße, wenn er weiß, daß dieses Gutachten dazu dienen soll, Ansprüche aus der Kriegsbeschädigung gegen das Reich geltend zu machen.

c) EGH. 13. 11. 26, 4, 38: Ein Arzt handelt standesunwürdig, wenn er Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, ohne den Patienten untersucht zu haben. Ebenso 10. 11. 24, 4, 39: Ein Arzt hatte ein Gesundheitszeugnis über eine Ehefrau ausgestellt, ohne diese je zu untersuchen oder überhaupt zu kennen; desgleichen handelt er standesunwürdig, wenn er ein Attest leichtfertig ausstellt (EGH. 16. 10. 11, 3, 127).

d) Verweigerung ärztl. Hilfeleistung bei Erkrankungen: EGH. 12. 11. 12, **3**, 111, 15. 12. 13, **3**, 114. Nach ständiger Rechtsprechung des EGH. ist der Arzt verpflichtet, unverzüglich Hilfe zu leisten, wenn es sich um Fälle dringender Lebensgefahr handelt, ebenso EGH. 12. 12. 11, **3**, 116.

e) EGH. 3. 3. 13, **3**, 120: Unwürdiges Verhalten eines Arztes am Sterbebette eines Patienten gegenüber Vorwürfen der Angehörigen. Der Arzt muß am Krankenbett und am Sterbelager im menschlichen Mitgefühl, auch Vorwürfen der erregten Angehörigen gegenüber, der Überlegene bleiben.

f) EGH. 28. 4. 14, **4**, 61: Ausstellung eines Totenscheins, ohne die Leiche zu besichtigen, ist standesunwürdig, ebenso EGH. 15. 12. 08, **2**, 132.

g) EGH. 22. 5. 17, **4**, 68: Verschreiben von Schönheitsmitteln und Pillen gegen Verstopfung für einen Kassenpatienten, ohne diesen je gesehen zu haben.

h) EGH. 29. 3. 26, **4**, 53: Allgemeine Standespflicht zur Aufzeichnung von Sprechstundenfällen besteht nicht. Dagegen ist bei Unterbrechung der Schwangerschaft ein zweiter Arzt zuzuziehen und sorgfältige Aufzeichnung zu machen, dagegen nicht bei einer im Gange befindlichen Fehlgeburt.

Nr 10. Verhalten außerhalb des Berufs.

a) EGH. 13. 5. 12, **3**, 90: Fahrlässige Abgabe des Ehrenwortes, ferner 11. 11. 12, **3**, 214 (vgl. auch EBERMAYER: Arzt und Patient in der Rechtsprechung, S. 39): Wer eine ehrenwörtliche Verpflichtung übernimmt, muß sie strengstens auslegen und darf nicht von dem Wortlaut der Verpflichtung abweichen, solange noch Zweifel an ihrer Auslegung möglich sind.

b) EGH. 30. 9. 22, **4**, 76: Vorgänge, die sich im engsten Familienkreise abspielen und ohne Interesse für die Öffentlichkeit sind, können nicht ehrengerichtlich verfolgt werden.

c) EGH. 19. 2. 21, **4**, 71: Standesunwürdig ist Prügelei auf offener Straße, ebenso Geschlechtsverkehr, der Anstoß erregt, ebenso öffentliches Ärgernis durch Trunksucht (EGH. 11. 11. 12, **3**, 227).

D. Arzt und Patient im Zivilrecht.

Von

A. PHILIPSBORN, Berlin.

I. Das Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient.

A. Der Arztvertrag.

Bemerkung 1. Rechtliche Natur. Ob der Arztvertrag Dienstvertrag oder Werkvertrag ist, d. h. ob der Arzt Dienste zu leisten (§§ 611ff. BGB.) oder durch seine Dienste einen Erfolg herbeizuführen, also ein Werk herzustellen hat (§§ 631ff.), ist noch immer stark umstritten. Die herrschende Judikatur und Literatur nimmt grundsätzlich DienstV. an, doch mehren sich die Stimmen, welche sich insbesondere bei Operationen für WerkV. aussprechen, und zwar meist in dem Sinne, daß den Erfolg nicht die Heilung, die erfolgreiche Operation, sondern die sachgemäße Operation bilde. Dies führt aber unweigerlich zu der den Ärzten schädlichen und unangemessenen Konsequenz, daß der Arzt, der ja beim WerkV. die „Gefahr“ bis zur Abnahme des Werks trägt (§ 644), kein Honorar zu beanspruchen hat, wenn er die Operation wegen Erkenntnis der Erfolglosigkeit oder zu großer Gefährlichkeit oder weil der Patient während der Operation stirbt, abbricht. Auch die dem Arzt nur bei Annahme des DienstV. zustehende Befugnis jederzeitiger Kündigung des § 627 spricht sehr maßgeblich gegen den WerkV.

Besonders unlogisch ist es, nur bei Operationen WerkV., im übrigen DienstV., anzunehmen. Denn auch die interne Behandlung ist wie jede ärztliche Behandlung überhaupt eine innerlich zusammenhängende, auf Einwirkung auf den kranken Organismus gerichtete Einheit, die sicher auch ein Werk i. S. des § 631 darstellen könnte, aber wegen der praktischen Konsequenzen und des auf die Bezahlung für die einzelnen Leistungen gerichteten Parteiwillens besser nach den Regeln des Dienstvertrages zu behandeln ist.

Auch hier haben wir es wie beim KrankenhausV. mit einem sog. unabhängigen DienstV. zu tun, der, wie wir S. 95 ausgeführt haben, den dienstverpflichteten Arzt grundsätzlich nicht den Weisungen des Patienten unterwirft, sondern umgekehrt die Leitung der Behandlung selbstverständlich in die Hände des Arztes legt. Ihm ist nur die Grenze gesetzt, daß er sich über ausdrückliche Weisungen des Patienten nicht hinwegsetzen darf, mögen sie noch so verkehrt sein.

Der ärztliche DienstV. hat gleichzeitig eine sog. *Geschäftsbesorgung* zum Gegenstand (§ 675), was die Bedeutung hat, daß eine Reihe von Vorschriften aus dem Kapitel über den Auftrag Anwendung finden, wie z. B. die Anzeigepflicht bei Ablehnung, Auskunftspflicht u. a. (vgl. hierüber S. 95, 207). Die in der Literatur überaus streitige Frage der Anwendbarkeit des § 675 ist gerichtlich noch nicht entschieden.

Wenn § 675 auf „einen DienstV. oder einen WerkV., der eine Geschäftsbesorgung zum Gegenstand hat“, Anwendung finden soll, so ist es klar, daß

alle Konstruktionsversuche, welche entweder nur den DienstV. oder nur den WerkV. oder umgekehrt alle Dienst- und WerkV. hierherrechnen, dem Wortlaut und Sinn der Bestimmung widersprechen. An die Lösung des Problems muß man, wie es vorbildlich bei PLANCK geschieht, mit vorwiegend praktischen Gesichtspunkten herangehen und nach § 675 alle diejenigen Verträge behandeln, bei denen die Anwendung der genannten Vorschriften über den Auftrag dem praktischen Bedürfnis entspricht. Daß nicht nur Rechtsgeschäfte, sondern auch die Erledigung von Angelegenheiten hierher gehören, welche der wirtschaftlichen Interessensphäre eines anderen angehören, wird heute zwar meist zugegeben. Man glaubt aber vielfach, aus dem Sprachgebrauch entnehmen zu müssen, daß Tätigkeiten wie die des Arztes ebenso wie die des Erziehers, Vorlesers nicht als Besorgung eines *Geschäfts* bezeichnet werden können. Kann man aber nicht umhin, die ärztlichen Dienste unter Umständen als *Geschäftsführung ohne Auftrag* zu behandeln, wie allgemein anerkannt wird, so sollte auch nichts entgegenstehen, in ihnen Geschäfte zu sehen, für deren Besorgung gegebenenfalls eine Anzahl von Vorschriften über den Auftrag gelten. Sie sind Gegenstand einer Fürsorgehandlung, die der Arzt für den Patienten besorgt.

Da die Auftragsbestimmungen nur entsprechend anwendbar sind, ist bei jeder einzelnen zu prüfen, ob und wieweit sie für den ärztlichen DienstV. paßt (vgl. hierüber im einzelnen S. 207).

Bem. 2. Vertragsparteien. Auf seiten des Arztes stehen entweder er selber oder Dritte, deren er sich als seiner Vertreter oder Boten bedient. Ausdrückliche Erklärungen sind selten — abgesehen von Honorarvereinbarungen —, es genügen sog. konkludende Handlungen (der Arzt übernimmt in der Sprechstunde oder im Hause des Patienten die Behandlung). Ein zweiter zugezogener Arzt wird in der Regel einen selbständigen Vertrag mit dem Patienten schließen, kann aber auch nur mit dem ersten Arzt im Vertragsverhältnis stehen.

Rufen auf seiten des Patienten *Dritte* den Arzt herbei, so tun sie es entweder nur aus Menschenpflicht, ohne mit dem Arzt in ein Vertragsverhältnis treten zu wollen, wie z. B. Passanten bei Straßenunfällen, Untermieter, oder sie wollen sich im eigenen Namen verpflichten, wenn sie ein eigenes Interesse haben oder als Bevollmächtigte handeln. Im letzteren Fall ist nicht der Bevollmächtigte, sondern der Patient selber Vertragspartei, und der Arzt hat Ansprüche nur gegen den Patienten. Rufen Eltern als gesetzliche Vertreter ihrer Kinder den Arzt herbei, so werden sie in der Regel (§ 164 Abs. 2) im eigenen Namen handeln und einen sog. mitberechtigenden Vertrag zugunsten Dritter schließen, so daß sie selbst allein Gebührensschuldner werden, aber selber sowohl wie die Kinder vertragliche Ansprüche erwerben (§§ 328, 335). Dasselbe kann unter Umständen der Fall sein, wenn Eltern für großjährige Kinder oder Verwandte für ein Familienmitglied oder Dienstberechtigte für Angestellte oder Hotelwirte für Gäste den Arzt holen. — Über Eltern und Kinder s. Näheres unter 4, über Geschäftsführung ohne Auftrag gegenüber dem Patienten unter B.

Bem. 3. Insbesondere Ehefrau, Ehemann, Eltern, Kinder. Eine allgemein anerkannte Lösung der hier auftauchenden Rechtsfragen ist noch nicht vorhanden. Man möchte insbesondere in den Fällen der Behandlung der vermögenden Ehefrau ihre eigene Haftung begründen und sucht deshalb die Anwendung der Vorschriften über die Schlüsselgewalt (§ 1357), wonach die in diesem Rahmen handelnde Ehefrau den Ehemann verpflichtet, in dem Falle, daß die Frau den Arzt für sich selbst zuzieht, auszuschließen. Man greift mehr und mehr auf die schon 1906 von BRÜCKMANN zuerst vertretene Ansicht zurück, daß der Arzt in erster Reihe mit dem Patienten selbst, daher mit der ihn zuziehenden Ehefrau, selber kontrahieren wolle und gibt dem Arzt neben diesem

gegen die Frau gerichteten Vertragsanspruch einen Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder aus anderen Gründen gegen den Ehemann, so PLANCK, *RGKomm.*, OERTMANN (mit Einschränkungen), EBERMAYER, OLG. Hamburg, LG. III Berlin u. a. Ist es jedoch der Mann, der den Arzt zur Behandlung seiner Ehefrau zuzieht, so findet die Ansicht, daß auch hier der Arzt mit der sich behandeln lassenden Frau einen Vertrag schließe, nur selten Gefolgschaft (z. B. bei TEUFEL, SIEBERT) und wird der Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag gegen sie überall abgelehnt, z. B. vom OLG. Naumburg.

Ohne auf die dringend einer Klärung bedürftigen Fragen hier näher eingehen zu können, muß unseres Erachtens betont werden, daß die einfache Beiseiteschiebung einer gesetzlichen Bestimmung — § 1357 — nicht nur recht bedenklich, sondern vielfach schädlich und in der Regel auch gar nicht nötig ist. Das Gesetz hat doch nun einmal eine Vermutung dafür aufgestellt, daß alle von der Ehefrau innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises getätigten Rechtsgeschäfte als im Namen des Mannes vorgenommen gelten. Warum die Beschaffung ärztlicher Pflege für sie selbst plötzlich nicht mehr dazu gehören soll, ist unverständlich; bestreitet es doch niemand für den Einkauf persönlicher Kleidungsstücke, Nahrungsmittel, Heilmittel und sonstiger Gebrauchsgegenstände. Und wie kurzsichtig ist es, die für die Regel doch immerhin den Verhältnissen angemessene und nützliche, objektive Haftung des Mannes aufzugeben und statt dessen auf die Geschäftsführung ohne Auftrag zu verweisen, die doch, um wirksam zu sein, nicht nur seinem Interesse, sondern auch seinem Willen entsprechen muß, sofern nicht Eilfälle i. S. des § 679 vorliegen. Die Persönlichkeit der Frau braucht deshalb nicht zu kurz zu kommen, denn der von ihr namens des Mannes geschlossene Vertrag ist ein sie berechtigender Vertrag zugunsten Dritter, dessen Durchführung im einzelnen von ihren Entschlüssen abhängt, dessen finanzielle Wirkung aber nur zu Lasten des Ehemannes geht.

Im einzelnen gilt folgendes:

a) *Behandlung der Ehefrau durch den von ihr zugezogenen Arzt.* Die Verpflichtung des Ehemannes tritt gemäß § 1357 nur ein, wenn nicht die Umstände etwas anderes ergeben. Geht aus dem Verhalten der Ehefrau hervor, daß sie nur für sich handeln will oder daß sie sich mit dem Manne zusammen verpflichten will, so haftet nur sie allein oder beide haften als Gesamtschuldner.

b) *Vermögende Frau, mittelloser Mann.* Handelt es sich um eine vermögende oder verdienende Frau, die ihrerseits dem mittellosen Manne gegenüber unterhaltspflichtig ist (§ 1360 Abs. 2), so kann, wenn diese Verhältnisse dem Arzt loyalerweise offenbart werden, der Schluß gerechtfertigt sein, daß die Umstände für einen selbständigen Verpflichtungswillen der Frau sprechen, wie etwa im Falle Colmar, OLG. Rspr. 23, 407.

Fehlt es aber gerade an dieser Klarstellung beim Vertragsschluß — und dies sind die Fälle, welche in der Praxis zu Schwierigkeiten und deshalb oft zu gewaltsamen Konstruktionen führen —, so kann man einen selbständigen Vertragswillen der Frau gerade nicht annehmen, da sie ihn eben nicht hat. Die Schadensersatzpflicht aus § 826 wegen vorsätzlichen Verstoßes gegen die guten Sitten wird bisweilen zum Ziele führen, aber häufig am Mangel des subjektiven Tatbestandes scheitern.

Dagegen findet u. E. § 1357 in diesen Fällen überhaupt keine Anwendung, da die Frau mangels Unterhaltspflicht des Mannes auch kein Geschäft für ihn führt, und sie haftet aus ungerechtfertigter Bereicherung.

c) *Geschäftsführung ohne Auftrag.* Wird der Arzt bei der Ehefrau tätig, ohne daß ein Vertrag mit ihr oder dem Manne zugrunde liegt, so hat der Arzt entweder dem unterhaltspflichtigen Manne oder — im Falle b — der Frau gegenüber seine Honoraransprüche aus der Geschäftsführung ohne Auftrag. Es ist aber zu beachten, was oft übersehen wird, daß der Mann, wenn kein Eilfall vorliegt, erwidern kann, daß die Zuziehung des Arztes überhaupt oder gerade dieses — teuren — Arztes weder seinem Willen noch seinem Interesse entspricht. Nur, wenn sonst seine Unterhaltspflicht nicht *rechtzeitig* erfüllt worden wäre, kommt sein entgegenstehender Wille nicht in Betracht (§ 679).

d) *Behandlung des Mannes durch den von der Frau zugezogenen Arzt.* Hier begegnet die Haftung des Mannes aus der Schlüsselgewalt (a) keinen Schwierigkeiten. Auch hier können die Umstände etwas anderes ergeben.

Im Falle b kann die eigene Haftung der unterhaltspflichtigen Frau gegeben sein.

e) *Bei Behandlung der Frau durch den vom Manne zugezogenen Arzt* ist die Regel ohne weiteres die Haftung des Mannes als des Vertragsschließenden. Auch hier ist dieser Vertrag ein berechtigter Vertrag zugunsten Dritter nach der Art von *RG. JW. 1919, 38*, nicht von *RG. 85, 183*, wo die Patienten nur als Behandlungsobjekte erscheinen.

Im Falle b kann die Haftung der unterhaltspflichtigen Frau gegeben sein, wenn die Annahme, daß der Mann als ihr Vertreter gehandelt hat, gerechtfertigt ist (§ 164). Wird der Arzt aber auf Grund des mit dem Manne als Vertragsgegner geschlossenen Vertrages tätig, so kann ihre Haftung nur aus vorsätzlichem Verstoß gegen die guten Sitten (§ 826) (vgl. b), nicht aus ungerechtfertigter Bereicherung begründet sein, da sie ihren Vorteil durch den mit einer Zwischenperson geschlossenen Vertrag, also nicht unmittelbar erlangt hat.

f) *Leben die Eheleute getrennt*, so besteht die Schlüsselgewalt der Frau nur so lange fort, als die Trennung vorübergehend ist (Erholungsaufenthalt) oder im Einvernehmen besteht, z. B. wenn die berufliche Tätigkeit einen Ehegatten der häuslichen Gemeinschaft entzieht.

Sobald die Frau im Scheidungsprozeß auf Grund einstweiliger Verfügung (§ 627 ZPO.) getrennt lebt und gemäß § 1361 BGB. vom Manne eine Geldrente bezieht, kann der Arzt gegen den Mann keine Ansprüche erheben, höchstens wenn angenommen werden kann, daß die Frau als Vertreterin gehandelt hat.

g) *Behandlung von Kindern*. Bei Behandlung der *minderjährigen* unterhaltsberechtigten Kinder haftet der Ehemann entweder als Vertragsschließender oder auf Grund der Schlüsselgewalt § 1357, wenn die Ehefrau den Arzt zugezogen hat (a). Im Falle b ist eine Haftung der unterhaltspflichtigen Frau, wie zu e, nur gegeben, wenn sie als Vertreterin des Mannes gehandelt hat, sonst nur gemäß § 826, nicht aus ungerechtfertigter Bereicherung.

Auch bei Behandlung *großjähriger* Kinder kann Haftung des Vaters gegeben sein.

Im übrigen vgl. oben Bem. 2 Vertrag zugunsten Dritter.

h) *Hausarztvertrag*. Einverständnis besteht darüber, daß durch den Hausarztvertrag nur der Vater verpflichtet wird.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): EBERMAYER: Der Arzt im Recht. Leipzig: Georg Thieme 1930. — FINKENBATH-RUBBAUM: Ärztliches ABC. Leipzig 1930, Barth. — FLÜGGE: Das Recht des Arztes. Berlin-Wien 1903. — GÖTTE: Was bringt das BGB. den deutschen Ärzten Neues? Berl. klin. Wschr. 1899, 978. — HADRICH: Wirtschaftstaschenbuch für Ärzte, Leipzig 1916, Hartmannbund. — HEFKE: Der Arzt im römischen und heutigen Recht. Arch. prakt. Rechtswiss. 1886, 1—69, 113—152. — HEGENER: Das Vertragsrecht des Arztes. Berlin: Rich. Schoetz 1925. — HELLEWIG: Die Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben. Leipzig 1908. — HUNDT v. HAFFTEN: Der Arzt im Rahmen des Rechts. Dresden: Hammermüller & Co. — JOACHIM-KORN: Deutsches Ärztrecht. Berlin 1911. — KOLLBRUNNER: Die rechtliche Stellung des Arztes. Zürich 1903. — MEYER, TH.: Das ärztliche Vertragsverhältnis. Berlin 1905. — MOLL: Ärztliche Ethik, Stuttgart 1902, Enke. — OPITZ: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte, Berlin 1926, Springer. — RABEL: Die Haftpflicht des Arztes. Leipzig 1904. — RAPMUND-DIETRICH: Ärztliche Rechts- und Gesetzkunde. Leipzig 1906. — TEUFEL: Der Arztvertrag (Tüb. Diss.) 1919. — WALCKER: Rechte und Pflichten des Arztes. Dtsch. med. Wschr. 1931, Nr 46, 47, 48; 1932, Nr 2, 3.

MEIER: Handbuch der zahnärztlichen Rechtskunde. Halle a. S.: Marhold 1921. — RITTER-KORN: Deutsches Zahnärzte-Recht. 2. Aufl. Berlin 1930. — LANG: Dentistische Rechtskunde.

Schrifttum und Rechtsprechung:

Nr 1. Dienst- oder Werkvertrag.

a) Aus der Rechtsprechung des RG. sind nur Urteile bekannt, welche Dienstvertrag annehmen, auch bei Operationen, z. B. *RG. 128, 121, JW. 1912, 528*, ferner München, *SeuffBl. 1905, 181, SeuffArch. 60, 223, KG. 23. 9. 29, BerlÄKorr. 1930, 102*; München, *Bay. RpflZ. 1909, 477* (betrifft Tierarzt); ebenso *NIPPERDEY* in *STAUDINGER* (9) *Vorb. vor § 611-II 2, II 5a, V 1*; *PLANCK* (4), 955; *HELLEWIG*: Stellung des Arztes, S. 17; *FLÜGGE* S. 64; *RABEL* S. 6, 75; *HEGENER* S. 13 ff.; *THIERSCH*: *JW. 1929, 2242*; *RÜMELIN*: Dienstvertrag und Werkvertrag, S. 15, 94 ff. (1905); *EBERMAYER*: Der Arzt in Gesetz und Rechtsprechung (Vorträge des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig 2, 45 ff., 47); *WALCKER*: *Dtsch. med. Wschr. 1932, 120*. — *ZITELMANN*: Die Haftung des Arztes, S. 3.

b) Dagegen wird vielfach, namentlich für *Operationen*, der Dienstvertrag abgelehnt. So behandeln Operationen als Werkvertrag: *Karlsruhe, BadRpr. 1905, 49*; *Augsburg, SeuffBl. 1907, 501* (wenn die Vornahme einer bestimmten Operation vereinbart ist — betr. Tierarzt); *zweifelnd LG. Mainz, HessRspr. 8, 37*.

Am weitesten entfernt sich von der herrschenden Lehre *TEUFEL* S. 7 ff., wenn er auch zutreffend die Einheit der auf Behandlung gerichteten Maßnahmen betont, vgl. Bem. 1. (Gegenstand des WerkV. ist die Summe der auf Heilung₁ oder Gefahrenbeseitigung gerichteten

teten Maßregeln, einschließlich chirurgischer, geburtshilflicher Eingriffe, der dem chirurgischen Eingriff nachfolgenden Behandlung, bloßer Untersuchungen. DienstV. soll dagegen vorliegen, wenn die ärztliche Tätigkeit hauptsächlich in Überwachung besteht.) Ferner OERTMANN, der nur für einfache ärztliche Begutachtung DienstV. annimmt, sonst WerkV. (Erfolg ist nicht die Heilung, sondern Diagnose, Heilplan und Beratungsergebnis, bei Operationen ihre Herstellung ohne Rücksicht auf das Endergebnis); ähnlich LOTMAR: Arbeitsvertrag II, 433, 877 ff., dem sich OERTMANN anschließt. Nach MEYER S. 28 ist Behandlung in Sprechstunde und im Hause DienstV., dagegen Operation und Gutachten WerkV. (Erfolg besteht bei Operationen nicht in der Wiederherstellung der Gesundheit, sondern in der Erreichung der gewollten mechanischen Veränderung eines menschlichen Körpers unter Beobachtung der von ärztlicher Kunst vorgezeichneten Regeln, S. 36); nach ECK Vorträge S. 511, 512, 518 dauernde ärztliche Behandlung DienstV., ärztliches Attest und Operation WerkV.; nach JOACHIM-KORN, S. 341, 348 ist Ausstellung eines Attestes, eines ärztlichen Gutachtens, Anfertigung eines Heilapparates WerkV.; nach BRÜCKNER: Recht 1908, 500, die einzelne operative Maßnahme, Rat oder Gutachten WerkV.; nach ENNECCERUS § 147, I 2 WerkV. nur der Vertrag über eine bestimmte Operation; ähnlich GÖTTE: Berl. klin. Wschr. 1899, 978; BACHARACH: JW. 1915, 818; BRÜCKMANN: Ärztl.Sachverst.Z. 1902, 313, nimmt nur für technische Hilfsleistungen, sog. niedere Operationen, wie Magenausumpfen, WerkV. an.

c) Ohne Einschränkung für WerkV. RICHTER-SONNENBERG: Kassenärztliche Rechtsverhältnisse (1930) S. 6.

d) Hinsichtlich des Zahnarztes wird vielfach der Unterschied gemacht, daß die zahn-technischen Arbeiten (künstlicher Zahnersatz) Gegenstand eines Werkvertrages, die sonstigen zahnärztlichen Leistungen (Beratung, Untersuchung, Behandlung, innere wie operative) Dienstleistungen sind. So nehmen RITTER-KORN S. 1184 bei Zahnplombieren und Brücken WerkV., für die Vor- und Nachbehandlung dagegen DienstV. an, ebenso KG. 30. 5. 30, JW. 1930, 2975 bei Anfertigung einer Brücke und Goldplatte WerkV., dagegen LG. II Berlin, ZahnärztlMitt. 1913, Nr 21 bei orthodontischer Behandlung (Geraderichten von Zähnene) und AG. Berlin-Lichterfelde in ZahnärztlMitt. 1922, Nr 37 bei Anfertigung einer Prothes) DienstV. LANG S. 1165 spricht von einem gemischten Dienst- und Werkvertrag. Dagegen erklärt HIRSCHFELD: DMedW. 1931, 1904 die Anwendung des Werkvertragsrechtes heute für überholt unter Hinweis auf Reichsverband der Zahnärzte in der Einleitung zur Adgo für Zahnärzte 1930. Nur für DienstV. tritt ausführlich, und wohl mit Recht, MEIER, Handbuch S. 38 ein, da jede Tätigkeit des Zahnarztes in seiner Praxis Heilzwecken diene, stets seine persönliche Tätigkeit das ausschlaggebende sei, das Material (auch rechnerisch, vgl. BADEN: DZahnärztlW. 1917, 73) Nebensache, vgl. ebenso die Gutachten der Pr. Zahnärztekammer, zitiert bei MEIER S. 42, der auch ausführt, daß die Grenzziehung zwischen Dienst- und Werkvertrag vielfach nicht, und die gleichzeitige Anwendung nie durchführbar wäre.

Daß die bloße Herstellung künstlicher Gebisse, Kronen usw. anderer Zahnärzte WerkV. ist, kann nicht zweifelhaft sein.

e) Der Hausarztvertrag wird allseitig als DienstV. behandelt, vgl. z. B. ENNECCERUS § 365 Anm. 5; MEYER S. 28; OERTMANN (5) Bem. zu § 611 Nr 1 b; JOSEF: DJZ. 1913, 916; ALBERTS: Der Hausarztvertrag, Bresl. Diss. 1912, 20, 25 ff.; FRÄNKEL: Erlanger Diss. 1911.

f) *Der Kassenarztvertrag* s. S. 167 ff., 179.

g) *Der Krankenhausarzt* steht nach übereinstimmender Ansicht im Dienstverhältnis zum Krankenhaus, s. S. 73. Über den Krankenhausaufnahmevertrag s. S. 94 ff.

Nr 2. Arztvertrag als Geschäftsbesorgungsvertrag.

Gegen die Anwendung des § 675 und damit gegen die Anwendung der in § 675 genannten Vorschriften über den Auftrag haben sich ausdrücklich ausgesprochen STAUDINGER § 675 Bem. 2, GÖTTE, S. 978, MEYER S. 6 Anm. 2, TEUFEL S. 11 ff. und insbesondere OERTMANN § 675 Bem. 1 b (weil die ärztlichen Dienste für den Patienten nicht unmittelbar von wirtschaftlicher Bedeutung seien); siehe dort auch weitere Literaturangaben.

Für die Anwendung treten ein DERNBURG: Bürg. Recht (1906) II 2, S. 414, HELLWIG: Stellung des Arztes, S. 10, von BLUME: Recht 1908, 653 und mit ausführlicher Begründung gleichfalls PLANCK (4) § 675, wie uns scheint, mit vollem Recht (vgl. oben Bem. 1); er gelangt zu dem Ergebnisse, „daß der § 675 bei allen solchen Dienst- und Werkverträgen anzunehmen sein wird, wo es sich um Dienste handelt, die für den Dienstherrn (in unserem Falle für den Patienten) als Gegenstand einer Fürsorgehandlung geleistet werden insofern, als eine an sich ihm zufallende Tätigkeit innerhalb seines Rechts- und Wirtschaftskreises für ihn von dem andern (Arzt) besorgt wird“. Dazu rechnet er die Verträge mit Ärzten. Auch der *RGKomm.* dürfte der gleichen Meinung sein; nach ihm ist Geschäftsbesorgung eine selbständige Tätigkeit wirtschaftlicher Art, die für einen andern und in dessen Interesse vorgenommen wird, im Gegensatz zu Diensten, die keine selbständige Betätigung des Willens und der Überlegung fordern, ferner zu Diensten, denen eine Beziehung zu dem Vermögen

des Geschäftsherrn fehlt, endlich zu Diensten und Tätigkeiten, die *nur* an einem andern, nicht für ihn, geleistet werden. Zu den hierher gehörigen Tätigkeiten wird auch das Vertragsverhältnis zwischen Stadtgemeinden als Eigentümern öffentlicher Krankenhäuser und den gegen Entgelt verpflegten Kranken gerechnet. — Für die rein ärztlichen Dienste muß u. E. dasselbe gelten.

Nr 3. Dritte Personen als Vertragsparteien.

HELLWIG S. 15. Passanten, Polizei, Kellner des Hotels, in dem der Gast Gift genommen hat, sind nicht Vertragsgegner, anders der Gastwirt, da er im Gegensatz zu dem Kellner ein eigenes Interesse hat. Ebenso TH. MEYER S. 16/17.

Nr 4. Ehefrau, Ehemann, Eltern, Kinder.

Schrifttum: ASCH: DJZ. **1910**, 759. — BRÜCKMANN: JW. **1902**, 116; **1906**, 76. — HOLZ: JW. **1914**, 1124. — JOSEF: ArchCivPr. **118**, 378; KGBl. **1915**, 65. — MEYER: JW. **1905**, 194. — MEYNERS: DMedW. **1931**, 1714. — PRIEBATSCH: DÄBl. **1930**, 18; BerlÄKorr. **1931**, 230. RABEL: RheinZ. **1919**, 89, 112. — SIEBERT: JW. **1930**, 1562. — ULLMANN: JW. **1905**, 520. — WITTKOWSKY: JW. **1902**, 87. — WASSER: DJZ. **1910**, 405.

a) *Behandlung der Ehefrau durch den von ihr zugezogenen Arzt.* α) KG. 24. 11. 10, KGBl. **1911**, 23: Keine Haftung der Ehefrau, da sie innerhalb der Schlüsselgewalt gehandelt hat oder als Vertreterin des Mannes, ohne zum Ausdruck zu bringen, neben oder an Stelle des Mannes kontrahieren zu wollen. Ebenso LG. II Berlin, KGBl. **1909**, 115; Breslau 5. 10. 09, OLGRSpr. **21**, 216; WOLFF in Ennercerus-Kipp-Wolff II 2 § 43 zu Anm. 13; HOLZ, ULLMANN. Anderer Meinung BRÜCKMANN, JW. **1906**, 76: § 1357 in der Regel nicht anwendbar. Arzt schließt Vertrag mit Frau und besorgt gleichzeitig für den Mann auftraglose Geschäftsführung. Ebenso *RGKomm.* (6) § 679 Nr 4; PLANCK (4) § 679 Nr 2b; EBERMAYER: Der Arzt in Gesetz und Rechtsprechung, S. 49, in Bd. 2 der Vorträge des Instituts für Geschichte der Medizin an der Univ. Leipzig 1929; THIERSCH, JW. **1929**, 2241/42; PRIEBATSCH a. a. O.; OERTMANN (5) Vorbem. vor § 677 S. 1079 (in der Regel dürfte § 1357 nicht zutreffen); SIEBERT (Vertragshaftung der Frau, kumulative Schuldübernahme des Mannes). Ebenso bejahen Vertragsanspruch gegen Ehefrau und aus Geschäftsführung ohne Auftrag gegen Mann Hamburg, JurRdsch. **1930**, Nr 1917 und LG. III Berlin, BerlÄKorr. **1931**, 230.

β) Breslau 5. 10. 09, OLGRSpr. **21**, 216: Infolge ausdrücklich ausgesprochenen oder aus den Umständen zu entnehmenden Willens der Vertragsschließenden kann eine Verpflichtung beider Ehegatten oder auch nur der Frau begründet werden (§ 1357); immer aber wird die Vereinbarung oder ein besonderer Umstand, wie z. B. besonderes Interesse der Frau an Geheimhaltung der Krankheit dargelegt werden müssen. Colmar 21. 10. 10, OLGRSpr. **23**, 407 schließt aus den Umständen (Frau aus sehr wohlhabender Familie, vermögensloser Mann, kostspielige zahnärztliche Arbeiten) auf eigenen Verpflichtungswillen der Frau. (Anders Celle unter b.) Die Umstände können auch ergeben, daß beide Eheleute als Vertragsschließende auftreten, so *RGKomm.* (6) § 1357 Nr 5, *RG.* in JW. **1911**, 766 (beide Eheleute haben fortgesetzt betont, die Ehefrau müsse alles bezahlen), AG. Berlin-Köpenick in DÄBl. **1930**, 367.

b) *Vermögende Frau, mittelloser Mann.* α) Celle 11. 4. 08, OLGRSpr. **18**, 254: Die Mittellosigkeit des Mannes ist nicht ohne weiteres ein Umstand, der den Willen der Frau, ihren Mann durch die an sich in den Rahmen der Schlüsselgewalt fallenden Geschäfte zu verpflichten, ausschließt.

β) Liegt ungerechtfertigte Bereicherung vor? Bejaht von LG. II Berlin, DJZ. **1910**, 760 und WITTKOWSKY, dagegen ASCH.

γ) Schadensersatz wegen Verstoßes gegen die guten Sitten, § 826. JOSEF: ArchCivPr. **118**, 378 formuliert: Eine Ehefrau, die auf Grund der Schlüsselgewalt abschließt, obwohl sie weiß, daß der Mann zahlungsunfähig ist und voraussichtlich bleibt, schädigt den Arzt vorsätzlich gegen die guten Sitten. Vgl. hierzu WASSER und LG. II Berlin, KGBl. **1909**, 88.

δ) PLANCK (4) § 1360 Nr 17: Die Haftung der Frau wird sich häufig daraus ergeben, daß sie, wenn der Mann vermögenslos und deshalb nicht unterhaltspflichtig ist, mit der Verschaffung ärztlicher Hilfe nicht die Geschäfte des Mannes, sondern ihre eigenen besorgt. Ebenso WASSER.

c) *Geschäftsführung ohne Auftrag.* Vgl. a α. Colmar 25. 3. 04, OLGRSpr. **8**, 343: Wenn auch der Mann nach seinen sozialen Verhältnissen seiner Frau gegenüber tatsächlich nur zur Bestellung irgendeines geeigneten Arztes verpflichtet war, so lag doch angesichts des bedenklichen Charakters der Erkrankung die Behandlung durch einen tüchtigen Spezialarzt im Interesse des Mannes. Da andererseits der Arzt angesichts der Schwere des Falles annehmen konnte, daß der Mann gerade seinen Beistand wünsche, die Geschäftsführung also seinem mutmaßlichen Willen entsprach, ist er nach § 683 haftbar. — Vgl. zu den Voraussetzungen der Geschäftsführung ohne Auftrag HOLZ und JOSEF, dessen einschränkende Ausführungen sehr beachtlich sind. Vgl. ferner unten S. 204 Bem. 1 ff.

d) *Behandlung des Mannes durch den von der Frau zugezogenen Arzt.* AG. Berlin-Mitte, DÄBl. 1930, 157 bejaht die Haftung der dem vermögenslosen Manne gegenüber unterhaltspflichtigen Frau. Der Arzt mußte davon ausgehen, daß sie ein eigenes Interesse an der Herstellung des Mannes hatte und selbst haften wolle.

e) *Behandlung der Frau durch den vom Manne zugezogenen Arzt.* Naumburg AK. 1928, 189, Naumburg 9. 10. 28: Der Ehemann hat durch seine Auftragserteilung zum Ausdruck gebracht, daß er in Verfolg seiner ehemännlichen Unterhaltspflicht die Heilbehandlung wünsche und sich vertraglich verpflichten wolle. Der Ehefrau gegenüber liegt keine Geschäftsbesorgung vor. Ebenso die herrschende Meinung, vgl. *RGKomm.* (6) § 679 Note 4, *PLANCK* (4) § 679 Nr 2b. Anderer Meinung *BRÜCKMANN* (neben dem Ehemann als Besteller haftet die Ehefrau entweder aus Vertrag, indem sie die Behandlung genehmigt oder aus Geschäftsführung ohne Auftrag, wenn sie ohne Bewußtsein ist), ihm folgend *OERTMANN* (5) Vorb. vor § 677 S. 1079 und *SIEBERT*.

f) *Getrenntleben.* OLGRspr. 9. 10. 08, 18, 256 (München) bejaht Haftung des Mannes für die Kosten der Behandlung der auswärts zur Erholung weilenden Frau, da die Trennung nur vorübergehend war. Solange der Mann jedoch getrennt leben durfte, ist der Anspruch des Arztes unbegründet. — München in *SeuffBl.* 1905, 181, *SeuffArch.* 60, 223 läßt trotz des durch einstweilige Verfügung gestatteten Getrenntlebens den Mann haften, da die Frau in der durch die Verhältnisse (das Getrenntleben) gebotenen Vertretung des Mannes gehandelt hat. (?) — LG. Stettin 29. 9. 30. JW. 1931, 1517 hält den getrennt lebenden Ehemann zur Zahlung der Arztkosten, die durch plötzliche Erkrankung seiner Ehefrau entstanden sind, neben der durch Vergleich festgesetzten Unterhaltsrente für verpflichtet. — *MEYER*: a. a. O. verneint mit Recht den Anspruch des Arztes gegen den Mann, solange dieser gemäß § 1361 an die Frau Rente zahlt.

g) *Haftung bei wilder Ehe.* Gibt sich ein Mann den Anschein, als sei er der Ehemann der behandelten Frau oder der eheliche Vater der behandelten Kinder, so haftet er genau in der gleichen Weise wie der wirkliche Ehemann und Vater (AG. Berlin-Mitte 29 C. 4150/30).

h) *Behandlung von Kindern.* α) Haftung der Eltern. RG 19. 6. 14, *Leipz. Zeitschr.* 1914, 1800: Der Vater, der den Arzt zur Behandlung eines vermögenslosen Kindes zuzieht, handelt regelmäßig für seine Person, nicht als Vertreter des Kindes.

β) Ungerechtfertigte Bereicherung der unterhaltspflichtigen Mutter durch Behandlung des Kindes nimmt an LG. Hannover, DJZ. 1912, 231: Da der Vater zur Zeit der Dienstleistungen des Arztes sein Vermögen verloren hatte und in dem auf den Namen der Frau betriebenen Geschäft gegen Gehalt angestellt und selber frusta excussus war, greift die Unterhaltspflicht der Mutter Platz. Diese hat durch die ihrem Sohne zuteil gewordene ärztliche Behandlung ohne rechtlichen Grund einen Vermögensvorteil insofern erlangt, als sie verpflichtet war, auf ihre Kosten den Sohn ärztlich behandeln zu lassen. Hiergegen — mit Recht — *JOSEF*: *ArchCivPr.* S. 385. Es liegt nur eine mittelbare Vermögensverschiebung vor: der Arzt hat an den Mann geleistet und diese Leistung ist der Frau nur mittelbar zufließen gekommen.

γ) Bei großjährigen Kindern: Während nach LG. I Berlin, JW. 1929, 2297 in den Kreisen, denen der Vater angehört, es üblich sei, daß dieser über seine gesetzliche Pflicht hinaus für seine Kinder Sorge und deshalb, sofern nicht besondere Umstände vorliegen, persönlich hafte (§ 164), wenn er für seinen großjährigen Sohn einen Arzt bestellt — vgl. hierzu *JOSEF*: JW. 1930, 1617 Anm. —, verneint LG. Leipzig, JW. 1928, 924 bei Behandlung der großjährigen, im Hause der Eltern aber gegen Abgabe bestimmter Beträge für Kost und Wohnung lebenden berufstätigen Tochter den Willen des Vaters, der den Arzt nicht geholt hat, für die Kosten aufzukommen, obwohl er von der mehrwöchigen Behandlung gewußt hat.

i) *Zum Hausarztvertrag* vgl. *BRÜCKMANN*: JW. 1906, 76ff.; *SIEBERT*: JW. 1930, 1562ff.

Nr 5. Verbindung mehrerer Ärzte zur Krankenbehandlung.

Nach *LOTMAR*: *Arbeitsvertrag* 2, 517, Anm. 2 liegt Gesellschaft vor (§ 705). Dagegen nimmt *JOSEF GRUCH*, *Beitr.* 48, 264 an, daß die Verbindung von Ärzten ohne gemeinsamen Betrieb einer Heilanstalt, aber mit der Absicht auf Vergemeinsamung ihrer ärztlichen Einnahmen kein Gesellschaftsvertrag sei, wenn nicht auch die ärztlichen Dienste gemeinschaftlich geleistet werden.

B. Behandlung ohne Vertrag.

Bem. 1. Geschäftsführung ohne Auftrag. Zu ihr kommt es, ebenso wie bei der Krankenhausaufnahme, wenn der Arzt die Behandlung ohne Vereinbarung übernimmt, z. B. bei Bewußtlosigkeit des Patienten, bei Straßenfällen, ferner wenn sich während der mit Einwilligung übernommenen Opera-

tion die Notwendigkeit ihrer Erweiterung herausstellt, ohne daß die Möglichkeit auch einer Erweiterung der Vereinbarung besteht.

Daß der Begriff der Geschäftsführung auf die Behandlung Anwendung finden könne, wird zu Unrecht immer noch vielfach bestritten, da angeblich keine „Geschäftsbesorgung“ i. S. des Gesetzes vorliege — eine dem Zwecke des Rechts widersprechende Begriffsjurisprudenz.

Bem. 2. Die Vorschriften des BGB. Die Bedeutung der anwendbaren Vorschriften — Besorgung fremder Geschäfte, Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen, Art und Weise der Geschäftsführung, insbesondere Anzeigepflicht, Haftung des Geschäftsführers — ist beim Krankenhausrecht S. 98ff. erörtert.

Bem. 3. Die Ausnahmevorschrift des § 679. Auch hier (vgl. S. 99) ist von besonderer Bedeutung die Bestimmung: „Ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn“ (des Patienten oder eines Dritten) „kommt nicht in Betracht, wenn ohne die Geschäftsführung“ (die Behandlung) „eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt oder eine gesetzliche Unterhaltspflicht des Geschäftsherrn nicht rechtzeitig erfüllt werden würde“.

Liegt eine dieser Ausnahmen vor, so hat der Arzt seinen Anspruch auch, obwohl er gegen den wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn gehandelt hat (§ 683). Die weitere Voraussetzung, welche § 683 für den Anspruch aufstellt, nämlich daß die Geschäftsführung auch dem Interesse des Geschäftsherrn entspricht, muß aber auch in den Ausnahmefällen vorliegen.

Bem. 4. Im öffentlichen Interesse zu erfüllende Pflicht. Auf eine solche wird sich der Arzt — anders das Krankenhaus, z. B. bei Wohlfahrtspatienten (vgl. S. 99 Bem. 8) — selten berufen können.

Bem. 5. Gesetzliche Unterhaltspflichten. Als solche kommen in Betracht:

a) Aus dem Familienrecht die Unterhaltspflicht von Verwandten in gerader Linie (§§ 1601ff.), d. h. von Personen, deren eine von der anderen abstammt (§ 1589), also Eltern, Kinder (vgl. Bem. 3), Großeltern, Enkel, nicht Geschwister, andere Seitenverwandte und Verschwägerte, Unterhaltspflicht der Ehegatten (§§ 1360, 1361 — vgl. Bem. 3 —, nach Scheidung der Ehe §§ 1578ff., bei nichtiger Ehe §§ 1345, 1346, vgl. auch 1351), des unehelichen Vaters (gegenüber dem Kinde § 1708, vgl. auch §§ 1700—1704, 1719, 1736, 1737, 1739, gegenüber der Mutter § 1715, betr. Sechswochenkosten), der Adoptiveltern (§§ 1757, 1762, 1766) und des Adoptivkindes (§§ 1757, 1601).

b) Aus dem Erbrecht die Unterhaltspflicht des Erben gegenüber Familienangehörigen des Erblassers in den ersten 30 Tagen (§ 1969), gegenüber der Mutter des Erben oder Nacherben, dessen Geburt zu erwarten ist, bis zur Entbindung (§§ 1963, 2141 — der Anspruch ist gegen den Testamentsvollstrecker oder den gemäß §§ 1960, 1961 zu bestellenden Nachlaßpfleger zu richten).

c) Auf anderer Grundlage: Die eventuelle Unterhaltspflicht des Schenkens (§ 528), die Rentenpflicht des wegen Körperverletzung oder Tötung Ersatzpflichtigen (§§ 843, 844, RHpfl.G.).

Bem. 6. Bei Behandlung der Ehefrau wird vielfach, allgemein auch ohne daß ein Eilfall i. S. des § 679 vorliegt, Geschäftsführung ohne Auftrag gegenüber dem Ehemann angenommen (vgl. hierüber Bem. 3).

Bem. 7. Bei Selbstmord wird nach dem Vorgang von HELLWIG und ZITELMANN mit Recht angenommen, daß der auf den Freitod gerichtete Wille so sehr gegen die guten Sitten verstößt, daß er nicht beachtlich ist, wenn der Selbstmordkandidat seinen Willen überhaupt noch aufrecht erhält. Wenn auch sonst die Ausdehnung des § 679 auf sittliche Pflichten vom Gesetze abgelehnt wird,

ist daher in diesem Falle die analoge Anwendung am Platze, so daß bei der ärztlichen Behandlung eines Selbstmörders dessen etwa entgegenstehender Wille nicht in Betracht kommt.

Bem. 8. Umfang des Ersatzanspruchs. Obwohl § 683 seinem Wortlaut nach nur auf Ersatz der Aufwendungen des Geschäftsführers geht, wird von der herrschenden Lehre mit Recht dem Arzte auch ein Anspruch auf Honorar zugebilligt.

Bem. 9. Nach Genehmigung der Geschäftsführung liegt nunmehr eine vertragliche ärztliche Behandlung vor.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Zum Begriff der Geschäftsführung.

Celle 10. 11. 05, OLGRspr. **12**, 272: Geschäft ist jede Angelegenheit, die zu dem Interessen- (Rechts- und Pflichten-) Kreise eines anderen gehört und nicht nur ein solches Geschäft, das der andere selbst vornehmen kann, sondern auch ein solches, das er nur durch Stellvertreter, Beauftragte oder Dienstverpflichtete auszuführen vermag, also auch ärztliche Behandlung. Ebenso HELLOWIG S. 10ff.; ZITELMANN: ArchCivPr. **99**, 112; FLÜGGE S. 80. Für entsprechende Anwendung der §§ 677ff. OERTMANN: S. 1079; GÖTTE: Berl. klin. Wschr. **1899**, 978; KUHLENBECK: JW. **1909**, 121; MEYER: S. 6 Anm. 3 und WITKOWSKY: JW. **1902**, 87, welche als „Geschäfte“ nur solche anerkennen, welche der Geschäftsherr selber vornehmen kann, wogegen sich BRÜCKMANN: JW. **1902**, 116 mit Recht wendet. Noch enger ISAY: Geschäftsführung S. 44.

Nr 2. Über Behandlung der Ehefrau vgl. oben S. 199, 203.

Nr 3. Bei Behandlung von Wohlfahrtspatienten

erkennt Celle OLGRspr. 10. 11. 05, **12**, 272 den Arzt als Geschäftsführer für den Ortsarmenverband an. Der Arzt will das Geschäft des zunächst erreichbaren Unterstützungspflichtigen führen. Er muß nur den Willen haben, ein Geschäft, dessen Fremdheit ihm bekannt ist, auf Rechnung des Interessenten zu führen.

Nr 4. Zur Behandlung von Selbstmördern

vgl. HELLOWIG S. 13; ZITELMANN: ArchCivPr. **99**, 116ff.; JOACHIM-KORN 346 (der krankhaft veränderte Wille und der Wille des in Übereilung, Aufregung, Schreck handelnden Selbstmörders ist unbeachtlich. In den seltenen Fällen aber, wo an der ruhigen Überlegung nicht zu zweifeln ist, versagt die Annahme einer Geschäftsführung ohne Auftrag, jedoch Haftung aus ungerechtfertigter Bereicherung).

Nr 5. Behandlung bei Unfällen.

Bei einem Autounfall ist, wenn der Fahrer des Wagens den Verunglückten zum Arzt bringt, der Eigentümer des Autos nur zur Begleichung der Kosten für die *erste Untersuchung* und den *ersten Verband* aus Geschäftsführung ohne Auftrag verpflichtet; weiterhin aber muß der Arzt dem Kraftwagenhalter erst Mitteilung machen und seine Entschließung abwarten (AG. Neukölln, 15 C 1875/30, zitiert in GrBerlÄBl. **1931**, 230).

Nr 6. Der Honoraranspruch.

a) Die überwiegende Ansicht im Schrifttum geht dahin, dem Arzt Anspruch nicht nur für Auslagen, sondern auch auf das übliche taxmäßige Honorar zuzubilligen, denn nach moderner Rechtsanschauung gelten als Aufwendungen auch solche Arbeitsleistungen, welche zu dem Berufe des Arbeitenden gehören, so HELLOWIG S. 14; BRÜCKMANN: Die Rechte des Geschäftsführers ohne Auftrag **1903**, 185; FLÜGGE S. 82; PLANCK § 683 Nr 3a; RGRKomm. § 683 Nr 5. Vgl. auch KOHLER: Iherings Jahrb. **25**, 110—138, dessen für das frühere Recht entwickelte Idee der auftraglosen Geschäftsführung als Menschenhilfe in dieser Verallgemeinerung vom BGB. zwar nicht verwirklicht worden ist (vgl. Bem. 7), der aber auch mit Geltung für das heutige Recht zutreffend sagt: Die Tätigkeit des Arztes ist wie eine pekuniäre Ausgabe zu betrachten. Die gewerbliche Leistung ist eine Ausgabe aus dem gewerblichen Kapitalfonds, welchen der Mann des Gewerbes in sich und seinem Geschäft trägt; daher führen hier bereits die gewöhnlichen Grundsätze der *neg. questio* zu einer Belohnung, welche der üblichen Bezahlung solcher Arbeiten im Verkehrsleben entspricht.

b) Auch Celle 10. 11. 05, OLGRspr. **12**, 272 geht davon aus, daß wer auftraglos ein Geschäft besorgt, das in den Kreis seiner beruflichen Tätigkeit fällt, auch dem Geschäftsherrn seine Dienste nur gegen Entgelt zur Verfügung stellen will, also muß auch der Geschäftsherr die Vergütung zahlen. Ebenso Colmar 25. 3. 04, OLGRspr. **8**, 343.

C. Unentgeltliche Behandlung.

Als Schenkung. Behandelt ein Arzt einen Patienten unentgeltlich, so fragt es sich, ob damit eine Schenkung i. S. der §§ 516 ff. BGB. gegeben ist (unentgeltliche Zuwendung, durch die jemand aus seinem Vermögen einen anderen bereichert). Unzweifelhaft liegt insoweit eine Schenkung vor, als der Arzt Medikamente usw. ohne Gegenleistung aufwendet. Aber auch bei der unentgeltlichen Leistung von ärztlichen Diensten wird eine Schenkung anzunehmen sein; denn wenn auch die Arbeitskraft als solche nicht zum Vermögen gehört, ist die Zuwendung darin zu erblicken, daß der Arzt sonst die Behandlung berufs- oder gewerbsmäßig gegen Entgelt leistet, also um der unentgeltlichen willen eine entgeltliche aufgibt (vgl. hierzu oben S. 100).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Vgl. die oben S. 100 angegebene Literatur.

II. Verpflichtungen und Haftungen des Arztes.

A. Die Vertragspflichten.

Bem. 1. Die Dienstvertragspflichten. Durch den Vertrag wird der Arzt verpflichtet, seine *Behandlung* gemäß den allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft durchzuführen. Unter diese wird nur eine Reihe von im allgemeinen feststehenden Regeln fallen, während zur Anwendung von Behandlungsarten, über die der Streit der Meinungen in der Wissenschaft noch nicht abgeschlossen ist, der Arzt nicht verpflichtet ist.

Bem. 2. Persönliche Behandlung. Während im Krankenhausrecht (vgl. oben S. 101 Bem. 1) die im Zweifel geltende Gesetzesbestimmung des § 613, daß der Dienstverpflichtete seine *Dienste in Person* zu erfüllen habe, grundsätzlich als ausgeschlossen anzusehen ist, hat im Arztrecht mangels besonderer Abmachung im Einzelfall die Behandlung grundsätzlich durch den Arzt persönlich zu erfolgen, jedoch wird man in der, auch schon einmaligen, Zulassung der Behandlung durch einen Vertreter eine die Vertretung gestattende Vereinbarung zu erblicken haben.

Bem. 3. Die Pflichten aus dem Geschäftsbesorgungsvertrage. Wie im Krankenhausrecht, finden auch auf den Arztvertrag gemäß § 675 eine Reihe von Vorschriften über den Auftrag Anwendung: die Verpflichtung des Arztes, die Ablehnung einer Behandlung sofort mitzuteilen (Schilder am Haus, Versendung von Zirkularen bedeutet öffentliches Sich-Erbieten) und alle die auf S. 101 Bem. 2 erörterten Bestimmungen, auf die hier verwiesen wird.

Bem. 4. Unmöglichkeit, Verzug, positive Vertragsverletzung. a) Die Wirkungen der *Unmöglichkeit* der Ausführung der Behandlung sind verschieden, je nachdem wer die Unmöglichkeit zu vertreten hat. Hat ausnahmsweise der Arzt den Umstand zu vertreten, der die Unmöglichkeit herbeiführt, indem er z. B. die Vornahme einer Operation oder einer bestimmten Behandlungsart zugesagt, obwohl er hierzu nach seinen technischen Fähigkeiten oder Hilfsmitteln gar nicht in der Lage ist, so kann der Patient Schadensersatz wegen Nichterfüllung fordern oder vom Vertrage zurücktreten (§ 325 BGB.). Wird dagegen die Behandlung infolge eines vom Patienten zu vertretenden Umstandes unmöglich, indem er z. B. trotz wirksamen Vertrages mit dem Arzt A. die Behandlung durch Dr. B. ausführen läßt, so behält A. den Anspruch auf sein Honorar (§ 324), während er ihn verliert, wenn für die Unmöglichkeit weder er noch der Patient verantwortlich sind, z. B. weil der Patient vorher stirbt (§ 323). Im übrigen vgl. hierüber noch S. 220 Bem. 3.

b) Führt der Arzt trotz Mahnung die versprochene Behandlung nicht aus, so ist er im *Verzug*, und der Patient kann ihm eine angemessene Frist zur Bewirkung der Leistung mit der Erklärung bestimmen, daß er die Behandlung nach dem Ablaufe der Frist ablehne. Nach ergebnislosem Ablaufe der Frist kann der Patient Schadensersatz wegen Nichterfüllung verlangen oder von dem Vertrage zurücktreten (§ 326). Da in vielen Fällen eine ärztliche Behandlung eiligst vorgenommen werden muß, wird es der Bestimmung einer Frist oft nicht bedürfen, weil die Behandlung infolge des Verzuges für den anderen Teil kein Interesse mehr hat; der Patient kann in diesen Fällen ohne Fristbestimmung Schadensersatz verlangen oder vom Vertrage zurücktreten (§ 326 Abs. 2). Ist Behandlung zu einer genau bestimmten Zeit zugesagt, so kann im Zweifel der Patient ohne Mahnung zurücktreten, wenn die Behandlung nicht zu dieser Zeit erfolgt (§ 361).

c) Ein neben den angegebenen Vorschriften bestehender Schadensersatzanspruch oder auch ein Rücktrittsrecht wird begründet durch *positive Vertragsverletzung*, welche z. B. darin besteht, daß der Arzt die Behandlung schlecht ausführt oder in einer sonstigen Weise dem Vertragszweck erheblich zuwider handelt (z. B. keinen Spezialisten heranzieht, obwohl er dessen Notwendigkeit erkannt hat).

Bem. 5. Haftung für Vorsatz und Fahrlässigkeit. Bei Erfüllung des Vertrages hat der Arzt gemäß § 276 für Vorsatz und Fahrlässigkeit einzustehen. Eine Haftung des Arztes wegen vorsätzlicher Vertragsverletzung wird kaum praktisch werden, da auch in allen Fällen der ohne Einwilligung vorgenommenen Operation z. B. nicht eine vorsätzliche Vertragsverletzung seitens des Arztes vorliegen wird. Bei der allein praktischen Haftung wegen Fahrlässigkeit (Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt), ist im Zivilrecht im Gegensatz zum Strafrecht (vgl. darüber unten S. 230 Bem. 3) ein objektiver Maßstab anzulegen. Für die Sorgfalt sind deshalb subjektive Momente nicht verwertbar, sondern Durchschnittsmaßstäbe anzulegen; jedoch kann das Maß der Sorgfalt bei den verschiedenen Arten der Ärzte verschieden sein. Von einem Spezialisten ist eine größere Sorgfalt zu verlangen als von einem Nichtspezialisten (für diesen kann die Nichtzuziehung eines Spezialisten eine Fahrlässigkeit dann bedeuten, wenn er sich seiner mangelnden Fähigkeiten für die Behandlung dieser Krankheiten bewußt ist). Auch andere objektive Verschiedenheiten sind zu berücksichtigen, so ein großer klinischer Apparat einerseits und die einfachen Hilfsmittel einer kleinen Landpraxis andererseits, die unter schlechten Verhältnissen schlechter Beleuchtung, Eiligkeit — vorgenommene Operation usw. Persönliche Eigenschaften (Jugend, Unerfahrenheit des Arztes) sind dagegen als subjektive Maßstäbe für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit nicht verwertbar.

Bem. 6. Fälle der Fahrlässigkeit. Als Fahrlässigkeit hat die Außerachtlassung der Sorgfalt sowohl dann zu gelten, wenn der Arzt mit der Möglichkeit des Eintretens eines schädigenden Erfolges nicht gerechnet hat (unbewußte Fahrlässigkeit, der Arzt gibt aus Versehen eine falsche Medizin), wie auch dann, wenn er zwar an eine solche Möglichkeit dachte, jedoch damit rechnete und darauf hoffte, der Schaden werde nicht eintreten (bewußte Fahrlässigkeit, der Arzt hat erkannt, daß er eigentlich bei dem Patienten noch einen Besuch machen müsse, unterläßt ihn aber in der Hoffnung, es werde schon nichts passieren). Gegenständlich läßt sich die Fahrlässigkeit in zwei Gruppen teilen: in Sorgfaltsverletzungen mit unmittelbarer Beziehung auf den ärztlichen Beruf (sog. Kunstfehler) und Verletzungen ohne solche (der Arzt verspätet sich usw.). Die Kunstfehler selbst sind entweder auf mangelhaftes allgemeines Wissen und Können oder auf Unaufmerksamkeit im Einzelfalle zurückzuführen.

Bem. 7. Haftung für Erfüllungsgehilfen. Der Arzt haftet für ein Verschulden der von ihm zur Erfüllung des Vertrages herangezogenen Hilfspersonen (§ 278; vgl. auch oben S. 103 Bem. 6). Läßt der Arzt unbefugt (vgl. dazu S. 207 Bem. 2) die Behandlung durch einen Vertreter ausführen, so haftet er für allen Schaden, der nicht eingetreten wäre, wenn er selbst die Behandlung vorgenommen hätte, gleichgültig ob den Vertreter eine Schuld trifft oder nicht. Bei einer befugten Vornahme der Behandlung durch einen Vertreter wie auch bei einer Heranziehung von Hilfspersonen (Assistenten, Schwestern) haftet der Arzt für ein Verschulden dieser Erfüllungsgehilfen wie für eigenes Verschulden (Haftung für Kunstfehler des Assistenzarztes). Für die von einem Assistenzarzt zur Behandlung zugezogenen Hilfspersonen haftet der Arzt nur dann, wenn der Assistenzarzt bevollmächtigt war, Erfüllungsgehilfen heranzuziehen; bei einer unbefugten Hinzuziehung haftet der Arzt nur dann, wenn schon in der Zuziehung der Schwester im Einzelfall ein Verschulden des Assistenten liegt und dieses kausal für den schädigenden Erfolg geworden ist. Der Arzt haftet auch, wenn seine Ehefrau in seiner Abwesenheit nach eigener EntschlieÙung Arznei verabreicht, Verbände anlegt oder einen Rat erteilt und hierdurch einen Schaden anrichtet, es sei denn, daß er ausdrücklich in ernstgemeinter Weise seiner Frau verboten hat, in seiner Abwesenheit an seiner Stelle zu behandeln.

Bem. 8. Sonstige Verpflichtungen. Aus der Natur des mit dem Arztvertrag verbundenen Vertrauensverhältnisses folgt, daß die *Aufklärungspflicht* des Arztes über die Schwere der Erkrankung aus medizinischen Gründen erheblich eingeschränkt ist. Desgleichen ist es dem Arzt gestattet, eine Unsicherheit bei der Erkennung der Krankheit und bei der Behandlung in gewissem Maße dem Patienten zu verschweigen. Aus der Pflicht zur *Verschwiegenheit* (s. dazu EBERMAYER, Berufsgeheimnis und Krankengeschichten unten S. 226ff.) folgt, daß grundsätzlich ein Verbot für den Arzt besteht, dritten Personen *Auskunft* über die Krankheit zu erteilen; dieses Verbot gilt im allgemeinen sogar auch gegenüber nahen Angehörigen.

Bem. 9. Haftungserlaß. Über Haftungserlaß vgl. oben S. 103 Bem. 8. Ein Erlaß der Haftung des Arztes für jede Fahrlässigkeit kann grundsätzlich vereinbart werden, es sei denn, daß darin ein Verstoß gegen die guten Sitten liegt; die Annahme eines solchen Verstoßes wird gerade dann besonders nahe liegen, wenn ein ärztliches Eingreifen eilig erforderlich war.

Bem. 10. Haftung bei unentgeltlicher Behandlung. Bei der sich als Schenkung darstellenden unentgeltlichen Behandlung (vgl. oben S. 207) beschränkt sich die Haftung des Arztes gemäß § 521 auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Fahrlässigkeit.

Vgl. dazu auch die oben S. 104, 110, 201 mitgeteilte Literatur und Judikatur; und noch etwa: ELSTER: Haftung des Arztes und des nichtärztlichen Heilbehandlers für Kunstfehler. Jur. Rundschau f. d. Privatversicherung, zit. in DJZ. 1931, 102. — HELLER: Zur Rechtsprechung über die Haftung des Arztes und Versicherungsträgers wegen Körperletzung eines Kranken, in DKrankK. 1931, 1367, macht auf die wirtschaftlich bedenklichen Folgen der weiten Ausdehnung des Fahrlässigkeitsbegriffes durch das RG. aufmerksam.

Übersicht über Typen von Kunstfehlern aus der *Rechtsprechung*:

a) *Unterbringung in Irrenanstalt*. Düsseldorf 10. 7. 14, OLGRspr. 33, 328: Kein Schadensersatzanspruch gegen den Hausarzt, der ohne Zustimmung und Kenntnis des Patienten die Zuziehung eines Irrenarztes und dessen Untersuchung veranlaßt hat; in solchem Falle können nicht alle Maßnahmen nach vorheriger Rücksprache mit dem Patienten getroffen werden. Ebenso RG. SeuffArch. 65, Nr 239: Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen, wenn der die Unterbringung in Irrenanstalt veranlassende Arzt die begutachtete Person für gemeingefährlich hielt und ohne sein Verschulden halten konnte. *Dagegen* RG. 25. 11. 09, JW. 1910, 18: Ein Arzt, der über den Geisteszustand eines andern befragt wird, muß sich der schweren Verant-

wortung bewußt sein, die er übernimmt, wenn er ihn für geisteskrank erklärt. Gibt er sein Gutachten ohne genügende Unterlagen ab, so handelt er nicht nur grob fahrlässig, sondern unter Umständen vorsätzlich gegen die guten Sitten (§ 826).

b) *Nur Durchschnittsmaßstab.* RG. I. 3. 12, 78, 432: Auch der geschickteste Arzt arbeitet nicht mit der Sicherheit einer Maschine; trotz aller Aufmerksamkeit und Sorgfalt des Operateurs kann ein Griff, ein Schnitt oder Stich mißlingen. Ebenso verlangt KG. 23. 9. 29, BerlÄKorr, 1930, 102 nur diejenige Sorgfalt, die bei der Anwendung der allgemeinen Regeln der Heilkunde von einem ordentlichen Arzt durchschnittlich zu verlangen ist.

c) *Unrichtige Prognose.* LG. Berlin, ÄVBl. 1929, 684: In unrichtiger Prognose über den Heilungsverlauf liegt meist kein Verschulden, da hierüber regelmäßig keine bestimmte Zusage gemacht werden kann.

d) *Unterlassene Röntgenuntersuchung.* RG. 22. 12. 22, JW. 1923, 603 hat in einem Falle, in dem der Verletzte sich in einem mit einem Röntgenapparat ausgestatteten Krankenhaus befand, die Unterlassung der Röntgenuntersuchung als Fahrlässigkeit angesehen; unter solchen Umständen sei der Arzt zur Röntgenaufnahme verpflichtet, wenn auch der äußere Befund die regelmäßigen Merkmale einer bestimmten Krankheitsform zeigt und deshalb nach den bisherigen Erfahrungen des Arztes auch mit Sicherheit auf diese schließen läßt. Vgl. hierzu STRASSMANN und THIERSCH: JW. 1923, 603 Anm. (das Verschulden liege nicht in der unterlassenen Untersuchung, sondern in der unterlassenen Aufklärung des Patienten); vgl. dazu unter e).

RG. 20. 6. 30, JW. 1931, 1466: Der Arzt hat die Verpflichtung zur Röntgenuntersuchung, wenn er ein früher in die Wunde zur Eiterentleerung gelegtes Röhrchen beim Verbandwechsel und dann bei instrumentaler Untersuchung nicht findet. Einem ihn in der Behandlung ablösenden Arzt muß unter diesen Umständen der Arzt Mitteilung machen, daß möglicherweise noch eine Durchleuchtung vorgenommen werden müsse. Gegen die Ausführungen von STRASSMANN (JW. 1931, 1466 Anm.), eine solche Pflicht bestehe, schon wegen der damit verbundenen Kosten, erst bei ungewöhnlicher Verzögerung der Heilung, wendet sich ebenda PHILIPSBORN, welchem sich REICHEL (ÄrztlSachverstZ. 1931, 287) anschließt.

e) *Aufklärungspflicht* über gefährliche Folgen. Aus dem Schrifttum s. u. a. HEGNER: a. a. O. S. 33. — Grundsätzlich besteht, wie LG. I Berlin am 8. 6. 29 (Krk.hausarzt 1930, 129, ZKrW. 1930, 292) entschieden hat, die Pflicht des Arztes, den Patienten auf die Folgen einer Operation, die im sicheren Bereich der Möglichkeit liegen, aufmerksam zu machen, nicht aber auf die Folgen, die nur in Ausnahmefällen zu erwarten sind. So schon RG. I. 3. 12, 78, 432: Keine Pflicht, auf alle nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen, die möglicherweise entstehen können. Eine solche Belehrung würde nicht selten sogar falsch sein, sei es, daß der Kranke zu Unrecht abgeschreckt, sei es, daß er in schädliche Angst und Erregung versetzt würde. Auch Hamburg 3. 2. 28, HansRGZ. B 495; 41. Spruchsamml. d. DJZ. 1930, 21, ÄVBl. 1929, 491: Auf möglicherweise eintretende Operationsfolgen hat der Arzt nur unter besonderen Umständen hinzuweisen. — Unrichtige Beratung des Arztes: RG. 11. 5. 31, ZMedBe. Rspr. 1931, 117, GrBerlÄBl. 1931, 299: Ein Arzt, der vom ärztlichen Standpunkt aus die Folgen einer Operation nicht völlig überblicken kann und trotzdem versichert, daß nach operativer Entfernung der Geschwulst die Gebärfähigkeit erhalten bleiben werde, handelt fahrlässig, wenn er erkennen kann, daß die Patientin auf die Erhaltung der Gebärfähigkeit Gewicht legt und im Vertrauen hierauf sich zur Vornahme der Operation entschließt.

f) *Belehrungspflicht.* RG. 17. 10. 30, ZMedBe. Rspr. 1931, 89: Es ist fahrlässig, wenn ein Spezialarzt nach Anlegung eines Gipsstreckverbandes die Eltern des Kindes nicht anweist, auf Veränderungen der Lage und der Farbe der Zehen zu achten und dem Arzt gegebenenfalls sofort Mitteilung zu machen.

g) *Ist der Arzt zur Anwendung bestimmter Heilmittel verpflichtet?* RG. 8. 7. 30, DRichtZ. Rspr. 1930, 682 verneint diese Pflicht im allgemeinen. Eine solche Pflicht besteht nur, wenn sie sich für ein bestimmtes Heilmittel oder Heilverfahren aus einem Sondergesetz ableiten läßt. Das ist in der Regel nicht der Fall, auch nicht bei der Frage der Anwendung der Serumbehandlung bei Diphtherie.

h) *Abweichung von der Schulmedizin, Naturheilkundige.* RG. 25. 6. 12, JW. 1912, 857: Auch die Ärzte an einer Naturheilanstalt sind nicht nur verpflichtet, den in die Anstalt Aufgenommenen nach den Regeln des Naturheilverfahrens zu behandeln, sondern sie müssen bei der Aufnahme und später bei der Behandlung prüfen, ob die Anwendung des Naturheilverfahrens in diesem Falle den Regeln der ärztlichen Wissenschaft entspricht; hätten sie bei pflichtmäßiger Berücksichtigung dieser Regeln die Untauglichkeit oder gar Schädlichkeit des Naturheilverfahrens erkennen müssen, so bedeutet diese Behandlung eine Fahrlässigkeit.

Naumburg 7. 6. 18, JW. 1919, 1002: Ein Naturheilkundiger ist verpflichtet, die Zuziehung eines Arztes zu veranlassen, wenn er erkennt oder erkennen muß, daß es sich um ein Leiden handelt, welches ärztlicher Behandlung, namentlich eines operativen Eingriffs, bedarf (Krebs). Es genügt nicht, daß er dem Kranken gelegentlich anheimstellt, sich an einen Arzt zu wenden.

OLG. Hamburg 3. 4. 28, LeipzZeitschr. **1928**, 1458: Ein Facharzt für Naturheilkunde darf, wenn er bei einem Behandlungsfall an der herrschenden, im wesentlichen auch bewährten Lehre der Schulmedizin vorbeigeht, seine eigene Methode nur dann anwenden, wenn der Kranke nach Aufklärung über den Sachverhalt der Anwendung dieser Methode zustimmt.

RG. 18. 1. 29, DRichtZ. **1929**, 98: Ein Arzt bedarf, auch wenn er Anhänger der Naturheilmethode ist und wenn er annehmen darf, daß der Kranke sich gerade mit Rücksicht auf diesen Umstand in seine Behandlung begeben hat, gleichwohl nicht bei der Diagnose ein in der sog. Schulmedizin bewährtes und anerkanntes Verfahren (Untersuchung auf Spirochäten bei Syphilisdiagnose) einfach beiseite lassen, mindestens nicht ohne den Kranken entsprechend zu belehren.

i) *Zurücklassung von Fremdkörpern in der Wunde.* Während RG. 9. 7. 13, **83**, 71 bei einer Blinddarmoperation in dem Zurückbleiben eines Tampons eine Fahrlässigkeit erblickt, da auf jeden Fall ein Mittel gefunden werden mußte, wodurch das Hineinrutschen des Tampons verhindert und die Entfernung sämtlicher Tampons aus der Wunde gewährleistet wurde (hierzu vgl. MANSFELD: Leipz. Zeitschr. **1915**, 338, welcher die Kritik von KOHLER zurückweist), und RG. in ZKrW. **1929**, 701 es dem Arzt zum Verschulden anrechnet, daß er keine Anordnungen getroffen hatte, die Entfernung von Fremdkörpern aus der Wunde vor deren Schließen zu gewährleisten, stellt RG. 17. 10. 19, **97**, 4 es auf den Einzelfall ab: Das Zurückbleiben einer Gazeserviette bei einer Ovariectomie, bei der eine dreifache, nicht voraussehbare und nicht vorausgesehene Komplikation eintrat, bildet keine Fahrlässigkeit; es genüge, daß der Chirurg die verwendeten Servietten, um deren Übersehen beim Schluß der Operation tunlichst unmöglich zu machen, mit einem Zipfel herabhängen ließ oder mit einem Instrument festklemmte, ein Abzählen der Servietten war nicht erforderlich. Ähnlich RG. 6. 1. 28, ZMedBe. Rspr. **1928**, 102: Bei einer Operation war ein Scherenstück abgesprungen und in der Brustwand zurückgeblieben; der Arzt, der das Abspringen sofort bemerkt und in der Wunde gesucht hatte, hat das Scherenstück nicht gefunden und mußte wegen bestehender Lebensgefahr die Operation mit tunlichster Beschleunigung beenden. Unter diesen Umständen wurde Fahrlässigkeit verneint.

Hamburg 1. 3. 29, ZKrW. **1930**, 290: Das Zurückbleiben eines Gewebestückes im Unterleib bildet keine Fahrlässigkeit, da bei der bestehenden Lebensgefahr die Aufmerksamkeit des Arztes und seiner Gehilfen durch die Notwendigkeit einer nicht zu tiefen aber auch nicht zu leichten Narkose von der Operationstätigkeit abgelenkt wurde. Andererseits brachte der starke Bluterguß in dem Unterleib besondere Gefahren für das Verschwinden eines der zum Abstopfen der Blutung verwendeten Gewebestücke mit sich.

k) *Durchstoßung der Gebärmutter.* RG. 12. 3. 12, JW. **1912**, 581.

l) *Röntgenverbrennung.* Aus dem Schrifttum vgl. EBERMAYER S. 142ff. und die dort angegebene Literatur. Zur Rechtsprechung vgl. die oben S. 105 angegebenen Beispiele, ferner noch:

RG. 24. 3. 30, DKrankK. **1930**, 1119, ZMedBe. Rspr. **1930**, 62: Bei der allgemein bekannten Gefährlichkeit der Röntgenbestrahlungen muß der Arzt sein ganz besonderes Augenmerk auf die Vermeidung von Gefahren richten. Es genügt nicht, daß über die einzelnen Applikationen in den Büchern Aufzeichnungen gemacht waren, aus denen sich aber nicht die in Wirklichkeit angewendete Dosis feststellen ließ. Aus dieser mangelhaften Buchführung kann geschlossen werden, daß dem Arzt ein Verschulden zur Last fällt.

RG. 17. 3. 31, ZMedBe. Rspr. **1931**, 93: Bei einem durch mangelhafte ärztliche Röntgenkontrolle entstandenen „Röntgenkrebs“ wurde ärztliches Verschulden deshalb bejaht, weil entweder bei den Einzelbestrahlungen zu stark dosiert wurde oder Fehler rein röntgentechnischer Art begangen wurden oder die gesamte Bestrahlungsdauer zu lange Zeit hindurch fortgesetzt worden ist.

m) *Diathermieverbrennung.* α) RG. in ZMedBe. Rspr. **1931**, 151 verneint Fahrlässigkeit, da die Behandlung dem damaligen Stand der Wissenschaft entsprach und es sich auch nicht um die Anwendung einer noch unerprobten Methode, sondern um eine damals (1911) wissenschaftlich noch nicht beobachtete und ungeklärte Nebenwirkung handelt.

β) RG(Str) 7. 2. 30, JW. **1930**, 1597: Da bei der Diathermiebehandlung immer die Gefahr einer Verbrennung besteht und als einziger Maßstab für die Stärke des anzuwendenden Stromes nur das Empfinden des Patienten dienen kann, der bei Gefühls lähmungen gegen elektrische Ströme überempfindlich ist, ist besondere Vorschrift geboten. Eine ärztliche Klinik muß so organisiert sein, daß jeder Patient vor der ersten Diathermiebehandlung einem Arzt der Klinik vorgestellt wird. Diese Anordnung muß durch schriftliche Anweisung eines Klinikarztes und durch Anweisung an den Bademeister, Diathermiebehandlungen nur nach Vorlegung einer solchen schriftlichen Anweisung vorzunehmen, kontrolliert werden. Die Ausführung durch geschultes Personal muß ärztlich überwacht werden. Der Bademeister darf sich nicht durch die „Badehilfe“ vertreten lassen, ohne sich zweifelsfrei zu vergewissern, daß dieser — schwerhörige — Gehilfe das bei der Gefühlslosigkeit des Patienten wichtige Verbot der Stromverstärkung richtig verstanden hat. Eine weitere Fahrlässigkeit des Bade-

meisters liegt darin, daß er unmittelbar nach der Feststellung der Verbrennung das ausdrückliche Verlangen des Patienten, einem Arzt vorgeführt zu werden, abgelehnt hat.

n) *Unleserliche Ausstellung von Rezepten*. Schrifttum: SCHILLING: Mögliche Folgen unleserlicher Unterschriften, in ZKrW. 1929, 373. — EBERMAYER: a. a. O. S. 126.

RG. 27. 9. 29, 125, 374, JW. 1930, 1580: Nur dann, wenn der Arzt es als gewiß ansehen darf, daß die von ihm angewendete abgekürzte Form eines Rezeptes, die die Verdünnung des eine starke Dosis Superarenin enthaltenden Mittels nicht erkennen ließ, den Apothekern als die Bezeichnung der von ihm gewünschten ungefährlichen Zusammenstellung allgemein bekannt ist, konnte er sich bei der Gefährlichkeit des Medikamentes der Abkürzung ohne Verletzung der von ihm zu beobachtenden Vorsicht bedienen.

o) *Unterlassung der Führung von Krankengeschichten*. RG. 22. 11. 27, ZMedBe. 1928, 77/78: Das Unterlassen der Aufzeichnungen (Krankengeschichte und Fieberkurve) kann dem Arzt zum Verschulden angerechnet werden.

Nr 2. Haftung für Erfüllungsgehilfen.

Aus dem Schrifttum s. FREYMUTH: Rechtliche Verantwortlichkeit der Arztfrau als Gehilfin ihres Mannes, Leipzig 1917 (behandelt eigene Verantwortlichkeit der Frau, die ohne Sachkunde in Abwesenheit des Mannes ärztliche Handlungen vornimmt, und Einstehen des Arztes für ein solches Verhalten seiner Frau).

B. Außervertragliche Verpflichtungen und Haftungen.

Bem. 1. Geschäftsführung ohne Auftrag. Liegt eine solche vor (S. 98 Bem. 1 ff, S. 204 Bem. 1—9), so ist die Haftung grundsätzlich dieselbe und wie bei Vorliegen eines Vertrages nach §§ 276, 278 zu bestimmen (vgl. S. 108 Bem. 1—2). Der Arzt hat die Verpflichtung, die Übernahme der Geschäftsführung, sobald es tunlich ist, dem Geschäftsherrn anzuzeigen und, wenn nicht mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist, dessen Entschließung abzuwarten (§ 681). Gerade bei der Natur der ärztlichen Hilfeleistung wird eine weite Auslegung der Vorschrift am Platze sein.

Die Haftung beschränkt sich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit bei Abwendung einer dringenden Gefahr (§ 680) und verschärft sich auch ohne weiteres Verschulden bei Übernahme der Geschäftsführung gegen den Willen des Geschäftsherrn (§ 678). Zu beachten ist die Sondervorschrift des § 679 (vgl. S. 99 Bem. 4 ff. S. 205 Bem. 3—7).

Bem. 2. Unerlaubte Handlung durch unsachgemäße Behandlung. Handelt ein Arzt *unsachgemäß*, entgegen den Regeln der ärztlichen Kunst oder Wissenschaft, so liegt darin eine unerlaubte Handlung, die bei Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit, des Eigentums oder eines sonstigen Rechtes eines anderen nach § 823 Abs. 1 zum Schadensersatz verpflichtet; inwieweit auch eine *sachgemäße* Behandlung sich als unerlaubte Handlung darstellen kann, vgl. unter Bem. 4. Diese Haftung aus unerlaubter Handlung ist unabhängig von einer etwa daneben bestehenden Haftung aus Vertrag oder Geschäftsführung ohne Auftrag. Voraussetzung für die Haftung ist, daß die Verletzung vorsätzlich oder fahrlässig erfolgt (vgl. S. 208 Bem. 5).

Bem. 3. Haftung für Verrichtungsgehilfen nach § 831. Danach haftet der Arzt für unerlaubte Handlungen, die ein von ihm zu einer Verrichtung bestellter Gehilfe (Assistenzarzt, Schwester) einem anderen widerrechtlich zufügt; jedoch entfällt die Haftung, wenn der Arzt bei der Auswahl der bestellten Person die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. Über diesen sog. Exkulpationsbeweis vgl. S. 109 Bem. 4.

Bem. 4. Haftung bei sachgemäßer Behandlung, Operation ohne Einwilligung. Trotz sachgemäßer Behandlung, die den Regeln der ärztlichen Wissenschaft entspricht, liegt eine objektiv unerlaubte Handlung (Körperverletzung) nach fester Rechtsprechung der deutschen Gerichte bei jeder Operation

vor. Jedoch wird die Rechtswidrigkeit durch Einwilligung des Patienten ausgeschlossen, bei Minderjährigen nur durch Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, während die Zustimmung des Minderjährigen selbst nicht genügt.

Daß diese Lehre unerfreulich und unbefriedigend ist, bedarf keiner Erörterung. Jedoch besteht noch keine Einigkeit, sie zu verbessern. Die Versuche, die Rechtswidrigkeit durch Berufung auf Berufsrecht oder Gewohnheitsrecht zu beseitigen, mußten fehlschlagen. Die Ansicht, daß eine zu Heilzwecken vorgenommene Operation objektiv nie eine Körperverletzung sein könne, ist zwar im Strafgesetzentwurf zum Durchbruch gekommen, aber heute noch nicht geltendes Recht. Helfen kann nur der von der überwiegenden Meinung gebilligte, zuerst von ZITELMANN gewiesene Weg, in dazu geeigneten Fällen eine die Rechtswidrigkeit ausschließende Geschäftsführung ohne Auftrag anzunehmen, so wenn der Arzt Bewußtlose operiert oder sich während der an sich genehmigten Operation zu ihrer Erweiterung genötigt sieht (vgl. hierzu oben S. 204 Bem. 1). Weitgehend deckt sich damit der mehr im Strafrecht angewendete Grundsatz der Güter- und Pflichtenabwägung, wenn die Operation das einzige Mittel ist, um das Leben zu retten (vgl. hierzu S. 232 Bem. 10).

In jedem Fall entfällt aus subjektiven Gründen die Schadensersatzpflicht, wenn der Arzt ohne Fahrlässigkeit annehmen durfte, die Einwilligung sei erteilt.

Bem. 5. Unterschiede zur vertraglichen Haftung. Vgl. hierüber S. 108 Bem. 1 und 2 (Schmerzensgeld, Ansprüche Dritter, §§ 844, 845, 847, kurze Verjährung § 852; vgl. unten S. 216 unter D).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Fahrlässigkeit.

Vgl. die oben S. 105 Nr 4ff. und S. 209 Nr 1 mitgeteilte Literatur und Judikatur, die auch hier zu verwenden ist. Eine Darstellung der typischen Kunstfehler des zahnärztlichen Berufes geben RITTER-KORN: Deutsches Zahnärzte-Recht, S. 74ff. Berlin 1930. (Kunstfehler in bezug auf Asepsik und Antiseptik, bei Zahnextraktion, beim Füllen der Zähne und beim Zahnersatz, z. B. Abbrechen eines Bohrers, Verschlucken einer Nervnadel, Verletzung der Zunge durch ein Schleifrad, Sepsis nach Zahnbehandlung, Abbrechen einer Injektionsnadel, einer Nervnadel.) Vgl. auch MEIER: Zahnärztliche Rechtskunde, bes. S. 96ff. Halle 1921.

Schmerzensgeld infolge von Fahrlässigkeit angenommen vom KG. 22. 11. 15 (bei LANG: Dentistische Rechtskunde S. 1248) für das Ziehen von 4 noch brauchbaren Zähnen durch einen Dentisten.

OLG. Frankfurt 25. 1. 29 (LANG: a. a. O. S. 1249): Schmerzensgeld bei Anwendung der veralteten und in der Wissenschaft als gefährlich verurteilten Methode der gewaltsamen Lockerung der Zähne, auch wenn die Patientin einen dahingehenden Wunsch äußerte.

Ob die Behandlung mit einer Spiralnervennadel ohne Halter fahrlässig ist, wird in der Rspr. verschieden beurteilt (vgl. Nachweise bei LANG S. 1220ff.). Über das Abbrechen von Injektionsnadeln vgl. LANG S. 1225ff.

Nr 2. Vorsätzliche Schädigung.

Colmar 20. 2. 14, OLGR. 33, 329: Ein Dentist, der auf Verlangen ohne medizinisches Bedürfnis gesunde Zähne auszieht, ist nach § 826 schadensersatzpflichtig. Es verstößt bei jedem, der die Heilkunde beruflich ausübt, gegen die guten Sitten, einem Kranken, auch wenn er es wünscht, eine Behandlung zuteil werden zu lassen, von der er weiß, daß sie sachwidrig und gesundheitsschädlich ist.

Nr 3. Entlastungsbeweis.

Vgl. dazu S. 110ff., 114.

Nr 4. Einwilligung in eine sachgemäße Behandlung.

SCHMITZ: Die Operation ohne Genehmigung des Patienten, in MedWelt 1930, 733 stellt die Judikatur zusammen und behandelt die Rechtsfolgen der ohne oder gegen den Willen des Patienten vorgenommenen Operation. — EBERMAYER: a. a. O. S. 143ff. — HAHN: Untersuchungen über die rechtliche Natur ärztlicher Eingriffe. Breslau 1928, u. a. — THOMA: Die Einwilligung zu Operationen an Minderjährigen. ZblJugendrecht 20, 295 (1929), bespr.

in ZKrW. (bei Gefahr im Verzuge kann der Arzt ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters eine Operation vornehmen). — MANSFELD: *LeipzZeitschr.* **1915**, 337. — ZITTELMANN: *ACivPr.* **99**, 112 und die Haftung des Arztes, 1908, S. 3 ff. Handeln (mit Einwilligung), S. 8 ff. (Handeln ohne Einwilligung).

a) RG. 27. 5. 08, **68**, 431: Ein Arzt, der ohne die erklärte oder doch mutmaßliche Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters eine Operation vornimmt, macht sich einer widerrechtlichen Körperverletzung im Sinne des § 823 Abs. 1 BGB. schuldig; *ein Ausnahmefall besteht bei Gefahr im Verzuge* (vgl. hierüber zu k). Bei einer Einweisung in eine *orthopädische* Anstalt ist weder die Vornahme operativer Eingriffe selbstverständliche Voraussetzung für die ärztliche Behandlung, noch ist ohne weiteres das Einverständnis des Patienten oder seines Vertreters mit einem etwaigen Eingriff zu unterstellen. Der Irrtum, daß eine Einwilligung vorliege, kann bei gutem Glauben entschuldbar sein; unentschuldig aber handelt der Arzt, der gar nicht prüft. Der Leiter einer größeren Klinik braucht nicht persönlich mit dem gesetzlichen Vertreter wegen der Einwilligung zu verhandeln, muß aber Anordnungen treffen, welche dafür Gewähr bieten, daß die Einwilligung eingeholt wird. Die Krankenschwester ist hierfür nicht ohne weiteres geeignet.

b) RG. 13. 10. 16, **88**, 436: Nur soweit die Einwilligung des Kranken reicht, ist der Eingriff nicht rechtswidrig.

c) RG. 3. 10. 11, *WarnErg.* **1911**, Nr 431: Das Vorliegen der Einwilligung des Kranken oder des gesetzlichen Vertreters hat der Arzt zu beweisen.

d) RG. 21. 5. 07, *DJZ.* **1907**, 1025: Ohne Fahrlässigkeit kann der Arzt die stillschweigende Einwilligung zu einer meist harmlosen Operation (Schieloperation) als erfolgt ansehen, auch wenn er die Patientin für minderjährig hielt. — Vgl. jedoch *OLG. Darmstadt* 16. 11. 06, *HessRspr.* **7**, 178: Da es sich um einen nicht unbedenklichen Eingriff in ein wichtiges Organ (Auge) handelte und keine Eile geboten war, hat der Arzt schuldhaft ohne Einwilligung operiert.

e) *Hamburg* 27. 3. 13, *OLGRspr.* **28**, 182: Spricht der Arzt nur davon, daß Wucherungen an der Gebärmutter zu beseitigen seien, daß aber Gefahr im Verzug sei und daß die Patientin das Einzelne alles ihm überlassen müsse, so läßt sich allerdings noch nicht feststellen, daß die Patientin mit der Vornahme der dann tatsächlich an ihr vollzogenen schweren Operation der völligen Entfernung der Gebärmutter sich stillschweigend einverstanden erklärt hat. Jedoch durfte der Arzt mit gutem Grund die Einwilligung als von der Patientin tatsächlich erteilt voraussetzen.

f) *KG.* 21. 10. 30, *ZKrW.* **1931**, 630: Ein Arzt, der bei einer Operation (Beseitigung einer Gebärmutterknickung) erkennt, daß der Blinddarm erkrankt ist, ist berechtigt, diesen zu entfernen; er mußte davon ausgehen, daß diese Entfernung dem Interesse und dem mutmaßlichen Willen der Patientin entsprach und kann in voller Höhe seine Gebühren verlangen.

g) *Stuttgart* 12. 7. 29, *JR.* 1909. 41. *Spruchsammlg.* *DJZ.* **1930**, 38: Bei der Entfernung harmloser Warzen darf der Patient erwarten, daß unter keinen Umständen vom Arzt ein Mittel angewendet wird, bei dem mit der Möglichkeit schwerer Schädigungen gerechnet werden kann. Wendet der Arzt ein solches Mittel an, trotzdem ihm andere Mittel zu Gebote stehen, so handelt er schuldhaft.

h) *Bedenklich* RG. 14. 3. 11, *JW.* **1911**, 449: Rechtswidrigkeit trotz Zustimmung der Eltern, da der Arzt zur Heilung des an sich harmlosen Leidens eine ungeeignete Behandlungsweise wählte und die Eltern mit dem zur Beseitigung der Talgdrüsenentzündung nicht erforderlichen schmerzhaften Brennen und der dadurch verursachten Entstellung des Kindes nicht einverstanden waren.

i) RG. 30. 6. 11, *JW.* **1911**, 748: Die ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters vorgenommene Operation bleibt rechtswidrig, mag auch der Minderjährige selbst ihr zugestimmt haben.

k) Bei Gefahr im Verzuge: α) RG. 27. 5. 08, **68**, 431. Bei Gefahr im Verzuge besteht ein Ausnahmefall. Ebenso β) RG. 19. 5. 31, *GrBerlAbI.* **1931**, 299. Dagegen läßt γ) RG. 30. 6. 11, *JW.* **1911**, 748 die Frage, ob bei besonders gearteter Sachlage die Verweigerung der Einwilligung Mißbrauch der elterlichen Gewalt und daher die Operation sogar gegen ausdrückliches Verbot objektiv gerechtfertigt ist, unentschieden. δ) RG. 21. 11. 13. *III 277/13*, zitiert bei MANSFELD, *LeipzZeitschr.* **1915**, 337: Erklärt der Arzt, es sei Gefahr im Verzuge und der Kranke müsse ihm alles einzelne überlassen, und unterzieht sich daraufhin der Kranke der Operation, so ist dadurch der Arzt vertragsmäßig berechtigt und verpflichtet, die Operation in dem Umfange auszuführen, wie es nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Interesse der Heilung erforderlich ist.

Nr 5. Neuartige Heilbehandlung und wissenschaftliche Versuche.

RdErdMfV. 11. 6. 31, *Volkswohlf.* **1931**, 607: Eine *neuartige Heilbehandlung* darf nur vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person oder ihr gesetzlicher Vertreter nach vorheriger Belehrung sich unzweideutig einverstanden erklärt hat, sonst nur, wenn Gefahr im Verzuge. In Kliniken und Anstalten nur vom leitenden Arzt selbst oder in seinem aus-

drücklichen Auftrag und unter seiner vollen Verantwortung von einem anderen Arzt. Die Vornahme eines *Versuchs* ist bei fehlender Einwilligung unter allen Umständen unzulässig und nur nach Laboratoriumsversuch und Tierexperiment zulässig, Versuche an Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren unstatthaft, wenn sie die Person auch nur im geringsten gefährden, Versuche an Sterbenden aus ethischen Gründen unzulässig.

Über wissenschaftliche Versuche an lebenden Tieren RdErl.MfV. 3. 4. 30, ZMedBe. 1930, Rspr. 71.

Nr 6. Unzulässige Blutentnahme.

OLG. Königsberg 5. 2. 31, DÄBl. 1931, 341: Die von der Patientin nicht genehmigte Blutentnahme (in staatlicher Frauenklinik) ist fahrlässige Körperverletzung, da sie nichts mit der Behandlung, dem Unterricht und wissenschaftlichen Zweck zu tun hat. Die menschliche Pflicht, Blut zur Rettung anderer hinzugeben, ist keine Rechtspflicht. Ausdrückliches oder stillschweigendes Einverständnis ist nicht erwiesen.

C. Kausalzusammenhang. Mitwirkendes Verschulden.

Bem. 1. Kausalzusammenhang im Arztprozeß. Eine Ersatzpflicht des Arztes ist stets nur dann gegeben, wenn der eingetretene Erfolg in sog. adäquater Kausalität — im Gegensatz zur Äquivalenztheorie des Strafrechts (vgl. unten S. 230 Bem. 5) — zur Handlung des Arztes steht, d. h. wenn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge von der Handlung die Herbeiführung des Erfolges mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden konnte. Demzufolge ist für eingetretene Schäden, die außerhalb des Bereiches dieser Kausalität liegen, der Arzt nicht mehr verantwortlich; hat nach der schadensstiftenden Handlung des Arztes eine außerhalb dieses Kausalbereiches liegende freie vorsätzliche Handlung eines Dritten auf den Patienten eingewirkt, so unterbricht, wenigstens für die zivilrechtliche Beurteilung, diese Handlung die durch die Handlung des Arztes geschaffene Kausalreihe in der Art, daß letzterer nicht mehr für den Enderfolg verantwortlich ist. Dagegen haftet der Arzt, wenn ein fahrlässiges Verhalten einer zweiten Person vorliegt, z. B. der Kunstfehler eines zweiten Arztes, größte Verstöße angenommen. Bei der Prüfung, ob eine Handlung für den Schaden ursächlich geworden ist, hat der Richter gemäß § 287 ZPO. die Möglichkeit, hierüber unter Würdigung aller Umstände nach freier Überzeugung zu entscheiden, er kann sich sonach mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit begnügen.

Bem. 2. Kausalzusammenhang in anderen Prozessen. Wenn jemand für den durch die Verletzung einer Person entstandenen Schaden (z. B. infolge eines Unfalles) aufzukommen hat, so besteht auch eine Verantwortlichkeit für die durch eine notwendig gewordene Operation eingetretene Beschädigung, da insoweit die adäquate Kausalität innerhalb desselben Kausalbereiches zu bejahen ist; selbst dann, wenn bei der Operation Kunstfehler (mit Ausnahme größter Verstöße) begangen worden sind, bleibt die Ersatzpflicht unberührt.

Bem. 3. Mitwirkendes Verschulden. Die Ersatzpflicht des Arztes kann gemindert oder aufgehoben werden, wenn bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt hat (§ 254). Dann hängt die Verpflichtung zum Ersatze sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder dem anderen Teile verursacht worden ist. Ein solches Verschulden des Verletzten liegt auch darin, daß er eine Heilbehandlung und trotz Vorliegens bestimmter Voraussetzungen die Vornahme einer Operation ablehnt (die Operation muß nach Ansicht der ärztlichen Sachverständigen in der Lage sein, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Heilung oder doch eine wesentliche Besserung im Befinden des Verletzten herbeizuführen, sie muß gefahrlos und nicht mit nennenswerten Schmerzen verbunden sein und durch Kostenvorschuß gedeckt sein).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: ENDEMANN: Ablehnung einer Operation als mitwirkendes Verschulden? — SCHORN: Die Operationspflicht nach bürgerlichem und öffentlichem Rechte, in *DZgerMed.* **14**, 84—109. — Zur Operationspflicht des Beamten besonders: SCHORN: *RPrVBl.* **52**, 610; gegen ihn FOERSTER: *RPrVBl.* **52**, 970. Beide behandeln die Frage, ob der Beamte sich durch Ablehnung einer gefahrlosen Operation disziplinarisch verantwortlich macht (SCHORN verneinend, FOERSTER bejahend für besondere Fälle). Ferner wird erörtert, ob infolge einer solchen Weigerung die Gehalts- und Pensionsansprüche gekürzt werden können (SCHORN bejahend in Anwendung des im § 254 BGB. enthaltenen allgemeinen Rechtsgedankens, FOERSTER grundsätzlich verneinend für Gehalts- und Pensionsansprüche, nur könne die schuldhafte Ablehnung einer Operation gemäß § 1 Abs. 2 Preuß. Pensionsgesetz, § 36 RBeamtG. und den Beamtenunfallfürsorgegesetzen die Entstehung eines Ruhegehaltsanspruches ausschließen).

Rechtsprechung:

Nr 1. Kausalzusammenhang.

a) *Im Arztprozeß.* RG. 12. 3. 12, JW. **1912**, 581: Zur adäquaten Verursachung und Haftbarmachung des Arztes genügt es, wenn bei einer Operation zwei Durchstoßungen der Gebärmutter in ihrer Gesamtwirkung die tödliche Bauchfellentzündung herbeigeführt haben.

RG. 18. 5. 28, ZMedBe. Rspr. **1929**, 4: Keine Schadensersatzpflicht des Arztes besteht für unzulängliche Behandlung bei Unglücksfällen, wenn die überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß der Unfall selbst, nicht die mangelhafte Behandlung, die Verletzung ursächlich bedingte.

RG. 3. 6. 21, **102**, 230: Wenn infolge Verschuldens des zuerst behandelnden Arztes ein zweiter zugezogen wird, wenn dieser zweite Arzt gegen alle ärztliche Regel und Erfahrung schon die ersten Anforderungen an ein vernünftiges, gewissenhaftes ärztliches Verfahren in größtmäßigem Maße außer acht gelassen hat; in einem solchen Falle ist der Mißerfolg der Heilung im Rechtssinn *allein* auf diese ungewöhnlichen Umstände zurückzuführen (RG. 22. 6. 11, JW. **1911**, 755).

b) *In anderen Prozessen.* RG. 17. 1. 28, 41. Spruchsammlg DJZ. **1930**, 37: Ursächlicher Zusammenhang bleibt bestehen, auch wenn sich der Verletzte einer durch den Unfall notwendigen Operation unterziehen muß und hierdurch weitere Schadensfolgen eintreten, selbst dann, wenn bei der Operation von dem Arzt ein Kunstfehler begangen wird.

Nr 2. Mitwirkendes Verschulden des Verletzten.

RG. 13. 2. 05, **60**, 147: Wenn nach ärztlicher Erfahrung begründete Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung der Krankheit besteht, liegt auch in der Ablehnung einer Anstaltsbehandlung ein mitwirkendes Verschulden; die Kur darf weder eine Steigerung der Gefahr für das Leben noch besonders heftige körperliche Schmerzen mit sich bringen und muß auf Kosten eines anderen unternommen werden können.

RG. 27. 6. 13, **83**, 15: Die Ablehnung einer Operation bedeutet dann kein mitwirkendes Verschulden, wenn sie nur in der Chloroformnarkose vorgenommen werden kann.

RG. 12. 7. 30, **129**, 398: Dem Verletzten ist der Vorwurf eines mitwirkenden Verschuldens dann nicht zu machen, wenn die Ärzte über die Rätlichkeit des Eingriffes verschiedener Meinung sind, auch dann nicht, wenn der Verletzte Veranlassung hat, dem von der Operation abratenden Arzte besonderes Vertrauen entgegenzubringen.

D. Verjährung. Vergleich.

Bem. 1. Verjährungspflicht. Die Ansprüche gegen den Arzt verjähren, wenn sie auf Grund des Dienstvertrags geltend gemacht werden, in 30 Jahren, § 195 BGB. (Wer — u. E. irrigerweise — die Bestimmungen des Werkvertrags anwendet [vgl. oben S. 198 ff.], muß gemäß § 638 die Verjährung der Gewährleistungsansprüche schon nach 6 Monaten eintreten lassen!) Werden Ansprüche wegen unerlaubter Handlung, z. B. auf Schmerzensgeld, erhoben, so greift die kurze dreijährige Verjährungsfrist des § 852 ein (vgl. S. 108/9 Bem. 2).

Bem. 2. Beginn der Verjährung. Da der Beginn der Verjährung die Entstehung des Anspruchs (§ 198) und bei Ansprüchen aus unerlaubter Handlung auch die Kenntnis des Anspruchsberechtigten (§ 852) voraussetzt, entsteht bei später auftretenden Schäden die Frage, ob für sie vom Zeitpunkt ihres Auftretens eine neue Verjährung beginnt oder ob sie mit zu dem gesamten einheitlichen Schaden gehören. Grundsätzlich ist das letztere der Fall. Doch macht

die Rechtsprechung gewisse Ausnahmen, so insbesondere für die Entstehung chronischer Leiden aus anscheinend vorübergehenden Erkrankungen.

Bem. 3. Unterbrechung der Verjährung. Wichtig ist die unterbrechende Wirkung der Klageerhebung und anderer Maßnahmen, wozu jedoch nicht die bloße Mahnung gehört (vgl. §§ 208ff.).

Bem. 4. Wirkung des Vergleichs. Der auch formlos wirksame Abschluß eines Vergleichs über Schadensersatzansprüche hat die Bedeutung, daß das strittige oder ungewisse Rechtsverhältnis außer Streit und Ungewißheit gesetzt wird. Wie weit der Vergleich wirkt, ist eine Frage der Auslegung. Grundsätzlich ist ein Vergleich, durch den alle Ansprüche abgefunden werden, die jetzt oder künftig aus einem Schadensereignis hergeleitet werden könnten, endgültig. Doch kann im Wege der Auslegung sich auch eine beschränkte Wirkung ergeben, so daß er völlig unvorhergesehene Schäden nicht umfaßt.

Bem. 5. Unwirksamkeit des Vergleichs. Abgesehen von dieser Beseitigung der Vergleichswirkungen durch Auslegung des Parteiwillens gibt § 779 BGB. auch die Handhabe, einen Vergleich für unwirksam zu erklären, wenn der nach dem Inhalte des Vertrags als feststehend zugrunde gelegte Sachverhalt der Wirklichkeit nicht entspricht und der Streit oder die Ungewißheit bei Kenntnis der Sachlage nicht entstanden sein würde. Der die Unwirksamkeit begründende Irrtum darf nicht den Streitpunkt betreffen, der durch den Vergleich erledigt werden sollte, denn dazu ist er ja geschlossen worden; unter dem zugrunde gelegten Sachverhalt sind vom Gesetze gerade *andere* tatsächliche Voraussetzungen verstanden, auf welche der Streit oder die Ungewißheit sich *nicht* bezieht (RG. 61, 318), wie z. B. die Tatsache, daß der beklagte Arzt die Schädigung gar nicht herbeigeführt hat.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Beginn der Verjährung.

a) RG. 5. 12. 27, **119**, 204: Grundsätzlich stellt sich der gesamte aus einer unerlaubten Handlung entspringende Schaden als eine Einheit dar und nicht als Summe einzelner selbständiger unzusammenhängender Schäden, so daß die Ungewißheit über den Umfang und die Höhe des Schadens den Beginn der Verjährung nicht ausschließt, daß vielmehr alle Folgezustände, die im Zeitpunkt der erlangten Kenntnis von dem Schaden überhaupt auch nur als möglich vorauszusehen waren, mit dieser allgemeinen Kenntnis als dem Verletzten bekannt geworden zu gelten haben. Aber diesen Grundsatz hat das RG. in den Fällen nicht zur Anwendung gebracht, in denen sich wider Erwarten aus leichten Erkrankungen schwerere Folgezustände herausbilden (Warneyer Rspr. **1912** Nr 432) oder aus anscheinend vorübergehenden Krankheiten chronische Leiden entwickeln (Warneyer Rspr. **1914** Nr 56 u. 84). In gleicher Weise hat das RG. die Verjährung dann verneint, wenn später neue Wirkungen der unerlaubten Handlung hervortreten, die erst infolge nachträglich eintretender Umstände dem Verletzten weitere Nachteile bereiten (JW. **1909**, 725). Vgl. ebenso b) RG. 21. 12. 08, **70**, 150. c) RG. 11. 12. 13, **83**, 354: Die Einheitlichkeit des Schadens bleibt so lange gewahrt, als die Schadensfolgen sich noch als eine nach den Verkehrsanschauungen möglicherweise zu erwartende Weiterentwicklung der zum Schadensersatz verbindenden Handlung ansehen lassen. d) RG. 5. 11. 14, **85**, 424. e) RG. 10. 2. 23, **106**, 283.

Nr 2. Wirkung eines Abfindungsvergleichs.

RG. 5. 2. 31, **131**, 278, JW. **1931**, 1458: Ein Vergleich, durch den der Verletzte sich wegen aller jetzigen oder künftigen Ansprüche für endgültig abgefunden erklärt, kann nicht gemäß § 242 bloß deswegen beseitigt werden, weil es eine große Unbilligkeit darstelle, nach der ganz erheblichen Verschlimmerung im Zustande des Verletzten an dem Vergleich festzuhalten. Eine Ähnlichkeit mit der Billigkeitsrechtsprechung über die Geldentwertung oder andere allgemeine Veränderungen der Gesetzgebung oder Rechtsprechung besteht nicht. Um die an sich den Streit endgültig beseitigende Wirkung des Vergleichs auszuschießen, muß der nachträglich eingetretene Schaden objektiv völlig außerhalb des Vorgestellten liegen und subjektiv nach dem damaligen Sachstand unvorhersehbar gewesen sein. Dieser Schaden muß so erheblich sein, daß bei seiner Kenntnis beide Parteien, auch der beklagte Arzt, nach den Grundsätzen des redlichen Verkehrs den Vergleich nicht geschlossen und der Beklagte

seine Schließung dem Geschädigten nicht zugemutet hätte. Natürlich können auch unerwartete Folgen als abgefunden zu betrachten sein. Eine so weitgehende Vorsorge ist aber nicht ohne weiteres zu vermuten; sie folgt auch nicht notwendig aus allgemeinen Redewendungen, namentlich nicht aus solchen in Vordrucken, die für Vergleiche aller Art ohne Rücksicht auf die Eigenart des einzelnen Falles — von Versicherungsgesellschaften — benutzt werden. Erst in Verbindung mit der wirklichen Sachlage läßt sich der vertragliche Wille der Parteien unter Beachtung redlichen Verkehrs ermessen.

E. Beweisfragen.

Bem. 1. Beweislast und Prima-facie-Beweis. Die Beweislast hat an sich der Patient, wobei lediglich zweifelhaft ist, ob er auch bei Geltendmachung von Vertragsansprüchen das Verschulden des Arztes beweisen oder ob nicht dieser — gemäß §§ 282, 286 — den Mangel seines Verschuldens beweisen muß. In jedem Fall wird die Beweislast des Patienten durch den sog. Prima-facie-Beweis erleichtert, indem zunächst die auf *Wahrscheinlichkeit* gestützte Darlegung eines objektiv durch den Arzt verursachten Schadens und seines Verschuldens genügt.

Bem. 2. Entkräftung des Prima-facie-Beweises. Hierzu hat der Arzt die Wahrscheinlichkeit eines Gesamtherganges darzutun, daß der ungünstige Erfolg auch ohne sein Verschulden eingetreten sein *könne*. Keinesfalls darf die Unmöglichkeit, die Ursache sicher festzustellen, zu Lasten des Arztes gehen. Trägt er jedoch an der Unaufklärbarkeit die Schuld, indem er z. B. schuldhaft eine Röntgenaufnahme unterlassen hat, so kann das Gericht zu seinen Ungunsten entscheiden.

Ist der Prima-facie-Beweis mißglückt, so hat der Patient vollen Beweis zu erbringen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Aus dem Schrifttum ist außer den Kommentaren zur ZPO. von STEIN-JONAS (14.) §§ 286, 287 — FÖRSTER-KANN; § 286 — RÜMELIN; Haftung, S. 21 — RABEL S. 22 — THIERSCH: JW. 1928, 2213 — EBERMAYER: Arzt im Recht, S. 103ff. und besonders LOCHER: Der Prima-facie-Beweis in Arztprozessen, ArchCivPr. Beilageheft 1931, 245ff. hervorzuheben.

Nr 1. Die Bedeutung und Berechtigung des Prima-facie-Beweises.

Der Prima-facie-Beweis ist, wie LOCHER ausführt, nichts Vorläufiges und Oberflächliches, keine Angelegenheit des ersten Eindrucks; seine Grundlage ist ein feststehender Sachverhalt, der eine durch Gegengründe nicht entkräftete Wahrscheinlichkeitsannahme zuläßt (S. 253). Er stützt sich auf die Anwendung von Erfahrungssätzen, die auf Grund ausreichender Gesetzmäßigkeit eines Lebensgebiets beruhen (S. 256), er entspricht der Billigkeit, weil der Patient oft keine Möglichkeit hat, auch nur dem äußeren Geschehen zu folgen (Narkose) und sich daher oft in Beweisnot befindet, er berücksichtigt aber auch die ebenfalls mögliche Beweisnot des Arztes, der oft außerstande ist, eine bestimmte Abnormität des Kausalverlaufs, die ohne sein Verschulden ausnahmsweise die Schädigung herbeigeführt hat, aufzuzeigen, weswegen das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen hat, daß die Unmöglichkeit einer sicheren Ursachenfeststellung nicht zu Lasten des Arztes gehen dürfe (S. 271). LOCHER wägt die Fernwirkungen ab: Auf der einen Seite verschärfe jeder verlorene Arztprozeß die „ärztliche Vertrauenskrise“, da das Publikum nicht glaubt, daß es auch ohne Verschulden des Arztes mal schief gehen könne. Andererseits gehe es nicht an, die Ärzteschaft für die der Medizin eigentümlichen Unvollkommenheiten verantwortlich zu machen (S. 274).

Nr 2. Die Beweislast.

a) RG. 28. 3. 30, 128, 121, JW. 1930, 1591: Die Verteilung der Beweislast mag nicht unzweifelhaft sein, soweit das Verschulden des Arztes in Frage steht. Soweit der Kläger den Anspruch aus unerlaubter Handlung herleitet, hat zwar ohne weiteres er selbst das Verschulden des Arztes darzutun. Soweit aber der Kläger als Dienstvertragsberechtigter dem Arzte gegenübersteht, läßt sich darüber streiten, ob nicht der Arzt sich über die mangelfreie Erfüllung seiner ärztlichen Vertragspflichten auszuweisen hat (§ 282 BGB.). In RG. 1. 3. 12, 78, 432 hat der erkennende Senat die Frage nach ihrer grundsätzlichen Seite dahingestellt gelassen. Auch im vorliegenden Fall läßt RG. 28. 3. 30, 128, 121 die Frage unentschieden,

da das Verschulden feststeht und nur der ursächliche Zusammenhang in Frage steht. Die Beweislast des Klägers hierfür ist aber schon nach den allgemeinen Grundsätzen nicht in Frage zu ziehen. b) RG. 16. 6. 31, ZMedBe. **1931**, Rspr. 151 verwirft die Bezugnahme auf § 282. Es kann dahingestellt bleiben, ob überhaupt diese Bestimmung auch auf den Fall der nicht vollständigen Erfüllung Anwendung findet. Denn bei einer ärztlichen Behandlung wie der vorliegenden (Diathermiebehandlung) kann von einer unvollständigen Erfüllung nicht gesprochen werden, da die Behandlung an sich geleistet wurde. Es handelt sich nur um eine bei der Behandlung vorgekommene, angeblich schuldhaft Verletzung, hinsichtlich deren dem Beschädigten die Beweislast sowohl dafür obliegt, daß die Beschädigung die Folge des von dem Arzt zu vertretenden Umstandes ist als auch daß der verursachende Umstand vom Arzt zu vertreten ist.

Nr 3. Der Prima-facie-Beweis.

Nach den in der Rechtsprechung ausgebildeten Grundsätzen über den Prima-facie-Beweis (RG. **21**, 109; **31**, 64; **97**, 14) hat der Patient den Eintritt des Schadens und den Verdacht des ärztlichen Verschuldens darzutun, vgl. RG. 18. 5. 28, JW. **1928**, 2213. Es müssen *Tatsachen* darüber angeführt werden, in welcher Weise der Arzt den Regeln der ärztlichen Wissenschaft schuldhaft zuwider gehandelt haben soll (KG. 23. 9. 29, GrBerlÄBl. **1930**, 102).

Nr 4. Die Entkräftung des Prima-facie-Beweises.

a) RG. 1. 3. 12, **78**, 432, JW. **1912**, 528: Er ist schon dann entkräftet, wenn der Arzt darzut, daß ein eingetretener ungünstiger Erfolg auch ohne sein Verschulden eingetreten sein kann, daß nach dem soweit möglich klargelegten Sachverhalt ein positiver Anhalt für sein Verschulden nicht gegeben ist. Ebenso b) RG. JW. **1928**, 2213: Es genügt, wenn der Arzt auch nur die Wahrscheinlichkeit eines Gesamtherganges dartut, in dem kein ursächliches Verschulden auf seiner Seite zu erblicken ist. c) RG. 1. 3. 12, **78**, 432: Wie man auch grundsätzlich die Beweislast regeln mag, keineswegs kann die Unmöglichkeit, die Ursache einer Verletzung des Kranken bei der Operation sicher festzustellen, zu Lasten des Arztes gehen. Ebenso d) RG. 1. 10. 12, JW. **1913**, 32 und e) RG. 4. 11. 21, Warneyer Rspr. **1922**, Nr 7: Die Nichthaftung des Arztes setzt aber immer voraus, daß für ein Verschulden seinerseits kein Anhalt gegeben ist. f) RG. 9. 7. 26, GruchBeitr. **69**, 86: Immer bleibt zu prüfen, ob die jeweilige Sachlage einen Anhalt dafür gewährt, daß ein schuldhaftes Verhalten des Arztes vorliege, das nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet ist, die Verletzung des Kranken hervorzurufen und ob dieser Anhalt so stark ist, daß eine Unmöglichkeit der Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs nicht mehr angenommen werden kann. g) RG. 16. 6. 31, ZMedBe. **1931**, Rspr. 151: Die Tatsache der Verbrennung bei Diathermiebehandlung für sich *allein* stellt noch keinen typischen Geschehensablauf dar, der nach den Erfahrungen des Lebens auf eine bestimmte, vom Arzt zu vertretende Ursache hinweist.

Nr 5. Schuldhaftes Erschwerung der Aufklärung.

a) RG. 28. 3. 30, **128**, 121: Hat der Arzt eine Lücke in der Beweisführung als Folge seines Kunstfehlers selbst zu vertreten — unterlassene Röntgenaufnahme —, so ist der Richter befugt, aus diesem Sachverhalt Folgerungen für die Beweiswürdigung zu seinen Ungunsten zu ziehen. b) RG. 22. 11. 27, ZMedBe. **1928**, Rspr. 77: Die Unaufklärbarkeit einer Schädigung kann dann zu Lasten des Arztes gehen, wenn er die Unaufklärbarkeit durch den Mangel einer Krankengeschichte und das Fehlen einer Fieberkurve verschuldet hat. c) RG. 24. 3. 30, HRR. **1930**, Nr 1097: Mangelhafte Buchführung über Röntgenbestrahlung.

Nr 6. Nach Mißlingen des Prima-facie-Beweises.

Hamburg 1. 3. 29, LeipzZeitschr. **1929**, 1395: Ist der Prima-facie-Beweis mißglückt, so ist der Patient in vollem Umfange beweispflichtig.

F. Haftung für Garderobe.

Die Haftung des Arztes für Diebstähle von Überkleidern im Vorraum berührt sich mit der oben S. 112 behandelten Haftung des Krankenhauses für nicht abgegebene Gegenstände. Demnach besteht, da vertragliche Haftung nur unter ganz besonderen Umständen in Frage kommen wird, hier lediglich eine Haftung aus unerlaubter Handlung; die allgemeine Überwachungspflicht des Arztes gemäß § 823 geht dahin, daß der Vorraum geschlossen gehalten wird.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Außer den allgemeinen Büchern vgl. noch u. a. BISCHOFSWERDER: Haftung des Arztes für Kleidungsstücke, in DÄBl. **1930**, Nr 7. BOVENSIEPEN: Haftung für Garderobe. Rechtsfragen der Praxis **6**, 24 ff. (H. Sack, Berlin 1928).

Rechtsprechung: RG. 27. 4. 20, 99, 35: Weder durch die Zurverfügungstellung der Vorrichtungen zur Kleiderablage in dem Vorraume der Wohnung noch durch die Bereithaltung des Hausmädchens zur Unterstützung beim Ablegen der Kleidungsstücke wird ein besonderer Verwahrungsvertrag geschlossen. Auch aus dem Arztvertrag ist keine Nebenverpflichtung zu einer besonderen Obhut und Bewachung der im Vorraum abgelegten Kleidungsstücke zu entnehmen. Jedoch kann jeder Sprechstundenbesucher damit rechnen, daß der Vorraum geschlossen gehalten wird; für Diebstähle durch andere Besucher haftet der Arzt nicht.

III. Verpflichtungen des Patienten.

Bem. 1. Zahlungspflicht. Als Hauptverpflichtung entsteht für den Patienten die Pflicht zur Zahlung des Honorars, welches der Patient auf eigene Kosten und Gefahr dem Arzt zu senden hat (§ 270). Wegen der Frage, wer Schuldner dieser Pflicht bei Behandlung einer Ehefrau, minderjähriger Kinder ist, vgl. oben S. 199, 203. Gläubiger der Honorarforderung ist der behandelnde Arzt. Ob der lediglich zur Konsultation hinzugezogene Arzt sich wegen seines Honorars nur an den behandelnden Arzt oder unmittelbar an den Patienten halten kann, hängt davon ab, ob der konsultierende Arzt bei seiner Tätigkeit in anhaltendere, unmittelbare Beziehung zu dem Patienten getreten ist und dieser das geduldet hat; nur dann besteht ein unmittelbarer Anspruch des hinzugezogenen Arztes gegen den Patienten. Für die Anwesenheit des behandelnden Arztes bei der Operation hat der Patient ein Honorar zu zahlen, da diese Anwesenheit in Verbindung mit der vorhergehenden Besprechung mit dem operierenden Arzt eine vertragliche Pflicht des Arztes darstellt.

Bem. 2. Honoraranspruch ohne Behandlung. Nach der Vorschrift des § 615 BGB. kann der Arzt, wenn der Patient mit der Annahme der Dienste in Verzug gerät (bei einem angeforderten Besuch des Arztes nicht zu Hause ist usw.), für die infolge des Verzuges nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein. Er muß sich jedoch den Wert desjenigen anrechnen lassen, was er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart (ersparte Medikamente) oder durch anderweitige Verwendung seiner Dienste erwirbt oder zu erwerben böswillig unterläßt.

Der Anspruch auf das vereinbarte Honorar bleibt in gleichem Umfange auch dann bestehen, wenn die Behandlung infolge eines vom Patienten zu vertretenden Umstandes unmöglich geworden ist (z. B. der Patient hat trotz wirksamen Vertrages mit dem einen Arzte die Behandlung durch einen anderen völlig ausführen lassen).

Bem. 3. Fortfall des Honoraranspruches wegen Unmöglichkeit, Verzug, positiver Vertragsverletzung. Ist eine Ausführung der Behandlung objektiv *unmöglich* geworden (der Patient ist gestorben), so verliert der Arzt seinen Anspruch auf das Honorar; bereits vorausbezahltes Honorar muß er an die Erben im Umfange der ungerechtfertigten Bereicherung zurückzahlen (§ 323). Hatte er jedoch zwecks Ausführung der Behandlung bereits Aufwendungen gemacht, die er für erforderlich halten durfte, so kann er ihren Ersatz vom Patienten oder dessen Erben fordern (§§ 675, 670). Der Verlust des Honoraranspruches tritt auch dann ein, wenn der Patient wegen einer von dem Arzte verschuldeten Unmöglichkeit (etwa wenn der Arzt die Vornahme einer Operation oder eine bestimmte Behandlungsart zusagt, obwohl er nach seinen technischen Fähigkeiten oder Hilfsmitteln hierzu gar nicht in der Lage ist) oder wegen Verzuges oder positiver Vertragsverletzung seinen Rücktritt vom Vertrage erklärt (§§ 325, 326). Aber auch wenn der Patient in diesen Fällen statt des Rücktritts Schadensersatz wegen Nichterfüllung in Form des Geldersatzes wählt, ist er von seiner eigenen Honorarverpflichtung befreit; sein Ersatzanspruch beschränkt sich dann auf Ersatz des darüber hinausgehenden ihm noch besonders entstandenen Schadens.

Bem. 4. Höhe des Honorars. a) *Bei Vereinbarung.* Zunächst ist für die Höhe des Honorars die Vereinbarung maßgebend (§ 80 Abs. 2 GewO., § 612 Abs. 1 BGB.), unbegrenzt nach oben wie nach unten, es sei denn, daß ein Verstoß gegen die guten Sitten vorliegt. Die Vereinbarung kann vor dem Beginn der Behandlung getroffen werden oder nachher, was wohl häufiger ist, sie kann ausdrücklich oder stillschweigend erfolgen. Eine solche stillschweigende Vereinbarung liegt vor, wenn ein Patient sich in Behandlung begibt, obwohl er weiß (z. B. durch einen deutlichen, nicht zu übersehenden Anschlag im Wartezimmer), daß der Arzt einen bestimmten Satz für seine Tätigkeit verlangt. In der Übersendung einer Liquidation liegt das Angebot zum Abschluß einer Vereinbarung, die durch Anerkennung seitens des Patienten in irgendeiner Weise (z. B. durch Zahlungsversprechen) zustande kommt.

b) *Ohne Vereinbarung.* Besteht keine Vereinbarung, so kommen die Mindest- und Höchstsätze enthaltenden Gebührenordnungen in Betracht. Auch die Anwendung dieser Gebührenordnungen kann durch Vereinbarung ausgeschlossen werden, ohne daß eine bestimmte zahlenmäßige Festlegung getroffen wird; dann ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2 BGB.). Eine dahingehende stillschweigende Vereinbarung wird man dann annehmen können, wenn jemand sich an eine allgemein bekannte Autorität wendet; die Rechtsprechung und Literatur sind vorläufig in dieser Sonderbehandlung der sog. Kapazitäten noch sehr geteilter Ansicht. Sonst muß der Arzt sich innerhalb des Rahmens der Gebührenordnung halten. Hat er durch Übersendung einer Liquidation die Höhe der Gebühr einmal bestimmt, so ist eine nachträgliche Erhöhung ausgeschlossen, sofern er sich nicht das Recht hierzu bei der Bestimmung vorbehält. Dieser Ausschluß gilt auch dann, wenn der Patient die Liquidation zurückweist.

Bem. 5. Gebührenordnung. Ein Zwang zur Anwendung der GebO. besteht nur dann, wenn es zwischen Patient und Arzt zu einem Streit über die Höhe des Honorars kommt, weil die Vergütung nicht vereinbart war; dann bietet die GebO. dem Richter die Norm, nach der er die Höhe der Vergütung festzustellen hat. Gebührenordnungen sind in einer Anzahl von deutschen Ländern ergangen. In Preußen gilt GebO. für approbierte Ärzte und Zahnärzte 1. 9. 24 und das Ges. betr. die Gebühren der Medizinalbeamten 14. 7. 09. Eine ausführliche Darstellung ist hier nicht möglich (vgl. DIETRICH-SCHOPHLE, Gebührenwesen der Ärzte und Zahnärzte, Berlin 1927). Der GebO. liegen folgende Prinzipien zugrunde:

Für jede Leistung sind Mindest- und Höchstsätze bestimmt; bei nachweisbar Unbemittelten und Armenverbänden ist ausnahmslos — in einigen anderen Fällen Zahlungen aus Staatsfonds, aus den Mitteln einer milden Stiftung, einer Krankenkasse im Sinne der RVO. — in der Regel nur die Erhebung der Mindestsätze zulässig; der Arzt darf für jede einzelne selbständige Leistung (Besuch, Beratung, schriftliche Äußerung usw.) in der Regel besonders liquidieren. Für besondere ärztliche Verrichtungen (eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchungen) sind Sondergebühren angesetzt. Diese umfassen die Beratung, die gewöhnliche Untersuchung und die Verordnung, die bei der Verrichtung notwendig sind. Eine Erhöhung der Gebühr tritt ein, wenn die ärztliche Leistung zu einer bestimmten Tageszeit oder bei Nacht ausgeführt wird. Größere Zeitversäumnis oder Zurücklegung von größeren Wegen berechtigen zu besonderer Entschädigung.

Bem. 6. Die Zahlungspflicht im Konkurse des Patienten. Vgl. die eingehenden Ausführungen auf S. 116. Das durch § 61 Ziff. 4 KonkO. gewährte Vorrecht der Ärzte, Wundärzte, Tierärzte, Apotheker, Hebammen und Kranken-

pfleger wegen Kur- und Pflegekosten aus dem letzten Jahre vor der Eröffnung des Verfahrens, insoweit der Betrag der Forderungen den Betrag der taxmäßigen Gebühnrisse nicht übersteigt, ist auch hier von erheblicher Bedeutung. Besonders hier wird es praktisch, daß nur die Vergütung für die Kur des Konkursvorjahres das Vorrecht genießt; nicht entscheidend ist die Fälligkeit der Liquidation. Nicht ganz unbestritten, wenn auch wohl zu bejahen, ist, daß auch Zahnärzten das Vorrecht zusteht. Dagegen ist das Vorrecht auf *approbierte* Ärzte beschränkt. Ausgeschlossen sind daher Kurpfuscher, Naturheilkünstler, nichtapprobierte „Dentisten“ und für inländische Dienste der nur im Auslande Approbierte.

Bem. 7. Weitere Pflichten aus dem Geschäftsbesorgungsvertrage. Da der ärztliche Dienstvertrag gleichzeitig eine Geschäftsbesorgung zum Gegenstande hat (vgl. S. 198 Bem. 1 und 202 Nr 2), finden gemäß § 675 eine Reihe von Vorschriften über den Auftrag Anwendung, sofern nicht ihr Inhalt dem Wesen des Arztvertrages widerspricht.

a) So ist gemäß § 669 der Arzt, ebenso wie das Krankenhaus (vgl. S. 116 Bem. 6), berechtigt, vor der Behandlung *Vorschuß* zu verlangen, und zwar auch in dringenden Fällen, wenn sich auch die Ärzte in der Regel scheuen, hiervon Gebrauch zu machen.

b) Die Anwendung des § 670 ergibt die Verpflichtung des Patienten, dem Arzt die *Aufwendungen* zu ersetzen, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf, wie z. B. für Vorbereitungen zu Operationen, die nachher aus Gründen, die niemand zu vertreten hat, nicht ausgeführt werden.

c) Hat der Patient auch die *Schäden* zu ersetzen, die der Arzt bei der Ausführung der Behandlung erleidet? Übereinstimmung besteht darüber, daß der Patient zum Ersatz verpflichtet ist, soweit er den Arzt schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig) verletzt; wie z. B., wenn er unter Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt bei einem leichten operativen Eingriff sich so ungeschickt benimmt, daß er Kleider oder Instrumente oder die Gesundheit des Arztes beschädigt.

Kann aber dem Patienten, wie in der Regel, kein Vorwurf gemacht werden, da ihn die ungewohnte Situation und Angst meist entschuldigen werden, oder infiziert sich der Arzt, oder erleidet er sonst einen Schaden, ohne daß ihn der Patient auch nur verursacht hat, so entsteht die Frage, ob er den Schaden unter dem Gesichtspunkt der Aufwendungen zu ersetzen hat. Die Frage muß verneint werden. Das R.G. hat nicht allgemein, sondern bei besonderer Gestaltung des einzelnen Falles den Ersatzanspruch des Beauftragten bejaht, wenn sich unbeteiligte Dritte zur Hilfeleistung bei Brand, Einfangen eines tollwütigen Hundes, Bewachung eines Festgenommenen, bei einem erkrankten Pferd unentgeltlich der Polizei oder einem Privatmann zur Verfügung stellten. Begründet hat es den Ersatzanspruch entweder mit stillschweigender Schadensübernahme auf dem Wege der Vertragsauslegung oder mit der Feststellung, daß Schäden, deren Gefahr mit der Ausführung des Auftrages von selbst verbunden sind und als besondere Gefahr von beiden Teilen von vornherein in Rechnung gezogen werden müssen, den Aufwendungen gleichzusetzen sind.

Im Schrifttum wird die Frage, wieweit zufällige Schäden unter den Begriff der Aufwendungen fallen, teils enger, teils weiter entschieden. Zuzustimmen dürfte den Ausführungen von PLANCK sein, der entscheiden läßt, ob die Billigkeit die Tragung des Schadens durch den Auftraggeber erfordert oder nicht. Der Billigkeit und dem Grundsatz von Treu und Glauben entspricht es, den uneigennütigen Helfer in der Not nicht noch für seine gute Tat mit Schaden, den er dabei erleidet, zu belasten.

Dieser Grund versagt aber, wenn der Arzt bei entgeltlicher Berufsausübung zu Schaden kommt. Die Abwälzung der Berufsgefahr entspräche weder einer

vernünftigen Vertragsauslegung, noch der Billigkeit, von ganz besonders liegenden Ausnahmefällen abgesehen. Soweit also § 670 dahin auszulegen ist, daß die Schäden des — unentgeltlich — Beauftragten als Aufwendungen zu ersetzen sind, ist die Anwendung auf den Arztvertrag — und ebenso auf den Krankenhausvertrag — als nicht entsprechend abzulehnen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Über Zahlungspflicht

vgl. u. a. EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 80ff., eingehend JOACHIM-KORN: Preuß. GebO. S. 18ff. Dort (S. 52ff.) auch Höhe des Honorars. — DIETRICH-SCHOPHOHL: Gebührenwesen der Ärzte und Zahnärzte. Berlin 1927.

Nr 2. Autoritäten und Gebührenordnung.

a) Aus dem Schrifttum vgl. über die Frage, ob bei einer Behandlung durch Autoritäten ein stillschweigender Ausschluß der GebO. vorliegt (*bejahend*) STAUDINGER: § 612 IV, 2c. — STRASSMANN: JW. **1919**, 195 (unterscheidet zwischen Spezialärzten und sog. Autoritäten; bejahend für letztere). — DELIUS: MedArch. **1912**, 161ff. — Dafür auch EBERMAYER: a. a. O. S. 77. — JOACHIM: BerlÄKorr. **1928**, S. 88: Bei Autoritäten von Weltruf verstößt die Berufung des Patienten auf die GebO. wider Treu und Glauben.

b) Rechtsprechung für einen solchen Ausschluß: KG. 12. 11. 19, JW. **1920**, 443: Es ist eine gerichtsnotorische Sitte, daß ärztliche Autoritäten, nicht allerdings „jeder bekannte Spezialarzt“, ihr Honorar nicht nach der GebO. fordern; gegen zu hohe Forderungen sind die Patienten dadurch geschützt, daß die Bestimmung des Honorars nach „billigem“ Ermessen zu erfolgen hat (§ 315 BGB.).

c) *Dagegen* für die Unterwerfung auch der Autoritäten unter die GebO. vgl. OERTMANN: § 612, 2a — JOACHIM-KORN: Dtsch. Ärztereht I, S. 385. — HOLZ: JW. **1919**, 195 bezeichnet dies als „communis opinio“ der Ärzteschaft. Überwiegend steht auch die

d) *Rechtsprechung* auf diesem Standpunkt. OLG. Stettin 14. 4. 08, OLG. **17**, 400: Die Kenntnis des Patienten, daß der Arzt zu den ersten Spezialisten gehöre und daß sich Universitätsdozenten meist nicht nach der GebO. zu richten pflegen, läßt noch keinen Schluß zu, daß dem Arzt über die Höchstsätze der GebO. hinaus ein Bestimmungsrecht hat eingeräumt werden sollen. So auch KG. 15. 6. 18, JW. **1919**, 195: Auch wenn ein bekannter Spezialist eine sehr schwierige, mit Gefahr für das Leben des Patienten verbundene Operation vornimmt, bleibt die GebO. maßgebend. OLG. Kiel 15. 6. 25; JurRdsch. **1925**, Nr 1457: Es besteht weder ein Gewohnheitsrecht noch eine allgemeine Übung dahin, daß ohne weiteres bei jedem, der sich in die Behandlung eines besonders angesehenen Facharztes begibt, der stillschweigende Wille zu vermuten wäre, sich einer von der gesetzlichen Vergütung abweichenden Berechnungsart zu fügen. Von besonderer Bedeutung für die Praxis ist RG. 12. 6. 31, ZMedBe. **1931**, Rspr. 150 und BerlÄCorr. **1931**, 314: Auch die sogenannten Autoritäten, Universitätsprofessoren und Spezialisten sind, wenn keine Parteivereinbarung getroffen ist, an die GebO. gebunden. Ein entgegenstehendes Gewohnheitsrecht gibt es nicht.

Nr 3. Die Liquidation.

TEUFEL S. 34. Mit *Übersendung* der Rechnung beginnt die Pflicht zur Verzinsung. Über die *Bindung* des Arztes an die Höhe der Liquidation: JOACHIM-KORN S. 56ff. und OLG. Celle 25. 3. 07, OLG. Rspr. **16**, 36: Vom Zeitpunkt des Zugehens der Liquidation ist nachträgliche Erhöhung ausgeschlossen; OLG. Rostock 23. 7. 27, DKrankK. **1930**, Nr 26 gegen nachträgliche Erhöhung, wenn der Arzt nicht ausdrücklich einen dahingehenden Vorbehalt macht. OLG. München 28. 1. 05, SeuffArch. **60**, 223: Arzt ist verpflichtet, ordnungsmäßig spezialisierte Rechnung auszustellen. KG. 28. 11. 29, DÄBl. **1930**, 40: Trotz der Pflicht des Arztes, auf Verlangen seine Rechnung zu spezifizieren, ist er zur unentgeltlichen *Angabe der Diagnose* auf der Liquidation nicht verpflichtet. Ebenso vom Standpunkt der Wahrung des Berufsgeheimnisses aus DÄVB. in DÄBl. **1930**, 54. Vgl. KNOLL, Die Diagnose auf der Rechnung, ZRVer. **1931**, H. 11.

Nr 4. Bemessung des Honorars.

Über die Bemessung des Honorars allgemein: RG. 28. 1. 27, JurRdsch. **1927**, Nr 690: Ein Arzt verstößt nicht gegen die Billigkeit, wenn er bei Aufstellung seiner Honorarforderung die Vermögensverhältnisse des Patienten berücksichtigt. Doch darf er nicht den Grundsatz anwenden, daß ihn die von einem wohlhabenden Patienten zu leistenden Honorarzahlungen dafür entschädigen müßten, daß er von anderen Patienten keine angemessene Vergütung erhält. — RG. 17. 12. 29, JW. **1930**, 1577: Bei einem vertragsmäßigen Ausschluß der Taxe sind für die Angemessenheit eines Honorars drei Faktoren maßgebend: die ärztliche Leistung, die Stellung und Bedeutung des Arztes und die Vermögensverhältnisse des Patienten.

Nr 5. Zahlungspflicht des Kassenpatienten.

Über die Zahlungspflicht eines sich als Kassenpatienten ausgebenden Patienten vgl. TIETZ: GrBerlÄBl. 1931, 325: Danach hat der Arzt, wenn er in einem solchen Falle behandelt, ohne daß ein Krankenschein eingefordert und übersandt wird, nur Anspruch auf die Kassenbezahlung gemäß der Preugo.

Nr 6. Zum Konkursvorrecht.

Vgl. die zu § 61 KonkO. allgemein auf S. 117 angegebene Literatur. Über die Frage, ob auch Zahnärzte das Vorrecht des § 61 Ziff. 4 genießen, STEPP: Konkursprivileg der Zahnärzte (LeipzZeitschr. 1914, 1841) *bejahend*, mit weiteren Literaturangaben; EDELSTEIN: Das Konkursvorrecht des Arztes (LeipzZeitschr. 1912, 904) ausführlich über die ganzen Fragen; tritt für ein Vorrecht der Zahnärzte ein, aber auch für ein solches der nur im Auslande Approbierten und der Dentisten, soweit sie ärztliche Leistungen vollbringen. A. A. LEHNSEN: Konkursprivileg der Zahnärzte? (DJZ. 1914, 567), da in § 29 GewO. die Zahnärzte ausdrücklich neben den anderen Ärzten aufgeführt werden, während dies im § 61 KonkO. nicht erfolgt ist; vgl. noch RITTER-KORN: Deutsches Zahnärzterecht, 2. Aufl. 1930, S. 175ff.; MEIER: Handbuch der zahnärztlichen Rechtskunde, 1921. KORN: Wie weit erstreckt sich das Vorrecht der Ärzte im Konkurse des Patienten? (Recht 1912, 197) vertritt den — für die Ärzte günstigen — Standpunkt, daß unter dem „letzten Jahre“ nicht das Jahr zu verstehen sei, in dem die Forderung des Arztes entstanden ist, sondern das Jahr, in dem sie fällig geworden ist. LG. Chemnitz 10. 4. 93 (SächsArchRpfl. 8, 567) gegen ein Vorrecht der Kurpfuscher und Naturheilkünstler, LG. Rostock 10. 7. 00 (ZCivPr. 29, 245) gegen ein solches der nur im Auslande Approbierten, da diese sich, bei Fehlen von besonderen Staatsverträgen, im Inlande nicht als „Arzt“ bezeichnen dürfen.

Nr 7. Ersatzanspruch des Beauftragten für zufällige Schäden.

a) *Rechtsprechung*: α) RG. 5. 4. 09, JW. 1909, 311: Das Gesetz versteht in § 670 unter Aufwendungen nur die auf freiem Willen beruhende Auslage oder Aufopferung von Vermögenswerten; daher kein Ersatzanspruch für unfreiwillig erlittenen Schaden bei Hilfeleistung, unbeschadet der besonderen Gestaltung des einzelnen Falles. Eine solche besondere Gestaltung wurde angenommen von: β) RG. 18. 11. 28, 94, 169 (Einfangen eines tollwütigen Hundes im Auftrage der Polizei); γ) RG. 31. 3. 14, JW. 1914, 676 (Auftrag eines Polizeisergeanten an einen Dritten, ihm die Teilnehmer an einer Schlägerei zu zeigen); δ) RG. 26. 2. 20, 98, 195 (Zuziehung von Hilfspersonen seitens der Polizei bei Rettungsarbeiten anlässlich eines Brandes). Es handelt sich hier und in den Fällen β und γ um Schäden, deren Gefahr mit der Ausführung des Auftrages von selbst verbunden war und als besondere Gefahr dieser Geschäftsbesorgung von beiden Teilen von vornherein in Rechnung gezogen werden mußte. Sie sind den Aufwendungen gleichzusetzen. RG. 20. 12. 24, GruchBeitr. 68, 311 (Polizeibeamter beauftragt einen in der Wirtschaft Anwesenden mit der Bewachung eines Festgenommenen). Stillschweigende Vereinbarung nehmen an ε) RG. 1. 7. 29, Recht 1929 Nr 1829 und ζ) RG. 5. 1. 31, JW. 1931, 3441 (Hilfeleistung bei dem erkrankten Pferd eines Landwirts), lehnen dagegen ab η) RG. 19. 11. 28, 122, 298 (Ein Mitglied der Pflichtfeuerwehr verunglückt bei Ausführung eines Auftrages) und θ) OLG. Stuttgart 23. 12. 06, OLG Rspr. 14, 58 (Unfall bei Salutschießen im Auftrag des Kriegervereins).

b) Aus dem *Schrifttum* vgl. PLANCK (4) § 670 Note 5: Wo die Billigkeit die Tragung des Schadens durch den Auftraggeber fordert, wird immer eine stillschweigende Garantieübernahme nach § 157 angenommen werden können. Ähnlich MÜLLER-ERZBACH: Gefährdungshaftung. ArchCivPr. 106, 461; RGRKomm. § 670 Note 2; OERTMANN (5) § 670 Note 3 (typische Gefahren); ENNECCERUS § 159 Anm. 3; TEUFEL. Der Arztvertrag S. 35/36.

IV. Beendigung der ärztlichen Behandlung.

Für die an die Beendigung einer Behandlung sich anknüpfenden rechtlichen Fragen vgl. allgemein S. 117ff. (Beendigung des Krankenhausaufenthaltes).

Bem. 1. Reguläre Beendigung. Ist eine ärztliche Behandlung ausnahmsweise für eine bestimmte Dauer versprochen, so endet sie ohne weiteres mit dem Ablauf dieser Zeit; bei einmaligen Untersuchungen ist nach Vornahme der Untersuchung der vertragliche Zustand beendet, ebenso bei den auf eine bestimmte Behandlung gerichteten Verträgen nach Durchführung der Behandlung.

Bem. 2. Beendigung durch Kündigung. Trotz bestehenden Vertrages können, da es sich bei den ärztlichen Leistungen um Dienste höherer Art handelt, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegen, gemäß § 627

Arzt und Patient jederzeit kündigen. Jedoch darf der Arzt als Dienstverpflichteter nur in der Art kündigen, daß sich der Patient die Dienste anderweit beschaffen kann, es sei denn, daß ein wichtiger Grund für die vorzeitige Kündigung vorliegt. Kündigt er ohne solchen Grund zur Unzeit, so hat er dem Patienten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen (§ 627 Abs. 2). — Was als wichtiger Grund auf seiten des Patienten anzusehen ist, läßt sich nur auf Grund des Einzelfalles entscheiden; immerhin kann man eine gröbliche Verletzung der durch die Natur des Arztvertrages als eines sog. unabhängigen Dienstvertrages (vgl. dazu oben S. 95, 115, 198) gegebenen Gehorsamspflicht des Patienten als einen solchen wichtigen Grund auffassen.

Bem. 3. Zurückbehaltungsrecht. Hat der Patient seine Zahlungspflicht noch nicht erfüllt, so hat der Arzt an den ihm anlässlich der Behandlung übergebenen Gegenständen ein Zurückbehaltungsrecht (§ 273); dies wird jedoch nur selten praktisch werden, da meist nur solche Gegenstände übergeben werden, deren Zurückhaltung, wie z. B. bei Kleidungsstücken, wider Treu und Glauben verstoßen wird.

Nach den Anschauungen über Treu und Glauben ist auch zu beurteilen, ob der Arzt die Herausgabe von durch Operation entfernten Körperteilen, auf welche der Patient ein aus seinem Persönlichkeitsrecht fließendes ausschließliches Aneignungsrecht hat, verweigern darf.

E. Berufsgeheimnis und Krankengeschichten.

Von

L. EBERMAYER, Leipzig.

I. Berufsgeheimnis.

Bemerkung 1. § 300 StGB. Der Arzt, der Privatgeheimnisse, die ihm kraft seines Berufes anvertraut sind, unbefugt offenbart, wird nach § 300 StGB. mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft. Ist dem Träger des Geheimnisses durch die unbefugte Offenbarung ein Schaden erwachsen, so kann der Arzt auch zivilrechtlich verantwortlich gemacht werden.

Bem. 2. Ausdehnung auf nichtapprobierte Heilbehandler und gelegentliche Gehilfen. Nur der Arzt, nicht auch der nichtapprobierte Heilbehandler, ist zum Schweigen verpflichtet. So sollte es nach § 325 des Entw. zum StGB. auch für das künftige Recht bleiben. Der Strafrechtsausschuß des Reichstages hat das leider geändert und unterwirft auch den nichtapprobierten Heilbehandler der Schweigepflicht. — Bestritten ist, ob nur für den berufsmäßigen oder auch *für die gelegentlichen Gehilfen* des Arztes eine Schweigepflicht besteht. Richtig erscheint es, sie auf den berufsmäßigen Gehilfen zu beschränken; der Entw. in seiner jetzigen Fassung dehnt sie auch auf den gelegentlichen Gehilfen aus und unterwirft — was zu billigen ist — auch die Studierenden der Medizin der Schweigepflicht.

Bem. 3. Umfang der Schweigepflicht. Der Arzt hat über Privatgeheimnisse zu schweigen, die ihm kraft seines Berufes anvertraut worden sind, d. h. über Geheimnisse, an deren Bewahrung einer Person ein schutzwürdiges Interesse zusteht; dabei ist als geheim zu erachten, was nicht von einem unbestimmten Personenkreis, sondern nur von einem oder einzelnen gewußt wird. Das mitgeteilte Geheimnis muß in gewissem Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit stehen; es darf nicht nur bei Gelegenheit, sondern muß *kraft des Berufes anvertraut* worden sein. Wenn z. B. der Kranke dem Arzt bei dessen Besuchen Reise- oder Jagdabenteuer erzählt, so sind diese dem Arzt nicht kraft seines Berufes anvertraut. Der vom Gesetz gewählte Ausdruck: „*anvertraut*“ ist zu eng. Anvertraut ist nur, was einem anderen unter der ausdrücklichen oder stillschweigenden Verpflichtung oder in der Erwartung der Geheimhaltung mitgeteilt wird. Der Arzt muß aber auch über das schweigen, was er bei Ausübung des Berufes selbst wahrgenommen hat. Die Rechtsprechung hat den Begriff des Anvertrauens schon bisher in diesem Sinne ausgelegt, und der Entwurf legalisiert diese Auslegung, indem er in § 325 sagt: „*anvertraut oder sonst zugänglich geworden ist*“.

Bem. 4. Unbefugte und befugte Offenbarung. *Unbefugte Offenbarung* ist dem Arzt verboten. *Offenbarung* ist jede Art der Mitteilung an dritte, auch im vertrauten Kreise, auch die Bestätigung eines in die Öffentlichkeit gedrunenen, unkontrollierbaren Gerüchtes.

Die Offenbarung muß „*unbefugt*“ sein; das ist sie immer dann, wenn nicht im einzelnen Fall eine Befugnis zur Offenbarung besteht. *Nicht unbefugt* ist die Offenbarung, wenn:

a) der Geheimnisträger in die Offenbarung *eingewilligt* hat;

b) wenn *gesetzliche Vorschrift* selbst den Arzt zur Mitteilung an dritte berechtigt oder sogar verpflichtet, wie dies z. B. in § 139 StGB. (unterlassene Verbrechensanzeige) und in einer Reihe von Nebengesetzen (GeschlKrkg., SeuchenG., ImpfGes. u. a.) der Fall ist. Weitgehende Mitteilungsbefugnis und Mitteilungspflicht besteht für den Arzt auch bei der Behandlung von Kassenkranken und im Verkehr mit den Krankenkassen.

c) *Nicht unbefugt* ist die Offenbarung endlich dann, wenn dem Interesse des Kranken an der Geheimhaltung überwiegende private oder öffentliche Interessen entgegenstehen, hinter denen das Interesse des Kranken zurückzustehen hat. Hier kann für den Arzt unter Umständen eine Pflichtenkollision entstehen, bei der es ihm oft schwer werden wird, das Richtige zu finden. Hat er nach reiflicher Erwägung geglaubt, zur Mitteilung berechtigt oder sogar verpflichtet zu sein, weil er überzeugt war, daß dem Interesse des Kranken anderweitige, überwiegende Interessen entgegenstehen, so fehlt zu einer Bestrafung aus § 300 StGB. der innere Tatbestand; denn der Arzt weiß in diesem Falle nicht, daß er unbefugt handelt. Der Entw. legt auch hier gesetzlich das fest, was Schrifttum und Rechtsprechung schon bisher anerkannten, indem er in § 325 Abs. 3 sagt: „der Täter ist straffrei, wenn er ein solches Geheimnis zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses offenbart, das nicht auf andere Weise gewahrt werden kann und wenn das gefährdete Interesse überwiegt“.

Bem. 5. Wahrung des Berufsgeheimnisses gegenüber verstorbenen Patienten. Einwilligung kann hier nicht in Frage kommen, denn sie ist ein höchst persönliches Recht, das nicht auf die Erben übergeht. Der Arzt würde hier also in allen Fällen zum Schweigen verpflichtet sein. Dies könnte z. B. in Erbschaftsstreitigkeiten zu schweren Nachteilen für die Hinterbliebenen führen, z. B., wenn es sich darum handelt, ob der Verstorbene zur Zeit der Errichtung eines Testamentes geisteskrank war. Mit Recht hat das KG. in einem Beschluß vom 2. 1. 14 ausgesprochen, der Arzt könne und dürfe hier die Aussage nicht verweigern, sofern nicht durch seine Aussage der sittliche Wert des Verstorbenen oder sein Andenken gemindert werde.

Bem. 6. Berufsgeheimnis und Aussage vor Gericht. Bestritten ist die Frage, ob der *vor Gericht als Zeuge oder Sachverständiger vernommene Arzt* durch Offenbarungen, die er in dieser Eigenschaft macht, gegen § 300 StGB. verstoßen kann. Die Frage wurde lange Zeit hindurch im Schrifttum überwiegend und in einzelnen Fällen auch in der Rechtsprechung verneint. Man sagte, das in den ProzO. dem Arzt eingeräumte Zeugnisverweigerungsrecht schließe das Recht der Zeugnisablegung in sich, der Arzt habe die Wahl, ob er reden oder schweigen wolle und verstoße, wenn er rede, nicht gegen § 300 StGB. Diese Anschauung ist falsch, was auch im Schrifttum mehr und mehr anerkannt wird; die Rechtsprechung hat sich noch nicht klar ausgesprochen. Die Bestimmungen der ProzeßO. und § 300 StGB. regeln ganz verschiedene Dinge. Die ersteren geben dem Arzt ein Recht zu schweigen, sofern ihn nicht der Kranke von der Schweigepflicht entbunden hat; sie geben ihm aber kein Recht zum Reden. Wieweit er ein solches hat, bestimmt sich nach den materiellen Vorschriften. Der Arzt muß also auch bei der gerichtlichen Vernehmung als Zeuge oder Sachverständiger sich fragen, wieweit er nach § 300 StGB. zum Schweigen verpflichtet ist. Ist seine Offenbarung eine i. S. des § 300 unbefugte, so wird sie nicht dadurch zur befugten, daß der Arzt als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht aussagt.

II. Krankengeschichten.

Bem. 7. Herausgabe von Krankengeschichten. Im Zusammenhang mit der Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses steht die stark umstrittene Frage, wieweit Ärzte, Krankenhäuser usw. verpflichtet sind, *Krankengeschichten herauszugeben*. Übergibt der Kranke dem Arzt Aufzeichnungen über seine Krankheit, die er selbst gemacht hat, so bleiben diese Eigentum des Kranken und der Arzt kann — ganz abgesehen von der Frage des Berufsgeheimnisses — über sie nicht verfügen. Die vom Arzt selbst gefertigte Krankengeschichte ist sein Eigentum; ob die von einem Krankenhausarzt gefertigte Krankengeschichte zunächst ihm gehört und er — was in der Regel der Fall sein wird — vertraglich oder dienstlich verpflichtet ist, das Eigentum an das Krankenhaus zu übertragen oder ob, wie PHILIPSBORN (DÄBL. 1931, 287) jetzt annimmt, das Krankenhaus ohne weiteres als Hersteller und damit nach § 950 BGB. als Eigentümer zu erachten ist, erscheint zweifelhaft. Hinsichtlich der Frage, ob nicht im Eigentum des Kranken stehende Krankengeschichten ohne seine Einwilligung an dritte oder an eine Behörde herausgegeben werden dürfen, greifen die allgemeinen Regeln Platz. Mit Einwilligung darf die Herausgabe geschehen, ohne gegen seinen Willen nur, wenn gesetzliche Vorschriften den Arzt zur Herausgabe verpflichten oder berechtigen oder wenn höhere öffentliche oder private Interessen vorliegen, hinter die das Interesse des Kranken zurücktreten muß. Häufig bedienen sich die Behörden, um in den Besitz der Krankengeschichten zu kommen, der Beschlagnahme. Im Interesse des Kranken und des Schutzes des ärztlichen Berufsgeheimnisses erscheint eine Erweiterung des § 97 StPO. erforderlich, die Krankengeschichten der Beschlagnahme entzieht.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Allgemeines: Die Kommentare zum StrGB. von OLSHAUSEN, FRANK. — Leipziger Kommentar zu § 300 StrGB. — Die Referate von VOLLMANN und EBERMAYER auf dem Ärztetag in Danzig 1929. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 43ff. — EBERMAYER: Einige Fragen zum ärztlichen Berufsgeheimnis in DJZ. 1931, 490.

Nr 1. Schweigepflicht des Gehilfen.

Rechtsprechung: Dresden Ann. 32, 508: Das Urteil erklärt (kaum zutreffend) die Frau des Arztes, die ihm beim Einpacken der Instrumente hilft und bei dieser Gelegenheit mitgeteilt erhält, was dem Patienten fehlt, für schweigepflichtig. Gegen eine Ausdehnung des Berufsgeheimnisses auf *Kurpfuscher*: NEUKAMP in DJZ. 1931, 762 und HANAUER in DÄBL. 1930, 274.

Nr 2. Entgegenstehende fremde Interessen.

a) LEHMANN äußert sich in der MedWelt 1928, Nr 45 zu folgendem Fall: Eine Frau, die geschieden sein will, bringt dem Arzt ein Hemd ihres Mannes, das etwa acht Tage alte, eingetrocknete Sekretablagerungen enthält, und bittet, das Hemd zu untersuchen; sie hofft damit den Nachweis für geschlechtliche Erkrankung des Mannes und für einen von diesem begangenen Ehebruch zu erhalten. Darf der Arzt, der den Mann nicht behandelt und Gonokokken in dem Hemd festgestellt hat, der Frau hiervon Mitteilung machen? LEHMANN bejaht die Frage. Näheres hierzu s. EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 49.

b) In RG(Str) 38, 62, RGZ. 19. 1. 03 53, 317 wird anerkannt, daß höhere sittliche Interessen, sowohl private wie öffentliche, den Arzt, wenn nicht zwingen, so doch berechtigen, ihm angetraute Geheimnisse zu offenbaren, z. B. Mitteilung über Syphilis einer Amme an die Dienstherrschaft.

c) Nach RGZ. 19. 1. 03 53, 317 darf ein Arzt den einen Ehepartner von der Erkrankung des anderen in Kenntnis setzen, um ihn vor Ansteckung zu schützen, nicht aber, um dem anderen Ehepartner Material für einen Ehescheidungsprozeß zu liefern.

d) OLG. Homburg 28. 4. 09, BerlÄKorr. 1926, Nr 98: Niemand ist verpflichtet, sich für einen Dritten ärztlich untersuchen zu lassen; tut er es doch, so erklärt er sich stillschweigend damit einverstanden, daß der Arzt dem anderen das Ergebnis der Untersuchung mitteilt.

e) Bestritten ist die Frage, ob der Arzt berechtigt ist, einer *allgemeinen Aufforderung der Polizei*, einen verfolgten und verletzten schweren Verbrecher, der seine Hilfe aufsucht, der

Polizei bekannt zu geben. Vgl. EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 52 und BerlTagebl. v. 14. 5. 24, Nr 228; DJZ. 1910, 1219 und JW. 1911, 199.

f) Über die Befugnisse der Steuerbehörden, ärztliche Berufsgeheimnisse zu erfahren, s. EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 54ff und, bejahend, RFH. 14. 1. 30; DtStBl. 1930, 375. Bei EBERMAYER auch über die Befugnisse der Krankenkassen, S. 53ff., und in DKrankK. 1928, 1011ff. über das Berufsgeheimnis des Testamentsvollstreckers eines Arztes: Posen 5. 3. 17 OLGRspr. 35, 86. HAMBURGER: in GrBerlÄBl. 1931, 111: Einsichtnahme in die Morphin- und Cocainbücher durch die Aufsichtsbehörde verstößt nicht gegen § 300 StGB., da diese nur zu gesundheitspolizeilichen Zwecken Einsicht erhält.

Nr 3. Verletzung des § 300 StrGB. durch Aussagen vor Gericht.

a) LÖWE-ROSENBERG (Komm. z. StPO. § 53 Anm. 18) stimmt jetzt der oben vertretenen Anschauung bei, daß der Arzt als Zeuge oder Sachverständiger ein Schweigerecht, keineswegs aber ein unbedingtes Rederecht habe.

b) Das Reichsgericht hat in RG(Str) 19, 364 ein solches Rederecht zugestanden, die Frage in RG(Str) 48, 270, RG. 9. 5. 03 54, 360 offen gelassen, während RG(Str) 57, 63 der hier vertretenen Meinung zuneigt.

c) RG. 17. 10. 27, JW. 1928, 67, JurRdsch. 1927, Nr 2252: Wenn ein Arzt im Auftrage des Gerichts einen Zeugen auf seinen Geisteszustand untersucht, so sind die hierbei gemachten Äußerungen über den Straffall dem Arzt nicht bei Ausübung seines Berufes „anvertraut“.

Nr 4. Herausgabe von Krankengeschichten.

a) Man nahm früher vielfach an, daß die vom Krankenhausarzt gefertigten Krankengeschichten sein Eigentum seien, daß er aber in der Regel dienstlich oder vertraglich gezwungen sei, das Eigentum an das Krankenhaus zu übertragen. PHILIPSBORN erachtet neuerlich im DÄBl. 1931, 286 das Krankenhaus von Anfang an als Hersteller und damit nach § 950 BGB. als Eigentümer der Krankengeschichte. Vgl. hierzu: 47. Deutscher Ärztetag, Krk.hausarzt 1928, 178; STRUBE im DÄBl. 1931, 213; WIERNSZOWSKI im Krk.hausarzt 1928, 153; KORGE daselbst. 1928, 56; LEHMANN daselbst 1930, 160; VON GELDERN in Mschr. ArbuAngestVers. 1930, 504; EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 57, und eingehend zu der gesamten Frage PHILIPSBORN im ÄVBl. Nr 1430 v. 1. 10. 27.

b) Hinsichtlich der Beschlagnahme geht die zutreffende und überwiegende Ansicht dahin, daß § 97 StPO. sich nicht auf die Krankengeschichten bezieht und der im Entw. des EinfGes. z. StBG. vorgesehenen Erweiterung bedarf; vgl. LEHMANN: Krk.hausarzt 1930, 160; PHILIPSBORN: DÄBl. 1931, 287; EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 59; SCHMITZ: Können Krankenjournale beschlagnahmt werden? MedWelt 1931, Nr 20 und Nr 31, behandelt eingehend unter Anführung vieler Literatur die streitigen Fragen, auch die besonderen Verhältnisse beim beamteten und Militärarzt.

F. Arzt und Strafrecht.

Von

L. EBERMAYER, Leipzig.

Bemerkung 1. Zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit. Der Arzt übernimmt durch den mit dem Kranken geschlossenen Dienstvertrag die Verpflichtung sachgemäßer Behandlung und haftet dem Kranken für allen für diesen aus unsachgemäßer Behandlung erwachsenen Nachteil nach den Vorschriften des Zivilrechts.

Abgesehen davon, macht er sich aber auch strafrechtlich verantwortlich, wenn er durch unsachgemäße Behandlung den Kranken an Leib und Leben schädigt. Er handelt bei unsachgemäßer Behandlung objektiv rechtswidrig und wird, wenn er schuldhaft, d. h. vorsätzlich oder fahrlässig handelt, wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung nach §§ 211, 212, 222, 223 ff., 230 StGB. bestraft.

Bem. 2. Vorsätzliche und fahrlässige Tötung und Körperverletzung. Daß der Arzt den Kranken durch falsche Behandlung *vorsätzlich*, d. h. mit Wissen und Willen töten oder ihn an der Gesundheit beschädigen will, wird selten vorkommen; ist es im einzelnen Fall erwiesen, so begegnet die Verurteilung wegen vorsätzlicher Tötung oder Körperverletzung keinem Bedenken.

Um so häufiger sind die Fälle, in denen dem Arzt vorgeworfen wird, daß er *fahrlässigerweise* den Tod oder eine Gesundheitsbeschädigung des Kranken herbeigeführt hat.

Bem. 3. Fahrlässigkeit. Fahrlässig im strafrechtlichen Sinne handelt der Arzt, wenn er die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist und infolgedessen entweder nicht voraussieht, daß durch sein Verhalten schlimme Folgen für den Kranken entstehen können (unbewußte Fahrlässigkeit) oder, obwohl er dies für möglich hält, leichtsinnigerweise darauf vertraut, daß es nicht geschehen werde (bewußte Fahrlässigkeit).

Bem. 4. Berücksichtigung persönlicher Verhältnisse bei der Fahrlässigkeit. Im Gegensatz zur zivilrechtlichen Fahrlässigkeit ist hier nicht ein rein objektiver Maßstab anzulegen, vielmehr sind neben den Umständen des Falles die *persönlichen Verhältnisse* des Arztes zu berücksichtigen. Dies darf aber nicht dahin führen, daß der Arzt sich auf mangelnde Kenntnisse und Fähigkeiten, Unerfahrenheit u. a. m. zu seiner Entschuldigung berufen kann. In solchen Fällen liegt strafbare Fahrlässigkeit schon dann vor, wenn der Arzt, obwohl er sich dieser Mängel bewußt ist, eine Behandlung übernimmt, der er nicht gewachsen ist.

Bem. 5. Kausalszusammenhang, Voraussehbarkeit. Bestrafung wegen Fahrlässigkeit tritt schon dann ein, wenn das fahrlässige Verhalten *eine der nicht wegzudenkenden Bedingungen* für den eingetretenen Erfolg war, mögen auch noch andere Bedingungen für dessen Eintritt maßgebend gewesen sein, z. B. konkur-

rierende Fahrlässigkeit des Kranken. Der Erfolg muß aber für den Täter bei entsprechender Sorgfalt voraussehbar gewesen sein; wirken zur Herbeiführung des Erfolges Umstände mit, die vollkommen außerhalb des Rahmens der täglichen Erfahrung lagen, so können sie dem Täter nicht zugerechnet werden.

Bem. 6. Keine Grade der Fahrlässigkeit. *Grade der Fahrlässigkeit* gibt es, anders als im Zivilrecht, im Strafrecht nicht; ebensowenig besteht eine strafrechtliche Haftung für fahrlässiges Verhalten Dritter, z. B. der Erfüllungsgehilfen.

Bem. 7. Einwilligung bei unsachgemäßer Behandlung bedeutungslos. *Einwilligung* des Kranken kommt bei unsachgemäßer Behandlung schon um deswillen nicht in Frage, weil sie vernünftigerweise nur auf sachgemäße Behandlung geht. Wieweit sie bei dieser in Betracht kommt, s. Bem. 9.

Bem. 8. Tötung auf Verlangen. Euthanasie. *Ein* Fall der Einwilligung ist noch zu erörtern, nämlich die *Tötung auf Verlangen* nach § 216 StGB., die sich beim Arzt in der Regel als Sterbehilfe (*Euthanasie*) darstellt. Wer durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde, soll nicht mit der Strafe der vorsätzlichen Tötung, sondern nach § 216 StGB. milder bestraft werden. Dies trifft auch für den Arzt zu, der einem an unheilbarer Krankheit Leidenden, demnächst dem Tode Verfallenen, auf dessen ernstliches und ausdrückliches Verlangen, ihn von seinen Qualen zu erlösen, zu einem raschen, schmerzlosen Ende verhilft. Es wird vielfach verlangt, solche Fälle vollkommen straffrei zu lassen. Man konnte sich auch bei Aufstellung des Entw. für ein neues StGB. nicht entschließen, diesem Verlangen nachzugeben, da es nicht gelang, die nötigen Kautelen zu finden, um einem Mißbrauch einer solchen im Gesetz erteilten Befugnis vorzubeugen.

Bem. 9. Kunstgerechter Eingriff zu Heilzwecken. Eigenmächtige Heilbehandlung. Nach der Rechtsprechung des RG. wird der Arzt nicht nur dann strafrechtlich verantwortlich gemacht, wenn er den Kranken vorsätzlich oder fahrlässig unsachgemäß behandelt und dadurch schädigt, sondern auch dann, wenn er *lediglich zu Heilzwecken durchaus sachgemäß* eingreift, *sich aber nicht vorher der Einwilligung* des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters *versichert* hat. Das RG. erachtet auch einen solchen Eingriff als eine objektiv rechtswidrige Körperverletzung, deren Rechtswidrigkeit nur durch die Einwilligung des Kranken beseitigt wird. Diese Rechtsprechung wurde von jeher und mit Recht angefochten. Man begriff es nicht, daß der Arzt, der lediglich helfen, vielleicht den Kranken vom Tode erretten will und deshalb einen nach den Regeln der ärztlichen Kunst und Wissenschaft erforderlichen, mit einer Verletzung der körperlichen Integrität des Kranken verbundenen Eingriff vornimmt, wegen Körperverletzung, in der Regel sogar wegen gefährlicher oder schwerer, denn er wird sich häufig eines Messers oder eines sonstigen gefährlichen Werkzeuges bedienen müssen, bestraft werden soll, dies sogar dann, wenn er dem Kranken tatsächlich geholfen hat. Rechtswidrigkeit und Strafbarkeit dabei von der Nichteinwilligung des Kranken abhängig zu machen, erscheint schon um deswillen verfehlt, als die Einwilligung gerade in dringenden Fällen — man denke an den bewußtlosen Kranken — häufig gar nicht eingeholt werden kann. Man sucht in solchen Fällen damit zu helfen, daß man sagt, der Arzt sei straffrei, wenn er mit gutem Grunde annehmen konnte und angenommen hat, der Kranke würde, wenn er einen Willen hätte äußern können, einverstanden gewesen sein. Die Beantwortung dieser Frage ist im einzelnen Falle viel zu zweifelhaft, um das Schicksal des Arztes davon abhängig zu machen.

Bei Schaffung eines neuen StGB. machte sich von Anfang an das Bestreben geltend, hier Wandel zu schaffen. Dies geschah, indem man schon im Entw. 1919

und ebenso in den späteren Entw. 1925 und 1927 davon ausging, daß solche lediglich zu Heilzwecken vollkommen kunstgerecht vorgenommene Eingriffe *rein begrifflich keine Körperverletzungen* bilden und deshalb nicht als solche bestraft werden können, gleichgültig, ob sie mit, ohne oder gegen den Willen des Kranken geschehen. Erfolgen sie aber gegen seinen Willen, so kann der Arzt auf Verlangen des Kranken wegen *eigenmächtiger Heilbehandlung* verfolgt werden.

Bem. 10. Schwangerschaftsunterbrechung. Noch schlimmer war bis vor kurzem die Lage des Arztes, der, um das Leben der Mutter zu retten, die Schwangerschaft unterbrach oder eine Perforation vornahm. Er lief, wenn er sich nicht auf Nothilfe berufen konnte — und nach geltendem Recht kann er dies nur, wenn die Schwangere zu seinen Angehörigen zählte —, Gefahr, wegen Abtreibung oder Tötung verurteilt zu werden. Auch die Einwilligung der Schwangeren konnte ihm nicht helfen, wie bei sonstigen operativen Eingriffen (vgl. Bem. 9), da die Schwangere wohl über ihr eigenes Leben, aber nicht über das der Frucht verfügen kann. Ein Urteil des I. Strafsenats des RG. 3. 11. 27 brachte hier Besserung. Vom Standpunkte der Güterabwägung ausgehend und von dem Gedanken, daß das Leben der Mutter mehr Wert besitze als das der Leibesfrucht, letzteres daher im Notfall dem ersteren geopfert werden dürfe, kommt das Urteil zu dem Ergebnis, daß der Arzt, wenn im übrigen die Voraussetzungen des Notstandes gegeben sind, nicht rechtswidrig handelt, wenn er mit Einwilligung der Schwangeren die Schwangerschaft unterbricht, auch wenn die Schwangere nicht zu seinen Angehörigen zählt. Hiermit ist die Stellung des Arztes schon wesentlich verbessert. Eine entsprechende gesetzliche Regelung erscheint trotzdem nicht überflüssig. Der Entw. zu einem neuen deutschen StGB., der den Bedürfnissen schon insofern entgegenkommt, als er Nothilfe über den Kreis der Angehörigen hinaus zuläßt, bestimmt ferner in § 254, daß eine Abtreibung i. S. des Gesetzes nicht vorliegt, wenn ein approbierter Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, weil es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer auf andere Weise nicht abwendbaren ernststen Gefahr für das Leben oder für die Gesundheit der Mutter notwendig ist. Das gleiche gilt für die Fälle der Perforation, auch hier liegt keine Tötung vor. Die Einwilligung der Mutter kommt dabei nicht weiter in Betracht; handelt der Arzt aber gegen ihren Willen, so kann er auf Antrag der Mutter wegen *eigenmächtiger Heilbehandlung* ebenso wie bei anderen operativen Eingriffen bestraft werden.

Bem. 11. Sterilisierung. Mehr und mehr gewinnt die Frage an Bedeutung, ob der Arzt einem an ihn gestellten Verlangen nach *Sterilisierung* nicht zu Heilzwecken, sondern aus sozialer oder eugenischer Indikation stattgeben darf, ohne sich strafbar zu machen. Nach geltendem Recht darf er es nicht. Nur bei Eingriffen, die zu Heilzwecken erfolgen — was hier nicht der Fall ist —, beseitigt nach der Rechtsprechung die Einwilligung die an sich vorhandene objektive Rechtswidrigkeit, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um leichte, gefährliche oder schwere Körperverletzung handelt; bei allen anderen Körperverletzungen macht nach überwiegender Meinung der Theorie und Praxis nur die Einwilligung in sog. leichte, auf Antrag zu verfolgende Körperverletzungen (§ 223 StGB.) und in einzelne der mit Privatklage verfolgbaren gefährlichen Körperverletzungen nach § 223a StGB. straffrei. — Weiter ging der Entw. 1927, der in § 264 bestimmte, daß derjenige, der eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, nur bestraft wird, wenn die Tat trotzdem gegen die guten Sitten verstößt. Damit wäre die Möglichkeit gegeben gewesen, die mit Einwilligung aus sozialer oder eugenischer Indikation erfolgende Sterilisierung in Fällen, in denen die Sterilisierung nicht gegen die guten Sitten verstieß, frei zu lassen. Leider hat der Strafrechtsausschuß die Bestimmung gestrichen; erfreulicherweise

wurde sie neuerlich wieder aufgenommen. Sie ist geeignet, unter besonderen Umständen, mit Einwilligung erfolgende Eingriffe, die nicht zu Heilzwecken dienen, zu ermöglichen.

Bem. 12. Falsche ärztliche Zeugnisse. Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, die ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder einer Versicherungsanstalt wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängnis von 1 Monat bis zu 2 Jahren bestraft. § 278 StGB.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Vorsätzliche und fahrlässige Tötung und Körperverletzung.

Schrifttum: Die Kommentare zum StGB. von OLSHAUSEN, FRANK, KOHLRAUSCH. — LeipzKomm. zu §§ 211, 212, 222, 223—226, 230 StGB. — Entwurf 1927 eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs §§ 245, 246, 258, 259—262, 262 und Begründung zu diesen Paragraphen. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 117ff. — SCHLAGER: Die strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler. JW. 1929, 2232. STRAUB: Akute Infektionskrankheiten in Kinderheimen ZMedBe. 1930, 450.

Rechtsprechung: Es ist unmöglich, auf dem zur Verfügung stehenden Raum eine erschöpfende Darstellung der überaus umfangreichen Rechtsprechung zu geben. Nur eine Reihe einzelner Urteile, besonders solche von grundsätzlicher Bedeutung, können angeführt werden.

a) RG. 25. 6. 12, JW. 1912, 857: Der Arzt ist auch dann wegen Fahrlässigkeit verantwortlich, wenn er mit dem Patienten ein besonderes *Heilverfahren* (z. B. Naturheilverfahren) vereinbart hatte, sich aber bei dessen Durchführung bei entsprechender Sorgfalt sagen mußte, daß das Verfahren in diesem Falle versagen werde.

b) Urteil 3. Zivilsen. RG. 18. 1. 29 DRichtZ. 1929, 98: „Mochte der Arzt auch auf einem von der Schulmedizin abweichenden Standpunkt stehen, so mußte er sich doch vergegenwärtigen, daß nur eine geringe Minderheit der ärztlichen Theoretiker und Praktiker auf seinem Boden steht und daß die Methode der Schulmedizin sich auf diesem Gebiet bewährt hatte. (Es handelte sich um Unterlassung einer Untersuchung auf Spirochäten.) Deshalb durfte der Arzt an der herrschenden Meinung nicht vorbeigehen. Darin, daß er dies getan hat, liegt eine Fahrlässigkeit. Er durfte seine eigene Methode höchstens dann anwenden, wenn sein Patient vollkommen darüber aufgeklärt und einverstanden war.

c) RG(Str) 8. 7. 30, 64, 263 JW. 1931, 483: In einem gewissen Gegensatz zu dem unter b) erwähnten Urteil steht dieses Urteil, das anerkennt, daß ein Heilbehandler nicht verpflichtet ist, das gegenüber einer bestimmten Krankheit nach dem gegenwärtigen Stande der ärztlichen Wissenschaft als das beste und wirksamste erkannte Heilmittel oder Heilverfahren anzuwenden, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit der überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt. Das Urteil ist, wenn es nicht richtig verstanden wird, geeignet, der Kurpfuscherei Tür und Tor zu öffnen. Der Pfuscher wird sich stets darauf berufen, daß er „aus sachlichen Gründen“ von der Unwirksamkeit oder Schädlichkeit des allgemein anerkannten Mittels „überzeugt“ war. Die Gerichte werden einen solchen Einwand aufs genaueste nachzuprüfen haben, wenn nicht Unheil entstehen soll.

d) RG(Str) 19. 3. 96, 28, 274: Während es bei der zivilrechtlichen Fahrlässigkeit genügt, daß der Täter einen schädigenden Erfolg überhaupt voraussehen konnte, muß bei der strafrechtlichen der *konkrete Erfolg* voraussehbar gewesen sein, konnte der Täter nur eine Körperverletzung voraussehen, nicht aber den Tod, so haftet er nur wegen fahrlässiger Körperverletzung. *Zwischenursachen*, die der Voraussicht entzogen waren, schließen die Voraussehbarkeit nicht notwendig aus, immerhin müssen aber die unbekanntenen Einzelheiten des Verlaufs im Rahmen der täglichen Erfahrung gelegen sein. RG(Str) 29, 219; 34, 94.

e) Besonders häufig sind die Fälle strafrechtlicher Fahrlässigkeit bei der *Röntgenbehandlung*. Eine Hauptrolle spielt hier der vergessene Filter.

α) Urteil 1. Strafsen. RG. 19. 3. 26: Arzt und Schwester wurden wegen unterlassener Einsetzung des Filterschutzes verurteilt. Der Einwand des Arztes, daß in vielen Kliniken die keine besonderen Schwierigkeiten bietenden Röntgenbestrahlungen der Schwester überlassen blieben, wurde zurückgewiesen mit Rücksicht darauf, daß in der in Frage kommenden Klinik eine solche Übung nicht bestanden habe.

β) Urteil 3. Zivilsen. RG. 16. 9. 27 ZMedBe. 1928, 94: Der Arzt durfte sich auf die, wenn auch schon seit Jahren tätige und geschulte Schwester nur dann verlassen, wenn diese durch ihre bisherige Tätigkeit auf röntgentechnischem Gebiet hinreichende Gewähr für die Sicherheit des Kranken bot. — Urteil RG. 4. 11. 21 erblickte ein Verschulden des Arztes darin, daß er eine neue Ausdosierung der Röhre beim Unterbrecherwechsel unterließ und bei vorübergehender Abwesenheit des Heilgehilfen nicht für ausreichende Kontrolle sorgte.

γ) RG(Str) 14. 7. 27, JW. 1927, 2699: In teilweisem Gegensatz zu anderen Urteilen (siehe oben) wird hier anerkannt, daß der Arzt gegenüber einer geschulten Schwester mit dem Vergessen des Einlegens des Filters nicht zu rechnen brauchte; es sei nicht eine allgemein anerkannte Regel der medizinischen Wissenschaft, daß der Arzt die Einlegung des Filters zu überwachen habe; es genügt, wenn er darauf vertrauen darf, daß die zuverlässige Assistentin diesen Handgriff ausführen wird.

d) Urteil RG. 20. 9. 27, ÄVBl. 1928, 613: Fahrlässigkeit des Arztes wegen nicht rechtzeitiger Klarstellung des Sachverhalts bei einer Luxation durch Röntgendurchleuchtung. Ähnlich Urteil 3. Strafsen. RG. 22. 3. 27, III 217/26.

f) RG. 7. 2. 30, JW. 1930, 1597: In einer Klinik muß dafür Sorge getragen werden, daß keinem Kranken ohne vorherige ärztliche Untersuchung Diathermiebehandlung verabfolgt wird.

g) RG(Str) 28. 11. 27, ÄVBl. Mangelnde operative Fähigkeit kann zur Bestrafung wegen Fahrlässigkeit führen. Der Arzt oder Heilbehandler, der eine Behandlung übernimmt, der er, wie er weiß oder bei entsprechender Sorgfalt wissen muß, nicht gewachsen ist, handelt fahrlässig. Vgl. auch DÄBl. 1930, 426.

h) Wiederholte Entscheidungen ergingen zu der Frage, ob in dem versehentlichen Zurücklassen von Fremdkörpern in einer Operationswunde in allen Fällen eine Fahrlässigkeit zu erblicken ist. Die überwiegende Meinung verneint es und nimmt an, daß nur nach Lage des einzelnen Falles entschieden werden könne.

α) RG. 17. 10. 19, 97, 4: Man könne vom Arzt nicht mehr verlangen, als daß er die Vorsicht eines sorgfältigen und gewissenhaften Operateurs beobachtet habe. Es könne auch dem gewissenhaftesten und sorgfältigsten Operateur begegnen, daß er einen Fremdkörper zurücklasse, besonders bei Operationen der Bauchhöhle, bei denen große Schnelligkeit geboten sei.

β) Urt. 3. Zivilsen. RG. 6. 1. 28 ZMedBeRspr 1928, 102: Ein Stück der Operationschere war abgebrochen. Der Operateur bemerkte es sofort, suchte danach, konnte es nicht finden, da die Wunde wegen Lebensgefahr alsbald geschlossen werden mußte. Ein Verschulden des Arztes lag nicht vor.

γ) KARG und EBERMAYER: MünchMedWschr. 1928, 2081ff. stehen auf dem Standpunkt der reichsgerichtlichen Rechtsprechung.

δ) SCHLEDEMAYER: MünchMedWschr. 1928, 290 ist geneigt, stets ein Verschulden des Arztes anzunehmen.

Weitere Beispiele strafrechtlicher Fahrlässigkeit des Arztes s. bei EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 123—145. Über zivilrechtliche Fahrlässigkeit s. oben.

Nr 2. Tötung auf Verlangen (Euthanasie).

Schrifttum und Rechtsprechung: Die Kommentare zum StGB. von OLSHAUSEN, FRANK, KOHLRAUSCH und LeipzKommentar zu § 216 StGB., ferner SCHWALBE im „Tag“ vom 8. 4. 14 und KASSLER in der DJZ. 1915, 203 weisen darauf hin, wie schwer es sei, ärztlicherseits mit Sicherheit festzustellen, daß der Kranke binnen kurzem dem Tode verfallen sei. Im „Berner Bund“ vom 25. 3. 24 sagt GUGGISBERGER: Der Arzt sei nicht verpflichtet, das Leben des Kranken künstlich zu verlängern, aber ebensowenig berechtigt, den Tod herbeizuführen. Andererseits treten BINDING und HOCHÉ in ihrer 1920 erschienenen Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerter Leben“ für die Straffloslassung der Euthanasie ein.

Nr 3. Operationsrecht und Unterbrechung der Schwangerschaft.

Schrifttum: Kommentare zum StGB. von OLSHAUSEN § 223 Anm. 9b, FRANK § 223 Anm. II 3 z. 17. Abschnitt, Leipziger Kommentar § 223 Anm. 10, ferner die Erläuterungen der genannten Kommentare zu § 218 StGB., außerdem die Begründung zum Entw. 1919, 238; 1927, 132; EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 148ff. LEVY-LENZ: Die Schwangerschaftsunterbrechung. 1930. A. BAUMEISTER. — SAMITZ: Die Operation ohne Genehmigung des Patienten. MedWelt 1930, 48.

Rechtsprechung: a) RG(Str) 31. 5. 94, 25, 375: Dieses Urteil ist für die Lehre von der objektiven Rechtswidrigkeit des zu Heilzwecken kunstgerecht ausgeführten ärztlichen Eingriffs grundlegend. Die Instanzgerichte haben wiederholt, aber stets ohne Erfolg, versucht, von dieser Rechtsprechung abzuweichen, so z. B. ein Urteil LG. II Berlin aus dem Jahre 1911, das durch Urteil 3. Zivilsen. RG. 30. 3. 11 aufgehoben wurde.

Näheres zu diesen Urteilen s. bei EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 148ff. — In einem Urteil 6. Zivilsen. RG. 68, 434 findet sich, allerdings ohne nähere Ausführungen, der Satz: „Bei Gefahr im Verzuge könne über die Einwilligung hinweggesehen werden.“

b) ÄrztlSachverstZ. 1930, Nr 19, ZMedBe. 1931, 96. Dort wird ein Fall erörtert, in dem ein Arzt zu 1000 M. Geldstrafe verurteilt wurde, weil er einer Patientin ohne deren Wissen den Blinddarm herausgenommen hatte.

c) SCHMIDT: Operation ohne Einwilligung. ÄrztlSachverstZ. 1930, 193. Auch hier handelt es sich um eigenmächtige Entfernung des Blinddarms. Der Verf. tritt für Reform im Sinne des Strafgesetzentwurfs ein.

d) DÄBl. 1930, 205. Dort werden eine Reihe von Fällen zusammengestellt, in denen sich erst nach bewilligter und begonnener Operation die Notwendigkeit weiteren Eingriffs herausstellte, der Arzt solchen vornahm und nachher vom Patienten wegen Körperverletzung belangt und teils verurteilt, teils freigesprochen wurde.

In der Frage der ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zur Rettung des Lebens der Mutter hat das in Bem. 10 erörterte Urteil I. Strafsen. RG. 11. 3. 27, RG. 61, 242, JW. 2021 teilweise Wandel geschaffen.

Vgl. den zivilrechtlichen Teil oben S. 212ff.

Nr 4. Sterilisierung.

Die Rechtsprechung hat sich, soviel bekannt, mit der Frage, ob der Arzt mit Einwilligung der zu Sterilisierenden aus anderer als medizinischer Indikation eine Sterilisierung straflos vornehmen dürfe, noch nicht beschäftigt. — Im Schrifttum ist einer der Vorkämpfer der straflosen Sterilisierung der Medizinalrat Dr. BOETERS in Zwickau, der sich an den verschiedensten Stellen für die Sterilisierung eingesetzt hat. Eingehend wird die Frage behandelt in dem umfangreichen Buch von dem katholischen Theologen Dr. JOSEF MAYER: Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker (Freiburg 1927). Weiteres Schrifttum s. bei EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 169ff.

Für das geltende Recht ist maßgebend die Stellungnahme der Rechtsprechung zu der Frage der strafbefreienden Wirkung der Einwilligung bei der Körperverletzung überhaupt. Diese geht dahin — und auch im Schrifttum wird diese Meinung überwiegend vertreten —, daß die Einwilligung nur bei der leichten, auf Antrag zu verfolgenden Körperverletzung des § 223 StGB. und bei einzelnen der in § 223a StGB. aufgeführten, mit Privatklage verfolgbaren Körperverletzungen strafbefreiende Wirkung habe; vgl. die Komm. z. StGB. von OLSHAUSEN § 223 Anm. 9a. FRANK Anm. II 2, Leipziger Komm. § 223 Anm. 9 zum 7. Abschnitt.

Nr 5. Falsche ärztliche Zeugnisse.

Schrifttum: Die Kommentare zum StGB. von OLSHAUSEN, FRANK; Leipziger Kommentar zu § 278 StGB.

LEONHARD: Z. ärztl. Fortbildg 1925, Nr 24: Fahrlässigkeit macht den Arzt nicht strafbar, er haftet aber auf Schadensersatz, wenn er zu dem Geschädigten in einem Vertragsverhältnis steht, außerdem auch aus dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung nach § 823 Abs. 2 BGB.

Rechtsprechung: a) RG(St). 9. 1. 31. 65, 78: Ein ärztliches Todeszeugnis enthält nicht zugleich ein Gesundheitszeugnis, auch wenn die — unrichtige — Angabe der Krankheit von dem behandelnden Arzt herrührt.

b) Urteil des RDiszH. D 100/23: Der Arzt kann auch *disziplinar* in Anspruch genommen werden. Ein beamteter Arzt hatte auf Betreiben eines Bekannten, der seinen Vater in das Irrenhaus bringen wollte, ein auf Paranoia aggressiva lautendes Gutachten abgegeben, das mit den Worten begann: „Auf Grund der Mitteilungen zweier Ärzte, der Angaben von Verwandten und Angestellten und auf Grund eigener Beobachtung erstatte ich folgendes Gutachten.“ Er hatte den Kranken nie gesehen und untersucht. Der RDiszH. erkannte auf Versetzung in ein anderes Amt und Geldstrafe.

c) PrOVG. 12. 11. 12: Ein *Irrtum in der Schlußfolgerung* und eine objektiv unrichtige Diagnose ist dem Arzt nicht zum Vorwurf zu machen, wenn nach ärztlichem Gutachten die Möglichkeit einer solchen Diagnose auf Grund der tatsächlichen Ergebnisse der Untersuchung nicht ausgeschlossen war. Der Amtsarzt kann die ihm über die Gemeingefährlichkeit gemachten Angaben der Polizei als wahr unterstellen, ohne sie selbst nachprüfen zu müssen.

Nr 6. Homöopathischer Heilbehandler.

RG. 6. 12. 29. JW. 1930, 1595: Wird seine Fahrlässigkeit darin erblickt, daß er es unterließ, einen Arzt zuzuziehen, so darf nicht unerörtert bleiben, ob der Tod des Patienten auch bei Zuziehung eines homöopathischen Arztes eingetreten wäre. Die Annahme, daß der Angeklagte durch die Anwendung seiner Heilbehandlung schuldhaft gehandelt habe, ist dann gerechtfertigt, wenn der Angeklagte gegen die anerkannten Regeln des von ihm vertretenen Heilverfahrens verstoßen hat.

G. Geschlechtskrankheitengesetz.

Von

L. EBERMAYER, Leipzig.

Bemerkung 1. VO. 11. 12. 18 u. Ges. 18. 2. 27. Der Rat der Volksbeauftragten erließ am 11. 12. 18 eine VO. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sie sprach bereits den Behandlungszwang aus und stellte die Ausübung des Beischlafes durch Geschlechtskranke unter Strafe. Am 10. 3. 20 legte die RReg. dem RRat einen neuen Entw. eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor. Er erfuhr im RRat und Reichstag vielfache Abänderungen, und erst im Jahre 1927 gelang es, zu einer endgültigen Fassung zu kommen. Das Gesetz trat am 1. 10. 27 in Kraft.

Bem. 2. Anwendungsgebiet. Das Gesetz dient nach § 1 nicht der Bekämpfung aller Erkrankungen, die an den Geschlechtsorganen auftreten können, sondern nur der Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, als welche in § 1 bezeichnet werden: Syphilis, Tripper und Schanker. Nur in § 7 des Gesetzes, woselbst die Behandlung von Geschlechtskrankheiten den approbierten Ärzten vorbehalten wird, bezieht sich das Gesetz auch auf solche Leiden der Geschlechtsorgane, die nicht Geschlechtskrankheiten i. S. des § 1 sind.

Bem. 3. Behandlungspflicht. Nach § 2 des Ges. hat jeder, der an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, die Pflicht, sich durch einen für das Deutsche Reich approbierten Arzt behandeln zu lassen. Die Erfüllung dieser Pflicht soll zwar nicht mit Strafen erzwungen werden; das Gesetz sieht aber Verwaltungsmaßnahmen vor, die die Durchführung der Pflicht sicherstellen sollen.

Bem. 4. Gesundheitsbehörden. Während die Erledigung der gesundheitlichen Aufgaben früher der Polizei oblag, ist sie jetzt den neu geschaffenen GesundhBeh. übertragen; die Polizei soll lediglich die Durchführung der gesundheitlichen und sozialfürsorgerischen Aufgaben unterstützen, § 3.

Bem. 5. Untersuchungszwang. Die GesundhBeh. können jeden, der dringend verdächtig ist, geschlechtskrank zu sein und die Krankheit weiterzubreiten, anhalten, ein ärztliches Zeugnis über seinen Gesundheitszustand vorzulegen. Kommt der Verdächtige dieser Aufforderung nicht nach, so ist die Erfüllung der Auflage durch unmittelbaren Zwang zulässig (§ 4).

Bem. 6. Zwangsbehandlung. Ergibt die Untersuchung oder ergibt sich sonstwie, daß jemand geschlechtskrank ist, und ist er verdächtig, die Krankheit weiterzubreiten, so kann er durch die GesundhBeh. einem Heilverfahren unterworfen oder auch, wenn es zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich ist, in ein Krankenhaus verbracht werden. Erfüllungszwang ist auch hier zulässig. Die Art der Behandlung bestimmt der Arzt, doch dürfen ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind, nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden. Als mit ernster Ge-

fahr verbunden sind nach der VO. 11. 9. 27 anzusehen Behandlungen mit Salvarsan-, Quecksilber- und Wismutpräparaten sowie die Entnahme der Rückenmarkflüssigkeit.

Bem. 7. Beseitigung der Kurierfreiheit. Nach § 7 des Ges. dürfen die in § 1 des Ges. genannten Geschlechtskrankheiten und alle Krankheiten und Leiden der Geschlechtsorgane nur von den für das Deutsche Reich approbierten Ärzten behandelt werden. Verboten ist ferner jede Art der Fernbehandlung, das Erteilen von Ratschlägen zur Selbstbehandlung und das Sicherbieten zur Behandlung, soweit es öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften usw. geschieht. Strafe in allen Fällen Gefängnis bis zu einem Jahre und Geldstrafe oder eine dieser Strafen. Dieselbe Strafe trifft den Arzt, der sich zur Behandlung solcher Krankheiten in unlauterer Weise erbietet.

Bem. 8. Vorbeugende Maßnahmen.

a) *Aufklärungspflicht.* Wer eine geschlechtskranke Person untersucht oder behandelt, soll sie über die Art der Krankheit und über die Ansteckungsgefahr, desgleichen über die Strafbarkeit der Beischlafvollziehung und Eheschließung belehren und ihr ein Merkblatt aushändigen (§ 8).

b) *Meldepflicht des Arztes.* Der behandelnde Arzt muß der GesundhBeh. Anzeige erstatten, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht oder andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse gefährdet. Eine weitgehende Durchbrechung der für die Ärzte nach § 300 StGB. bestehenden Schweigepflicht, die auch trotz der in § 10 den Beamten und Angestellten der GesundhBeh. oder Beratungsstellen auferlegten Schweigepflicht ihre Bedeutung nicht verliert.

Bem. 9. Bestrafung des Geschlechtsverkehrs und der Eheschließung. Nach § 5 des Ges. wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren — soweit nicht das StGB. härtere Strafe vorsieht — bestraft, wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß. Ein in gleicher Lage befindlicher Kranker wird ebenfalls mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, wenn er eine Ehe eingeht, ohne dem anderen Teile vor Eingehung der Ehe Mitteilung zu machen.

Bem. 10. Verbot der öffentlichen Ankündigung von Mitteln zur Heilung von Geschlechtskrankheiten. Jede öffentliche oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen erfolgende Ankündigung, Anpreisung oder öffentliche Ausstellung ist, wenn sie nicht vom Arzte, Apotheker usw. erfolgt, nach § 11 verboten. Strafe: Gefängnis bis zu 6 Monaten und Geldstrafe oder eine dieser Strafen.

Bem. 11. Vorträge, Schriften usw., die *nur der Aufklärung* dienen, sind nach § 12 erlaubt, sofern sie nicht gegen § 7 verstoßen.

Bem. 12. Erleichterung des Verkehrs mit ansteckungsverhütenden Mitteln. Nach § 184 Nr 3 StGB. war das Ankündigen, Anpreisen, Ausstellen solcher Mittel, da sie als zu unzüchtigem Gebrauch bestimmte Gegenstände angesehen wurden, schlechthin strafbar; nach § 16 II des Ges. wurde ein § 184 Nr 3a in das StGB. eingefügt, das das Ankündigen usw. nur bestraft, wenn es in einer Sitte oder Anstand verletzenden Weise geschieht.

Bem. 13. Gefährdung beim Stillgeschäft. Die §§ 14, 15 enthalten eine Reihe einzelner Bestimmungen, die die Ansteckung von Kindern durch geschlechtskranke Ammen und die Ansteckung von Ammen und Pflegeeltern durch geschlechtskranke Kinder verhüten sollen.

Bem. 14. Neuregelung der Prostitution. Bis zum Geschlechtskrankheitengesetz war die Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht strafbar, straffrei aber blieben die unter polizeilicher Aufsicht stehenden Dirnen, solange sie nicht

den für sie bestehenden Vorschriften zuwiderhandelten (System der Reglementierung). Das Ges. 18. 2. 27 gibt die Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht grundsätzlich frei und bestraft nur in Fällen, in denen die Prostituierten — männliche und weibliche — öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordern oder sich dazu erboten oder gewohnheitsmäßig zu Zwecken des Erwerbes die Unzucht in einer die Jugend sittlich gefährdenden Weise ausüben. § 16 III—IV, § 36 Nr 6, 6a StGB. Man hofft, durch diese Neuordnung die heimliche Prostitution aus der Welt zu schaffen, indem man davon ausgeht, daß die Dirnen, wenn sie keine Strafe mehr zu fürchten haben, freiwillig sich unter fortgesetzte ärztliche Kontrolle stellen und daß auf diese Weise die Ansteckungsgefahr vermindert wird. Wer die Psyche der Dirnen kennt, die voraussetzungslos und ohne Verantwortungsgefühl ihrem Geschlechts- und Erwerbstrieb nachgehen, wird dieser Annahme etwas skeptisch gegenüberstehen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Die zahlreichen *Kommentare* zum GeschlKrG. von ADLER (München 1929), GEYER-MOSES (Berlin 1927), GOLDBAUM (Berlin 1928), HELLWIG (Berlin 1928), SCHÄFER-LEHMANN (Mannheim 1928). — RUTE: Das Reichsges. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. München-Gladbach 1927.

Einzelschriften: FINGER: Ges. z. Bek. der Geschl.Kr. JW. 1927, 883 — Gerichtssaal 94, 347 ff. — JADASSOHN: Rechte und Pflichten der Ärzte nach dem GeschlKrG. Z. ärztl. Fortbildg, Jena 1927. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 241 ff. Leipzig 1930. — SCHILLING: Wissenswertes aus dem Ges. z. Bek. der Geschl.Kr. ZKrW. 1927, 348. — HERZ: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Aufgaben des Arztes nach dem Reichsges. Leipzig 1930. — KREUTZ: Das Ges. z. Bek. der Geschl.Kr. aus dem Blickfeld der freien Wohlfahrtspflege. Freie Wohlf. pfl. Jahrg. 2, 13, 56. — DANNEMANN: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Hamburger Schriften zur gesamten Strafrechtswissenschaft, Mannheim 1928. — HELLER: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staats-, Straf-, Zivil- und Sozialrecht. Berlin: Julius Springer 1931. — *Verordnung* des Ministeriums für Volksbildung 12. 4. 30. ZMedBe. 1930, Rspr. 96. — GOTTSTEIN: Die Preuß. Ausführungsverordnung. ZKrW. 1927, 619. — MEMELSDORFF: Zur Ausführung des Ges. z. Bek. der Geschl.Kr. ArchVolkswohlf. 1927, 441.

Nr 1. Gesundheitsbehörden.

Schrifttum: SCHAEFER: Die Gesundheitsbehörden der Länder. RPrVBl. 1928, 535.

Nr 2. Zwangsbehandlung.

Schrifttum: HELDMANN DStrafZ. 1914, 319 ff. (vgl. EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 247). — TANZMANN: Der Eingriff des Arztes am Geschlechtskranken keine Körperverletzung. DJZ. 1929, 914. — HELLWIG: Durchführung des Behandlungszwanges von Geschlechtskrankheiten. MedKlin. 1928, 41. — NÖRENBERG: Geschlechtskranke in den Krankenanstalten. Wie ist den Verstößen gegen die Anstaltsordnung zu begegnen? ZKrW. 1929, 188. — DIX: Geschlechtskranke in den Krankenanstalten. ZKrW. 1928, 725. — RITTAU: Unbeschränkter Behandlungszwang für geschlechtskranke Soldaten. DMedW. 54, 151. — STÖLZEL: Über das neue Verfahren zur Zwangsheilung Geschlechtskranker. RPrVBl. 49, 439. — SCHAFFITZ: Die zwangsweise Unterbringung von Geschlechtskranken als ein noch ungelöstes Problem für die Krankenanstalten. ZKrW. 1929, 659. — SCHULTE: Die zwangsweise Unterbringung von Geschlechtskranken. ZKrW. 1930, 151. — KERSCHENSTEINER: Über Geschlechtskrankenheuser. ZKrW. 1927, 685. — LEHMANN: Renitente Geschlechtskranke in Krankenanstalten. JW. 1931, 1429. (Verf. hält eine Strafbarkeit nach § 327 StGB. nicht für gegeben, aber zwangsweises Einschreiten im Verwaltungswege möglich.)

Nr 3. Beseitigung der Kurierfreiheit.

Schrifttum: LEHMANN: Der Begriff des Behandelns im § 7. MedWelt 1928, Nr 40. — PINKUS: Zu § 7. MedKlin. 1928, 765. — HELLWIG: Was heißt „Behandeln“ nach § 7? DermatW. 1928, 470. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 251 ff.

Rechtsprechung: a) RG. 27. 5. 30, ZMedBe. 1930, Rspr. 87: Der Besitzer einer seit 1930 konzessionierten Heilanstalt, in der hauptsächlich Geschlechtskrankheiten behandelt werden, erhob gegen das Deutsche Reich Entschädigungsklage, da § 7 des Ges. für ihn eine indirekte Enteignung bedeute. Die Klage wurde abgewiesen. Das Recht zur Ausübung eines Gewerbebetriebs gehöre zwar als subjektives Vermögensrecht zum Eigentum; Reichsgesetze und

Verordnungen könnten aber die Ausübung eines bestimmten Gewerbes verwehren. Eine Enteignung liege nur vor, wenn es sich um einen Eingriff in ein Einzelrecht handle.

b) RG. 2. Strafen. 14. 3. 29 (II 1248/28): Die Untersuchung gehört zur Behandlung. JW. 1929, 2271. Vgl. dazu EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 251/252, und SCHAEFER: MedWelt 1929, 977.

c) RG(Str) 7. 6. 29, JW. 1929, 2272: Untersuchung ist auch dann Behandlung, wenn für den Fall der Feststellung des Vorhandenseins einer Krankheit eine Behandlung nicht in Aussicht genommen ist, der Untersuchende sich vielmehr von vornherein auf die Untersuchung beschränken und die Behandlung einem Arzt überlassen will.

d) RG(Str) 5. 6. 30, Volkswohlf. 1930, 945: Eine Krankheit „behandelt“ allerdings nicht schon, wer, ohne damit einen vorliegenden Einzelfall dieser Krankheit beheben oder lindern zu wollen, rein theoretisch ein Verfahren oder Mittel angibt und empfiehlt. Will aber der Täter auf einen gegebenen Krankheitsfall einwirken, so ist es ohne Bedeutung, ob er diese Maßregel persönlich vornimmt oder nach seinen Anweisungen von einem anderen, einem Dritten oder dem Kranken selbst, vornehmen läßt. „Behandeln“ und „Erteilen von Ratschlägen zur Selbstbehandlung“ sind keine Gegensätze, gehen vielmehr ineinander über; ebenso RG(Str) 63, 275.

e) RG(Str) 14. 3. 29, JW. 1929, 2271 (s. oben unter lit. b): Eine normale Schwangerschaft ist trotz der mit ihr gewöhnlich verbundenen Beschwerden kein krankhafter Zustand, sondern ein natürlicher Vorgang. Ihre Behandlung fällt daher nicht unter § 7.

f) RG. 7. 6. 29, JW. 1929, 2272: Ein Anschlag auf der Straße wies auf ein „ernstliches Sicherbieten“ hin. Im Sprechzimmer befand sich jedoch ein ausdrücklicher Anschlag, daß eine Behandlung nach § 7 nicht stattfände. Das RG. verneinte, daß ein „ernstliches Sicherbieten“ vorliege.

g) Hamburg 4. 11. 29, DJZ. 1930, 1134: Ein Drogist hatte bei krankheitsverdächtigen Personen Blutproben aus den Ohrläppchen entnommen, die dann ärztlich untersucht wurden. Hierin lag schon eine Behandlung.

Nr 4. Ärztliches Berufsgeheimnis.

Schrifttum: HANAUER: Ärztliches Berufsgeheimnis, Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen. ZKrW. 1929, 698. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 253. — SCHÄFER-LEHMANN: Komm. S. 129—160. Dort wird S. 159 darauf hingewiesen, daß die im § 10 genannten Personen im Strafprozeß (§ 53 Nr 3 StPO.) kein Zeugnisverweigerungsrecht haben, im Zivilprozeß nur dann, wenn sie Gehilfen des Arztes sind; od sie das sind, hängt von den innerdienstlichen Vorschriften ab.

Nr 5. Erleichterung des Verkehrs mit ansteckungsverhütenden Mitteln.

Rechtsprechung: RG(Str) 5. 6. 30, Volkswohlf. 1930, 945: Der neu geschaffene § 184 Nr 3a StGB. ist nicht auf solche Mittel zu beschränken, die ausschließlich oder in erster Linie die Ansteckung verhindern sollen, sondern trifft auch solche, die zugleich oder vielleicht in noch größerem Umfang anderen Zwecken, z. B. der Verhütung der Empfängnis dienen. Allerdings genügt es aber nicht, daß ein solcher Gegenstand dem genannten Zweck „dient“, ihn zu erreichen „geeignet“ erscheint, es muß vielmehr auch festgestellt werden, daß er hierzu allgemein im Gebrauch ist. Ebenso RG(Str) 62, 400.

III. Heilmittelrecht.

Das Recht des Arzneimittelverkehrs und der Apothekenbetriebsrechte.

Von

ADOLF HAMBURGER, Berlin.

I. Apothekenbetriebsrechte in gewerbe- und steuerrechtlicher Hinsicht.

A. Die deutsche Apotheke in gewerberechtlicher Hinsicht unter Berücksichtigung der Apothekenreformpläne.

Bemerkung 1. Form der Apothekenbetriebsrechte. Nach dem gegenwärtigen Stand des Apothekenwesens in Preußen sind als Ergebnis der geschichtlichen Entwicklung im wesentlichen drei Arten von Berechtigungen zum Betriebe einer Apotheke zu unterscheiden: 1. die vererblichen und veräußerlichen Privilegien und die Exklusivrechte, 2. die quasi vererblichen und veräußerlichen Konzessionen, bei denen ein Geschäftsnachfolger zur Neuerteilung der Konzession präsentiert werden kann (sog. Realkonzessionen), 3. die unvererblichen und unveräußerlichen Konzessionen, bei denen die Präsentation des Geschäftsnachfolgers nicht gestattet ist (reine Personalkonzessionen). In Hessen und Baden gibt es auch noch die sog. Gemeindeapotheke, welche von der Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung an einen Apotheker verpachtet wird.

Bem. 2. Privileg. Die älteste Form der Betriebsberechtigungen ist das Privileg. Darunter sind Sonderberechtigungen zu verstehen, die auf Staatsakt (Einzelgesetz) beruhen. Zu unterscheiden ist zwischen sog. subjektiv-dinglichen Rechten, welche sich als Bestandteil des Grundstückes (§ 96 BGB.) darstellen, und den sog. selbständigen Gerechtigkeiten, die seinerzeit persönlich erteilt wurden. Sie haften nicht am Grundstückseigentum, können also auch allein veräußert und belastet werden und auf Antrag ein eigenes Grundbuchblatt erhalten. Der Charakter des Betriebsrechtes als Privileg kann entweder durch die Privilegienurkunde bewiesen oder aus der sog. Unvordenklichkeit hergeleitet werden. In einzelnen süddeutschen Staaten bedürfen auch Privilegieninhaber zum Betrieb der Apotheke einer besonderen behördlichen Erlaubnis (Konzession).

Bem. 3. Realkonzession. Veräußerlich und vererblich in wirtschaftlicher Hinsicht sind auch die sog. Realkonzessionen, insbesondere in Preußen. Diese sind mit dem sog. Präsentationsrecht ausgestattet, d. h. mit dem Recht, den Nachfolger selbst zu bestimmen. Die Rechtslage ist bestritten. In letzter Zeit sind die Entscheidungen fast ausschließlich zu Ungunsten der Realkonzessionare ergangen mit der Maßgabe, daß die Grundlage des Präsentationsrechtes, nämlich

die KabO. 5. 10. 46, nicht als Gesetz, sondern nur als jederzeit aufhebbare Verwaltungsanordnung zu betrachten ist. Die Gerichte haben den Standpunkt vertreten, daß auch diese Konzessionen älteren Rechtes (in Preußen vor 1894 begründeten) nach dem Ableben oder dem Verzicht des Konzessionars wieder an den Staat zurückfallen.

Bem. 4. Personalkonzession. Alle in den letzten Jahrzehnten in Deutschland errichteten Apotheken sind unveräußerliche und unvererbliche Personalkonzessionen; nur in Lübeck werden noch privilegienähnliche, übertragbare und verkäufliche Apothekenrechte verliehen.

Bem. 5. Entziehung der Konzession. Die einmal erteilte Konzession kann in Preußen weder im Wege gerichtlichen Urteils noch im Wege verwaltungsrechtlicher Beschlußfassung wieder entzogen werden. Anders liegt es allenfalls bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte unter der Voraussetzung, daß dann gemäß § 53 GewO. die Approbation entzogen wird.

Bem. 6. Apothekenleiter. An der Spitze jeder Apotheke steht als verantwortlicher Leiter ein approbierter Apotheker, und zwar entweder in seiner Eigenschaft als Besitzer oder als dessen Stellvertreter oder als Verwalter. Regelmäßig wird die Apotheke im Namen und für Rechnung des Apothekenbesitzers geführt; dagegen sind privilegierte Apotheken auch verpachtbar.

Bem. 7. Witwen-Apotheken. In Preußen dürfen die Apothekerwitwen während ihres Witwenstandes, die Kinder bis zur Großjährigkeit, die Apotheke durch einen approbierten Apotheker verwalten lassen. Dieses Recht beruht für Privilegien auf § 4 der RevApothO. von 1801, für Real- bzw. Personalkonzessionen auf den KabO. vom 9. 12. 1827 bzw. 30. 6. 94. Ob das Verwaltungsrecht der Witwe auch zusteht, wenn sie nicht Erbin ist, wird bestritten. § 46 GewO., nach dem der Witwe schlechthin die gesamten Nutzungen aus dem Betrieb ihres Ehemannes zustehen, findet auf das Apothekergewerbe keine Anwendung. Denn nach § 6 der GewO. sind die gesamten Apothekenbesitzverhältnisse dem Landesrecht vorbehalten. Für Preußen folgt aus dem Zusammenhang der §§ 3, 4 und 5 der RevApothO., daß der Gesetzgeber ein Erbrecht der Witwe, weil dort verschiedentlich von „Erbfall“ die Rede ist, voraussetzt. Die Einkünfte aus dem Apothekengeschäft gelangen daher nach Maßgabe der Erbanteile zur Verteilung.

Bem. 8. Handelsregister. Der Apotheker ist als Kaufmann verpflichtet, den Apothekenbetrieb in das Handelsregister eintragen zu lassen.

Bem. 9. Apothekenverlegung. Die Verlegung einer Apotheke, auch einer selbständigen Gerechtigkeit, bedarf behördlicher Genehmigung.

Bem. 10. Apothekenkaufvertrag. Gewöhnlich wird im Apothekenkaufvertrag der Kaufpreis in einzelne Teile für Grundstück, Betriebsrecht, Warenlager und Inventar, Rezeptvorschriften usw. zerlegt. Diese Einteilung ist von Bedeutung für die Besteuerung des Eigentumsüberganges. Hierzu und zur Kostenfrage vgl. HAMBURGER, PharmZ. 1932, Nr 3.

Bem. 11. Verpachtbarkeit. Nur privilegierte Apotheken dürfen verpachtet werden (§ 48 GewO.) Dagegen ist die Verpachtung von Real- und Personalkonzessionen unzulässig, da der Pächter den Gewerbebetrieb im eigenen Namen und auf eigene Rechnung ausübt, mithin einer eigenen Konzession bedarf. Ein zur Umgehung dieses Verbotes geschlossener sog. Verwaltervertrag mit pachtähnlichen Bedingungen ist nichtig. Der Apothekenbesitzer, nicht der Pächter, haftet bei nichtigen Verträgen für alle Verbindlichkeiten des Apothekengeschäftes. Übrigens läuft er Gefahr, bei dreijähriger Verpachtung seiner Apothekenkonzession verlustig zu gehen, wie dies § 67, Tit. 3 der PrGewO. 1845 bei dreijährigem Nichtgebrauch der Konzession vorsieht. S. auch Art. 12, Abs. 1, Ziff. 1 des BayGewGes. von 1868.

Bem. 12. Zwangsvollstreckung. Von den Betriebsrechten selbst sind nur die Privilegien der Verpfändung und dementsprechend der Zwangsvollstreckung unterworfen, nicht dagegen — wegen ihres persönlichen Charakters — die Konzessionen. Im einzelnen muß hier auf die Literatur verwiesen werden. Den Hypothekengläubigern sind Warenlager und Inventar als Zubehör mitverhaftet. Wegen des Wertes der Betriebsrechte und der werterhöhenden Bedeutung von Warenlager, Inventar und Kundschaftswert s. S. 244, 245.

Bem. 13. Gesellschaftsformen im Apothekenbetrieb. Der persönliche Charakter der Betriebsrechte, der insoweit auch dem Privileg eignet, läßt die Ausübung des Apothekengewerbes durch juristische Personen nicht zu. Allerdings gibt es vereinzelt noch Apotheken, die sich auf Grund von Sondervorschriften im Besitz von Staaten, Städten und gemeinnützigen Körperschaften befinden.

Die Bildung einer offenen Handelsgesellschaft ist nur bei Privilegien möglich. Doch müssen alle Gesellschafter Apotheker sein, da nur solche eine Apotheke betreiben dürfen.

Unbedenklich ist die Beteiligung eines Nichtapothekers an einem Apothekengeschäft als stiller Gesellschafter. Denn hierdurch wird nur die finanzielle Seite des Apothekengewerbes berührt, während der Betrieb selbstverständlich nur auf Grund einer Approbation durch den Apothekenvorstand, sei er Besitzer, Verwalter oder Pächter, ausgeübt wird. Häufig wird allerdings der Apothekenverwalter stiller Gesellschafter sein.

Bem. 14. Apothekenreform. Der Wunsch nach Vereinheitlichung der oft jahrhundertealten landes- und partikularrechtlichen Bestimmungen (man denke an die RevApothO. von 1801, das MedEd. von 1725 und die in Schleswig-Holstein geltende dänische MedO. von 1673) und nach Angleichung an das geltende Recht hat zu zahlreichen Reformvorschlägen, insbesondere auch aus den Kreisen der jüngeren Apotheker geführt, die heute in größeren Städten erst nach etwa dreißigjähriger, in kleineren Plätzen nach zwanzigjähriger ununterbrochener Dienstzeit Aussicht auf Selbständigwerden durch Beleihung mit einer Apothekenkonzession haben. Auch der Deutsche Apothekerverein hat seit 1919, mit allerdings ständig wechselnden Vorschlägen, in die Diskussion eingegriffen. Dem Vernehmen nach soll der Entwurf zu einem Reichsapothekengesetz so gut wie fertiggestellt sein. Er vertritt zwar nicht in vollem Umfang das Einheitssystem und schafft nicht „gleiches Recht für alle Apotheker“, immerhin zeigt er die Tendenz zur kommenden Überführung sämtlicher anderen Apothekenbetriebsrechte in das einheitliche System der nicht vererblichen und nicht veräußerlichen Personalkonzession. Im Interesse der Apothekenbesitzer, die ihre Werte teuer bezahlt haben, und der Hypothekengläubiger, die vielfach nicht Apotheker sind, scheint jedoch für diese Überführung der verkäuflichen Betriebsrechte in ein Einheitssystem eine vieljährige Übergangszeit zweckmäßig und geboten. Die bisher nur geringe Neigung der Apotheker für die Einführung eines wenn auch nur beschränkten Niederlassungsrechtes, das vor Überflutung mit Apotheken und unzweckmäßiger Verteilung schützen müßte, scheint zur Zeit zu wachsen, da es der Entwicklung der deutschen Wirtschaft in den letzten Monaten mehr entspricht, und sich übrigens auch in anderen Kulturstaaten, wie England, Frankreich, Schweiz usw., bewährt hat.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): HAMBURGER: Die preußischen Apothekenbetriebsrechte in gewerberechtlicher, vermögensrechtlicher und steuerrechtlicher Hinsicht, S. 9ff., 62ff., 74ff. Berlin: Julius Springer 1929. — LANDMANN: Die Reichsgewerbeordnung, § 49 Anm. 5. — RAPMUND-DIETRICH: Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde, 2. Aufl., S. 1258. — URBAN: Apothekengesetze. Berlin: Julius Springer 1927.

Nr 1. Betriebsrechte, Gewerbe.

Schrifttum: HAMBURGER: JW. 1929, 2226.

Rechtsprechung: a) OVG. 33, 362: § 6 GewO. ist weit auszulegen.

b) RG. 16. 4. 30. PharmZ. 1930, 1212: Nach § 13 GerVerfG. ist der Rechtsweg unzulässig für eine Klage gegen den Staat auf Feststellung des Präsentationsrechts.

c) RG. 15. 3. 27, JW. 1927, 2209: Privilegien sind als Realrechte verpachtbar, Konzessionen sind unverpachtbar.

d) Entsch. BayObLG. 22, 190: Der Apotheker ist Kaufmann.

e) RG. 131, 12, PharmZ. 1931, 1218: Der Apotheker muß sich mit den wichtigsten Bestimmungen des HGB. vertraut machen.

Nr 2. Witwenprivileg.

Rechtsprechung: RG. 30. 1. 22, IV. 444/21: Die Einkünfte aus der Apotheke sind nach Maßgabe der Erbanteile zu verteilen. Vgl. Karlsruhe 27. 10. 27, Z. 4. B.R. 126/7, in HAMBURGER: Apothekenbetriebsrechte, S. 69.

Nr 3. Verlegung der Apotheke.

Rechtsprechung: OVG. 8. 3. 30, PharmZ. 1930, 38, JW. 1929, 2306: Eine Apotheke darf nur mit behördlicher Genehmigung verlegt werden, selbst im Falle einer selbständigen Gerechtigkeit.

Nr 4. Verkauf, Verpachtung, Zwangsvollstreckung.

Schrifttum: HAMBURGER: PharmZ. 1932, Nr 3.

Rechtsprechung: a) RG. 15. 3. 27, JW. 1927, 2209: Eine Real- oder persönliche Konzession kann nicht verpachtet werden.

b) OVG. 5. 3. 31, PharmZ. 1931, 267: Nur dingliche Rechte können zwangsversteigert werden, also nicht Konzessionen.

c) KG. 31. 7. 26, IX. 582/26: Warenlager und Inventar haften den Hypothekengläubigern.

Nr 5. Gesellschaftsformen.

Schrifttum: HAMBURGER: JW. 1929, 2226. — GNEIST: ApothZ. 1928, 1492. — STAUB: HBG. § 338 Anm. 11.

Nr 6. Reform.

Schrifttum: URBAN: Die Reformbewegung seit 9. November 1918. Berlin: Julius Springer 1929.

B. Die wichtigsten Steuerfragen des Apothekengewerbes.¹

Bemerkung 1. Einkommensteuer. Für die Einkommensteuer sind regelmäßig Absetzungen gemäß § 16 des EinkStGes. weder beim Firmenwert noch beim Konzessionswert zulässig. Wohl aber genügt zur Begründung einer Abschreibung vom Konzessionswert der Nachweis, daß dieser sich um den in Frage stehenden Betrag gegenüber der Bewertung in der vorjährigen Bilanz gemindert hat. Dabei ist maßgeblich für die Neubewertung der Konzession derjenige Wert, den die Konzession in den Augen eines Käufers der Apotheke für den ganzen Betrieb hat. Entsprechendes gilt natürlich auch für das Apothekenprivileg.

Auch die beim Geschäftsverkauf erzielten Gewinne unterliegen als Veräußerungsgewinn der Einkommensteuer. Die Rechtsprechung sieht das Privileg, die Grundlage des Apothekenbetriebes, als Bestandteil des Betriebsvermögens an und erachtet deshalb auch den auf das Privileg entfallenden Verkaufsgewinn für einkommensteuerpflichtig. Das gleiche gilt auch für Realkonzessionen. In Frage kommt jedoch der ermäßigte Einkommensteuersatz von 15—20% nach § 58 EinkStGes. Im übrigen wird der steuerpflichtige Veräußerungsgewinn errechnet aus dem Unterschied zwischen dem letzten Bilanzwert und dem wirklich erzielten Verkaufswert abzüglich Vermittlerprovision und anderer Unkosten.

Bem. 2. Einheitsbewertung und Vermögenssteuer. Durch Ges. 22. 5. 31 (RGBl. I Nr 20) sind die Durchführungsbestimmungen zum Reichsbewertungs- und zum Vermögenssteuergesetz für die Einheitsbewertung und Vermögenssteuerveranlagung nach dem Stande vom 1. 1. 31 neu gefaßt. Sie weichen

¹ Vgl. auch den Beitrag von GRABOWE RS. 263 ff.

von der bisherigen Regelung vornehmlich dadurch ab, daß als Bewertungsmaßstab für zwangsbewirtschaftete Grundstücke an Stelle der bisher geltenden Wehrbeitragswerte aus dem Jahre 1913 die „Jahresrohmiete“ des Grundstückes tritt. Der Wert, der auf Grund dieser Neuregelung dem Apothekenbetriebsrecht beizumessen ist, wird ermittelt durch Abzug der reinen Sachwerte (Warenlager, Inventar) vom Gesamtwert der Apotheke. Eine grundsätzliche Regelung ist durch den Erl. des RFinMin. über die Einheitsbewertung und Vermögenssteueranlagung 31, 6. 7. 31, getroffen worden. Danach werden die subjektiv-dinglichen Privilegien nach wie vor als Bestandteil des Betriebsgrundstückes aufgefaßt und teilen dessen steuerliches Schicksal, indem sie mit ihm zusammen nach der Jahresrohmiete bewertet werden und der Grundsteuer unterliegen. Die selbständigen Gerechtigkeiten richten sich nach dem gemeinen Wert und unterliegen nicht der Grundsteuer. Allerdings wird in der Literatur von Sachkundigen das RBewGes. so ausgelegt, daß die subjektiv-dinglichen Privilegien künftig zum Betriebsvermögen gerechnet, deshalb nach dem gemeinen Wert veranlagt und nicht zur Grundsteuer herangezogen werden. Die Realkonzessionen werden gleichfalls nach dem gemeinen Wert veranlagt, die reinen Personalkonzessionen werden auch künftig bei der Feststellung des Einheitswertes nicht berücksichtigt. Allerdings ist auch hier die Schaffung einheitlicher Grundsätze in Erwägung gezogen.

Bem. 3. Grunderwerbssteuer. Nach der NotVO. 1. 12. 30 wird die Grunderwerbssteuer nicht mehr vom gemeinen Wert zur Zeit des steuerpflichtigen Rechtsvorganges, sondern vom Einheitswert erhoben, es sei denn, daß dieser kleiner ist als der Veräußerungspreis. Die subjektiv-dinglichen Privilegien können als Grundstücksbestandteil (§ 96 BGB.) nur zugleich mit dem Grundstück veräußert werden. Dementsprechend wird dieses Privileg der Grunderwerbssteuer ebenfalls nur in Verbindung mit dem Grundstück unterworfen. In Ansatz zu bringen ist dabei der letzte Einheitswert, gleichgültig, ob er richtig oder falsch ist, sofern er den Veräußerungspreis nicht übersteigt. Der Grundstückswert (einschließlich des Wertes des subjektiv-dinglichen Betriebsrechtes) kann nach § 24 RBewG. dann anderweit festgesetzt werden, wenn der Stand bei Beginn eines Kalenderjahres eine Veränderung des für das jetzt folgende Rechnungsjahr maßgebenden Einheitswertes um mehr als 5% oder um mehr als 25000 RM. ergibt. Wertveränderungen, die auf allgemeiner Veränderung der Wirtschaftsverhältnisse beruhen, führen nicht zur Neufestsetzung. Die steuerliche Behandlung der subjektiv-persönlichen Apothekenprivilegien ist gemäß § 2 GrErwStG., der solche Berechtigungen, die den Vorschriften des bürgerlichen Rechtes über Grundstücke unterliegen, den Grundstücken gleichsetzt, eine verschiedene, je nachdem, ob für die selbständige Gerechtigkeit ein Grundbuchblatt angelegt ist oder nicht. Im ersten Fall wird der Besteuerung der Einheitswert zugrunde gelegt, es sei denn, daß der Veräußerungspreis höher ist. Auch hier sind Änderungen des Wertes nur im Rahmen des § 24 RBewG. möglich.

Bei nicht eingetragenen selbständigen Gerechtigkeiten wird der für das Betriebsrecht angesetzte Preis dem Veräußerungspreis des Grundstückes für die Berechnung der Steuer zugeschlagen. Übersteigt der Einheitswert des Grundstückes den Veräußerungspreis, dann tritt er an dessen Stelle.

Ebenso wie bei den subjektiv-persönlichen, nicht eingetragenen Privilegien betrachtet der RFinH. die Realkonzession als werterhöhendes Moment des Grundstückes. Als Symptom dieser Werterhöhung sieht er den im Kaufvertrag vorgesehenen Verzicht des Verkäufers auf die Konzession und die von ihm übernommene Verpflichtung an, den Käufer als den zukünftigen Träger der Konzession vorzuschlagen.

Bem. 4. Kundschafts- und Firmenwert. Als werterhöhendes Moment des Grundstückes behandelt der RFinH. auch den Kundschafts- und Firmenwert der Apotheke mit der Begründung, daß infolge der Bindung jeder Apotheke an einen bestimmten örtlichen Bezirk die Kundschaft größtenteils örtlich bedingt ist. Die Tatsache, daß der für Kundschaft und Firma ausgeworfene Betrag vielfach noch durch Hypotheken gedeckt wird, ist in allen derartigen Fällen als Grund dafür angesehen worden, daß dieser Betrag dem Grundstückspreis zugerechnet werden müsse.

Bem. 5. Auf Grund eines Erlasses des RFinMin. 8. 3. 20 in Verbindung mit § 11 I des UmsStG. 8. 5. 26 (bzw. § 12 I des alten Ges.) dürfen die Apotheker bei allen Arzneien, die nach der deutschen Arzneitaxe abgegeben werden, die Umsatzsteuer in den Verkaufspreis der Waren einkalkulieren. Die Berechnung der Steuer ist in Ziff. 5 der Arzneitaxe geregelt. Diese Regelung gilt aber nur für die Arzneiversorgung im Privatverkehr, weil die Lieferung von „Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, soweit Entgelte dafür von den reichsgesetzlichen Versicherungsträgern, den Krankenkassen der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden sowie den Ersatzkassen (§ 503ff. RVO.) zu zahlen sind“, nach § 2 UmsStG. von der Besteuerung ausgenommen sind. Auch der Arzneikostenanteil der Versicherten und der sog. „Zugeteilten“ (den Krankenkassen von den Reichsversorgungsbehörden zugewiesenen Versorgungsberechtigten) ist umsatzsteuerfrei. Dagegen sind die Entgelte für die Familienangehörigen der Versicherten in vollem Umfange, auch hinsichtlich des von den Krankenkassen getragenen Arzneikostenanteiles, umsatzsteuerpflichtig.

Bem. 6. Grundsteuer und Gewerbesteuer. Da nach der NotVO. 1. 12. 30 als Besteuerungsgrundlage für die Gewerbesteuer vom 1. 4. 32 ab der Gewerbeertrag gilt und das Gewerbekapital nur in besonderen Fällen hilfsweise herangezogen wird, so ergibt sich für die Zukunft keine Besonderheit in bezug auf die Apotheken. Der Grundsteuer werden zukünftig nur die subjektiv-dinglichen Apothekenprivilegien unterliegen.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Einkommensteuer.

Schrifttum: HAMBURGER: PharmZ. 1932, Nr 3.

Rechtsprechung: a) RFH. 30. 6. 31, PharmZ. 1931, Nr 58: Regelmäßige Absetzungen gemäß § 16 EinkStG. sind beim Firmen- und Konzessionswert nicht zulässig.

b) RFH. 25. 3. 31, PharmZ. 1931, Nr 62: Beim Apothekenverkauf ist auch der am Privileg erzielte Gewinn einkommensteuerpflichtig.

c) RFH. 14. 4. 31, PharmZ. 1931, Nr 38 und 43: Bezüglich des am Apothekengrundstück erzielten Verkaufsgewinns ist der Wert des Grundstücksteils, in dem die Apotheke betrieben wird, zum Betriebsvermögen des Verkäufers zu rechnen.

Nr 2. Einheitsbewertung und Vermögenssteuer.

Schrifttum: ApothZ. 1931, 617 und 1436. — WERNER: PharmZ. 1931, Nr 57. — ROHMER: PharmZ. 1931, Nr 46 und ApothZ. 1931, 732. — HAMBURGER: Die preußischen Apothekenbetriebsrechte. Berlin: Julius Springer 1928.

Nr 3. Grunderwerbssteuer.

Schrifttum: HAMBURGER: Apothekenbetriebsrechte. Berlin: Julius Springer 1928.

Rechtsprechung: a) RFH. 3. 8. 26, ApothZ. 1926, 1237: Bei Übertragung eines Apothekengrundstücks erstreckt sich die Grunderwerbssteuer auch auf den für die Konzession gezahlten Betrag.

b) RFH. 22. 10. 30: Ein besonderer, der Grunderwerbssteuer nicht unterliegender Kundschaftswert kann bestehen, wenn eine Apotheke, die nicht die einzige des Ortes ist, ein nicht auf ihre besondere Lage zurückzuführendes Ansehen hat, das vielleicht eher als der örtlich bedingte Kundschaftswert verloren gehen kann. Vgl. Landesfinanzamt Oberschlesien, ApothZ. 1930, Nr 2.

c) RFH. 23. 7. 30, PharmZ. 1931, Nr 12: Der der Grunderwerbssteuer zugrunde liegende Betrag kann nicht deshalb gekürzt werden, weil die Apotheken nicht nur dem Apothekenzwang unterliegende Waren verkaufen.

Nr 4. Umsatzsteuer.

Rechtsprechung: RFH. 12. 6. 28, PharmZ. 1928, Nr 64: Umsatzsteuerfreiheit für Krankenkassen besteht nur, wenn sie die Entgelte für Arzneilieferungen an ihre Mitglieder selbst unmittelbar den Lieferanten zahlen.

II. Verkehr mit Arzneimitteln.

A. Die wichtigsten Bestimmungen des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) unter besonderer Berücksichtigung der Verordnung über das Verschreiben betäubungsmittelhaltiger Arzneien und ihre Abgabe.

Bem. 1. Internationale Opiumgesetzgebung. Die Regelung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln beruht auf internationalen Vereinbarungen, die zum Teil in die Vorkriegszeit reichen, insbesondere auf dem 1. (Haager) Internationalen Opiumabkommen 23. 1. 12, Art. 295 des Versailler Vertrages und in jüngster Zeit der Genfer Konvention 13. 7. 31. Diese bezweckt in Ergänzung des Haager Abkommens von 1912 und des zweiten Genfer Abkommens von 1925 die Beschränkung der Herstellung von Betäubungsmitteln (und zwar nicht nur der Opiate) nur für den medizinischen und wissenschaftlichen Bedarf.

Bem. 2. Deutsche Opiumgesetzgebung. Im Gegensatz zu den Opiumgesetzen 30. 12. 20 und 21. 3. 24 stützt sich das gegenwärtig in Deutschland geltende „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz)“ 10. 12. 29 nicht nur unmittelbar auf internationale Abkommen. Das Gesetz und die zu ihm ergangenen Ausführungsbestimmungen behandeln eine im § 1 OpG. näher bezeichnete Anzahl von Stoffen, und zwar die Grundverbindungen sowie deren Verbindungen, insbesondere Salze und Zubereitungen. Einzelne Sondervorschriften, insbesondere die über die Verschreibung durch Ärzte, gelten jedoch nur für einen Teil dieser Stoffe.

Bem. 3. Verkehr mit Betäubungsmitteln. Das OpG. selbst unterwirft fast den gesamten Verkehr mit Betäubungsmitteln, insbesondere Einfuhr, Durchfuhr, Ausfuhr, Gewinnung, gewerbsmäßige Herstellung und Verarbeitung, Handel, Erwerb, Abgabe, Veräußerung sowie jeden sonstigen gleichartigen Verkehr einer Erlaubnispflicht, von der nur die Apotheker insoweit befreit sind, als die Abgabe auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung erfolgt. Von dem Erlaubniszwang befreit sind ferner die behördlich genehmigten ärztlichen Hausapotheken für die Verarbeitung und Abgabe der Stoffe und Zubereitungen, die behördlich genehmigten tierärztlichen Hausapotheken für den Erwerb, die Abgabe und Verarbeitung der Stoffe.

Bem. 4. Bezugschein. Nach § 4, IV OpG. in Verbindung mit der Verordnung über den Fortfall der Bezugscheinpflicht bei Betäubungsmitteln 21. 9. 31 (RAnz. Nr. 222) dürfen gewisse Arzneimittel, die in einer der erwähnten VO. beigegebenen Liste veröffentlicht worden sind, unbeschadet der sonstigen Vorschriften der Opiumgesetzgebung ohne Bezugschein abgegeben und erworben werden. Darunter befinden sich, allerdings nicht unbeschränkt, Morphin-Atropin-Ampullen, Pantopon-Scopolamin-Ampullen usw.

Bem. 5. Verordnung über das Verschreiben betäubungsmittelhaltiger Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken. Sie wurde auf Grund des § 8 OpG. am 19. 12. 30 von der RReg. erlassen. Ihr unterliegen „betäubungsmittelhaltige Arzneien“, d. h. zur Abgabe an den Verbraucher hergerichtete Stoffe und Zubereitungen. Sie verpflichtet die Ärzte, Zahn- und Tierärzte, eine Fülle

von Voraussetzungen hinsichtlich der Notwendigkeit und Geeignetheit der Verschreibung zu prüfen und regelt auch die erlaubte Verschreibung selbst sehr eingehend. Auch der Apotheker muß bei Abgabe eines Betäubungsmittels die Ordnungsmäßigkeit des Rezeptes, wenn auch nur in gewissem Umfange, prüfen. Ärzte und Apotheker haben über den Verbleib der verschriebenen bzw. abgegebenen Mittel nach genauen Vorschriften Buch zu führen. Verschreiben dürfen Arzt und Zahnarzt nur für einen Kranken, der Tierarzt nur für ein krankes Tier, ferner alle nur für den Praxisbedarf und für öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser, für Universitätskliniken und ihnen gleichgestellte Anstalten, für Hausapotheken und Kauffahrteischiffe. Freier sind die öffentlichen Krankenhäuser gestellt (s. unten). Überhaupt nicht verschrieben und abgegeben werden dürfen Arzneien, die Cocablätter oder Zubereitungen oder Ekgonin oder ein Morphinester, ausgenommen Diacetylmorphin (Heroin) enthalten. Im einzelnen vgl. §§ 9, 10, 13, 14, 16, 17 und insbesondere § 21 der Verordnung.

Noch weiter eingeschränkt ist das Verschreiben cocainhaltiger Arzneien. Diese dürfen aber auch neben anderen Betäubungsmitteln verschrieben werden, Cocain jedoch nur in einer bestimmten Form, nämlich in höchstens 10proz. Lösung oder Augentabletten. Ferner muß der Verwendungszweck und eine ausdrückliche Gebrauchsanweisung angegeben werden. Die cocainhaltige Arznei muß schließlich mindestens 0,1% Atropinsulfat enthalten.

Kein Betäubungsmittel darf in Substanz abgegeben werden. Ferner darf der Apotheker Verschreibungen von Opium, Opiumzubereitungen sowie Morphin und seiner Salze, wenn in ihnen die Höchstmengen überschritten werden mußten, nur beliefern, sofern der Arzt einen Vermerk „eingetragene Verschreibung“ auf das Rezept gesetzt hat.

Bem. 6. Ärztlich begründet. Die Verschreibungen müssen ärztlich begründet sein. Was hierunter zu verstehen ist, muß nach dem jeweiligen Stande der ärztlichen Wissenschaft und Praxis beantwortet werden. Die von der allgemeinen abweichende wissenschaftliche Überzeugung einzelner Ärzte ist unbeachtlich. Gegenwärtig sind die Leitsätze des deutschen Ärztetages in Danzig vom Jahre 1928 (s. ANSELMINO-HAMBURGER, S. 188f. und die dort in Bezug genommene ausführliche Judikatur und Literatur) im einzelnen maßgebend. Die Verschreibung eines schmerzstillenden Mittels ist nicht ärztlich begründet, wenn die dadurch hervorgerufene Schädigung des Kranken so schwer ist, daß sie den Wert der Betäubung überwiegt.

Cocainhaltige Arzneien dürfen, auch für den Praxisbedarf, nur zu ganz bestimmten, meist chirurgischen Zwecken verordnet werden.

Bem. 7. Das Versenden von Betäubungsmitteln. § 23 der Verschreibungs- und Abgabeverordnung verbietet die Versendung von Arzneien über den Niederlassungsort der Apotheken hinaus, wenn sie nicht zu den dem Bestimmungsort nächstgelegenen 10 Apotheken gehört. Die Rechtswirksamkeit dieser Bestimmung ist zweifelhaft. Denn § 8 OpG. sieht lediglich einschränkende Maßnahmen, nicht aber absolute Verbote vor. Ob aber diese Vorschrift lediglich eine Beschränkung der Art der Abgabe, nämlich des Versendens, darstellt, erscheint fraglich.

Bem. 8. Unzulässiges Rezept. Wenn ein Rezept nach den geltenden Bestimmungen nicht zu beliefern ist, muß es der Apotheker gemäß § 24 der Verschreibungsverordnung, sofern kein dringender Notfall vorliegt, mit dem Vermerk „die Verschreibung darf nach gesetzlicher Vorschrift nicht beliefert werden“ zurückgeben.

Bem. 9. Nichtarzneiliche Zwecke. Die Abgabe zu anderen als arzneilichen, mithin zu gewerblichen und wissenschaftlichen Zwecken, ist nicht aus-

geschlossen. Unberührt bleiben jedoch die Bestimmungen über das Erfordernis einer generellen Erlaubnis und eines Bezugscheines (§§ 3, 4 OpG.).

Bem. 10. Krankenhausapotheke. Die Krankenhausapotheke darf für den Bedarf der öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäuser Betäubungsmittel auf Rezept unbegrenzt abgeben. Sie darf, wenn sie von einem approbierten Apotheker geleitet wird, genau wie eine öffentliche Apotheke Betäubungsmittel auf Bezugschein für jeden Einzelfall von der Großdrogenhandlung beziehen. Die von einem Nichtpharmaceuten geleiteten Krankenhausapotheken, sog. Dispensieranstalten, müssen ihren Betäubungsmittelbedarf aus einer Apotheke (in Preußen einer der zehn nächstgelegenen gemäß § 50 der ApothBetrO.) auf Grund eines ärztlichen Rezeptes beziehen.

Bem. 11. Krankenhäuser ohne eigene Apotheke. Hier ist zwischen 1. öffentlichen, 2. gemeinnützigen und 3. privaten Krankenanstalten zu unterscheiden. Öffentliche Krankenhäuser nehmen satzungsmäßig Kranke unterschiedslos auf, unterstützen hilfsbedürftige Personen und sind nicht auf Gewinn gerichtet. Öffentliche Krankenhäuser im engeren Sinne stehen im Eigentum oder in der Verwaltung des Staates, der Provinzen, Kreise oder sonstiger Kommunalverbände. Zu den gemeinnützigen Krankenanstalten gehören alle mit Korporationsrechten versehenen, die der öffentlichen Krankenfürsorge dienen und den Hauptzweck verfolgen, armen und wenig bemittelten Kranken, Siechen usw. ganz oder teilweise unentgeltliche Aufnahme zu gewähren. Private Krankenhäuser dürfen gemäß § 30 GewO. nur auf Grund einer besonderen Konzession betrieben werden.

Die öffentlichen Krankenhäuser sind insofern privilegiert, als für sie unter das OpG. fallende Stoffe ohne Mengenbegrenzung verschrieben werden dürfen. Im übrigen unterliegen sie den allgemeinen Vorschriften. Auch die gemeinnützigen Krankenanstalten sind bevorzugt, während für die privaten — ohne ersichtlichen Grund — keinerlei Besonderheit gilt. Z. B. darf der Arzt für den allgemeinen Bedarf privater Krankenanstalten und auch Entziehungsanstalten Betäubungsmittel überhaupt nicht verschreiben. Er bleibt darauf beschränkt, Betäubungsmittel für seinen Praxisbedarf, für den einzelnen Anstaltspatienten zu verschreiben.

Bem. 12. Strafvorschriften. Verstöße gegen die Betäubungsmittelverordnung sind strafbar. Die früher vom RG. dem Apotheker auferlegte Pflicht zur Prüfung, ob die Abgabe zu Heilzwecken oder Nichtheilzwecken erfolgt, ist ihm nach den Motiven des OpG. und der AusfVO. zu § 8 nicht mehr zuzumuten. Eine Straffälligkeit des Arztes dürfte überwiegend auf der Verletzung des § 6 der VO. (ärztliche Begründetheit) beruhen (s. § 10 Abs. III).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): ANSELMINO-HAMBURGER: Kommentar zum Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz). Berlin: Julius Springer 1931. — URBAN: Die Neuregelung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln. Berlin: Julius Springer 1931. Sonderdruck. — *Pharmazeutische Zeitung* 1931, Nr 21, 22, 23.

Nr 1. Verschreibungsverordnung.

Schrifttum: Entwurf zum Reichsarzneimittelgesetz, Beilage zum RGesundhBl. 1931, Nr 34. — *Sitzungsbericht der Berliner Ärztekammer* vom 5. 5. 31.

Rechtsprechung: RG. 14. 4. 30, III. 1340/29: Eine ordnungsmäßige ärztliche Verordnung liegt nicht vor, wenn die Verschreibung in einer dem Apotheker erkennbaren Weise unter Verletzung der Regeln der ärztlichen Wissenschaft mißbräuchlich aufs Geratewohl erteilt ist.

Nr 2. Ärztlich begründet.

Schrifttum: Leitsätze des Deutschen Ärztetages in Danzig von 1928, abgedruckt bei ANSELMINO-HAMBURGER S. 188f. — LUSTIG, abgedruckt bei ANSELMINO-HAMBURGER S. 191. — HAMBURGER in JW. 1931, 1426. — WOLFF: Umfrage in DMedW. 1931, 135, 178, 223, 266 und 310. — LEMKE: Das Opiumgesetz. ZMedBe. 1929, 263.

Rechtsprechung: a) RG. 8. 7. 30, I. 465/30: Das Recht soll die wissenschaftliche Überzeugung eines Arztes nicht vergewaltigen.

b) RG(Str) 62, 362: Bei Nachprüfung der ärztlichen Begründetheit ist von den überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft auszugehen.

Nr 3. Ärztemuster.

Schrifttum: BerlÄKorr. 1928, 549; 1929, 58.

Nr 4. Krankenhaus.

Rechtsprechung: OVG. 7. 2. 10 und 1. 7. 10: Voraussetzung für den öffentlichen Charakter einer Krankenanstalt ist, daß sie den Satzungen gemäß Kranke unterschiedslos aufnimmt und auf Unterstützung hilfsbedürftiger Personen, nicht aber auf Gewinn gerichtet ist.

Nr 5. Strafvorschriften.

Schrifttum: GrBerlÄBl. 1930, 181.

Rechtsprechung: RG(Str) 60, 365: Auf Grund des OpG. vom 21. 3. 24 war der Apotheker zu prüfen verpflichtet, ob die ärztliche Verschreibung zu Heil- oder Genußzwecken erfolgte. Siehe auch RG. Urteil v. 3. 3. 32 in Südd. ApothZ. 1932, Nr 19, 130 u. Urteil v. 25. 2. 32 in ApothZ. 1932, 280.

B. Die wichtigsten Bestimmungen über den Arzneimittelverkehr, das Rezept und der Verkehr mit Giften unter Berücksichtigung des kommenden Reichsarzneimittelgesetzes.

Bem. 1. Reichsrecht. Reichsrechtliche Bestimmungen über den Verkehr mit Arzneimitteln enthält § 367, Nr. 3 u. 5 StGB., wonach derjenige bestraft wird, der ohne polizeiliche Erlaubnis Gifte oder Arzneien, die nicht freigegeben sind, zubereitet, feilhält, verkauft oder an andere überläßt sowie derjenige, welcher bei der Ausübung der Befugnis der Zubereitung oder Feilhaltung von Arzneien (also vor allem der Apotheker) die hierzu ergangenen Verordnungen, z. B. ApothBetrO. usw., nicht befolgt. Zu beachten ist weiter die RGewO. Nach ihrem § 56 sind Gifte, Arzneien, Geheimmittel, Bruchbänder usw. vom Ankauf oder Feilbieten im Umherziehen ausgeschlossen. Nach dem RG. betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen von 5. 7. 87 unterliegen kosmetische Präparate, die Heilzwecken dienen, bei ihrer Abgabe in den Apotheken nicht dem Farbensgesetz, sondern den Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel (s. unten). Das Gesetz über Branntweinmonopol 18. 4. 22 verbietet die Verwendung von Methylalkohol zur Herstellung von Vorbeugungs-, Heilmitteln u. dgl. Von reichsrechtlicher Bedeutung sind ferner die Verordnung über den Verkehr mit Süßstoff vom 4. 6. 20, sowie das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (s. S. 246ff.), die §§ 7 u. 11 des GeschlKrG. sowie die Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel und die im folgenden behandelte Arzneimittelverkehrsverordnung.

Bem. 2. Die Kaiserliche Verordnung 22. 10. 01. Die sog. KaisVO. ist auf Grund der Ermächtigung des § 6 II GewO. erlassen. Gemäß § 1 dieser VO., die übrigens als Schutzgesetz zugunsten der Apotheker i. S. des § 823 II BGB. anzusehen ist, dürfen die in dem ihr beigegebenen Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen ohne Rücksicht darauf, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht, als *Heilmittel* außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden. Unter Heilmittel sind hier Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren zu verstehen. Das Verzeichnis A nennt insbesondere Abkochungen, Auszüge, Gemenge, Gemische, Pastillen, Kapseln, Pflaster, Suppositorien, von denen es allerdings einzelne bestimmte Ausnahmen gibt. § 2 der VO. verbietet die Abgabe der im Verzeichnis B aufgeführten Stoffe außerhalb der Apotheken, und zwar gleichgültig zu welchem Zweck, ob als Heil-

mittel oder nicht. Es enthält 67 mit einem Stern gekennzeichnete Stoffe, bei denen auch die Abkömmlinge sowie die Salze und deren Abkömmlinge dem Verkehr außerhalb der Apotheken entzogen sind. Für Zubereitungen gilt diese Beschränkung nicht. Die im Verzeichnis C aufgeführten Stoffe dürfen gleichfalls nicht außerhalb der Apotheken abgegeben werden. Es handelt sich hierbei um die Stoffe der Anlagen A, B und C zur Geheimmittelverordnung. § 2b der KaisVO. unterwirft dem Abgabeverbot außerhalb der Apotheken auch die Krankenkassen, Genossenschaften, Vereine (man denke an die biochemischen Vereine) usw.

Bem. 3. Großhandel. Der Großhandel unterliegt diesen einschränkenden Bestimmungen nicht. „Großhandel“ bedeutet die Deckung eines Bedarfes, welcher über den augenblicklichen Bedarf des Verbrauchers hinausgeht. Wesentlich ist auch, ob unmittelbar an den Verbraucher oder an ein Zwischenglied geliefert wurde. Die Vereinbarung von Großhandelspreisen ist dagegen ebenso wenig Voraussetzung des Großhandels wie die Lieferung auf Vorrat.

Bem. 4. Starkwirkende Arzneimittel. Die Vorschriften betreffend die Abgabe starkwirkender Arzneimittel in den Apotheken gelten heute in der Fassung vom 19. 3. 31. Die VO. unterscheidet deutlich zwischen Drogen, Präparaten und Zubereitungen, wobei unter Präparaten die chemischen zu verstehen sind, während mit Zubereitungen die gallenischen gemeint sein dürften. Es gibt hier besondere Vorschriften über die Beschaffenheit und Beschriftung der Arzneigläser und Standgefäße; z. B. sind Rezepturen zu äußerlicher Anwendung in sechs-eckigen Gläsern abzugeben. Nach dem PrMinErl. von 1899 sind Schachteln, die äußerlich anzuwendende Mittel enthalten, mit einer roten Signatur zu versehen. Die VO. läßt weiter die Abgabe gewisser Mittel an das Publikum nur bei Vorlegung eines Rezeptes zu. Unter Publikum sind hier die Patienten bzw. Konsumenten zu verstehen, die das Mittel für sich selbst verwenden.

Bem. 5. Rezept. Das Rezept, auch Verordnung, Verschreibung, Anweisung genannt, wird im § 1 der Vorschriften betreffend die Abgabe starkwirkender Arzneimittel definiert als „schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes“. Bei Sondergesetzen will das RG. den Begriff des Rezeptes aus dem betreffenden Gesetz und seinen Zwecken unter Berücksichtigung der Auffassung in ärztlichen Fachkreisen bestimmen. Sonderbestimmungen enthalten die §§ 19ff der AusfBest. zu § 8 OpG., wo Form und Inhalt einer ordnungsmäßigen Verschreibung genau bestimmt sind, insbesondere Vor- oder Nachdatierung eines Rezeptes verboten und für jede Abgabe eine neue Verschreibung erfordert wird usw. Alle Rezepte aber müssen unbeschadet bestimmter Sonderfälle mindestens Datum und Unterschrift des verschreibenden Arztes enthalten und leserlich sein. Nicht erforderlich ist Gebrauchsanweisung, Angabe der Wohnung des Patienten usw. Ärztlich begründet braucht ein Rezept nicht zu sein, es sei denn, daß eine unter die Betäubungsmittelgesetzgebung fallende Arznei verschrieben ist. Das Rezept ist nicht etwa als Anweisung im zivilrechtlichen Sinne aufzufassen. Dagegen ist das Krankenkassenrezept als Ermächtigung i. S. des § 783 BGB. anzusehen, wonach der Kranke die Arznei erfordern, die Apotheke die Lieferung für Rechnung der Krankenkasse bewirken kann. Nach § 3 der Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel können gewisse, zum inneren Gebrauch bestimmte Arzneimittel, ausnahmsweise ohne neue ärztliche Anweisung abgegeben werden. Siehe Anfertigung von Arzneimitteln S. 254.

Bem. 6. Arzt. Arzt im Sinne dieser Vorschriften ist nur, wer gemäß § 29 GewO. die Approbation als deutscher Arzt besitzt. Eine ärztliche Praxis braucht er nicht auszuüben; es genügt, wenn er die Befugnis dazu, die Approbation, besitzt.

Bem. 7. Rezeptmißbrauch, Strafrecht. Wer ein Rezept verschreibt, ohne Arzt im oben angegebenen Sinne zu sein, macht sich nur strafbar, wenn es sich um ein unter das OpG. fallendes Arzneimittel handelt. Jedoch darf der Apotheker ein von einem Nichtarzt ausgestelltes Rezept nur beliefern, wenn es sich um Mittel handelt, die im Handverkauf abgegeben werden dürfen. Nach ständiger Rechtsprechung ist das Rezept eines Arztes als beweis erhebliche Privaturkunde i. S. des § 267 StGB. anzusehen. Denn es berechtigt regelmäßig den Apotheker, die Arznei für eine bestimmte Person anzufertigen, es dient auch zum Beweisordnungsmäßig berechneter Taxe, da diese nach den Bestimmungen der Apoth.-BetrO. auf dem Rezept vermerkt sein muß. Strafbar ist sowohl die Verfälschung des Rezeptes (Änderung seines ursprünglichen Inhaltes), als auch die fälschliche Anfertigung (Fälschung der Unterschrift). § 267 StGB. erfordert nicht, daß durch den Gebrauch der falschen Urkunde ein Schaden entsteht. Nur eine vorsätzliche Handlung ist strafbar. Ein solcher Rezeptmißbrauch wird dagegen selten als Betrug anzusehen sein, weil regelmäßig nicht die Absicht bestehen wird, jemanden durch ein irreführendes Rezept zu schädigen.

Bem. 8. Süßstoff, Dulcin. Der Bezug von Süßstoff aus Apotheken unterliegt keinerlei Beschränkung und Beaufsichtigung mehr. Die abgabefertigen Arzneispezialitäten müssen jedoch eine deutliche Aufschrift enthalten: „mit künstlichem Süßstoff zubereitet“. Bei Stärkungs-, Nähr- und Arzneimitteln muß außerdem sowohl auf Packungen und Umhüllungen wie auf Anpreisungen auch die Menge des verwendeten Süßstoffes und des Zuckers angegeben werden. Dulcin darf nur in fertigen Packungen und auch nur in Apotheken auf Grund eines ärztlichen Rezeptes abgegeben werden.

Bem. 9. Staatlich geprüfte Arzneimittel. Für den Verkehr mit staatlich geprüften Arzneimitteln, deren Abgabe dem öffentlichen Apothekenhandverkauf entzogen ist, gelten besondere Bestimmungen. Sera dürfen z. B. nur auf Rezept abgegeben werden. Impfstoffe werden nur auf ärztliches Erfordern verabfolgt; eines schriftlichen Rezeptes bedarf es hierbei nicht. Der Name des Arztes muß jedoch dem Apotheker bekannt sein und ist in einem Geschäftsbuch zu vermerken. Eine Buchführung ist nur für solche Apotheken erforderlich, die eine offizielle Niederlage für Impfstoffe haben, nicht für solche, die gelegentlich im Bedarfsfalle Lymphe aus einer anderen Apotheke beziehen. Die Lymphen sollen in den Apotheken tunlichst in einem eisernen Schrank aufbewahrt werden.

Bem. 10. Gifte. Die Vorschriften über den Handel mit Giften unterstellen (abgesehen von Sondervorschriften und Ungeziefermitteln) in den §§ 2—18 den gewerbsmäßigen Gifthandel genauen Bestimmungen bezüglich der Aufbewahrung und Abgabe. Soweit giftige Stoffe als Arzneimittel in den Apotheken abgegeben werden, sind ihrer Abgabe die Vorschriften über den Verkehr mit starkwirkenden Arzneimitteln zugrunde zu legen, auch wenn sie an sich frei verkäuflich wären, und zwar gleichgültig, ob die Abgabe zu gewerblichen, wissenschaftlichen oder künstlerischen Zwecken erfolgt. Was unter einem Gift zu verstehen ist, geht aus Abt. 1, 2 u. 3 der den Giftvorschriften beigefügten Anlage I hervor. Die Abgabe der in den Abt. 1 u. 2 verzeichneten Gifte muß ins Giftbuch eingetragen werden und kann nur gegen einen Giftschein erfolgen. Die in Abt. 3 aufgeführten Gifte können ohne Giftschein und ohne Eintragung ins Giftbuch abgegeben werden. Bei den Giften aller drei Abteilungen muß der Giftempfänger, falls er nicht als zuverlässig bekannt ist, sich durch einen behördlichen Erlaubnisschein ausweisen. Die in Abt. 1 der Anlage I genannten Gifte müssen in einer besonderen Giftkammer (§ 5 der Vorschriften) und innerhalb dieser in einem verschlossenen Behältnis (Giftschrank) aufbewahrt werden.

Bem. 11. Entwurf zum Reichsarzneimittelgesetz. Die RReg. hat kürzlich der Öffentlichkeit den Entw. zu einem Reichsarzneimittelgesetz mit eingehender Begründung vorgelegt. Dieser sieht mit Rücksicht auf den besonderen Charakter der sich stets ändernden Arzneimittelgesetzgebung ein Rahmengesetz vor, um im Bedarfsfalle, ähnlich wie beim Lebensmittelgesetz, im Wege der Ausführungsbestimmungen den Arzneimittelverkehr zu regeln. Der Entw. trägt dem Umstand Rechnung, daß die Apotheke, wiewohl sie nicht mehr in so großem Umfange wie ehemals Arzneimittelherstellungsstätte ist, für das arzneisuchende Publikum von größter Bedeutung ist. Denn die Apotheke stellt nach wie vor im unmittelbaren Verkehr mit dem Publikum das letzte Glied, mithin die wichtigste Abgabestelle für Arzneimittel dar.

Der Entwurf behandelt im wesentlichen die Regelung des Verkehrs mit 1. eigentlichen Arzneimitteln, 2. den Mitteln, welche zur Erkennung von Krankheiten oder als Desinfektions- oder Ungeziefermittel Verwendung finden und 3. mit Gegenständen wie Apparaten, Instrumenten, die ähnlichen Zwecken wie die Arzneimittel oder in weiterem Umfange der Krankenpflege dienen. Dagegen wird der Verkehr mit Bruchbändern, künstlichen Gliedern usw. vom Gesetz nicht geregelt. Der Verkehr mit Giften ist im Entwurf auch insoweit berücksichtigt als diese gewerblichen, wissenschaftlichen oder kosmetischen Zwecken dienen. Er beschränkt sich im Gegensatz zum geltenden Recht nicht auf die Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln, sondern greift auch auf die Arzneimittelproduktion über. Der Regierung soll die Möglichkeit gegeben werden, durch Ausführungsbestimmungen den Verkehr auf Heilzwecke zu beschränken (§ 1, I und § 7 des Entw.). Ferner wird die Einführung eines allgemeinen Erlaubniszwanges zur Arzneimittelherstellung geplant, der bisher nur für Apotheken (Konzessionspflicht) bestand. Dies geschieht insbesondere mit Rücksicht auf die groben Mißstände im Geheimmittelwesen und die weit verbreitete Unsitte, den Arzneimitteln in Anpreisungen aller Art eine über ihren wahren Wert weit hinausgehende Bedeutung beizumessen. Daneben ist aber auch eine Überwachung der Arzneimittelherstellung vorgesehen. § 1 des Entw. bezieht die Vorbeugungsmittel in den Begriff der Arzneimittel ein. Doch betont die Begründung ausdrücklich, daß mit dieser Erweiterung des Arzneimittelbegriffes „nicht etwa zum Ausdruck kommt, daß die Vorbeugungsmittel entgegen dem bisherigen Rechtszustand dem Verkauf in den Apotheken vorbehalten bleiben sollen“.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): URBAN: Freigegebene und nichtfreigegebene Arzneimittel nach dem Stande vom 1. 7. 1931, S. 23, 86ff. Berlin: Julius Springer 1931.

Nr 1. Kaiserliche Verordnung.

Rechtsprechung: a) RG. 20. 3. 30, PharmZ. 1930, 556: Die KaisVO. ist ein Schutzgesetz zugunsten der Apotheker im Sinne des § 823, 2 BGB.

b) OLG. Stettin, ApothZ. 1931, 1017: Die KaisVO. ist kein Schutzgesetz.

Nr 2. Starkwirkende Arzneimittel.

Rechtsprechung: OVG. 8. 3. 15: Zum Publikum im Sinne des § 1 der Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel gehören nicht diejenigen, die Arzneimittel in Ausübung des Heilgewerbes bei anderen anwenden, z. B. Ärzte, aber auch Dentisten.

Nr 3. Rezept.

Schrifttum: ANSELMINO-HAMBURGER: Kommentar zum Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz), S. 190. Berlin: Julius Springer 1931. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht, S. 181.

Rechtsprechung: a) RG. 11. 10. 28 bei EBERMAYER, a. a. O. S. 281: Auch die von einer Krankenschwester geschriebene, aber vom Arzt unterschrieben vollzogene Anweisung für den allgemeinen Bedarf eines Krankenhauses ist ein Rezept.

- b) R.G. in *MedWelt* **1930**, 1259: Ein Blankorezept ist unzulässig.
- c) R.G. in *JW.* **1930**, 1580: Der Arzt muß beim Schreiben eines Rezeptes besonders vorsichtig sein.
- d) R.G.(Str) **18**, 149: Das ärztliche Rezept ist Urkunde im Sinne des § 267 StGB.

Nr 4. Entwurf zum Reichsarzneimittelgesetz.

Schrifttum: *PharmZ.* **1931**, Nr 69. — *RGesBl.* **1931**, 2. Beiheft. — *ApothZ.* **1931**, 1448.
— Siehe auch Neufassung des Arzneimittelgesetzentwurfs in *PharmZ.* **1932**, Nr 17.

C. Apothekenbetriebsordnung, Deutsches Arzneibuch und Apothekenpersonal.

Bem. 1. Rechtsquellen. Der innere Betrieb der Apotheken, insbesondere die Heilmittelherstellung und Abgabe, sind zur Zeit nur in landesrechtlichen ApothBetrO. geregelt. Von der im folgenden behandelten PrApothBetrO. weichen die Gesetze der übrigen Deutschen Länder (nicht alle haben eine eigene ApothBetrO.) nur unerheblich ab.

Bem. 2. Rechtscharakter der Preußischen Apothekenbetriebsordnung. In der Rechtsprechung herrscht Streit, ob die PrApothBetrO. in vollem Umfange eine rechtsgültige VO. ist, deren Übertretung nach § 367 Ziff. 5 StGB. bestraft wird oder ob ihr nur insoweit Gültigkeit zukommt, als sie einzelne Vorschriften enthält, denen die RevApothO. von 1801 zugrunde liegt.

Bem. 3. Einrichtung der Apotheken, Bibliothek. Die ApothBetrO. verlangt die Einrichtung bestimmter Räumlichkeiten wie Offizin, Materialkammer, Kräuterkammer, feuersicheres Laboratorium und Stoßkammer. In jeder Apotheke müssen gemäß § 26 der PrApothBetrO. vorhanden sein: das Deutsche Arzneibuch, die Arzntaxe, die Bestimmungen über das Apothekenwesen und die die Apotheker betreffenden behördlichen Verfügungen, ein Giftverkaufsbuch, wissenschaftliche Bücher über die Aus- und Fortbildung von Apothekerpraktikanten sowie eine Pflanzensammlung bzw. ein gut illustriertes botanisches Werk.

Bem. 4. Arzneimittelvorräte und -aufbewahrung. Bestimmte Medikamente (§ 27 PrApothBetrO.), die sog. series medicaminum, müssen in der Apotheke stets vorhanden sein (MinErl. 12. 3. 13). Sämtliche Arzneimittel müssen in den seitens der MedAufsBeh. (in Preußen der RegPräs.) genehmigten Apothekenräumen angefertigt bzw. versandt werden. Die Aufbewahrungsvorschriften gelten gemäß § 9 PrApothBetrO. auch für Arzneispezialitäten.

Besonders strenge, bis ins einzelne gehende Vorschriften weist die ApothBetrO. für die Aufbewahrung der sog. Gifte (Tabula B) und der starkwirkenden Arzneimittel (Tabula C), insbesondere der Morphin- und Phosphorpräparate sowie für das Vorrätighalten leicht zersetzbarer Arzneimittel, z. B. von Extrakten, zusammengepreßter Arzneizubereitungen, Infusa usw. auf. Die Verwahrung der Salvarsanpräparate regelt der MinErl. v. 4. 8. 27 besonders.

Die Arzneigefäße sind laut Arzneibuch mit bestimmten Aufschriften zu versehen:

Bem. 5. Deutsches Arzneibuch. Neben gleichen oder ähnlichen Bestimmungen wie die ApothBetrO. enthält das Deutsche Arzneibuch allgemeine fachtechnische Erläuterungen, Untersuchungsverfahren, Temperaturangaben, Bestimmungen über Sterilisation, Herstellung von Abkochungen und Infusa, Pillen, Teegemischen, Salben, Extrakten und Tinkturen, jedoch nicht irgendwelche Weisungen für Anfertigung von ärztlichen Rezepten. Es behandelt weiter Schutz-, Heilsera und Tuberkuline, deren Reinheit und Echtheit ebenso wie bei Salvarsan und *Folia digitalis* von den Apothekern nicht gewährleistet ist, und spricht weiterhin von der staatlichen Prüfung, welcher diese Präparate unterliegen und welche Voraussetzung für das Inverkehrbringen dieser

wichtigen Arzneimittel ist, fernerhin von ihrer Verpackung, Aufbewahrung usw. Im Gegensatz zur PrApothBetrO. kann das Deutsche Arzneibuch als rechtsgültige VO. nicht angesehen werden, mindestens nicht als Ganzes; immerhin liefert es als wissenschaftliches Standardwerk beachtliche Auslegungsregeln und soll nach dem Entw. zum Reichsarzneimittelgesetz zur rechtsverbindlichen Ausführungsverordnung gemacht werden.

Bem. 6. Laboratorium. Im Apothekenlaboratorium werden vielfach außer den notwendigen Herstellungen von Arzneimitteln u. dgl. auch chemische Untersuchungen von Nahrungsmitteln, physikalische und bakteriologische Untersuchungen ausgeführt. Bei letzteren sind neben dem Ges. 18. 2. 27 auch die Vorschriften über die Krankheitserreger zu beachten.

Bem. 7. Anfertigung und Abgabe von Arzneimitteln. Der Apothekenvorstand, d. h. Apothekenbesitzer, Pächter oder Verwalter, ist nach §§ 28, 29 ApothBetrO. für die Güte der hergestellten Arzneimittel verantwortlich und hat sie insbesondere auf Echtheit und Reinheit zu prüfen. Der Apotheker muß ärztliche Verschreibungen *unverzüglich* unter Beachtung allergrößter Sorgfalt und Sauberkeit ausführen, ohne daß er deshalb die Arzneimittel etwa ohne Bezahlung auszuhändigen braucht. Er muß die Signatur des Arzneimittels mit bestimmten Angaben in deutscher Sprache versehen. Er hat sich mit dem Kreisarzt in Verbindung zu setzen, wenn er bei einem Rezept Irrtümer oder Verstöße gegen die einschlägigen Bestimmungen feststellt. Keineswegs darf er für ein verschriebenes Arzneimittel ein anderes abgeben. Im Sinne des Warenzeichengesetzes gelten als „andere Mittel“ auch die wortgeschützten gegenüber denjenigen, welche unter ihrer wissenschaftlichen oder chemischen Bezeichnung im Verkehr sind (Aspirin = Acid. acetylosalicylic., Veronal = Diäthylbarbitursäure).

Bem. 8. Heilkunde und andere Nebenbeschäftigungen des Apothekers. Die Ausübung der Heilkunde ist den Apothekern mit Ausnahme von besonders eiligen Notfällen untersagt. Eine Ausübung der Heilkunde besteht jedoch noch nicht darin, daß ein Apotheker seine Mittel anpreist und ohne besondere Untersuchung und Bestimmung für den einzelnen, besonders gelagerten Krankheitsfall abgibt. Nur die Behandlung von Geschlechtskrankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist ohne Ausnahme nur approbierten Ärzten gestattet (§ 7 GeschlKrG.; s. S. 256). Die Rechtsprechung hat z. B. für die Abgabe von Tee durch einen Apotheker, die nach Erfragung eines bestimmten Geschlechtsleidens bei einer bestimmten Person erfolgte, das Tatbestandsmerkmal der „Behandlung“ i. S. des § 7 GeschlKrG. bejaht.

Die ApothBetrO. verbietet dem Apotheker, zur Erhaltung seiner ständigen Dienstbereitschaft, die z. B. beim alleinarbeitenden Landapotheker Tag und Nacht währt, jegliche Nebenbeschäftigung. Sie ist ihm nur mit Genehmigung des Reg-Präs. in besonderen, von der Apotheke getrennten Räumen erlaubt. Jedoch sind als solche Nebengeschäfte nicht aufzufassen die Fabrikation von Mineralwässern, der Betrieb einer Drogenhandlung neben der Apotheke usw.

Bem. 9. Empfehlung einer bestimmten Apotheke. Die Empfehlung einer bestimmten Apotheke (§ 38 PrApothBetrO.) ist den Ärzten auf Grund des heute noch in Kraft befindlichen PrMedEd. 27. 9. 1725 (desgleichen von der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit) verboten.

Bem. 10. Maximaldosen. Für gewisse Arzneimittel bestehen Vorschriften über Maximaldosen. Verschreibt der Arzt mehr als diese Höchstgaben, darf der Apotheker das Rezept nur anfertigen, wenn der Arzt ein Ausrufungszeichen und eine wörtliche Wiederholung der Menge beigefügt hat. Andernfalls ist der Apotheker verpflichtet, sich mit dem verordnenden Arzt in Verbindung zu setzen und das Entsprechende zu veranlassen. Ist der Arzt nicht erreichbar, dann darf der

Apotheker das Arzneimittel bis zur höchstzulässigen Grenze anfertigen, muß aber dem Arzt unverzüglich davon Mitteilung machen.

Bem. 11. Unleserliches Rezept. Ähnliche Vorschriften gelten für unleserlich geschriebene Verordnungen (§ 33 ApothBetrO.).

Bem. 12. Apothekepersonal. Bezüglich des in den Apotheken beschäftigten Personals auferlegt die BetrO. dem Apotheker die Verpflichtung zur sachgemäßen Ausbildung der Praktikanten. Die Ausbildung ist durch den Kreisarzt nachzuprüfen; ihm ist auch jeder Aus- und Eintritt eines Praktikanten, aber auch eines Assistenten zu melden (§§ 44ff. PrApothBetrO.). Beim Kreisarzt nicht-gemeldetes Personal darf nicht beschäftigt werden. Freilich bezieht sich diese Bestimmung nur auf das pharmazeutische Personal.

Seit einiger Zeit werden (unter dem Widerspruch der Apothekerassistenten) vielfach auch nichtpharmazeutische Arbeitskräfte, sog. „Helferinnen“ in Apotheken beschäftigt. Mehrere MinErl., insbesondere der vom 13. 10. 19, suchen die Beschäftigung dieser Hilfskräfte mit Arbeiten, die dem pharmazeutischen Personal vorbehalten sind, auszuschalten.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): URBAN: Apothekengesetze, S. 311, 319, 352, 358ff. Berlin: Julius Springer 1927. — Entwurf zu einem Reichsarzneimittelgesetz in PharmZ. 1931, Nr 69 und PharmZ. 1932, Nr 17.

Nr 1. Rechtscharakter der Preuß. Apothekenbetriebsordnung.

Schrifttum: GÖRRES: JW. 1927, 436.

Rechtsprechung: a) KG. 25. 7. 01: Die PrApothBetrO. ist eine rechtsgültige VO.

b) OVG. 18. 2. 07: Die ApothBetrO. ist nur insoweit gültig, als sie als Ausführungsverordnung zur RevApothO. von 1801 aufgefaßt werden kann.

Nr 2. Einzelne Vorschriften der ApothBetrO.

Rechtsprechung: a) KG. 6. 2. 08, PharmZ. 1908, Nr 13: Unleserlich im Sinne des § 33, III ApothBetrO. ist ein Rezept schon dann, wenn sein Wortlaut nicht mit Sicherheit ermittelt werden kann.

b) München 31. 3. 03, PharmZ. 1903, Nr 28: Neben der Einheitlichkeit des Stoffes sind Form und Dosis der Arznei wesentliche Kriterien des homöopathischen Heilmittels.

Nr 3. Deutsches Arzneibuch.

Schrifttum: ANSELMINO-GILG: Kommentar zum Deutschen Arzneibuch, 6. Ausgabe. Berlin: Julius Springer. — HAMBURGER: MedWelt 1927, Nr 45. — URBAN: PharmZ. 1927, 1115.

D. Die Zulässigkeit der Ankündigung von Arzneimitteln.

Bem. 1. Rechtsquellen. Auch hier mangelt es an einer reichseinheitlichen Gesetzgebung. Selbst die landesrechtlichen Vorschriften sind nicht einheitlich, sondern zum Teil provinziell begrenzte PolVO. — Über die Ankündigung von Geheimmitteln s. S. 257 Bem. 2ff.

Bem. 2. Ankündigung nicht freiverkäuflicher Mittel. Zahlreiche PolVO. verbieten die Ankündigung von Arzneimitteln, die dem Apothekenmonopol unterliegen. In solcher Allgemeinheit sind derartige Verbote jedoch ungültig, weil sie den dem Polizeiverordnungsrecht gewiesenen Rahmen übersteigen. Gültig ist ein derartiges Verbot nach der Rechtsprechung des KG. nur dann, wenn es sich auf die Anpreisung für ganz bestimmte, konkret bezeichnete Fälle bezieht.

Bem. 3. Sonstige polizeiliche Ankündigungsverbote. Durch PolVO. ist ferner fast im ganzen Deutschen Reich die Ankündigung von Heilmitteln oder zur Heilung dienenden Gegenständen, Vorrichtungen usw. verboten, wenn ihnen eine über den wahren Wert hinausgehende Bedeutung beigelegt oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irreführt wird oder wenn sie geeignet sind,

Gesundheitsschädigungen hervorzurufen. Diese Verbote hat das KG. bisher unter Bezugnahme auf § 10 II 17 ALR. und § 6 des alten PolVerwG. für gültig erklärt, soweit es sich um die Ankündigung mit übertriebenen Angaben über die Heilwirkung handelte. § 10. II. 17 ALR. ist zwar durch das am 1. 10. 31 in Kraft getretene neue PolVerwG. aufgehoben, aber durch den sachlich gleichen § 14 dieses Gesetzes ersetzt worden, so daß eine Änderung der bisherigen Rechtsprechung des KG. und des OVG. nicht zu erwarten sein dürfte.

Bem. 4. Mittel zu unzüchtigem Gebrauch, zur Verhütung der Empfängnis und von Geschlechtskrankheiten. § 184 Nr. 3 StGB. verbietet die Ankündigung von Gegenständen, die zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt sind. Hierzu rechnet das RG. u. a. Gegenstände, die zur Verhütung der Empfängnis zu dienen geeignet und so direkt oder indirekt bezeichnet sind. Denn es sieht den außerehelichen Geschlechtsverkehr als unsittlich und unzüchtig an. Diese Auffassung wird allerdings vielfach, insbesondere in einem bekanntgewordenen Urteil des LG. Chemnitz, bekämpft.

Bei Mitteln, die der Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienen, ist die Ankündigung nur verboten, wenn sie in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise erfolgt. Dient ein Mittel sowohl der Empfängnisverhütung wie der Verhinderung von Geschlechtskrankheiten, so kommt es darauf an, ob sein Charakter als Geschlechtskrankheiten verhütendes Mittel nicht etwa nur nebensächlicher Art ist und ob es tatsächlich zur Empfängnisverhütung „dient“, d. h. allgemein im Gebrauch ist.

Bem. 5. Das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 18. 2. 27. Sein § 7 verbietet die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Leiden der Geschlechtsorgane durch nichtapprobierte Ärzte. Eine solche Behandlung ist gelegentlich schon in der Anpreisung von Arzneimitteln gegen Geschlechtskrankheiten ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten, gesehen worden. Geschlechtskrankheiten i. S. dieses Gesetzes sind nach § 1 Syphilis, Tripper und Schanker, während § 7 auch von den Leiden der Geschlechtsorgane handelt. Zu diesen gehören Menstruationsstörungen und Weißfluß, nicht aber Impotenz. Grundsätzlich wird man jedoch die Ankündigung von Heilmitteln allein nicht als Ausübung der Heilkunde auffassen dürfen, weil diese eine individualisierte Behandlung ganz bestimmter Krankheiten ganz bestimmter Personen voraussetzt.

§ 11 des GeschlKrG. verbietet die Ankündigung von Heilmitteln in weitestgehendem Maße. Strafflos bleibt nur, wer unter das GeschlKrG. fallende Arzneimittel Ärzten oder Apothekern anbietet oder sich bei der Anpreisung auf wissenschaftliche, ärztliche oder pharmazeutische Fachzeitschriften beschränkt (§ 11 II). Jedoch erfüllt § 11 seinen Zweck, eine Umgehung des § 7 zu verhindern, nur unvollkommen, da er lediglich von den eigentlichen Geschlechtskrankheiten, denen des § 1, nicht auch von den sog. Leiden der Geschlechtsorgane i. S. des § 7 spricht.

Bem. 6. Sonstige Strafbestimmungen. Die Ankündigung eines Heilmittels kann auch gegen andere Strafbestimmungen, die nicht ausdrücklich gegen Ankündigungen gerichtet sind, verstoßen. Sie kann sich als unlauterer Wettbewerb darstellen, wenn z. B. gut eingeführte Mittel durch Unbefugte in ihrer Zusammensetzung nachgemacht oder mit einem verwechslungsfähigen Namen angepriesen werden. Auch grober Unfug kommt bisweilen in Frage. Eine Betrugsabsicht wird sich als innerer Vorgang selten nachweisen lassen. Diesem Umstand trägt der Entwurf zum Reichsarsneimittelgesetz Rechnung, indem er in seinem § 8 eine Sonderbestimmung zum Schutz gegen Täuschung schafft, wie dies auch das LebsmG. 1. 10. 27 in seinem § 4 getan hat.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellungen): URBAN: Die gesetzlichen Bestimmungen über Arzneimittelankündigung und Geheimmittellehre. Berlin: Julius Springer.

Nr 1. Polizeiankündigungsverbote.

Rechtsprechung: a) KG., PharmZ. **1925**, 1343; **1927**, 295; **1928**, 1198: Die Anpreisung nicht freiverkäuflicher Mittel darf von der Polizei verboten werden, wenn es sich um schwere, die Allgemeinheit gefährdende bestimmte Krankheiten handelt.

b) KG., PharmZ. **1931**, 312: Eine PolVO. ist ungültig, die die Ankündigung von Heilmitteln verbietet, bei der übertriebene Angaben hinsichtlich der Heilwirkung gemacht wurden.

c) KG. 23. 10. 31, PharmZ. **1931**, 1236f.: Eine Irreführung des Publikums liegt vor, wenn es in den Glauben versetzt wird, bei Erwerb des betreffenden Mittels brauche kein Arzt hinzugezogen zu werden.

Nr 2. Empfängnisverhütende Mittel.

Rechtsprechung: a) LG. Chemnitz, Kassenarzt **1929**, Nr 41 S. 2: Außerehelicher Geschlechtsverkehr ist bei Berücksichtigung der Zeitumstände, da ein erheblicher Teil der Bevölkerung aus wirtschaftlichen und anderen Gründen unverehelicht bleibt, nicht mehr als unzüchtig im Sinne des §184 StGB. anzusehen.

b) KG. 26. 8. 31, PharmZ. **1931**, 1087: Ein empfängnisverhütendes Mittel dient auch zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten, wenn dieser Zweck nicht nur nebensächlicher Art ist und es auch tatsächlich zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten allgemein im Gebrauch ist.

Nr 3. Mittel zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten.

Rechtsprechung: a) RG. 6. 6. 30, PharmZ. **1930**, 1039: Die Ankündigung eines Mittels gegen Weißfluß verstößt gegen § 7 GeschlKrGes., da Weißfluß ein Leiden der Geschlechtsorgane ist und die besondere Form einer individuellen Ankündigung sich als Behandlung darstellt.

b) KG. 7. 9. 31, PharmZ. **1931**, 1043: In der schriftlichen Empfehlung einer bestimmten Teesorte gegen eine bestimmte Krankheit eines bestimmten Patienten nach vorheriger schriftlicher Befragung über diese Krankheit liegt eine Behandlung.

c) PharmZ. **1911**, Nr 32; **1921**, Nr 29: Ausübung der Heilkunde setzt individualisierte Behandlung von ganz bestimmten Krankheiten ganz bestimmter Personen voraus.

d) KG. 28. 5. 06 in Johow 33 C 69 und ApothZ. **1931**, 1392: Ankündigung und Verkauf von Arzneimitteln als solche sind nicht Kurpfuscherei.

E. Geheimmittel und abgabefertige Spezialitäten, Prüfungspflicht des Apothekers.

Bem. 1. Begriff des Geheimmittels. Geheimmittel ist ein in Arzneiform dem menschlichen oder tierischen Körper einzuführendes, zur Verhütung, Linderung oder Beseitigung von Krankheiten, Körperschäden oder Leiden jeder Art bestimmtes Mittel, dessen Natur und Zusammensetzung nicht spätestens bei der Ankündigung in qualitativer und quantitativer Beziehung vollständig und gegenständlich bekanntgegeben wird. Die Rechtsprechung stellt es darauf ab, daß bei Geheimmitteln die Bestandteile und Mischungsverhältnisse weder staatlich anerkannt noch sonst allgemein bekannt noch aus der Ankündigung ersichtlich sind.

Bem. 2. Rechtsquellen. Die Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln gelten heute in der Fassung der Reichstagsbeschlüsse vom 21. 12. 22 und 13. 11. 24. Sie sind insbesondere in § 36 PrApoth-BetrO. in Bezug genommen und beruhen in Preußen auf Polizeiverordnungen und Ministerialerlassen (im folgenden GMVO. genannt). Sie beschränken sich auf die in den 3 Verzeichnissen A, B, C aufgeführten sowie auf die ihnen ähnlichen und auf solche Mittel, deren Bezeichnung bei im wesentlichen gleicher Zusammensetzung gegenüber den Geheimmitteln geändert wird. Sie verbieten die öffentliche Ankündigung und Anpreisung aller dieser Mittel sowie die Verweisung in öffentlichen Ankündigungen auf Druckschriften oder sonstige Mitteilungen,

welche eine Anpreisung der Mittel enthalten. Außer diesen Vorschriften gibt es noch verschiedene andere Verordnungen, die speziell hinsichtlich der Ankündigung von Geheimmitteln, und zwar gegen menschliche, tierische und pflanzliche Krankheiten, sowie der Ankündigung von Geheimkuren ergangen sind.

Bem. 3. Rechtsgültigkeit der Geheimmittelbestimmungen. Die Gültigkeit der nicht reichsrechtlich verankerten Geheimmittelverordnungen begegnet erheblichen Bedenken. Vor allem steht die GMVO. im Widerspruch zum § 56 GewO., der die Gesetzgebung über Ankündigung von Arzneimitteln dem Reich vorbehält. Sie ist ferner nicht mit der KaisVO. 22. 10. 01 in Einklang zu bringen, welche die Geheimmittel der Bundesratsbeschlüsse als Verzeichnis C enthält und sie für nicht frei verkäuflich erklärt, aber ihre Anpreisung nicht verbietet. Die Geheimmittelvorschriften widersprechen zum Teil dem UnlWG., zum Teil ergänzen sie es, ohne daß hierfür eine reichsgesetzliche Grundlage vorhanden wäre. Sie sind weiter unvereinbar mit dem GeschIKrG. und, worüber das RG. allerdings anderer Meinung ist, auch mit dem Pressegesetz. Ebenso dürften die Verordnungen nicht auf Landespolizeigesetze zu stützen sein, da sie zur Erfüllung polizeilicher Aufgaben ungeeignet sind.

Bem. 4. Rezeptpflicht bei Geheimmitteln. Die Geheimmittel der Liste B dürfen nur auf Rezept eines Arztes verabfolgt werden. Zur Wiederholung der Abgabe ist jeweils ein neues Rezept erforderlich. Das gilt für die in den Listen A und C aufgeführten Mittel nur, wenn sich der Apotheker über ihre Zusammensetzung nur so weit vergewissern kann, daß er die Zulässigkeit der Abgabe im Handverkauf selbst zu beurteilen vermag. Die Umhüllungen der Mittel aus Liste A müssen den Aufdruck haben: „Nur auf ärztliche Anweisung abzugeben“.

Bem. 5. Führung der Geheimmittellisten. Die Geheimmittellisten werden nur in langen Zeitabständen vom RRat. revidiert und gegebenenfalls abgeändert. Die Befugnis der Verwaltungsbehörde, Arzneimittel in die Geheimmittelliste einzureihen, kann sich als Gefährdung des gesamten Gewerbebetriebes eines Arzneimittelherstellers auswirken. Es gibt keine Möglichkeit, den existenzvernichtenden Beschluß durch die ordentlichen Gerichte oder die Verwaltungsgerichte nachprüfen zu lassen, und es ist zweckmäßig, im kommenden Reichsarzneimittelgesetz ein ordentliches Rechtsmittel vorzusehen, sofern das *Reichsarzneimittelgesetz* zwischen Geheimmittel und Arzneimittel schlechthin überhaupt noch unterscheiden sollte.

Bem. 6. Spezialitäten. Unter Spezialitäten versteht man in abgabe- und gebrauchsfertiger Fabrikpackung in den Handel kommende pharmazeutische Stoffe und Zubereitungen. Man kann auch ganz allgemein von als Markenartikel gekennzeichneten Arzneimitteln im weitesten Sinne sprechen.

Bem. 7. An der Spezialitätenfabrikation ist neben der Großindustrie in weitem Umfang (etwa 66 % des gesamten Spezialitätenumsatzes) die Mittel- und Kleinindustrie beteiligt. Wenn auch ein Teil der Spezialitäten einen erheblichen Fortschritt der Pharmakologie bedeutet, so hat doch das RMdI. in einem Rundschreiben v. 5. 7. 26 erklärt, daß die Bevorzugung der fabrikmäßig hergestellten Arznei durch den Arzt leicht zu einer schematisierten Behandlung führen könne. Die Stellungnahme der Ärzte zu dieser Frage ist geteilt, insbesondere, weil auch durch die große Anzahl populärer Arzneispezialitäten das Selbstkurieren ermöglicht wird. Die außerordentlich großen Mißstände im Arzneimittelwesen werden auch von der Industrie nicht übersehen. Inzwischen sind die Apothekervereine dazu übergegangen, eigene Spezialitäten zu schaffen. Der Entwurf zum Reichsarzneimittelgesetz sieht eine Konzessionspflicht für die Herstellung von Spezialitäten vor.

täten vor und will nur solchen Fabriken die Herstellung von Arzneimitteln jeder Art erlauben, an deren Spitze ein Fachmann steht. Ausländische Spezialitäten können nach geltendem Recht ohne jede Nachprüfung in den Verkehr gebracht werden, obwohl sie vielfach, wie behauptet wird, kurpfuscherischen Zwecken dienen.

Bem. 8. Dem Arzt wird die Mehrzahl der Spezialitäten durch die Arzneiverordnungsbücher der Krankenkassen vorgeschrieben. Die Rechtsgültigkeit dieser Bücher ist, soweit sie dem Arzt etwa die Verschreibung von Mitteln verbieten wollen, die er nach bestem Wissen und Gewissen glaubt verordnen zu müssen, bestritten. Gegenwärtig schweben Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Ärzteorganisationen wegen Verzichtes auf die verschiedenen Arzneiverordnungsbücher bzw. auf das in Vorschlag gebrachte Reichsarzneiverordnungsbuch mit der Maßgabe, daß das ärztliche Verschreibungsrecht zahlenmäßig begrenzt werden soll.

Bem. 9. Lebensmittelgesetz und Arzneimittel. Auf dem Gebiet des Nahrungsmittelwesens gibt es eine große Anzahl von FabrikSpezialitäten (man denke an diätetische, Nähr- und Kräftigungsmittel), bei denen die Grenze zwischen Arznei- und Nahrungsmittel kaum noch einzuhalten ist und sie daher sowohl dem Lebensmittelgesetz, als auch den Arzneivorschriften unterliegen.

Bem. 10. Spezialitäten und Arzneibuch. Das Deutsche Arzneibuch behandelt, von Sera und Tuberkulinen abgesehen, keine Spezialitäten.

Bem. 11. Verantwortlichkeit für die Beschaffenheit von Spezialitäten. § 29 der PrApothBetrO. 1902 verpflichtet den Apotheker, fortlaufend die Arzneistoffe, insbesondere die verderblichen oder der Zersetzung unterliegenden, sorgfältig zu prüfen und erforderlichenfalls durch einwandfreie Ware zu ersetzen. Unter diese Vorschrift fallen offenbar nur lose bezogene Arzneistoffe und selbsthergestellte Präparate und Zubereitungen, nicht aber abgabefertige Spezialitäten. Eine besondere Berufshaftung der Apotheker für die Beschaffenheit der Spezialitäten über die allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Vorschriften hinaus besteht nach geltendem Recht nicht. Die sonstigen Kleinhändler, z. B. die Drogisten, unterliegen den MinErl. 22. 12. 02 und 13. 1. 10, wonach die vorhandenen Arzneimittel echt und zum bestimmungsgemäßen Gebrauch geeignet sein müssen, nicht verdorben und nicht verunreinigt sein dürfen. Im einzelnen, insbesondere zur Haftung des Spezialitätenherstellers, vgl. S. 260 ff.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum (Gesamtdarstellung): URBAN: Apothekengesetze. Berlin: Julius Springer 1927.

Nr 1. Geheimmittel.

Schrifttum: HAMBURGER: ChemTechnZ. 1930, Nr 9—10 u. GrBerlÄBl. 1932, Nr 3.

Rechtsprechung: a) RG(Str) 14, 359: Geheimmittel sind Arzneien, deren Bestandteile und Mischungsverhältnisse weder staatlich anerkannt noch sonst allgemein bekannt oder aus der Ankündigung ersichtlich sind.

b) Hamburg 13. 8. 29, R. III 104/29: Vom Anpreisungsverbot sind Geheimmittel selbst dann nicht ausgenommen, wenn über sie auf den Verpackungen und in den Prospekten nähere Aufklärung erfolgt.

c) RG. 14. 1. 28: Die GMVO. verstößt nicht gegen das Pressegesetz, weil sie sich nicht schlechthin gegen die Benutzung der Presse wendet, sondern öffentliches Anzeigen überhaupt verbietet.

d) OVG. 3. 7. 30, PharmZ. 804: In der Presse erfolgte Ankündigungen sind nur nach dem Pressegesetz strafbar. (Dieser Satz folgt allerdings nicht ganz klar aus den Entscheidungsgründen.)

Nr 2. Spezialitäten.

Schrifttum: STADER: Die Arzneispezialität.

Rechtsprechung: a) KG. 2. 3. 05, PharmZ. Nr 67.

III. Die Haftung des Arzneimittelfabrikanten und -händlers in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht¹.

Bem. 1. Vertragshaftung des Apothekers. Der Patient, der in der Apotheke ein Rezept fertigen läßt oder sonst ein Arzneimittel kauft, schließt mit dem Apothekenbesitzer und nur mit diesem einen Vertrag. Der Apothekenbesitzer wird schadenersatzpflichtig, wenn er die ihm aus diesem Vertrag entstehenden Pflichten fahrlässig (oder, was praktisch nie vorkommt, vorsätzlich) verletzt. Fahrlässigkeit bedeutet Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, mag es sich um die übliche oder die vom Apotheker kraft seines Berufes zu verlangende, besondere Sorgfalt handeln. Sog. *grobe* Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die notwendige Sorgfalt in ganz besonders hohem Maße vernachlässigt wurde. Bei Prüfung ihres Umfanges wird man aber die sehr schwierigen Verhältnisse zu berücksichtigen haben, unter denen der Apotheker vielfach arbeiten muß. Voraussetzung der Haftung ist, daß der Schaden vom Apotheker verursacht wurde. Kausalzusammenhang zwischen der Tat und dem schädigenden Ereignis ist nur gegeben, wenn die Ursache nach dem allgemeinen, der menschlichen Erfahrung zugrunde liegenden Verlauf der Dinge als die übliche Folge den Schaden nach sich zieht. Bei ungewöhnlichem Geschehensablauf, wenn z. B. eine Idiosynkrasie den Schaden herbeiführte, ist der ursächliche Zusammenhang zu verneinen.

Bem. 2. Haftung für Dritte. Wenn der Apotheker sich zur Abgabe von Arzneien oder Erfüllung anderer Vertragspflichten eines Assistenten, Praktikanten oder eines sonstigen Dritten, gleichgültig, ob erlaubter- oder unerlaubterweise, bedient, so hat er das Verschulden dieser Person gemäß § 278 BGB. im selben Umfang zu vertreten wie sein eigenes. Zu den sog. Erfüllungsgehilfen i. S. dieser Vorschrift gehört jeder, dessen Tätigkeit in Beziehung zu dieser Erfüllung steht, ob er sie nun ganz oder teilweise oder nur vorübergehend ausübt. Die Rechtsprechung läßt es nicht darauf ankommen, ob er kraft seiner Ausbildung überhaupt in der Lage war, die Leistung zu vollbringen.

Bem. 3. Haftung aus unerlaubter Handlung. Diese kann neben der Vertragshaftung bestehen und kommt vor allem in Frage, wenn aus irgendwelchen Gründen ein Vertrag zwischen Patient und Apotheker oder dem Apothekeninhaber nicht anzunehmen ist. Auf Grund dieser Haftung kann nicht nur der Geldschaden, sondern auch der immaterielle, nicht Vermögensschaden, etwa in Form eines Schmerzensgeldes verlangt werden (§ 847 BGB.). Dies ist für den Apotheker insofern von besonderer Bedeutung, als seine unerlaubte Handlung meist in einer Körperverletzung infolge Arzneiverwechslung od. dgl. bestehen wird. Dieser Anspruch verjährt schon nach 3 Jahren (§ 852 BGB.).

Bem. 4. Unerlaubte Handlung Dritter. Hat der Apotheker jemand zu einer Verrichtung, z. B. Abgabe von Arzneimitteln, bestellt (Assistent usw.), so haftet er für jeden Schaden, den die Hilfsperson einem Dritten in Ausführung der Verrichtung zufügt (§ 831 BGB.). Diese Haftung entfällt, wenn der in Anspruch genommene Apothekenbesitzer den Entlastungsbeweis dahin führt, daß er bei Auswahl des Gehilfen die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat oder daß auch bei Anwendung dieser Sorgfalt der Schaden entstanden wäre. In diesem Fall haftet dann aus unerlaubter Handlung nur die Hilfsperson selbst. Nach der Rechtsprechung ist die Sorgfalt in der Auswahl schon dann verletzt, wenn man von den zur Verrichtung bestellten wegen Arbeitshäufung oder Überbelastung eine ordnungsmäßige Ausführung der fraglichen Verrichtung, z. B. der Anfertigung des Rezeptes oder Abgabe des Handverkaufsartikels, nicht erwarten konnte. Das RG. erkennt den Entschuldigungsgrund, daß die Arbeitsökonomie

¹ Vgl. hierzu auch oben S. 94ff., 198ff., 226ff., 230ff.

in der Apotheke Herstellung und Signierung verschiedenen Personen zuwies, bei einer deswegen entstandenen Arzneiverwechslung nicht an.

Bem. 5. Mitwirkendes Verschulden. Die vertragliche oder deliktische Schadenshaftung wird gemindert, wenn und insoweit bei der Entstehung des Schadens ein eigenes Verschulden des Beschädigten mitgewirkt hat. Dies wird auch bei einem Kunstfehler, Irrtum oder Versehen des Apothekers gelegentlich der Fall sein (§ 254 BGB.).

Bem. 6. Arzneimittelgroßhändler. Auch bei ihm, für den die apothekenrechtlichen Bestimmungen ausscheiden, kommt eine besonders geartete Berufshaftung nicht in Frage. Zwischen Patienten und Großhändler besteht kein Vertragsverhältnis.

Bem. 7. Arzneimittelfabrikant. Für ihn kommt gegenüber dem Patienten regelmäßig auch nur eine Haftung aus unerlaubter Handlung in Frage, wenn z. B. durch gesundheitsschädliche Verunreinigung eines Arzneimittels das Leben, die Gesundheit oder der Körper des Patienten verletzt wird.

Bem. 8. Strafrechtliche Haftung des Apothekers. Hier kommen vor allem die Bestimmungen über Körperverletzung, § 223 ff. StGB., in Frage, daneben fahrlässige Tötung. Von Bedeutung sind noch die vorsätzlichen Straftaten, z. B. auch Vergiftung, die in der vorsätzlichen Beibringung von Gift oder anderen Stoffen zum Zweck der Gesundheitsschädigung besteht (§ 229 StGB.).

Bem. 9. Kausalzusammenhang, Verschulden. Im Strafrecht ist ein Kausalzusammenhang zwischen Tathandlung und Erfolg (z. B. der Körperverletzung) anders als im bürgerlichen Recht bei jeder, auch entfernteren Ursache, gegeben. Es genügt, daß die Tat eine irgendwie geartete Bedingung des eingetretenen Erfolges war. Der Täter muß schuldhaft, also vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt haben. Für den Apotheker, Assistenten usw. ist regelmäßig § 230 II StGB. zu beachten, der eine Erhöhung der Strafe vorsieht, wenn der Täter zu der von ihm vernachlässigten Aufmerksamkeit vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war. Der Apotheker muß ein undeutliches Rezept genau entziffern. Er handelt fahrlässig, wenn er bei undeutlicher Schreibweise des Arztes die Arzneien abgibt, ohne sich zu vergewissern, ob sie auch wirklich die verschriebenen sind. Eine Fahrlässigkeit des Apothekers ist auch gegeben, wenn er dort, wo es geboten ist, eine Gebrauchsanweisung unterläßt und der Patient infolge unrichtigen Gebrauches Schaden erleidet, z. B. Asthmakräuter, statt einzuatmen, ißt oder als Tee genießt.

Bem. 10. Strafrechtliche Haftung des Arzneimittelfabrikanten. Auch für ihn kommt die strafschärfende Bestimmung des § 230 II StGB. in Frage, weil auch er kraft Berufes und Gewerbes zu besonderer Aufmerksamkeit verpflichtet ist. Vgl. auch Bem. 9.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Zivilrechtliche Haftung des Apothekers.

Schrifttum: STAUDINGER: Kommentar zu § 278 BGB. — RGRKomm. zu § 278 BGB. — S. auch PHILIPSBORN: Kranker und Krankenhaus im Recht. Stuttgart: Kohlhammer 1930. — LUSTIG: Gesetz und Recht im Krankenhaus. Berlin: Julius Springer 1930.

Rechtsprechung: a) Celle 17. 1. 18, PharmZ. 1918, Nr 16: Der Apothekeninhaber haftet nach § 278 BGB. bei Irrtümern oder Verwechslungen anlässlich der Anfertigung oder Abgabe von Arzneien für Verschulden seiner Angestellten wie für eigenes.

b) RG. 20. 5. 30, PharmZ. 1930, Nr 42: Wenn ein Apotheker, ohne die Arznei herzustellen, die Signatur fertigt und aufklebt, übernimmt er einen Teil der Verantwortung. S. auch RG. 28. 10. 28, PharmZ. 1929, Nr 87 u. 92.

c) LG. Nordhausen 28. 8. 08, PharmZ. 1908, Nr 47, 70, 103: Der Apotheker darf sich nicht mit der oberflächlichen Prüfung von fertig bezogenem Karlsbadersalz begnügen, sondern muß es chemisch untersuchen.

Nr 2. Zivilrechtliche Haftung des Fabrikanten.

Rechtsprechung: a) RG. 25. 2. 15, PharmZ. **1915**, Nr 18: Der Arzneimittelfabrikant haftet dem Patienten nicht aus Vertrag. Im übrigen kann er den Entlastungsbeweis aus § 831 BGB. führen.

b) RG. 7. 5. 15, PharmZ. **1915**, Nr 40: Es genügt, wenn das arzneiliche Präparat den Schaden nur mittelbar verursacht hat.

Nr 3. Mitwirkendes Verschulden.

Rechtsprechung: LG. III Berlin 12. 10. 31, 12. O. 2748/31: Mitwirkendes Verschulden des Geschädigten liegt im Sinne von § 254 vor, wenn das die Arznei abholende Mädchen eine Kontrollfrage des Apothekers falsch oder nicht in vollem Umfange richtig beantwortete.

Nr 4. Strafrecht.

Rechtsprechung: a) Hamburg 21. 1. 29: Fahrlässigkeit liegt noch nicht darin, daß der angeklagte Drogist bei Ausübung seines Gewerbes in irgendeiner Weise die erforderliche Sorgfalt außer acht ließ. Es muß festgestellt werden, daß der eingetretene Erfolg voraussehbar war.

b) RG(Str) **54**, 349: Eine fahrlässige Handlung liegt nur vor, wenn der Täter die Folgen seiner Tat vorhersehen konnte.

c) PharmZ. **1930**, 315: Eine fahrlässige Körperverletzung kann durch Verwechslung der Etikette zweier Arzneien begangen werden.

d) RG. 3. 11. 20, PharmZ. **1920**, Nr 89: Bei Arzneilieferung an ein Krankenhaus oder Sanatorium darf der Apothekenbesitzer oder Assistent annehmen, daß die Arznei nicht direkt an den Patienten abgegeben wird, sondern erst durch die Hand des Arztes geht.

e) Der Arzt muß die Herstellung einer Arznei durch eine Krankenschwester selbst überwachen.

f) Körperverletzung muß schon dann angenommen werden, wenn eine einzige Bedingung zur Zerrüttung des Patienten etwa dadurch gesetzt ist, daß der Arzt fortlaufend Morphium verschrieben hat. RG. 25. 2. 32, ApothZ. **1932**, 280.

IV. Steuerrecht.

Das Steuerrecht des Krankenhauses, der Ärzte und Apotheken.

Von

R. GRABOWER, Berlin.

I. Allgemeines.

Wegen des geringen zur Verfügung stehenden Raums kann eine irgendwie erschöpfende Darstellung nicht gegeben werden. Vielmehr ist in der Weise vorgegangen, daß den Kern der Ausführungen die Zweifelsfragen bilden, die nach den bisherigen Erfahrungen die Praxis beschäftigen; ihnen sind die diese Zweifelsfragen betreffenden Vorschriften als Vorbemerkungen vorangestellt worden. Durch Mitteilung der tragenden Begründung und durch Hinweise auf das Schrifttum ist den den Steuern fernstehenden Berufskreisen die Möglichkeit gegeben, sich davon zu überzeugen, daß Steuerrecht und Steuerverwaltung Angelegenheiten nicht nur von staatspolitischer höchster Bedeutung, sondern auch von hohen kulturellen und menschlichen Graden sind (vgl. z. B. aus neuester Zeit etwa BIEGELEBEN, HENSEL, POPITZ, SCHREIBER: Kultur und Steuergesetzgebung. Freiburg 1926). Dem Bedürfnis nach einer erläuterten Handausgabe aller Steuergesetze tragen BLÜMICH-HOFFMANN: Die Reichssteuergesetze (Berlin 1931, Nachtr. 1932) in hervorragender Weise Rechnung.

Schrifttum: BEWER-SONNENFELDT: Steuerführer für Ärzte und Zahnärzte. Leipzig 1930. — EBERMAYER: Der Arzt im Recht. Leipzig 1930. — MARCUSE: Das Steuerrecht der Rechtsanwälte und Notare. Berlin 1927. — WAGENFÜHR-ESCH: Das Steuerrecht der freien Berufe. Köln 1931.

II. Einkommensteuergesetz.

v. 10. 8. 25 RGBl. I 189 in der Fassung der Notverordnung v. 1. 12. 30 RGBl. I 517.

Bemerkung 1. Die in Betracht kommenden Einkommensarten. Von den in § 6 abschließend aufgezählten Einkommensarten kommen hier in Betracht: aus Gewerbebetrieb, aus sonstiger selbständiger Berufstätigkeit, aus nicht selbständiger Arbeit (S. 265 § 6 Abs. 1 Nr. 2, 3, 4). Die übrigen Einkommensarten sind solche aus Landwirtschaft usw., Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung einschl. des Mietswerts der Wohnung im eigenen Hause, andere wiederkehrende Bezüge, sonstige Leistungsgewinne (aus Veräußerungsgeschäften, Spekulationsgewinne, Abs. 1 Nr. 1, 5—8). Abs. 2 stellt das Primat der Verkehrsauffassung fest (vgl. § 9 RAbgO: bei Auslegung der Steuergesetze sind Zweck, wirtschaftliche Bedeutung und Entwicklung der Verhältnisse zu berücksichtigen, auch § 10 RAbgO.).

Bem. 2. Unbeschränkt einkstplf. sind alle natürlichen Personen (BGB. §§ 1ff., 1967, 2058), solange sie im Deutschen Reich einen Wohnsitz (§ 80 Abs. 1 RAbgO.: Wohnung, Innehaben einer Wohnung, Absicht der dauernden Bei-

behaltung) oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt (§ 81 RAbgO.: Die Umstände lassen auf die Absicht schließen, an diesem Ort oder in diesem Lande nicht nur vorübergehend zu verweilen) von mehr als 6 Monaten haben (§ 2). Auf die Staatsangehörigkeit kommt es nicht an (vgl. aber § 47, Berechnung d. EinkSt. bei aus dem Auslande Zuziehenden). Auch bei Zugehörigkeit zu einer nicht rechtskräftigen Personenvereinigung (des Handelsrechts: z. B. O.H.G.; Komm.Ges., des bürgerlichen Rechts: z. B. einer Ärztegemeinschaft zur Ausübung der Praxis), bei Zugehörigkeit zu Anstalten, Stiftungen und anderen Zweckvermögen bleibt die EinkStpfl. bestehen; wegen Körperst. S. 274.

Bem. 3. Beschränkte Stpfl. (§ 3) mit dem inländischen Einkommen kommt bei den hier behandelten Gruppen von Stpfl. kaum für Einkünfte aus Gewerbebetrieb (Betriebsstätte oder ständiger Vertreter eines ausländischen Gewerbetreibenden, etwa einer Apotheke, im Inland) in Betracht, wohl aber für Einkünfte aus einer im Inland ausgeübten sonstigen selbständigen Berufstätigkeit (vorübergehende Tätigkeit, nicht schon eine einmalige Betätigung z. B. des schweizer Arztes in Baden, genügt) oder aus nichtselbständiger Arbeit, die im Inland ausgeführt wird oder ausgeführt worden ist (z. B. die Pension, die ein pensionierter beamteter Arzt in Italien verzehrt, vgl. Art. 7 Abs. 2 des Doppelbesteuerungsvertrages mit Italien 31. 10. 25 und zur Gesamtregelung auch die anderen dergleichen Verträge). Steuersatz: 10 v. H. (§ 60).

Bem. 4. Berechnung des Einkommens. Steuerabschnitt. Das im Steuerabschnitt bezogene Einkommen wird nach dem Gewinn (bei Einkünften des § 6 Abs. 1 Nr. 1—3, hier aus Gewerbebetrieb und Berufstätigkeit, s. oben), nach dem Überschuß der Einnahmen über die Ausgaben (bei Einkünften des § 6 Abs. 1 Nr. 4—8, hier aus nichtselbständiger Arbeit) berechnet. Steuerabschnitt (§ 10) ist für buchführende Gewerbetreibende das Wirtschaftsjahr, für das sie regelmäßig Abschlüsse machen, für nichtbuchführende Gewerbetreibende und für selbständig Berufstätige das Kalenderjahr. Bei mehreren Betrieben mit verschiedenen Wirtschaftsjahren (z. B. Krankenhaus mit landwirtschaftlichem Betrieb) ist Steuerabschnitt das Wirtschaftsjahr, das als letztes im Kalenderjahr endet. Sind Kalender- und abweichendes Wirtschaftsjahr maßgebend, so kann Stpfl. (z. B. Arzt mit Landgut) Kalenderjahr als Steuerabschnitt erklären (§ 31 Abs. 2 AusfBest.).

Bem. 5. Maßgeblicher Zeitpunkt der Vereinnahmung (§ 11) ist Fälligkeit, nicht Entstehung (eine bestimmte Leistung kann gefordert werden, §§ 271, 614, 641 BGB.) oder „tatsächliches Zufließen“, ohne daß es auf Fälligkeit ankommt. Grundsätze: Wirtschaftliche, nicht bürgerlich-rechtliche Auslegung (Fälligkeit lediglich Unterart des Zufließens), Berücksichtigung des Parteiwillens und der Verkehrsauffassung, bei buchführenden Stpfl. der Richtlinien der ordnungsmäßigen Buchführung.

Bem. 6. Gewinnberechnung nach § 12 und nach § 13, der nur auf Gewerbetreibende mit kaufmännischer Buchführung Anwendung findet, nicht auf sonstige Gewerbetreibende und nicht (nach herrschender Meinung) auf sonstige selbständige Berufstätige. Maßgeblichkeit der Handelsbilanz, Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung HGB. §§ 39, 40, 261, NotVO. 19. 9. 31 § 261 bis § 261e.

Bem. 7. Zu den dem Stpfl. als Einnahme zufließenden Gütern (§ 14) gehören auch Einkünfte aus unsittlicher, unerlaubter Tätigkeit (z. B. Abtreibungshonorar), Zukunftssicherungen (das Krankenhaus richtet für seinen leitenden Arzt ein Pensionsfondskonto bei einer ausländischen Bank ein), der Mietwert der Privatwohnung im eigenen Hause (mindestens angemessene Verzinsung des darin steckenden Kapitals, Werbungskosten abziehbar).

Bem. 8. Ausgaben (§§ 15—18) sind Werbungskosten (§ 16), Sonderleistungen (mit teilweiser Höchstgrenze, § 17), Schuldzinsen u. dgl. und bei buchführenden Gewerbetreibenden, nicht bei freien Berufen (Strutz-Nachtr. 27) Beträge zur Beilegung eines Verlustvortrags (vgl. VO. 18. 5. 30, RStBl. 327), nicht aber (§ 18) Aufwendungen, die sich als Verwendung des Einkommens darstellen (für Geschäftserweiterungen usw., für den Haushalt, Einkommen- und sonstige Personalsteuern) und nicht Zinsen für das eigene Kapital. Werbungskosten sind alle durch den Betrieb (Beruf) veranlaßten und tatsächlich gemachten Ausgaben. Keine Beschränkung auf solche Ausgaben, die nur zur Erzielung bestimmter Einnahmen gemacht sind.

Bem. 9. Bewertungsfragen. § 19 betrifft die Bewertung der im abgelaufenen Steuerabschnitt erworbenen Gegenstände, § 20 die für die künftigen Steuerabschnitte (wegen der Begriffe Einzel- und Kollektivbewertung,¹ gemeiner Wert, Anschaffungs- oder Herstellungspreis, Abschreibung und Absetzung, sowie wegen des Grundsatzes der Kontinuität BLÜMICH-HOFFMANN 58 ff.).

Bem. 10. Haushaltsbesteuerung, §§ 22, 23, d. h. Behandlung der Eheleute als einer einzigen Person und Hinzurechnung des Einkommens der minderjährigen, unbeschränkt stpfl., zur Haushaltung zählenden Kinder zum Einkommen des unbeschränkt stpfl. Haushaltungsvorstandes; doch wird die Ehefrau für selbständige oder unselbständige Arbeit aus einem dem Manne fremden Betriebe (Beruf) selbständig veranlagt, z. B. die verheiratete Ärztin, die verheiratete Hebamme.

Bem. 11. Gewerbe, freier Beruf, selbständige Tätigkeit, §§ 29 bis 34, 35.

a) Gewerbebetrieb ist jede mit der Absicht der Gewinnerzielung vorgenommene selbständige Arbeitstätigkeit, die sich als Beteiligung am allgemeinen wirtschaftlichen Verkehr darstellt und weder Land- und Forstwirtschaft ist, noch unter die in § 35 besonders genannten freien Berufe fällt. Einmalige Tätigkeit genügt nicht; vorübergehendes Ruhen schließt Gewerbebetrieb nicht aus. Besonderheiten bei Veräußerung des Gewerbebetriebs §§ 30—32, bei Beziehungen zum Ausland §§ 33, 34.

b) Das EinkStG. gibt keine Definition des Begriffs freie Berufe, sondern (§ 35) eine Aufzählung. Unter freien Berufen sind in Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Entwicklung vorwiegend solche Tätigkeiten zu verstehen, die in ihrer letzten Wurzel auf Geistesdisziplinen zurückgehen, die um ihrer selbst willen, ohne Rücksicht auf die wirtschaftliche Auswertung ihrer Ergebnisse betrieben werden.

c) Abgrenzung zwischen selbständiger Berufstätigkeit (§ 35) und nichtselbständiger Arbeit (§ 36). Selbständig ist (POPITZ 100, 297; STRUTZ I, 505), wer auf eigene Rechnung und unter eigener Verantwortung tätig ist, wer nicht in den geschäftlichen (beruflichen) Organismus des Unternehmens (Berufs) eines andern eingegliedert ist. Unterscheidendes Merkmal: nicht die Art der Tätigkeit, sondern die näheren Umstände, unter denen die Tätigkeit ausgeübt wird. Die Auffassung der Beteiligten, der zugrunde liegende Vertrag, die Verkehrsauffassung sind zu verwerten. Dieselbe Person kann teils selbständig, teils unselbständig sein.

d) Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sind den Einkommensarten zuzurechnen, zu denen sie gehören (§ 38 Abs. 4), desgleichen

e) Entschädigungen und Einkünfte aus ehemaliger Tätigkeit (§ 44).

Bem. 12. Besteuerung nach dem Verbrauch (§ 49), wenn das festgestellte Einkommen eines unbeschränkten Stpfl. unter Berücksichtigung der objektiven Lebensverhältnisse in offenbarem Mißverhältnis (vgl. RFH. 24. 10. 28

RStBl. 1929 Nr. 206) zum Verbrauch steht und dieser mindestens 15000 RM. jährlich beträgt.

Bem. 13. Steuertarif §§ 50ff.

Bem. 14. Einheitliche Gewinnfeststellung (§§ 65ff. gelten noch für Frühjahrsveranlagung 31, von da ab §§ 215, 216 RABgO.) u. a. bei Gewerbebetrieb und sonstiger selbständiger Berufstätigkeit durch ein FinA., in einem Verfahren.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Zusammenstellung der einzelnen Gesetze bei Pissel-Koppe 1. — Kommentare von BECKER (Stuttgart 1928), BLÜMICH-HOFFMANN (Berlin 1931, Nachtr. 1932), BLÜMICH-SCHACHIAN (Vahlen 1925), KUHN (C. HEYMANN, Berlin 1930), PISSEL-KOPPE (SPATH & LINDE, Berlin 1931), STRUTZ (O. LIEBMANN, Berlin I 1927, II 1929), Strutz-Nachtrag (Berlin 1930), ZIMMERMANN (I. HESS, Stuttgart 1925/26). — Außerdem Steuerrechtsprechung in Kartelform von MROZEK (O. SCHMIDT, Köln) sowie Steuer und Wirtschaft (I. HESS, Stuttgart). — Vgl. BLÜMICH-HOFFMANN 1ff.

Nr 1. Einkommensarten.

a) Die Verkehrsauffassung ist entscheidend einmal für die Frage, ob es sich überhaupt um Einkünfte handelt (Strutz I, 517) und zu welcher Art sie gehören, sodann aber in allen Zweifelsfällen bei Auslegung des EinkStG. (RFH. 27. 8. 30, 27, 184, 187). b) Diese Verkehrsauffassung wird „für ärztliche Fragen durch die herrschende Meinung der medizinischen Wissenschaft, wie sie an den deutschen Universitäten gelehrt und ausgeübt wird“ (RFH. 11. 11. 29, 26, 102, vgl. Popitz Nachtr. 115f.) vertreten. Ein Steuergericht kann, wenn diese Fragen medizinische Kenntnisse allgemeiner Natur voraussetzen, wie sie auch der Laie hat, ohne Sachverständige auskommen, überschreitet aber beim Fehlen dieser Voraussetzung die Grenzen, die der Verwertung eigener Kenntnisse gezogen sind, zumal wenn der Arzt die Sachkunde des Gerichts und die Richtigkeit seiner Ausführungen ausdrücklich anzweifelt. RFH. 10. 7. 30, Mrozek § 16 Abs. 1 Rspr. 114. c) Wegen Anhörung eines Sachverständigen über Fachliteratur vgl. RFH. 1. 10. 30 StW. Nr 1352, unten S. 267 Nr. 4. d) Die Abgrenzung zwischen Einkünften aus Gewerbebetrieb, sonstiger selbständiger Berufstätigkeit und nichtselbständiger Arbeit ist für die Einkommensermittlung (§§ 7, 13, S. 264), die zwischen den beiden ersten Arten, ferner nach Unterwerfung der freien Berufe unter die Gewerbesteuer (§ 3 GewStG.), die Haushaltsbesteuerung und das Aufbringungsgesetz (§§ 22, 23, S. 265 u. 280), die zwischen den beiden letzten Arten für den Steuerabzug vom Arbeitslohn und für die Umsatzsteuer (§§ 35, 36, S. 265 u. 281) von Bedeutung.

Nr 2. Beschränkte Steuerpflicht.

Schrifttum: Strutz I, 455 zur Frage der vorübergehenden Tätigkeit. — Strutz I, 470ff., II, 1396ff. zu den Doppelbesteuerungsverträgen.

Nr 3. Gewinnberechnung und Buchführung.

a) Stpfl. braucht unter den verschiedenen zulässigen Buchführungsmethoden nicht diejenige zu wählen, die den höchsten steuerbaren Gewinn ergibt RFH. 10. 11. 20, 3, 351; 12. 11. 24, 15, 211; 13. 11. 28, 24, 272; 21. 1. 31, 27, 349, 353; vgl. Strutz I, 647, Lewin, Mitt. IX, 202ff. Jedoch ist eine einmal gewählte Art der Buchführung grundsätzlich beizubehalten (Grundsatz der Kontinuität) oder Wechsel dem FinA. mitzuteilen. b) Laufende Bezüge aus nichtselbständiger Arbeit, die vor Beginn des Verdienstzeitraumes zugeflossen sind, gelten in dem Steuerabschnitt als bezogen, in den der Verdienstzeitraum fällt; doch ist nachträgliche Vereinbarung einer Vergütung für eine frühere unentgeltliche Diensttätigkeit Arbeitslohn und Einkommen des Jahres, in dem sie gewährt wird, nicht der Jahre, für die sie gewährt wird. RFH. 1. 5. 29 RStBl. Nr 640. c) Zu § 12 enthält RFH. 17. 12. 30, 28, 49 ein „*Vademekum der anwaltlichen (überhaupt der freiberuflichen) Buchführung*“ (ERLER: JW. 1931, 2319). Berechnung des Einkommens nach § 12 Abs. 1 S. 1: Überschuß der Einnahmen über die Ausgaben zuzüglich oder abzüglich der Ergebnisse des Bestandsvergleichs, d. h. eines Vergleichs des dem Betriebe (Berufe) dienenden Vermögens (z. B. Bücher, Instrumente, Einrichtung, Außenstände, Schulden usw.) am Schlusse zweier aufeinanderfolgenden Steuerabschnitte; § 12 Abs. 1 S. 3 verzichtet zur Vermeidung kleinlicher Verärgerungen (Strutz I, 534, 700, vgl. 256) auf Bestandsvergleich, begnügt sich also mit der Feststellung des Überschusses der Einnahmen über die Ausgaben bei Stpfl., bei denen das der Berufstätigkeit dienende Vermögen am Schlusse der einzelnen Steuerabschnitte wesentlichen Schwankungen nicht zu unterliegen pflegt (freie Berufe) und am Schluß des Steuerabschnittes Waren über das übliche Maß nicht vorhanden sind. Die angezogene Entscheidung gestattet im Interesse der Ver-

einfachung, Gerechtigkeit und Gleichmäßigkeit wirtschaftlich ins Gewicht fallende Schwankungen des Betriebsvermögens durch Zu- oder Abschläge des weiter anwendbaren Satzes 3 auszugleichen, z. B. eine Neuanschaffung von wesentlichem Ausmaß (das durchaus relativ ist) dem Einkommen des Anschaffungsjahres zuzuschlagen und in den nächsten Jahren durch Abschläge von den Einnahmen aufzulösen (vgl. RFH. 7. 12. 27 RStBl. 1928 Nr 154 über Anschaffung einer kostspieligen Röntgeneinrichtung und 30. 1. 29 RStBl. Nr 471). Die Entscheidung läßt daher dem Stpfl. regelmäßig freie Hand, wenn es zweckmäßig erscheint (und das kann gerade bei dem schleppenden Zahlungseingang der Gegenwart der Fall sein) auch seine laufenden Forderungen und Schulden auszuweisen, und zwar ohne Rücksicht auf die Fälligkeit oder nur die fälligen oder nur einen bestimmten Teil derselben, z. B. die liquidierten Beträge. Zwischen diesen Möglichkeiten darf der Stpfl. aber (vgl. den vorerwähnten Grundsatz der Kontinuität) nicht etwa je nach dem günstiger erscheinenden Ergebnis der einen oder der anderen Art in den einzelnen Steuerabschnitten hin und herschwanken. Andererseits wird ein ernsthaft und für die Dauer gewollter Wechsel nicht zu beanstanden sein, wobei es auf die Frage, ob etwas vereinnahmt oder verausgabt ist, auf die tatsächliche Behandlung des Vorganges in früheren Steuerabschnitten ankommen kann (vgl. auch das in der Entsch. 17. 12. 30 angezogene Schrifttum, besonders VANGEROW: DStBl. 1930, 417, 513, 610ff., BECKER StW, 1926, 1059ff., ferner über Vergleich von Forderungen und Schulden bei Anwälten die angezogene Entsch. 7. 12. 27). d) Weitere Beispiele: RFH. 2. 5. 23, 12, 143 bezeichnet es als Tatfrage, ob der Vergütungsanspruch eines Arztes erst nach Abschluß der Krankenbehandlung realisierbar ist. Es kann einer stillschweigenden Vereinbarung oder Übung entsprechen, daß der Patient das Honorar erst auf Mitteilung des Arztes zu bezahlen hat. Oder eine Kasse hat sich vertragsmäßig Nachprüfung der Liquidation vor Zahlung vorbehalten (ebenso 26. 9. 23, StW. 1923 Nr 915). Von Parteiwillen und Verkehrsauffassung ist auch abhängig, ob *Vorschüsse* vorausgewährte Zahlungen sind oder künftige Zahlungen sichern sollen (RFH. 5. 12. 30, 27, 287 für UmsSt.). e) Als Aktiven sind z. B. aufzunehmen: Aufwendungen für selbstgemachte Erfindungen, und zwar, ohne Berücksichtigung der eigenen Arbeitskraft (RFH. 7. 7. 27, RStBl. Nr 396) und des laufenden Erhaltungsaufwands (Patentgebühren, §§ 8, 9, 24 RPatG.), in Höhe des gemeinen Wertes (§ 10 RBewG.) nach der pflichtgemäßen Beurteilung des Erfinders (RFH. 30. 6. 27, 21, 341; 8. 5. 29 RStBl. Nr 600); für Inventar und Klientel bei Übernahme einer Praxis (30. 1. 29 RStBl. Nr 471 betrifft Anwaltspraxis, vgl. zu den beiden letzten Fällen auch S. 268f). Entnahmen für Zwecke außerhalb des Betriebs (§ 12 Abs. 2 vgl. UmsStG. § 1 Nr 2 S. 282, z. B. von Lebensmitteln für die Familie durch den Leiter des Krankenhauses) sind dem Gewinne zuzurechnen, nicht aber ersparte Ausgaben, z. B. die Behandlung von Familienangehörigen durch einen Arzt (Strutz I, 499). f) Keine Aktivierung von an sich auf mehrere Jahre zu verteilenden Aufwendungen, wenn sie im Rahmen des ganzen Betriebs laufende Ausgaben sind (z. B. bei großem Krankenhaus in einem Jahr das Dach, im nächsten Jahr das Treppenhaus 12. 3. 30, RStBl. Nr 433); das gilt auch für nicht abnutzbare Gegenstände (elektrische Leitung, Telephon RFH. 7. 7. 26, 19, 201; 15. 5. 29, 25, 199). Abfindung eines Stpfl. für Verlegung seiner Geschäfts-(Berufs-)räume RFH. 4. 7. 28 RStBl.-Nr 564. Keine Einnahme, wenn Stpfl. Räume im eigenen Hause zu gewerblich (beruflich) Zwecken benutzt (die Apotheke im Erdgeschoß, das Wartezimmer usw. „vorweggenommener Verbrauch von Einkommenselementen“); aber auch keine Absetzung von Mietzinsen (vgl. § 18 Abs. 2), wohl aber der auf das Haus entfallenden Werbungskosten nach dem Verhältnis der Berufsräume zu dem ganzen Haus (RFH. 3. 1. 28, 30. 11. 27, 22, 306, 322; 29. 2. 28 RStBl. Nr 203, vgl. RFH. 8. 2. 28, 23, 35, 46; 20. 11. 29, 2. 4. 30, 1. 5. 30, RStBl. Nr 65, 465, 776; Strutz I, 832).

Nr 4. Werbungskosten, Ausgaben für Beruf und private Lebenshaltung.

Der Steuerbehörde steht grundsätzlich kein Urteil über Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Ausgaben zu (RFH 20. 1. 25, 15, 231; 13. 6. 28 RStBl. 1929 Nr 56). b) Die schwierige Frage der Abgrenzung zwischen Werbungskosten, Ausgaben für Fortbildung im Beruf und der privaten Lebenshaltung (z. B. 1286 RM. Ausgaben eines Facharztes in kleinerer Stadt für medizinische Bücher und Zeitschriften) wird in der Regel nicht ohne Sachverständigen-gutachten gelöst werden können (1. 10. 30 StW. Nr 1352, vgl. oben S. 266 Nr 1). c) Werbungskosten auch bei Angestellten sind, abweichend von OVG. St. 28. 6. 05, 12, 178, 8. 10. 10, 15, 174) bei Beamten zulässig, wegen ausschließlich im dienstlichen Interesse bei verständiger Würdigung ihrer Notwendigkeit zur sachgemäßen Dienstverledigung gemachten besonderen Aufwendungen (Miete, Heizung, Beleuchtung, Einbruchs- und Feuerversicherung des Arbeitszimmers, Fachbücher, RFH. 19. 10. 22, 11, 238).

Einzelheiten: d) *Anerkennung von Werbungskosten* (weitere Auslegung als z. B. nach preuß. Recht Strutz I, 669, 1015, 1028): Fachbücher RFH. 4. 6. 30 RStBl. 1930 Nr. 667. Verwendung des „Herrenzimmers“ auch zu dienstlichen Arbeiten außerhalb der Dienstzeit 15. 5. 30, Mrozek § 17 Abs. 1 Nr 4 Rspr. 2. Dienstpersonal, insbesondere die Hausdame eines alten, unverheirateten Arztes mit Landpraxis (RFH. 20. 2. 29 StW. Nr 401, vgl. OVG. 10, 81,

Strutz I, 1103, Pissel-Koppe 271). Aufwand für Kleidung in Beruf oder Gewerbebetrieb nur soweit, als dessen Art besondere Kleider erfordert, die eigens zur Benutzung in dieser Tätigkeit beschafft werden. RFH. 19. 12. 29 RStBl. 1930 Nr 126. Kosten einer Reise (vgl. aber Strutz I, 1070), sofern sie vorwiegend Berufsgründen, nicht Vergnügen, Liebhaberei dient. Teilung bei gleichmäßiger Beteiligung beider Zwecke. RFH. 5. 3. 30 RStBl. Nr 430. Andere Berufsgründe: Mittagmahlzeiten in der Stadt (RFH. 18. 9. 29 Mrozek § 16 Abs. 1, Rspr. 92); derartige Ausgaben eines Lohnempfängers nur insoweit, als sie durch den Dienst veranlaßt sind und den Rahmen der standesgemäßen Lebenshaltung überschreiten; Aufwendungen für Arzt- und Kurkosten nur ausnahmsweise, wenn sie der Behebung oder Vorbeugung einer Schädigung der Gesundheit dienen, die mit der einkommenschaffenden Tätigkeit des Stpfl. in unmittelbarem Zusammenhang steht und für den typisch ist, z. B. bei Vergiftungserscheinungen eines Chemikers durch Krotonaldehyd (RFH. 7. 7. 27, RStBl. Nr 396, 20. 9. 23, 12, 333, 30. 7. 29, RStBl. Nr 804); Strutz I, 1027 in gleichem Sinne schon deshalb, weil der besondere wirtschaftliche Verhältnisse berücksichtigende § 56 wegen Beschränkung auf 30000 RM. für den „berühmten Arzt“, den „hervorragenden Chemiker“ nicht anwendbar sei; Ausgaben bei typischer Berufsgefahr z. B. eines die Tuberkulosefürsorge ausübenden Stadtarztes für besondere Verpflegung und Erholung (365 + 300 RM.); Sachverständigenvernehmung darüber erforderlich, ob derartige Ärzte häufig an Tuberkulose erkranken und ob die angewendeten Maßnahmen der Gefahr vorbeugen können (RFH. 10. 7. 30, Mrozek § 16 Abs. 1, Rspr. 114); Zwangsbeiträge an Kassen, die von Angehörigen eines bestimmten Berufs zur Versorgung früherer Berufsangehöriger besonders erhoben werden, nicht aber die nur gemäß § 17 Abs. 1 Nr 1, 2 und Abs. 2 zum Abzug zugelassenen Beiträge oder Zwangsbeiträge an Pensions-, Witwen- u. Waisenkassen, die zur künftigen Versorgung der Mitglieder oder ihrer Hinterbliebenen erhoben werden (RFH. 18. 9. 29, RStBl. Nr 897, 28. 8. 30, RStBl. Nr 973), Schadensersatzleistungen für ein bei Ausübung des Berufs begangenes Versehen (OVGSt. 27. 6. 01, 10, 137, 140, RFH. 21. 1. 31, 27, 349), Aufwendungen eines Stpfl., der seinen Kutscher (Diener) zum Kraftwagenführer ausbilden läßt (Strutz I, 1029), vom Arbeitgeber dem Arbeitnehmer gezahlte, notwendige Fahrtkosten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (RFH. 19. 6. 29, RStBl. Nr 736), die preußische Hauszinssteuer (RFH. 15. 2. 28, 23, 21), Aufbringungsleistungen und die an ihre Stelle getretenen Aufbringungsumlagen, nach Lage des Einzelfalls Aufwendungen für gemeinnützige u. dgl. Zwecke (RFMin. 20. 1. 31, RStBl. 73).

e) Nicht zu den *Werbungskosten*, sondern zu den obenerwähnten, nicht abzugsfähigen Haushaltsaufwendungen gehören ebenso wie Kosten für Ernährung solche für Gesundheit oder deren Erhaltung (RFH. 20. 9. 23, 12, 333), Ausgaben wegen größerer persönlicher Annehmlichkeit oder wegen einer gehobenen Lebenshaltung (18. 2. 25, 15, 291), Ausgaben für gewöhnliche Kleidung. *Werbungskosten sind ferner nicht:* Aufwendungen, die überwiegend der Wiederherstellung der persönlichen Ehre und des Ansehens dienen, wie Kosten einer Strafverteidigung, auch wenn sie mit im Interesse der Ausübung des Gewerbebetriebs (Berufs) aufgewendet wurden und Freispruch erfolgt (8. 8. 29, RStBl. Nr 805); vermehrte Auslagen für den Haushalt, weil die Frau arbeitet; denn das Einkommen der Frau wird regelmäßig dem des Mannes zugerechnet (§ 22 EinkStG.); auch soll zu starkes Eindringen in die Familienverhältnisse vermieden werden (RFH. 7. 7. 27, RStBl. Nr 396, 6. 10. 26, 19, 323, 7. 11. 28, RStBl. 1929 Nr 94, 17. 4. 29, Mrozek § 18, Abs 1. Nr. 1, Rspr. 12, 16. 10. 29, Mrozek § 18 Abs. 1 Nr 2, Rspr. 21).

f) Zu den *abzugsfähigen Sonderleistungen* (§ 17) gehören u. a. Mitgliedsbeiträge für Handels-, Ärztekammern, Zuwendungen an Unterstützungskassen, es sei denn, daß der Betriebsinhaber oder seine Angehörigen Mitglieder der Kasse sind. Über Abzugsmöglichkeiten RFH. 25. 3. 31, 28, 206. Gesellschaften für Chirurgie, Urologie, Medizin sind (RFH. 1. 10. 30, StW. Nr 1352) Berufsverbände (§ 17 Abs. 1 Nr 6), weil sie „dazu bestimmt sind, die Ärzte im allgemeinen oder die ein bestimmtes Fach pflegenden Ärzte im besonderen . . . in ihren wissenschaftlichen, praktischen oder wirtschaftlichen Interessen zu fördern, in welcher Weise und an welchem Orte dies immer geschehen mag“ (vgl. auch RFH. 11. 4. 22, 9, 129). Nur ein Verband, der Berufsinteressen, nicht aber der, der in erster Linie die Gewerbebetriebe seiner Mitgliedern fördern will, kann Berufsverband sein (RFH. 26. 7. 29, 25, 284). Kein „Berufsverband“ daher die ärztliche Verrechnungsstelle, die für ihre Mitglieder das Arzthonorar einzieht und zugleich Versorgungseinrichtungen schafft. RFH. 30. 10. 28, 24, 173 (vgl. 30. 7. 29, RStBl. Nr 766). Tabellarische Zusammenstellung der Werbungskosten und st. freien Einnahmen sowie der nicht abzugsfähigen Ausgaben bei der EinkSt. STAHL: DStZ. 1928, 129; WOLF: DStZ. 1930, 18, 59, 115, 158, 202.

Nr 5. Einzelheiten bei Bewertungsfragen.

a) Bei Aufwendungen für *Erfindungen* sind Abnutzungsabsetzungen unter Zugrundelegung einer gemeingewöhnlichen Gebrauchsdauer von höchstens 4—5 Jahren in der Regel zulässig, evtl. Wertminderung auf den gemeinen Wert, gegebenenfalls auf Null. b) Ist der

Nutzen aus der *Übernahme der Praxis* „eine höchst unsichere Zukunftshoffnung“, so kann er mit Null bewertet, andernfalls binnen verhältnismäßig kurzer Zeit mit Rücksicht darauf abgeschrieben werden, daß sich das persönliche Vertrauensverhältnis, das zum Wesen des Arztberufs gehört, in der abgeleiteten Form bald verflüchtigen und in der Person des Übernehmenden neu begründet und entwickelt werden muß. c) *Geldwerte Einnahmen* sind mit den üblichen Mittelpreisen des Verbrauchsortes anzusetzen (§ 21, vgl. § 2 StADB.). Die Bewertung richtet sich nach dem *Wert der Naturalbezüge* für den stpfl. Arbeitnehmer und nicht nach der Höhe der Aufwendungen des Arbeitgebers (RFH. 17. 6. 27, 21, 247, 26. 2. 30 RStBl. Nr 857). Daher ist im Sinne des § 21 nicht der Mietzins maßgebend, den ein Dritter für die Wohnung zu entrichten hätte oder den der Arbeitgeber als Mieter tatsächlich entrichtet, sondern der Wert, den nach der subjektiven Auffassung der beteiligten Kreise derartige Angestellte unter Berücksichtigung ihres sonstigen Einkommens für eine solche Wohnung aufzuwenden bereit sind. RFH. 22. 1. 30, 26, 195.

Nr 6. Einzelheiten bei der Haushaltsbesteuerung.

Gründe der Vorschriften: Vereinfachung der Technik des Steuerabzuges vom Arbeitslohn (RFH. 7. 5. 30, 27, 22; 4. 2. 31, 28, 21). Für die im Betriebe (Berufe) des Mannes tätige Ehefrau kann auch bei dahingehenden Abmachungen der Eheleute ein Arbeitsverhältnis nicht anerkannt werden. Kein Steuerabzug, aber auch keine Kürzung des gewerblichen Einkommens des Mannes um den Arbeitslohn der Frau (7. 5. 30 a. a. O.). Ist die Frau des Direktors einer Krankenhaus-A.G. in deren Betrieb angestellt, so liegt ein fremder Betrieb selbst dann vor, wenn der Direktor über die Hälfte der Aktien besitzt (vgl. RFH. 28. 5. 29 RStBl. Nr 893).

Nr 7. Zum Begriff Gewerbebetrieb.

RFH. 4. 2. 31, 28, 21, 26; Blümich-Hoffmann 77, vgl. Strutz I, 504ff., Nachtrag 84.

Nr 8. Zum Begriff freie Berufe.

a) Blümich-Hoffmann 85, vgl. aber auch Strutz I, 455, 534, II, 304, 476; Popitz 323, 339ff., 629f., 632f. b) RFH. 27. 8. 30 (27, 184, 188) spricht, wie ohne eigene Stellungnahme wiedergegeben sei, von dem Unterschied, der die von einer höheren Warte aus zu betätigenden und betätigten, die Persönlichkeit in den Vordergrund stellenden freien Berufe (§ 6 Abs. 1 Nr 3) typisch abgrenzt von Unternehmen auf kapitalistischer Grundlage, wie sie die Handels- und Gewerbebetriebe (§ 6 Abs. 1 Nr 2) darstellen. Infolge dieser Betonung des persönlichen Moments können *juristische Personen* im allgemeinen einen freien Beruf nicht ausüben (so für eine sich mit Wirtschafts-, Bilanz-, Buch- und Steuerberatung befassende AG. RFH. 14. 8. 28, RStBl. 1929 Nr 14, vgl. RFH. 7. 2. 19, 1B, 12; 3. 12. 19, 2, 66; 10. 11. 20, 4, 14). Doch auch hier Tatfrage. Die freie Berufstätigkeit einer GmbH. wird bejaht, die in gemeinschaftlicher Ausführung eine einheitliche Leistung hervorbringen will, wie sie von einer Einzelperson überhaupt nicht erzielt werden kann (Orchestermusik, RFH. 18. 3. 21, 5, 135). Auch wird eine freie Berufstätigkeit nicht dadurch ausgeschlossen, daß sie von mehreren gemeinschaftlich in der Form einer offenen Handelsgesellschaft ausgeübt wird, sofern die Gesellschafter die Tätigkeit im wesentlichen persönlich wahrnehmen. c) Die Verwendung fremder Arbeitskräfte steht einer freien Berufstätigkeit nicht entgegen, wenn es sich um untergeordnete Hilfsleistungen, vorübergehende Vertretungen u. dgl. handelt. RFH. 31. 10. 30, RStBl. 1931 Nr 463. d) Umfang der freien Berufstätigkeit: Nach RFH. 27. 8. 30, 27, 184 sind Darlehen und Bürgschaften zwar als Geldgeschäfte anwaltsfremd, aber Ausfluß anwaltlicher Betätigung, wenn sie eng mit dieser zusammenhängen, wenn sie z. B. der Hereinbringung eines gefährdeten Außenstandes dienen. Verluste wären dann Werbungskosten. Analoge Anwendung denkbar, wenn z. B. Arzt einem Kollegen gegenüber für Patienten bürgt oder diesem zwecks Behandlung durch Facharzt und Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit Geld leiht. e) Tatfrage, ob *Klinik, Sanatorien* u. dgl. freiberufliche oder gewerbliche Tätigkeit ist; freiberufliche, wenn Sanatorium ein notwendiges Hilfsmittel für die ärztliche Tätigkeit ist und besondere Gewinne aus der Anstalt nicht erstrebt werden. Notwendiges Hilfsmittel nur, wenn es nicht eine bloße Erholungsstätte, sondern eine wirkliche Heilanstalt ist und die Behandlung der Kranken in einer derartigen Anstalt zur Erreichung des Heilzweckes erforderlich ist. Kein besonderer Gewinn, wenn sich der Anstaltsbetrieb selbst unterhält oder bei Einschluß ärztlicher Behandlung in den Pensionspreis nur einen Überschuß in Höhe der üblichen Vergütung für die geleistete ärztliche Tätigkeit abwirft (RFH. 5. 12. 29, RStBl. 1930 Nr 327; vgl. 27. 10. 28, MROZEK: AufbrG. II. DurchVO. § 1 Abs. 3d, Respr. 4; die Begründungen OVGSt. 11. 10. 94, 5. 5. 98, 3, 250, 7, 418 sind heute noch lesenswert). Ärztliche Klinik, die des Gewinnes wegen unterhalten wird, ist ein gewerblich. Betrieb (RFH. 29. 1. 26, StW. Nr 123; 17. 1. 28, RStBl. Nr 119); ein Sanatorium im Sinn einer Erholungsanstalt verliert die Eigenschaft als gewerblich. Unternehmen nicht ohne weiteres, weil Arzt leitet. 31. 1. 29, RStBl. Nr 200. Prospekte lassen einheit-

liche Schlüsse nicht zu. Zwar liegt bei Angaben, das Sanatorium sei auch für Genesende und Erholungsbedürftige bestimmt, diene als Rekonvaleszenten- und Erholungsheim der besseren Stände nach Infektionskrankheiten, zu Nachkuren, zur Abhärtung und zur allgemeinen Kräftigung, die Vermutung nahe, daß es sich nicht um eine reine, der Ausübung des ärztlichen Berufs dienende Krankenanstalt handelt (RFH. 26. 4. 29, RStBl. Nr 671). Andererseits müssen gerade *Nervenheilstätten* mit Rücksicht auf die seelische Einstellung vieler Kranken betonen, daß sie auch Erholungsbedürftige aufnehmen (RFH. 27. 10. 28 s. oben). Beispiele: Aufnahme in ein Sanatorium zur Erreichung Heilzwecks erforderlich, wenn Leiter Facharzt für Lungenkrankheiten und Anstalt für *Lungenkranke* bestimmt ist, die einer besonderen Aufsicht, Behandlung und Verpflegung bedürfen. Zwecks Berechnung der Überschüsse Feststellung der gesamten Unkosten der Anstalt einschl. angemessener Absetzungen für Abschreibung, des Umfangs der geleisteten ärztlichen Tätigkeit und der Vermögenslage der Kranken. RFH. 31. 1. 29, RStBl. Nr 200 verlangt Anwendung dieser Grundsätze auf Sanatorium, das zu 95—97 v. H. mit Kranken der Reichsversicherungsanstalt belegt zu sein behauptet; für sie sollen monatlich betragen Einnahmen: 200, Unkosten 150, also Vergütung für ärztliche Behandlung: 50 RM. Nach RFH. 26. 4. 29 (s. oben) liegt „notwendiges Hilfsmittel“ nur vor, wenn Art der Erkrankung Behandlung und ständige Beaufsichtigung der Kranken in der Anstalt durch einen Arzt verlangt (z. B. *Irrenanstalt*), wenn also durch Behandlung im Hause des Kranken oder durch Aufenthalt in gewöhnlicher Fremdenpension Heilung nicht erreicht werden könnte. Umfang der ärztlichen Tätigkeit ist danach zu beurteilen, wieviel wirkliche derartige Kranke, Genesende, lediglich Erholungsuchende durchschnittlich im Sanatorium aufgenommen werden. RFH. 27. 10. 28 (Mrozek § 1, 3d, Rspr. 11) beanstandet nicht, daß das Finanzgericht auf Grund der Gutachten und Buchprüfungsberichte den Angaben des Inhabers des Sanatoriums geglaubt hat, er könne und wolle damit einen besonderen Gewinn nicht erzielen; RFH. lehnt die vom FinA. beantragte Beweiserhebung als zu weitgehend ab, ein sachverständiger Arzt solle insbesondere aus den Krankengeschichten die Zahl etwaiger eigentlicher Erholungsuchender sowie feststellen, ob sich die besondere klinische Behandlung auf den überwiegenden Teil der Besucher erstrecke und ob als normale Speisefolge nicht nur eine gute Hotelverpflegung geboten werde. f) *Keine freie Berufstätigkeit*: *Verpachtung* eines Sanatoriums durch einen Arzt an eine Erwerbsgesellschaft, zu deren gewerblichen Unternehmen die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Angestellten gehört (RFH. 18. 10. 29, RStBl. Nr 871); *Überlassung* einer Klinik, Krankenanstalt usw. an einen Arzt derart, daß der Eigentümer den Betrieb für seine Rechnung führt und daß der Arzt nur das Recht hat, in der Anstalt seine Kranken unterzubringen, zu behandeln und Operationen vorzunehmen (RFH. 30. 1. 30, RStBl. Nr 236); *Leitung* und Betrieb einer höheren Lehranstalt, in der wissenschaftlicher *Unterricht* erteilt wird (RFH. 20. 3. 30, RStBl. Nr 578); auch nicht insofern, als der Inhaber, z. B. ein Arzt, persönlich Unterricht gibt; denn das gesamte Unternehmen kann nur einheitlich beurteilt werden (RFH. 21. 12. 28, RStBl. 1929 Nr 296); eine *Apotheke*, auch wegen Untersuchungen, wissenschaftlichen Diagnosen u. dgl., soweit sich diese Tätigkeit als eine mit dem Betrieb einer Apotheke durch einen wissenschaftlich vorgebildeten Apotheker üblicherweise verbundene darstellt (Strutz I, 481); planmäßig erzielte Erfindungen, Nachsuchen und Verwertung von Patenten können Einkünfte aus selbständiger Berufstätigkeit, Gewerbebetrieb oder Verpachtung (§ 38) erbringen. g) Nach der Definition der freien Berufe ist die *Hebamme* ihnen nicht zuzurechnen, selbst wenn in neuerer Zeit erhöhte Anforderungen an ihre Vor- und Ausbildung gestellt werden. Wohl aber gehört die Tätigkeit der Hebamme unter die zwischen Gewerbebetriebe und freie Berufe durch § 35 Abs. 1 Nr 2 eingeschobenen Berufstätigkeiten, wenn selbständige und nicht in einer abhängigen Dienststellung geleistete Arbeitstätigkeit vorliegt (RFH. 30. 5. 27, 21, 245). h) Wer sich in das Problem der *Abgrenzung zwischen selbständiger Berufstätigkeit* und *nicht selbständiger Arbeit* hineinendenken will, vergleiche die zahlreichen Beispiele bei Strutz I, 502ff., Nachtrag 210ff.; Popitz 297ff.; Nachtrag 41ff.; Blümich, Die Eink. der leitenden Angestellten (2. Aufl., 1930). i) *Anstellungsverhältnis von Ärzten*. α) Heute noch maßgebende *Erlasse des RFMin.* v. 10. 1. 21: Bei Ärzten liegt ein Anstellungsverhältnis vor, wenn ein frei praktizierender Arzt durch Einzelvertrag mit Staat, Gemeinde, Körperschaft, Stiftung, Erwerbsgesellschaft, Knappschaft usw. in ein festes Anstellungsverhältnis tritt, nach dem ohne Rücksicht auf den Umfang der ärztlichen Einzelleistungen ein vertraglich bestimmtes *Monats- oder Jahresgehalt* ausgeworfen wird. Das gleiche gilt von angestellten Ärzten in Krankenhäusern, Armenverwaltungen, Grubenärzten, Vertrauensärzten einer Versicherungsanstalt usw. *Kassenärzte* dagegen dürften im allgemeinen nicht zu den Festbesoldeten und Lohnempfängern zu rechnen sein, ein Anstellungsverhältnis zur Krankenkasse wird zu verneinen sein. Die kassenärztliche Tätigkeit wird sich vielmehr nur als Ausfluß der wissenschaftlichen, d. h. privatärztlichen Berufstätigkeit darstellen, und das dem Arzte aus seinem Verhältnis zur Kasse zufließende Honorar wird als Einkommen aus freier Berufstätigkeit zu gelten haben. Dabei ist zu unterstellen, daß das Kassenmitglied in jedem Falle Auftraggebender für die einzelne Leistung ist, obwohl später die Vergütung für die innerhalb eines gewissen Zeitraumes behandelten Fälle

unmittelbar durch die Kasse oder durch den Ärzteverband nach Abrechnung gewisser Unkosten geleistet wird. Dies wird insbesondere zutreffen, wenn der Arzt nach Einzelleistungen oder nach einem Pauschalsatz honoriert wird. Die Bezüge der *Bahnärzte* und *Bahnkassenärzte* stellen Arbeitslohn dar, soweit es sich um die festen Jahresvergütungen handelt, die ohne Rücksicht auf den Umfang der ärztlichen Einzelleistungen in Teilbeträgen gezahlt werden. Dagegen sind Bezüge dieser Ärzte für Sonderleistungen (Nachtbesuche, Geburtshilfe, Unterstützung eines benachbarten Bahnarztes in schwierigen Fällen usw.) Einkommen nach § 35, weil in diesen Fällen Bezahlung auf Grund besonderer Inrechnungstellung und unter Berücksichtigung der ärztlichen Einzelleistung erfolgt. Die Vergütung des *Hausarztes* unterliegt nicht dem Steuerabzug (RFMin. 20. 7. 20, Pissel-Koppe 419f.); ebensowenig die Gebühr der Ärzte, die *Sachverständige* vor Oberversicherungsamt, Versorgungsgericht sind (RFMin. 30. 8. 20, Strutz II, 533). *β*) Hier interessierende *Grenzfälle* zwischen Selbständigkeit und Unselbständigkeit: Die Verkehrsauffassung neigt eher dazu (RFH. 13. 2. 29, StW. Nr 392), im Zweifel die Tätigkeit von Ärzten und ähnlichen Berufen trotz vertraglicher Bindung und festem Entgelt (z. B. als *Bahn-* und *Kassenarzt*) noch als Ausfluß ihres eigentlichen freien Berufs zu betrachten. Auch gelte die gewöhnliche kassenärztliche Praxis wohl durchweg als Betätigung im freien Berufe. Die gleiche Frage wird für den *Vertrauensarzt* einer Ortskrankenkasse aufgeworfen (RFH. 28. 5. 30, RStBl. Nr 784). Wie sehr hier alles Tatfrage ist, zeigt der Umstand, daß der zweite Rechtsmittelzug, nach Zurückverweisung des obigen Urteils vom 13. 2. 29, die Lohnsteuerpflicht des in Betracht kommenden Bahnarztes rechtskräftig entschieden hat. Ein seine Tätigkeit selbständig ausübender Arzt behält daher seine Selbständigkeit und wird nicht zum Lohnempfänger, wenn er einen gleichfalls selbständigen Arzt *vertritt*. Andererseits gibt ein beim Vertreter bestehendes Dienstverhältnis auch einer vorübergehenden Vertretertätigkeit ihr Gepräge (RFH. 9. 10. 29, RStBl. Nr 359, 877). Das gilt besonders dann, wenn auch der Vertretene unselbständig ist; dann Vermutung dafür, daß der Vertreter wirtschaftlich dieselbe Stellung einnimmt, wie der Vertretene (Gerichtsarzt und Gefängnisarzt, RFH. 16. 4. 30, Mrozek § 6 Abs. 1 Nr 4, Rspr. 15). Die Vergütung des *Schriftleiters* einer Zeitung (Zeitschrift) ist nicht Arbeitslohn, sondern freiberufliches Einkommen, wenn er weder räumlich noch zeitlich gebunden und seine Arbeitskraft nicht ausschließlich oder im wesentlichen der Schriftleitung gewidmet ist (RFH. 27. 8. 30, RStBl. Nr 903). *Dozent*, der Vorträge an einer Verwaltungsakademie hält, kein Angestellter (RFH. 4. 9. 29, RStBl. 1930 Nr 148). Tatfrage, ob *Vorstandsmitglied* eines Vereins, *Krankenschwester* Angestellte sind (RFH. 26. 2. 30, RStBl. Nr 428, 17. 7. 30, RStBl. Nr. 867). *k*) Bei Gesamtversicherungen von Arbeitnehmern sind Beiträge des Arbeitgebers auf Grund des Arbeitsvertrages zugunsten bestimmter Arbeitnehmer als Arbeitslohn dann lohnsteuerpflichtig, wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer zu diesen Zahlungen verpflichtet ist und dem Arbeitnehmer eintretendenfalls Rechte aus der Versorgung zustehen (RFH. 8. 7. 31, RStBl. Nr 686). Kein Zuließen, wenn Versicherung und Zahlung der Prämien ausschließlich Sache des Arbeitgebers sind. Kein Arbeitslohn der einzelnen Arbeitnehmer, wenn ein Arbeitgeber zugunsten der Gesamtheit dieser Arbeitnehmer Pauschalzahlungen nach freiem Ermessen der Vorsitzenden des Aufsichtsrats oder des gesamten Aufsichtsrats leistet (RFH. 8. 7. 31, RStBl. Nr 704). Im übrigen ist aus der Gesamtheit der Umstände zu entnehmen, ob Rechte des Arbeitnehmers aus der Versorgung vorliegen (RFH. 8. 7. 31, RStBl. Nr 687).

Nr 9. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.

Hiervon gehört z. B. zu dem Einkommen aus Gewerbebetrieb der nach dem ortsüblichen Verbrauchswert (§ 21) zu berechnende Wert der Nutzung einer Wohnung, die der Inhaber eines Sanatoriums usw. aus Gründen des Betriebs im Hause selbst innehat (RFH. 1. 5. 29, RStBl. Nr 639 für Pension); zu den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung oder einer anderen Einkommensart (Tatfrage) gehört die Einräumung eines quasi dinglichen Nutzungsrechts (Patent, Lizenz), RFH. 7. 7. 27, RStBl. Nr 397 (vgl. auch über beschränkte EStpfl. aus inländischen Lizenzen RFH. 25. 6., 12. 11. 30, 28, 3).

Nr 10. Entschädigungen und Einkünfte aus ehemaliger Tätigkeit.

Hiervon gehört z. B. zum Arbeitslohn: eine *Abfindungssumme*, die an einen vorzeitig ausgeschiedenen Krankenhausdirektor gezahlt wird (vgl. RFH. 5. 2. 30, Eildienst 1930, Sp. 235); Beträge, die den Erben (Rechtsnachfolgern) eines Arbeitnehmers wegen dessen ehemaliger Tätigkeit durch den Arbeitgeber zukommen. Etwaige Doppelbesteuerung (Erbchaftsteuer) durch § 6 Abs. 3 nicht verboten (RFH. 14. 5. 30, RStBl. Nr 898). Keine Absetzung der Erbschaftst. als Werbungskosten (RFH. 25. 6. 30, RStBl. Nr 825; 15. 5. 30, RStBl., Nr 779) wendet Stpfl. nach § 44 Abs. 2 (neben Erbschaftst.) auch auf laufende Bezüge einer Arzttwitwe aus Veräußerung der Arztpraxis an (vgl. RFH. 5. 3. 30, 7. u. 14. 5. 30, RStBl. Nr 382, 777, 778).

Nr 11. Durchschnittssätze (§ 46) für Werbungskosten usw. bei Angehörigen freier Berufe.

a) RFin. 8. 3. 26, 8. 2. 27, 28. 1. 28, 16. 2. 29, 30. 1. 30, 20. 1. 31 (RStBl. 1926, 117, 1927, 65, 1928, 35, 1929, 103, 1930, 81, 1931, 73). b) Die VO. über die Festsetzung von Durchschnittssätzen für die Werbungskosten, RFin. v. 30. 1. 30 (RStBl. 81, vgl. Berl. ÁCorr. 1931, 55) besagt, soweit sie hier von Interesse ist, in § 1, daß zur Abgeltung der Werbungskosten und der Ausgaben im Sinne des § 17 Abs. 1 Nr 4 (für Fortbildung in Beruf) und Nr 6 (Beiträge für Ärztekammer, Berufsverband) bei der Ermittlung des beruflichen Einkommens von den Einnahmen abzuziehen sind a) bei Ärzten und Tierärzten von den ersten 40 000 RM. der Einnahmen 25 v. H., von den weiteren 20 000 RM. der Einnahmen 15 v. H.; b) bei Zahnärzten von den ersten 40 000 RM. der Einnahmen 40 v. H., von den weiteren 20 000 RM. der Einnahmen 20 v. H.; c) . . .

(2) In Städten mit mehr als 1 Million Einwohner treten an Stelle der im Abs. 1 genannten Beträge von 40 000 RM. der Einnahmen 60 000 RM. der Einnahmen.

(5) Wird der freie Beruf von mehreren Personen gemeinschaftlich ausgeübt (z. B. Sozietät von Rechtsanwälten, gemeinsame Ausübung der Praxis durch Ärzte oder Zahnärzte), so erhöhen sich die in Abs. 1—2 für die Durchschnittssätze genannten Grenzen der Einnahmen um je 50 v. H. für den zweiten und jeden weiteren Steuerpflichtigen, der an der gemeinsamen Ausübung der Praxis beteiligt ist.

(6) Bei Ärzten, die zur Ausübung ihrer Praxis ein Kraftfahrzeug oder Wagen und Pferde unterhalten oder eine ständige Hilfskraft zur Hilfeleistung bei der ärztlichen Tätigkeit beschäftigen oder fachärztliche Instrumente oder Apparate benutzen, die über Umfang und Wert der von praktischen Ärzten im allgemeinen unterhaltenen Instrumente und Apparate wesentlich hinausgehen, kann das Finanzamt den Durchschnittssatz von 25 v. H. in angemessenem Umfange, jedoch auf nicht mehr als 35 v. H., erhöhen. Liegen bei Zahnärzten ähnliche Verhältnisse vor, die höhere als die durchschnittlichen Werbungskosten bedingen, so kann das Finanzamt den Durchschnittssatz in angemessenem Umfange, jedoch auf nicht mehr als 50 v. H. erhöhen. . . .

(7) Sind bei Pflichtigen, deren Einnahmen aus freier Berufstätigkeit 10 000 RM. im Jahr nicht übersteigen, die festen Unkosten verhältnismäßig hoch, so hat das Finanzamt auf Antrag den Durchschnittssatz zu erhöhen: a) bei Ärzten und Tierärzten auf 30 oder 35 v. H., b) bei Zahnärzten und Zahntechnikern auf 50 v. H., c) . . .

§ 2. Die Durchschnittssätze (§ 1) finden keine Anwendung, wenn die Unkosten im wesentlichen nicht von dem Steuerpflichtigen selbst, sondern von anderen Personen oder von Anstalten getragen werden.

§ 3. Macht der Steuerpflichtige in seiner Steuererklärung abweichende Angaben, die er entweder beweist oder so belegt, daß eine von dem Durchschnittssatz abweichende Festsetzung geboten ist, so sind die sich hiernach ergebenden tatsächlichen Ausgaben an Stelle des Durchschnittssatzes abzuziehen.

§ 4. Bleiben die nach § 16, § 17 Abs. 1 Nr 4 und 6 des Einkommensteuergesetzes zulässigen Ausgaben des einzelnen Steuerpflichtigen offensichtlich erheblich hinter dem nach § 1 sich ergebenden Betrage zurück, so hat das Finanzamt diese Aufwendungen nur entsprechend ihrem tatsächlichen Betrag abzusetzen; als erheblich in diesem Sinne gilt ein Unterschied nur dann, wenn er mindestens ein Viertel ausmacht.

c) Der Erlaß v. 20. 1. 31 ermächtigt die FinÄ., den Pauschsatz für Zahnärzte im einzelnen Falle um 5 v. H. zu erhöhen und läßt die GewSt. für die freien Berufe neben dem Pauschsatz zum Abzuge zu. Sie ist auch dann abzugsfähig, wenn sie der Höhe nach mit Ablauf des Geschäftsjahrs noch nicht feststeht (RFH. 30. 7. 29, Mrozek § 81 AVaF. Rspr. 12). Die übrigen Sonderleistungen des § 17 dürfen besonders abgezogen werden, und zwar in Höhe der vollen Sonderleistungspauschale von 240 RM. RFin. 16. 2. 29, vgl. 5. 2. 30, RStBl. Nr 201). d) Der Betrag, den eine *ärztliche Verrechnungsstelle* für ihre Verwaltungskosten einbehält, ist im Durchschnittssatz des § 5 abgegolten; die für Alters- und Hinterbliebenenversorgung usw. verwendeten Beträge dürfen gesondert, jedoch nur im Rahmen des § 17 Abs. 2, 112 abgezogen werden. In der EinkSt.-Erklärung muß deshalb der Bruttobetrag (voller Honorareingang) angegeben werden. Das gilt entsprechend, soweit Verrechnungsstellen für die kassenärztliche Tätigkeit der Ärzte Abzüge für Versorgungszwecke machen. e) Schätzung der *durchlaufenden* Beträge, wenn sie mit Einnahmen eine Summe bilden (RFH. 21. 9. 27, RStBl. Nr 472). f) Zu § 1 Nr 1: Nur die Kosten sind mit den Durchschnittssätzen abgegolten, die mit der Tätigkeit des Stpfl. innerhalb des freien Berufs, nicht aber seiner *sonstigen* Tätigkeit zusammenfallen (RFH. 17. 10. 28, RStBl. 1929 Nr 138). g) Zu § 1 Nr 2: Unter *Städten* sind politische Gemeinden zu verstehen; Betonung des räumlichen und wirtschaftlichen Zusammenhangs würde zu schwieriger Untersuchungen im Einzelfalle nötig machen. RFH. 8. 8. 29, StW. Nr 800 (RStBl. Nr 754). § 1 Nr 6 erörtert durch RFH. 18. 9. 27, Mrozek § 46, Rspr. 42 (RStBl. 1929 Nr 896). h) Die Pauschsätze finden auch auf Ärzte mit *Privatkliniken* Anwendung, die ihre Werbungskosten nicht aus ordnungsmäßigen Aufzeichnungen belegen

können. Nur für den Klinikbetrieb aufgezeichnete Werbungskosten können zwar nicht als Teilergebnis zugrunde gelegt werden, wohl aber es rechtfertigen, daß im gesamten die Durchschnittssätze als nicht zureichend abgelehnt werden (§ 3, RFH. 14. 4. 31, 28, 312). i) Diese VO. gilt grundsätzlich insoweit nicht, als ein *Angehöriger eines freien Berufs Arbeitslohn bezieht*, weil die im Zusammenhang mit einem Dienstverhältnis stehenden Aufwendungen dem Stpfl. infolge Zurverfügungstellung der erforderlichen Hilfsmittel usw. durch den Arbeitgeber nicht erwachsen (vgl. § 2 d. VO.) oder durch stfr. Dienstaufwandentschädigung (§ 36 Abs. 2) ersetzt werden. Nur in den Fällen, in denen diese Voraussetzungen nicht vorliegen, kann auch bei der Besteuerung der Bezüge aus einem Dienstverhältnisse auf die VO. v. 30. 1. 30 zurückgegriffen werden. Aber auch die Frage, in welchem Umfange das geschehen kann, richtet sich nach dem einzelnen Fall. k) Bleiben die *tatsächlichen Werbungskosten* um weniger als ein Viertel hinter den Pauschbeträgen zurück, so darf die Steuerbehörde auch bei einem an sich erheblichen Unterschiede nicht nur die tatsächlichen Werbungskosten abziehen, auch dann nicht, wenn diese auf Grund ordnungsmäßiger Buchführung oder sonstiger geeigneter Aufzeichnungen ziffernmäßig feststehen und nicht erst geschätzt zu werden brauchen (RFH. 19. 12. 28, 24, 314, der Unterschied betrug rd. 39000 RM.). Ermittlungen (§ 4) darf die Steuerbehörde erst anstellen, wenn sie aus objektiven Anzeichen (z. B. Vorhandensein sehr erheblicher einmaliger Einnahmen bei normalen Ausgaben, außergewöhnliche Beschränkung in Hilfskräften oder sonstige anormal niedrige Unkosten, vgl. RFH. 18. 5. 27, RStBl. Nr 278) die an Gewißheit grenzende Vermutung geschöpft hat, daß der Unterschied zwischen tatsächlichen Ausgaben und den nach den Durchschnittssätzen berechneten mindestens ein Viertel beträgt (RFH. 28. 11. 29, Mrozek § 46, Respr. 45, vgl. RFH. 19. 12. 28, Mrozek § 46, Rspr. 32, 11. 12. 29, RStBl. 1930, Nr 535). l) Werbungskostenpauschsatz findet keine Anwendung auf *nachträgliche* Einnahmen der Witwe aus der Praxis ihres verstorbenen Ehemannes (RFH. 19. 8. 31, RStBl. Nr 876). m) *Weitherzige Auslegung*. Strutz II, 842 versteht unter *Arzneien* (Abs. 3 Nr 5) Medikamente, unter Heilzwecken auch solche, die ein unheilbares Leide nur aufhalten oder erträglicher machen sollen. RFH. 2. 3. 27 (StW. Nr. 230, vgl. 24. 11. 26, StW. 1927 Nr 12) kein Verstoß gegen § 11 RabG., wenn FinA. die Ausgaben für eine durch Krankheit verursachte *Erholungsreise* nach Ägypten nicht oder für *Sanatoriumsaufenthalt* nur teilweise (z. B. nicht soweit Stpfl. Kur nach Bescheinigung des ärztlichen Leiters „gebraucht“, d. i. nicht im Sinne von „notwendig gehabt“ hat) als *Verbrauch* gelten läßt.

Nr 12. Steuertarif.

a) § 56 läßt Steuererleichterung wegen *besonderer wirtschaftlicher Verhältnisse* zu; dazu gehören Verpflichtungen gegen Arzt und Apotheker, Aufnahme von Darlehen zur Bestreitung von Krankheitskosten (RFH. 28. 9. 27, StW. Nr 587, Strutz II, 935). b) Bei Jahreseinkommen über 8000 RM. kann (§ 58) auf Antrag ungerecht winkernder Progression *Steuerermäßigung* eintreten wegen *außerordentlicher Einkünfte* (Aufzählung in Abs. 3 ausschließlich und erschöpfend, RFH. 5. 8. 30, Mrozek § 58, Rspr. 22, RStBl. Nr 871) und wegen Einkünfte auf Grund einer *sich über mehrere Jahre fortgesetzten erstreckenden Tätigkeit* besonderer Art, die bezweckte, ein einzelnes, in sich abgeschlossenes bestimmtes Ergebnis zu zeitigen. § 58 ist auch auf berufstätige Stpfl. anwendbar, die nicht als Gelehrte und Künstler tätig sind, sofern besondere außergewöhnliche Verhältnisse vorliegen, die wirtschaftlich denen gleichen, welche der Gesetzgeber vorzugsweise im Auge hatte, nämlich Künstler und Schriftsteller, die an einem großen Werke mehrere Jahre gearbeitet haben und das Honorar in einer Summe erhalten (RFH. 19. 2. 30, RStBl. Nr 426). § 58 daher grundsätzlich nicht auf Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder aus einer in Form eines gewerblichen Betriebs ausgeübten selbständigen Berufstätigkeit anwendbar (Erfindung und deren kaufmännische Ausnutzung und Verwertung, RFH. 17. 12. 30, 28, 30). Die bisherige (strenger gewordene) Rechtsprechung betraf vornehmlich Rechtsanwälte (RFH. 23. 5., 27. 6. 28, RStBl. Nr 512, 559, 24. 6. 29, RStBl. Nr 578, 28. 5. 30, RStBl. 1931 Nr 100). § 58 *nicht anwendbar*, wenn fortlaufend neben Vergütungen für kurze auch solche für mehrjährige Tätigkeit eingehen (RFH. 19. 6. 23, 12, 228, 21. 11. 28, RStBl. 1929 Nr. 99), wenn Zahlung wirtschaftlich Summe der Entgelte für Tätigkeit in den einzelnen Zeitabschnitten (z. B. durch Erbschaft erst möglich gewordene Abtragung der Honorarschulden) und nicht einheitliche Abgeltung für die ganze in sich geschlossene Tätigkeit darstellt (RFH. 13. 11. 28, 24, 272, vgl. auch 30. 7. 29, RStBl. Nr 753), wenn einer von mehreren zu einer Gemeinschaft Verbundenen jahrelang durch einen Sonderauftrag beansprucht wird, die anderen aber die laufenden Sachen bewältigen; denn die gemeinsame Berufsausübung ist als einheitliche Tätigkeit aufzufassen (RFH. 5. 8. 30, s. oben). Anwendbarkeit *zweifelhaft* auf schriftstellerische Arbeiten eines Universitätsprofessors, die im Rahmen seines wissenschaftlichen Fachgebiets und seiner laufenden, zu seinem Hauptberufe gehörenden wissenschaftlichen Tätigkeit liegen. Die Steuerbehörde hat nicht die Zahl der Jahre der außerordentlichen Tätigkeit und ihre Verteilung auf die einzelnen Jahre zu erörtern, sondern die EinkSt. des Zahlungsjahrs in einer der Höhe

des Entgelts, den gesamten Verhältnissen des Stpfl., insbesondere auch seiner augenblicklichen steuerlichen Leistungsfähigkeit entsprechenden Weise innerhalb des gesetzlichen Rahmens griffweise herabzusetzen (RFH. 25. 6. 30, RStBl. Nr 811).

Nr 13. Einheitliche Gewinnaufstellung

kommt nicht in Frage in Fällen von geringerer Bedeutung, nicht bei Ehegatten, Gesellschaften (vgl. RFH. 13. 11. 30, RStBl. 1931 Nr 119). Vergütungen (§ 29 Nr 3) eines Mitunternehmers (z. B. des Betriebsleiters) sind dem Geschäftsgewinn hinzuzurechnen (RFH. 6. 9. 27, RStBl. Nr 448). Keine einheitliche Gewinnfeststellung, wenn eine einzelne wissenschaftliche Arbeit gemeinsam gemacht wird, sofern lediglich Unkostengemeinschaft oder ein Verhältnis vom Arbeitnehmer zu Arbeitgeber besteht (Pissel-Koppe 642).

III. Zuschläge zur Einkommensteuer

im Rechnungsjahr 1931 (VO. 1. 12. 30, RGBl. I 517).

1. von mehr als 8000 RM. für Kalenderjahr 1930 oder einen in diesem Kalenderjahr endenden Steuerabschnitt (vgl. S. 264) in Höhe von 5 v. H.;

2. zur Einkommensteuer der Ledigen. Befreiungen: § 5 Abs. 2. Zahlungs-terminen zu 1. und 2. am 10. 7. 31, 10. 1 32.

IV. Bürgersteuer.

(1. 12. 30, 6. 10. 31.) Zusammen mit der **Gemeindebier- und Gemeindegetränkesteuer**.

Bemerkung 1. Bürgerst. Subj. Stpfl. (§ 4): Alle im Gemeindebezirk wohnenden, selbständig u. auf eigene Rechnung lebenden natürlichen Personen über 20 Jahr sowie die im Haushalt der Eltern, Verwandten lebenden mit selbständigem Einkommen. Stichtag: 10. 10. jedes Jahres. Ausnahmen: § 4 Abs. 2. Landessatz; § 5 setzt Mindestsätze fest.

Bem. 2. Gemeindebierst. Vom Hersteller oder von dem das Bier in die Gemeinde Einführenden zu erheben. Steuersätze nach Menge und Stärke.

Bem. 3. Gemeindegetränkst. Steuer vom Verzehr an Ort und Stelle auf Wein, Schaum-, Trinkbranntwein, ähnliche Getränke, Mineralwässer und künstlich bereitete Getränke, sowie Kakao, Kaffee, Tee und andere Auszüge aus pflanzlichen Stoffen. Mindestens 5 v. H. des Kleinhandelspreises. Hier (Gegensatz USt. S. 281) keine St. vom Bedienungsgeld. Keine Ausdehnung auf Bier, Milch.

Materialien zu III und IV.

Nr 1. Zu III: Blümich-Hoffmann 146ff., zu IV vgl. VO. 26. 7. 30, DurchfBest. 4. 9., VO. 1. 12. 30, 5. 6. 31, 6. 10. 31, DurchfBest. 1. 10. 31, RFMin. 13. 10. 31, RGBl. 1930, I, 311, 450, 517, 1931. 1, 279, 537, 714, RStBl. 1931, 779; RFMin. 13. 10., 3. 12., 23. 12. 30, 15. 1., 17. 1. 31, RStBl. 1930, 639, 777, 833; RGBl. I, 10, RStBl. 1931, 71, Übersicht über die Durch- u. Ausf.-Best. d. Reiches u. der Länder. — HAUSSMANN, HERRMANN u. a.: Das Steuerrecht der Notverordnungen v. 1930, 321—325, wegen der Bürgersteuer auch Blümich-Hoffmann 155f. und KOCH: München 1931, 1932. v. LILIENTHAL: Die Steuervorschriften der Notverordnungen Berlin 1932.

Nr 2. § 4 Abs. 1 Satz 1 BSt. VO. Nach DurchfBest. BSt. 31 § 6 Abs. 2 ist die Frage, ob ein Steuerpflichtiger selbständig auf eigene Rechnung lebt oder ein selbständiges Einkommen hat, in den Fällen zu bejahen, in denen die Voraussetzungen für eine Befreiung von BSt. nach Abs. 1 Nr. 1 nicht vorliegen (gesamte Jahreseinkünfte nicht über 500 RM., vgl. auch KOCH 1931, 62, 75; 1932, 14. — v. LILIENTHAL: Die Steuervorschriften der Notverordnungen 901f.).

Nr 3. Über Befreiungen von der Gemeindegetränkst. bei Abgabe in öffentlichen Krankenhäusern, Kliniken usw. vgl. Amtsblatt der Stadt Berlin 1930, 727.

V. Körperschaftsteuergesetz

v. 10. 8. 25. RGBl. I, 208.

Bemerkung 1. Unbeschränkt Körpstpfl. sind, sofern Sitz (Gesellschaftsvertrag, Satzung maßgebend) oder Ort der Leitung (Mittelpunkt der gesamten,

geschäftlichen Oberleitung, § 2 AusfBest., § 72 RAbgO.) im Inlande liegt, Erwerbsgesellschaften (Nr 1, § 4), alle übrigen Körperschaften und Vermögensmassen des bürgerlichen Rechts (Nr 2, § 5), Betriebe und Verwaltungen von Körperschaften des öffentlichen Rechts und öffentliche Betriebe und Verwaltungen mit eigener Rechtspersönlichkeit (Nr 3). *Beschränkte* Körperstpf. (§ 3) mit dem inländischen Einkommen bei Krankenhäusern, Apotheken in Ausnahmefällen denkbar. *Steuersatz*: 3 Tarife (20, 10 v. H. und Staffeltarif) nach § 21.

Bem. 2. Steuerbefreiungen. Die nach § 2 Nr. 3 Stpf. sind *frei*, wenn sie u. a. gemeinnützigen, mildtätigen oder kirchlichen Zwecken dienen, wie behördliche Krankenhäuser. § 9 Nr 7 befreit Körperschaften und Vermögensmassen, die nach der Satzung, Stiftung oder sonstigen Verfassung ausschließlich und unmittelbar kirchlichen, gemeinnützigen oder mildtätigen Zwecken dienen und keinen über eine Vermögensverwaltung hinausgehenden wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unterhalten (freie, gemeinnützige Krankenhäuser).

Bem. 3. Sonstige Vorschriften. § 10 betrifft die Mindestleistung, § 11 Nr 3 das Schachtelprivileg; § 11 Nr 6 befreit Beiträge der Mitglieder von Personenvereinigungen (vgl. unten Nr 1). Wegen Steuerabschnitts vgl. S. 264. Sinn-gemäße Anwendung der §§ 12—17, 19—21, 25, 26—48 EinkStG. (§ 13); Ausnahmen §§ 14—17: abzugsfähige Sonderleistungen sind (§ 14 Nr 1) Beträge, die nach der Satzung, Stiftung oder sonstigen Verfassung ausschließlich gemeinnützigen oder mildtätigen Zwecken zugeführt werden (§ 14 Nr 2), Zuwendungen an Unterstützungs-, Wohlfahrts- und Pensionskassen des Betriebes, wenn die dauernde Verwendung für die Zwecke der Kassen gesichert ist. § 15 Nr 1: Abzugsfähigkeit der Grunderwerbsteuer der Toten Hand (§ 10 Abs. 1 GrunderwerbStG. durch § 28 Abs. 3 bis 1. 4. 34 ausgesetzt) oder angemessener jährlicher Rücklagen. Nr 3: Abdeckung der Unterbilanz nur noch für die im Kalenderjahr 1931 endenden Steuerabschn. zugelassen. — Liquidations- und Fusionssteuer: § 18.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Schrifttum: Kennerknecht 1926, Nachtr. 1929, Mirre 1926, Evers 1927, Nachtr. 1930, Blümich-Hoffmann 157ff.

Nr 1. Erwerbsgesellschaften

(§ 4) wegen ihrer Form: AG., Komm.Ges.a.A., GmbH., Genossensch. (auch nicht eingetragene, RFH. 8. 3. 27, StW. Nr 325); wegen ihres Zwecks: Personenvereinigungen mit wirtschaftlichem Geschäftsbetrieb (RFH. 20. 10. 22, 10. 332; 30. 6. 23, 13, 122), deren Zweck vorwiegend die Erzielung wirtschaftlicher Vorteile für sich oder ihre Mitglieder ist, z. B. ärztliche Verrechnungsstellen schon infolge energischerer Vertretung und Durchsetzung der Honorarforderungen (RFH. 20. 10. 22, 10. 332), auch wenn ihre Forderungen die vom Arzt als angemessen bezeichneten Beträge zwar übersteigen, aber noch innerhalb der ärztlichen Gebührenordnung liegen (RFH. 27. 11. 28, RStBl. 1929 Nr 67), den Erwerbsgesellschaften gleichgestellt rechtsfähige und nicht rechtsfähige (vgl. aber § 6) Anstalten, Stiftungen und andere Zweckvermögen (Begriffe nach BGB., Kennerknecht 44). Eigenschaft als Erwerbsgesellschaft wegen Tarif, Schachtelprivileg (§ 11 Nr 3), Aufsichtsratsantienne (§ 17 Nr 4), Sitzverlegung ins Ausland von Bedeutung. Subsidiäre Körperstpf. bei nichtrechtsfähigen Personenvereinigungen, Anstalten, Stiftungen und anderen Zweckvermögen (§ 6).

Nr 2. Gemeinnützige oder mildtätige Zwecke (VO. 17. 5. 26, RGBl. I, 244).

Beispiele: Kranken- und Siechenhäuser, bakteriologische Untersuchungsanstalten, Volksbäder und Bäderverwaltungen, einschl. (in der Regel) Nebenbetriebe, wie Brunnenversand, Pastillenfabrikation u. dgl. (RFH. 9. 9. 30, RStBl. 1931 Nr 125, § 11 der VO., vgl. auch 28. 5. 29, RStBl. Nr 585), ausschließlich zur persönlichen und wirtschaftlichen Hilfeleistung für kranke, gebrechliche und bedürftige Personen bestimmte Betriebe und Verwaltungen (RFH. 6. 6. 28, 23, 301, § 12). Der neue Schlußhalbsatz des § 9 Nr 7 (eng auszulegen, RFH. 30. 10. 28, 24, 176) gilt erstmalig für die im Kalenderjahr 1931 endende St. abschnitte. Dadurch wird zwar die bisherige den entgegengesetzten Standpunkt vertretende Rechtsprechung RFH.

25. 11. 27, 23. 4. 29, **22**, 204, **25**, 103 für die KörperSt. überholt; sie behält aber für Gew.- u. Verm.St. ihre Bedeutung. RFH. 7. 1. 27, RStBl. Nr 49, u. 28. 8. 28, RStBl. **1929** Nr 278, 240, verstehen unter wirtschaftlichem Geschäftsbetrieb eine planmäßige wirtschaftliche, unmittelbare Erwerbszwecke verfolgende Betätigung. Nach dieser Begriffsbestimmung und nach der Entstehungsgeschichte der neuen Fassung des § 9 Abs. 1 Nr 7 KörperStG. ist daher ein solcher die Steuerbefreiung ausschließender Geschäftsbetrieb nur dann anzunehmen, wenn ein Betrieb unterhalten wird, dessen Gegenstand an sich nichts mit den gemeinnützigen Zwecken der unterhaltenen Gesellschaft zu tun hat, der vielmehr der Gesellschaft lediglich Mittel zur Erfüllung dieser Zwecke verschaffen will. Vgl. KENNERKNECHT, DStBl. **1931**, 783 u. RFin. 5. März 32, RStBl. 258 (265f.).

Nr 3. Der Begriff Kasse setzt eigene Organisation und eine gewisse Selbständigkeit gegenüber dem Betriebsinhaber voraus. Juristische Persönlichkeit ist nicht erforderlich (RFH. 29. 5. 23, **12**, 232; 31. 5. 27, 13. 1. 28, **23**, 78). Spätestens bei Zuweisung von Mitteln muß das Unternehmen alle geeigneten Schritte zur Bildung der Kasse unternehmen. Etwa notwendig werdende Einzelheiten können später nachgeholt werden (RFH. 26. 4. 30, RStBl. Nr 629).

Nr 4. Zu den Rücklagen nach § 15 Nr 1 (Bem. 3) RFin. 16. 2. 29, RStBl. 105; hierbei kann vom Mindestwert im Jahre der Steuererhebung ausgegangen werden, falls dieser schon schätzbar ist, sonst vom gemeinen Wert am Ende des St. abschnitts (RFH. 16. 4. 29, RStBl. Nr 491).

VI. Gewerbesteuer.

Bemerkung 1. Die Steuerpflicht. Die VO. 1. 12. 30, RGBl. I, 517 (*Gewerbesteuerrahmengesetz*) enthält Vorschriften, wie die GewSt. als Landesst. vom 1. 4. 32 ab zu veranlagend ist. Bis zur Zustellung des ersten St. bescheids hat St. schuldner Vorauszahlungen von je einem Viertel der nach den landesgesetzl. Vorschriften zuletzt festgesetzten Jahressteuerschuld am 15. 5., 15. 8., 15. 11., 15. 2. zu entrichten. Abweichende Bestimmungen der Länder zulässig (§§ 1, 38, 41). Alle hier behandelten Tätigkeiten sind dann gewstpfl., mit Ausnahme der unselbständigen (§ 2 Abs. 1, S. 265), der Ausübung eines der . . . reinen Wissenschaft gewidmeten freien Berufs oder Nebenberufs und der Landwirtschaft usw. (§ 3 Abs. 2 Nr 2, 1). Zur GewSt. kann nur herangezogen werden, was der Grundst. nicht unterliegt.

Bem. 2. Befreiungen. Hier in Betracht kommende *GewSt. befreiungen*: beim Vorliegen gemeinnütziger oder mildtätiger Zwecke, wie S. 275; GmbH. und AG.en, deren Hauptzweck die Verwaltung des Vermögens für einen nichtsrechtsfähigen Berufsverband ist, der nicht einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb bezweckt (also gewstpfl. ärztliche Verrechnungsstellen, S. 272d), sofern ihre Erträge im wesentlichen aus dieser Vermögensverwaltung herrühren und ausschließlich dem Berufsverband zufließen (§ 6 Nr. 6, 7).

Bem. 3. Bestimmungsgrundlage ist der Gewerbeertrag, der für Stpfl. mit ordnungsmäßiger Buchführung und regelmäßigen Jahresabschlüssen nach der etwas abgewandelten (§§ 11, 12) Gewinnermittlung des Eink- oder KörperStG. besonders zu ermitteln ist, für die anderen Stpfl. nach besonderen Hilfsmitteln geschätzt wird (§§ 10, 14). Keine Haushaltsbesteuerung (S. 269). Mindestbetrag des Gewerbetrags: 6 v. H. des (hilfsweise hinzugezogenen) Gewerbekapitals (§ 13, vgl. RBewG. § 53 u. RFin. Erlaß 6. 7. 31 S. 3300—29. III. S. 3: erst ab 1. 4. 32 wirksam, auch dann wird Ermittlung nur vereinzelt notwendig werden). Zusätzliche Besteuerung durch *Lohnsummensteuer* nach Ermessen des Landes, die sich auf sämtliche Betriebe zu erstrecken hat (§§ 15, 19—21). Einheitliche Rechnungsart nach Steuermaßbeträgen (10 v. H. für jurist. Pers. usw. und abgestufte Beträge bis 14000 RM. unter, ab 15000 RM. 10 v. H.) und Umlagesätzen von Land u. Gemeinde (§§ 16—18). Beisp.: Gewerbeertrag von 15000 RM., Umlagesatz von 40 + 80 v. H., GewSt. 120 v. H. von 1500 RM. = 1800 RM.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Allgemeines. BAYENS: Die Gewstpfl. der freien Berufe in Preußen nach der Rechtsprechung des OVG. — BEWER: Stimmen zur Frage der Heranziehung der Ärzte zur GewSt. 1929. — BRÄUER: Die Frage einer Heranziehung der Ärzte zur GewSt. 1929. — FLECK: Das GewSt.-Rahmenges. StW. 1931, Sp. 389ff. — JASTROW: Freie Berufe und GewSt. 1930. — Blümich-Hoffmann 213ff.

Nr 2. Länderrecht. Preußen. Ges. für Rechnungsjahr 1930 u. Ausf.Anweis. 17. 4. 30 (GS. S. 93). — HOG-ARENS: Die preuß. GewSt. 4. Aufl. Berlin 1928; Nachtr. Berlin 1931. — MARVIN: Die GewSt. der freien Berufe in Preußen. Berlin 1930. § 4: Bemessungsgrundlagen: Gewbeertrag und Gewerbekapital, an dessen Stelle auf Gemeindebeschluß Lohnsumme, bei freien Berufen nur nach Gewbeertrag, daher Unterscheidung zwischen ihnen und den übrigen Gewerbetreibenden von Bedeutung. HOG-ARENS: Nachtr. 71ff. § 5 Abs. 3: Abzug von 6000 RM. bei freien Berufen. Abs. 5: Unter besonderen Voraussetzungen ist Ertrag ähnlicher Unternehmen, mindestens übliche Kapitalverzinsung anzusetzen (vgl. § 33 EinkStG., BLÜMICH-HOFFMANN 83ff.). Über die Gewerbest.ges. der Länder vgl. auch Zusammenstellung in Anlage zu Drucksachen Reichstag IV, 1928 Nr 568. Bayern: GewSt. 9. 7. 26 (G. u. VOBl. 387, Kommentar von WASSERMANN: 2. Aufl. 1927), Sachsen: GewStG. 30. 7. 26 (GBl. 173, Kommentar von SCHWEDE: 2. Aufl. 1926), Württemberg: Grund-, Gebäude- u. GewStG. 7. 1. 27 (RegBl. 1, Kommentar von ROESLER: 1927), Hamburg: GewStG. 10. 3. 26, Kommentar von SCHRADER-SPECHT 1927.

Nr 3. Rechtsprechung. Vgl. S. 266ff.

VII. Vermögensteuergesetz

v. 22. 5. 31 (RGBl. I 237).

Bemerkung 1. Steuerpflicht u. Befreiungen. Grundsätzliche Übereinstimmung der Vorschriften über *unbeschränkte* und *beschränkte* Vstpfl. und über *Befreiungen* mit denen bei der Eink- u. KörpSt.: §§ 2, 3; nach 4 Nr 6 sind Personenvereinigungen usw. frei, die nach Satzung usw. ausschließlich und unmittelbar . . . gemeinnützigen oder mildtätigen Zwecken dienen und keinen über eine Vermögensverwaltung hinausgehenden wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unterhalten; wichtig ist die neue objektive Befreiungsvorschrift des § 4 Nr 6 bei Unterhaltung eines derartigen Geschäftsbetriebs zugunsten des Teils des Vermögens, der diesem nicht dient (§§ 54—60 RBew.VSt. DurchfBest. 28 u. §§ 46—62 RBewVermSt. DurchfBest. 31 entsprechen im wesentlichen der DurchfVO. zum KörpStG. 17. 5. 26, S. 275). § 4 Nr 7, 8 (vgl. § 9 Nr 8, 9 KörpStG.) befreit bestimmte Berufsverbände und deren Verwaltungsgesellschaften. Objektive Befreiungen außerhalb des VermStG.: Reichsanleihe 1929, Reichsbahn-anleihe 1931.

Bem. 2. Vermögen. Als Verm. im Sinne d. VermStG. gilt d. Verm. im Sinne d. RBewG., d. h. (§ 21 RBewG.) d. gesamte bewegliche u. unbewegliche Verm. nach Abzug der Schulden: land-, fortwirtsch. u. gärtnerisches, Betriebs-, Grund- und sonstiges Verm.

Bem. 3. Bemessungsgrundlage ist der Wert, der für das gesamte Verm. ermittelt worden ist. Ein Einheitswert für d. Gesamtverm. wird im Gegensatz zum früheren RBewG. nicht mehr festgestellt. Die gesondert festgesetzten Einheitswerte sind bindend. Andere Einheitswertst.: Grund- u. GewSt. der Länder u. Gemeinden. Bewertungsgrundsätze des RBewG. wichtig auch für ErbschStG., GrunderwerbStG., AufbrG. Gesonderte Feststellung erfolgt in den Fällen des § 214 RAbgO. für die dort genannten wirtschaftlichen Einheiten (Betrieb, Grundstück, Mineralgewinnungsrecht) und Untereinheiten (Betriebsgrundstücke, neuer § 45, die zu einem gewerbl. Betrieb gehörenden Mineralgewinnungsrechte). Sie wird unter den Voraussetzungen des § 215 Abs. 1 RAbgO einheitlich getroffen.

Bem. 4. Zum Betriebsvermögen gehören alle Teile einer wirtschaftlichen Einheit, die dem Betrieb eines Gewerbes als Hauptzweck dient, soweit die Gegenstände dem Betriebsinhaber gehören (gewerblicher Betrieb, § 44 RBewG., früher § 26).

Danach gilt als Gewerbe u. a. auch die freie und ähnliche selbständige Berufstätigkeit. Als Gewerbe gelten jedoch nicht die Land-, Forstwirtschaft und der Gartenbau, sofern sie den Hauptzweck der Unternehmung bilden, die Ausübung eines der . . . reinen Wissenschaft gewidmeten freien Berufs oder Nebenberufs, d. h. eines Berufs, der sich auf schöpferische oder forschende Tätigkeit, Lehr-, Vortrags- u. Prüfungstätigkeit sowie auf schriftstellerische Tätigkeit beschränkt, mag auch Gutachtertätigkeit als Sachverständiger nebenher in geringem Umfang ausgeübt werden. Einen gewerbl. Betrieb bilden insbesondere alle Gegenstände, die den in §§ 44 Abs. 2 bezeichneten Vereinigungen gehören. Auch bei anderen Unternehmungen mit Gesamthand- oder Bruchteilseigentum als denen des Handelsrechts gehören die Betriebsgegenstände zum Betriebsverm., wenn sie im Eigentum einer oder mehrerer beteiligter Personen (z. B. einer Arztgemeinschaft) stehen. Gegenstände, die einem anderen als dem Eigentümer zum Betrieb eines Gewerbes dienen, erhalten hierdurch nach Wegfall des Abs. 3 des früheren § 26 noch nicht die Eigenschaft als Betriebsverm. Die Frage, welche Teile gewerblich benutzt werden, entscheidet sich nach der tatsächlichen Widmung, die aus den gesamten Umständen zu entnehmen ist. Das Gesamtverm. der Personenvereinigungen des § 44 Abs. 2 ist dem Einheitswert des Betriebsverm. gleich. Zum Betriebsverm. gehören nicht die Gegenstände des § 58 Abs. 1 Nr 1, S. 2, 3 (u. a. Werke des Schrifttums, Urheberrechte, nichtpatentierbare Erfindungen unter besonderen Voraussetzungen), § 59 Nr 6 (für ausschließlich gemeinnützige oder Wohlfahrtszwecke zurückgelegte und entsprechend gesicherte Verm.Beträge), ferner Nr 9 u. 10. § 44 enthält nicht mehr die 6000-RM.-Freigrenze des früheren § 26 für die Angehörigen der freien Berufe (dafür Erhöhung der Gesamtfreigrenze von 5000 auf 20000 R.M., § 8 Abs. 1 VermStG.).

Die Bedeutung des neuen § 45 RBewG. liegt darin, daß er eine bisher fehlende Begriffsbestimmung der Betriebsgrundstücke aufstellt und daß er Maschinen sowie sonstige Vorrichtungen aller Art, die zu einer Betriebsanlage des Grundstückes verwendet sind, zum Grundstück auch dann nicht rechnet, wenn sie dessen wesentliche Bestandteile (nach dem bisherigen § 31 Abs. 3 nur Zubehör) sind. Er unterscheidet daher Betriebsgrundstücke mit Grundvermögenseigenschaft (Bewertung unter Einbeziehung der Bestandteile und des Zubehörs, aber unter Ausscheidung der zu einer Betriebsanlage verwendeten Maschinen und sonstigen Vorrichtungen gemäß §§ 54ff.) und Betriebsgrundstücke mit landwirtschaftl., forstw. od. gärtner. Charakter (Bewertung unter Einbeziehung aller Bestandteile und allen Zubehörs gemäß §§ 28ff.). Zum Betriebsgrundstück gehören also die Teile eines gewerbl. Betriebs, die der Grundst., aber nicht die Teile, die der Gewerbest. unterliegen.

Abzug der Betriebsschulden nach § 47, der zur Ermittlung des Wertes des Gesamtverm. vom Rohverm. abzuziehenden Schulden § 67 RGewG. Der nach dessen Abs. 1 Nr 3 bei natürlichen Personen zugelassene Dreimonatsabzug gilt nicht für Einkünfte aus freien Berufen; sie gehören nicht unter die „Bezüge“ von Nr 3, bei denen es sich um regelmäßig in bestimmten Zeitabschnitten den Berechtigten aus dauernden Rechtsverhältnissen (Dienst-, Darlehensverträgen) zufließende Einnahmen handelt.

Über Wertbegriffe im allgemeinen §§ 9ff. RBewG., beim Betriebsverm. §§ 9ff. DurchfBest. 31. Der nach wie vor nur für die beweglichen Gegenstände des Anlagekapitals in Betracht kommende Stilllegungsabschlag kann nicht mit allgemeiner wirtschaftlicher Entwicklung (Ausbleiben der Gäste) begründet werden, sondern setzt eine aus ihr sich ergebende, nach außen in Erscheinung getretene Maßnahme (Verminderung der Zahl der Angestellten, Außerbetriebsetzung von Stockwerksteilen usw. bei Sanatorien, Kreishäusern) voraus.

Bem. 5. Tarif (§§ 6—9). Veranlagung u. Erhebung §§ 10—20. Zusammenveranlagung des Verm. von Ehegatten (§ 68 Abs. 1 RBewG.). Pauschalierung bei Zuzug aus dem Ausland durch RFMin. (§ 20, vgl. S. 264, Bem. 2).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. *Schrifttum*: FABISCH-KREKELER: Reichsbewertungsgesetz. 2. Aufl. Berlin 1931 Nachtr. 1932. — Blümich-Hoffmann 241ff., 325ff. und das dort auf S. 242, 327 verzeichnete Schrifttum.

Nr 2. Über die Zugehörigkeit zum Betriebsv. [RFH. 17. 12. 24, 15, 152; RFH. 14. 4. 31, 28, 252 (zu § 13 EinkStG., vgl. Fabisch-Krekeler 179)] faßt die Rechtslage nach Anfrage beim Deutschen Industrie- u. Handelstag und beim Preuß. Apothekenkammerausschuß zusammen: Der Kaufmann (Sanatorium, Apotheke usw.) darf nur teilweise eigengewerblich benutzte Grundstücke seinem Betriebsv. in der Regel ganz zurechnen, sofern dies in der Buchführung unzweideutig schon zu einer Zeit ausgedrückt worden ist, wo sich noch nicht übersehen ließ, ob die Behandlung des Grundstücks als Betriebsv. oder als Privatv. steuerlich günstiger ist; den der eigengewerblichen Benutzung entsprechenden ideellen Grundstücksteil muß der Kaufmann (im Verhältnis der Jahresrohrenten, des räumlichen Umfangs) als Betriebsv. behandeln, es sei denn, daß dieser Teil nur von untergeordneter Bedeutung ist. Feststellungen über Bewertung des Betriebsv. nach § 13 EinkStG. können als Anhalt dienen, sind aber nicht unbedingt bindend (RFH. 27. 3. 30, RStBl. Nr 472).

Nr 3. Über die Zugehörigkeit der Betriebsgegenstände zum Betriebsv. bei nicht handelsrechtlichen Unternehmungen (Bem. 4) RFH. 30. 1. 30, RStBl. Nr 205. Daher sind Darlehen der Mitgesellschafter, der Ehefrau des Stpfl. und der Ehefrauen der Mitgesellschafter eine nicht abzugsfähige Schuld (RFH. 10. 1. 28, RStBl. Nr 118, Fabisch-Krekeler 107, 192, 297). Aus der jetzigen Fassung des § 44 folgt, daß das einem Privatmanne gehörige, aber an einen Gewerbetreibenden vermietete oder verpachtete Grundstück nicht mehr als Betriebsgrundstück, sondern als gewöhnliches Grundstück anzusehen ist (vgl. z. B. Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland 1929, 684f.).

Nr 4. Die bisherige Freigrenze von 6000 RM. gilt bei gemeinschaftlicher Berufsausübung für jeden (RFH. 9. 11. 28, 25, 302, 30. 1. 30, RStBl. Nr 205).

Nr 5. Zu § 45 RBewG. RFMin.-Erlaß 6. 7. 31, S. 3200—29.

Nr 6. Zum Dreimonatsabzug bei freien Berufen (RFH. 28. 11. 29, RStBl. 1930 Nr 47).

Nr 7. Einzelne Bewertungsfragen. Die einer Praxis dienenden Räume des dem Stpfl. gehörenden Grundstücks sind gesondert zu bewerten; nicht etwa ist der Wert des Grundstücks nach seiner überwiegenden Nutzung zu bestimmen (RFH. 30. 1. 30, RStBl. Nr 271). Auch kommt es nicht darauf an, ob die Räume besondere Einrichtungen zur Ausübung des freien Berufs erhalten haben oder ohne weiteres auch als Wohnräume verwendet werden können (RFH. 8. 2. 29, RStBl. Nr 694). Zum Betriebsv. gehören Forderungen, die im Betrieb (Beruf) entstanden sind, z. B. Honorarforderungen (RFH. 24. 4. 28, StW. Nr 687, vgl. 11. 10. 27, 22, 105; 10. 10. 28, 24, 162, auch OVGSt. 24. 5. 97, 6, 117), ferner bei Übertragung einer nichtgeschützten Erfindung zur Ausbeutung (einer von einem Arzt erfundenen Salbe an eine chemische Fabrik) der kapitalisierte Anspruch auf die in wiederkehrenden Zahlungen bestehende Gegenleistung, sofern er auf feste Beträge — nicht bloß auf einen Anteil an Gewinn und Ertrag — gerichtet ist (RFH. 14. 5. 29, RStBl. Nr 615), Patente und Lizenzen (entgeltlich oder unentgeltlich erworben RFH. 29. 7. 30, RStBl. 1931 Nr 50), in der Regel das Automobil des Landarztes (noch schwierigere Tatfrage bei Stadtärzten), die Sprech- oder Wartezimmereinrichtung. Zu den selbständig zu bewertenden Gegenständen des Betriebsv. gehören die persönlichen Apothekenkonzessionen (vgl. S. 287), die in der Zeit vom 24. 10. 1811 bis 11. 7. 1894 in Preußen verliehen worden sind. Waren sie auch im reinen Rechtssinn nicht übertragbar und nicht vererblich (OVGSt. 17. 5. 97, 6, 100), so sind sie doch ein verkehrsfähiges Gut geworden (§§ 2, 50 RBewG., RFH. 19. 12. 25, 18, 120, vgl. 9. 3. 20, 2, 306 und LION: Die Grundstücksumsatzst., S. 40f. Berlin 1919). Hinweis des Preuß. Apothekenkammerausschusses darauf, daß Apothekenprivileg grundsätzlich deshalb nicht an Wert einbüßt, weil es von einem bestimmten Grundstück getrennt wird, sowie darauf, daß der Wert des Privilegs in den Kaufverträgen bisher oft zu hoch angesetzt war (RFH. 14. 4. 31, 28, 252, 261). RFH. 20. 3. 30 (RStBl. Nr 928, vgl. auch die übrigen dort mitgeteilten Entscheidungen 20. 3., 4. 4., 8. 5.) bezeichnet nach Erörterung der „Magdeburger Richtlinien“ (Apotheker-Ztg. Berlin 13. 4. 29) als Wege der Wertermittlung eines Apothekerunternehmens: die Vervielfältigung des Durchschnittsgesamtumsatzes, den tatsächlich während einer möglichst langen Reihe von Jahren seit 1924 erzielten Ertrag, bei Berücksichtigung der Absatz- und Preisverhältnisse. Er allein kann nicht ausschlaggebend sein, weil der Umstand, daß die Nachfrage nach Apotheken größer ist als das Angebot, die Annahme rechtfertigt, daß der gemeine Wert im allgemeinen höher sein wird als der Ertragswert (RFH. 17. 7. 30, RStBl. 1931 Nr 61). Einen wichtigen Anhaltspunkt können auch nach dem Feststellungszeitpunkte vereinbarte Kauf-

preise bieten, wobei nach Lage des Falles alle Gründe für und wider eine Vergleichbarkeit (wie in RFH. 14. 6. 29, RStBl. Nr 849) abzuwägen sind. Auch kann nach den im Erlaß des RFMin. 4. 11. 26 aufgestellten Richtlinien von Hundertsätzen der Wehrbeitragswerte (vgl. jedoch den angezogenen Erlaß RFMin. 6. 7. 31, S. 5f.) ausgegangen werden. Die vorstehenden Grundsätze werden auch auf die Bewertung bayerischer Apothekenkonzessionen, für die nach der VO. 27. 6. 13 eine Abfindung zu zahlen ist, Anwendung finden können (vgl. RFH. 28. 9. 28, RStBl. 1929 Nr 194). Soweit die vor 1810 verliehenen preußischen Apothekenprivilegien subjektiv dingliche Rechte bilden, sind sie kein selbständiges Bewertungs- und Steuerobjekt, sondern wirken sich bei der Bewertung des Grundstücks als werterhöhende Eigenschaft aus. Ob es sich um solche Rechte handelt, richtet sich u. a. nach Wortlaut und Inhalt der Verleihungsurkunde (RFH. 20. 11. 30, 28, 134). Vermutung dafür, wenn das Privileg auf dem Grundbuchblatt des Ap.Grundstücks vermerkt ist (RFH. 18. 6. 30, RStBl. Nr 770).

VIII. Erbschaftsteuergesetz

v. 22. 8. 25 (RGBl. I 320), 1. 12. 30 (RGBl. I 578).

Der Erbanfallst. (Bereicherungs-, nicht Nachlaßst.) unterliegen der Erwerb von Todes wegen, Schenkungen unter Lebenden, Zweckzuwendungen, Erbsch. und Schenkungen von der Einkst. befreit (§ 6 Abs. 3 EinkStG., vgl. aber S. 271 Nr. 10); soweit ErbschSt., keine GrundwSt. Einheitswertst. (§ 22). 5 Klassen nach dem persönlichen Verhältnis des Erwerbers zum Erblasser, Progression (§§ 9, 10). Befreiungen: Über Zuwendungen an Stiftungen usw. mit ausschließlich kirchlichen Zwecken und an Stiftungen usw. mit ausschließlich mildtätigen oder gemeinnützigen Zwecken vgl. § 18 Nr. 19.

Schrifttum: Blümich-Hoffmann 343 ff. und auf S. 344 verzeichnetes Schrifttum. Vgl. auch KARGER: Steuerlich zweckmäßige Testamente und Schenkungen. 5. Aufl. d. Buches: Mein Vermögen u. d. Erbsch.StG. (1930, vgl. DREWES: DJZ. 1931 371; LION: DStZtg. 1930, 14).

IX. Grundsteuer.

Die VO. 1. 12. 30 (RGBl. I, 531, geändert durch Anpassungsvvo. v. 23. 12. 31, RGBl. I, 779, DB. für die Überleitung zur landwirtschaftlichen Einheitsst. v. 1. 2. 32, RFMin. v. 5. 3. 32, RStBl. 132, 258) führt für den gesamten Grundbesitz (Grund und Gebäude) eine einheitliche, nur noch auf den Einheitswerten des RBewG. aufgebaute Grundst. ein. Einheitliche Regelung der Befreiungsvorschriften. § 3 Abs. 1 Nr 1 befreit Steuergegenstände, die von inländischen Körperschaften des öffentlichen Rechts ihrem Hauptzweck nach unmittelbar zu einem öffentlichen Dienst oder Gebrauch benutzt werden. Nr 2 befreit unter bestimmten Voraussetzungen ausschließlich und unmittelbar für gemeinnützige oder mildtätige Zwecke benutzte Steuergegenstände, jedoch nicht, soweit Grundstücke Wohnzwecken dienen, es sei denn, daß es sich um Räume handelt zur Unterbringung von Kranken, Gebrechlichen oder sonstigen hilfs- und schutzbedürftigen Personen in Altersheimen, Kranken-, Pflege- und ähnlichen Anstalten, einschl. der Schlaf- und Aufenthaltsräume des Pflegepersonals.

Schrifttum: Blümich-Hoffmann 383 ff. — PROHASEL: Die Grund- und Gebäudebesteuerung der deutschen Einzelstaaten in der Vergangenheit und Gegenwart. Jena 1929. — SCHOLZ: Das Grundsteuerrahmengesetz StW. 1931, Sp. 365 ff.

X. Aufbringungsumlage.

Ges. über die Abwicklung der **Aufbringungsumlage** und die Neugestaltung usw. (Industriebankges.) v. 31. 3. 31 (RGBl. I, 124).

Es läßt §§ 2 (aufbringungspfl. Unternehmer), 4 (Bemessungsgrundlage) u. a. in Kraft; jedoch sind von den vom Rechnungsjahr 1932 ab zu erhebenden Aufbringungsumlagen Unternehmer *befreit*, deren Betriebsvermögen an dem für die Vermögensfeststellung maßgebenden Stichtag 500 000 R.M. (bisher 20 000) nicht übersteigt (§§ 17, 18). Aufbringungspfl. sind die Unternehmer sämtlicher indu-

striellen und gewerblichen Betriebe. Weitere hierher gehörige Befreiungen: alle Personen in Ansehung des Verm., das einem freien Berufe dient, ferner Unternehmer von landw., forstw. oder gärtn. Betrieben, auch wenn sie als Nebenbetriebe, z. B. dem Inhaber eines Sanatoriums gehören, Unternehmer, soweit sie nach bestimmten Vorschriften des VermStG. befreit sind (Berufsverbände § 4 Abs. 1 Nr. 7), Erwerbsgesellschaften (§ 44 Abs. 2 VermStG.), deren Zweck nicht auf einen wirtschaftl. Geschäftsbetrieb gerichtet ist.

Schrifttum und Rechtsprechung.

Nr 1. Blümich-Hoffmann 403ff. und das auf S. 404 angezogene Schrifttum.

Nr 2. Nach ständiger Rechtsprechung sind die im Bewertungs- (VermSt.veranlagungs-) Verfahren getroffenen und im Rechtsmittelverfahren angreifbaren (RFH. 6. 6. 28, 23, 309) Entscheidungen auch für das Aufbringungsverfahren bindend. Hier ist selbständig nur zu untersuchen, ob eine freie Berufstätigkeit (außerhalb der Ausübung der reinen Kunst oder der reinen Wissenschaft, auch insoweit bindet d. Bewertungsverfahren) vorliegt. Blümich-Hoffmann 407f. Die Entscheidungen über die Abgrenzung freier Berufe (S. 269), die z. T. zum Aufbringungsbes. ergangen sind, verneinen oder bejahen, daher die Aufbringungspflicht, soweit sie freie Berufstätigkeit bejahen oder verneinen (z. B. RFH. 14. 8. 28, 18. 10. 29, 30. 1. 30, RStBl. Nr 14, 871; 1930 Nr 236). Bei Verpachtung ist der Eigentümer und nicht der Pächter aufbringungspf., sofern dieser einen aufbringungspf. Betrieb unterhält: Verpachtung eines ganzen Bade- und Kurbetriebs, der, obwohl einzelne Gegenstände (Einrichtung der Logierhäuser) nicht mitverpachtet sind, als unzweifelhaft werbender Betriebsaufbringungspf. ist (RFH. 5. 12. 29, 13. 9. 27, Mrozek § 2 Abs. 3 Aufbr.G., Rspr. 2—4, vgl. RFH. 8. 6. 26, 19, 221).

XI. Umsatzsteuergesetz

v. 30. 1. 32 (RGBl. I 39).

Bemerkung 1. Ustpfl. ist, wer eine vollständige, nachhaltige, entgeltliche Tätigkeit ausübt, d. i. auf eigene Rechnung, unter eigener Verantwortung, mit der Absicht wiederholten Handelns. Nicht erforderlich (anders bei Gewerbeordnung, Gewerbest., S. 276): Absicht der Gewinnerzielung (vgl. RFH. 31. 3. 20 RStBl. 20, 298) betr. den landwirtschaftl. Betrieb einer Heilanstalt. Gleichgültig: Rechtsform des Unternehmens (Personenvereinigungen aller Art, Einzelpersonen), Art der Betätigung (Gewerbetreibender, freier Beruf), behördliche Beaufsichtigung der Tätigkeit, ob verboten oder unsittlich, soziale Tätigkeit des Staats u. der öffentlich-rechtlichen Verbände (Kranken-, Irrenanstalten, Kurhäuser u. dgl.).

Bem. 2. Ustpfl. sind nur die innerhalb einer derartigen gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit im Inland ausgeführten *Lieferungen und sonstigen Leistungen*. Unterschied wichtig für Eigenverbrauch, Feststellung des Steuermaßstabs. Oberbegriff: Leistung; umfaßt alles, was jemand einem anderen schulden kann, auch Unterlassungen. Lieferungs-begriff weiter als nach bürgerlichem Recht: Verfügungsverschaffung in rechtlicher wie in wirtschaftlicher Beziehung (§ 1 Nr 1, § 5). Daraus folgt: Alle Veräußerungsgeschäfte von Kapitalgesellschaften (Ausdehnung auf alle Erwerbsgesellschaften, z. B. o. HG. bestritten), die eine gewerbliche Tätigkeit ausüben, sind ustpfl.; bei Unternehmungen anderer Rechtsformen und freien Berufen sind alle Leistungen („Hilfsgeschäfte“) stpfl. außer denen, die nur das Privatleben berühren, daher z. B. Veräußerung überflüssig gewordener Gebrauchsgegenstände durch Krankenhäuser, von Apparaten, medizinischen Büchern durch Ärzte pflichtig, von Privatmöbeln durch Ärzte frei. Steuerfrei: Veräußerung des Krankenhauses, der Arztpraxis im ganzen, weil schon außerhalb der gew., berufl. Tätigkeit, von Grundstücken seit 1. 1. 31 (§ 2 Nr 8).

Bem. 3. Inland ist das deutsche Reichsgebiet im staatsrechtlichen Sinne, einschl. eines ausländischen Handelsschiffs oder einer ausländischen Gesandtschaft in Deutschland, der deutschen Küstenschifffahrt und des Verkehrs deutscher

Handels- und Vergnügungsschiffe innerhalb deutscher Häfen, nicht aber deutsche Handelsschiffe auf hoher See, Luftschiffahrt, Speisewagen jenseits der Grenzen. Die Tätigkeit des Liefernden (z. B. des Apothekers) ist abgeschlossen, wenn er alles getan hat, um den Gegenstand der Lieferung an den Empfänger gelangen zu lassen (wichtig für Befreiung nach § 2 Nr 4). Bei Leistungen anderer Art kommt es auf den wesentlichen Teil der Leistung, bei einer in ihren Teilen gleich wesentlichen Leistung auf die inländische Teilleistung an (Konsultation in Deutschland und im Ausland, der Aufsatz für eine ausländische Zeitung ist stpfl., auch wenn das Honorar bei einer ausländischen Bank eingezahlt wird).

Bem. 4. Entnahmen aus dem eigenen Betriebe für alle Zwecke des Eigenlebens (d. h. außerhalb der gew., berufl. Tätigkeit) sind ustpfl. (*Eigenverbrauch*): der Eigentümer des Krankenhauses, ein Familienangehöriger (auch wenn im Betriebe beschäftigt, vgl. § 2 Nr 14), der Geschäftsführer der juristischen Person, der Personenvereinigung, der das Krankenhaus gehört, wird dort verpflegt, untergebracht, erhält Medikamente; der Apotheker entnimmt Medikamente. Steuerfrei aber die Lieferung von Eiern, Milch aus eigener Wirtschaft an Kranke, weil innerhalb gewerbl. Tätigkeit, die ärztliche Leistung innerhalb der eigenen Familie oder der Zahnarzt, der seiner Tochter Zähne plombiert, weil Entnahme nur bei fingierter Lieferung stpfl. ist, hier aber sonstige Leistungen vorliegen (§ 1 Nr 2). Maßgebend der gemeine Wert am Ort und zur Zeit der Entnahme unter Zugrundelegung der Wiederveräußerungspreise (§ 8 Abs. 2).

Bem. 5. Befreiungen der §§ 2, 3:

a) Zu § 2 Nr 6 (Befreiung der *Edelmetallumsätze*): Zulässigkeit von behördlichen Bescheinigungen (§ 19 Abs. 4 DurchfBest.) an Apotheken, Krankenhäuser, die Silbernitrat innerhalb ihres gewerbl. Betriebes an Dritte gegen Entgelt abgeben oder das Silbernitrat in ihrem gewerbl. Betriebe bei Herstellung anderer Gegenstände oder zur Bewirkung gewerbl. Leistungen verbrauchen.

b) *Verpachtungen und Vermietungen* von Grundstücken und grundstücksgleichen Berechtigungen, mit Ausnahme von eingerichteten Räumen (§ 2 Nr 7).

c) Zweck des § 2 Nr 13 (§ 21 DurchfBest.) ist die Befreiung des letzten Umsatzes an die einzelnen *Kranken*.

d) Befreiung von „Unternehmungen oder einzelnen Zweigen von Unternehmungen, deren Zwecke ausschließlich *gemeinnützig* oder *wohltätig* sind, wegen solcher Umsätze, die diesen Zwecken unmittelbar dienen und bei denen die Entgelte hinter den durchschnittlich für gleichartige Leistungen von Erwerbsunternehmungen verlangten Entgelte zurückbleiben“. (§ 3 Nr 3, §§ 29—35 DurchfBest.) Voraussetzung der Gemeinnützigkeit: Förderung der Allgemeinheit, u. a. der Wissenschaft, der öffentlichen Gesundheitspflege. Auch ausschließlich gemeinnützige und ohne Erwerbsabsichten arbeitende Unternehmungen werden nur für die Umsätze von der UmsSt. befreit, die den gemeinnützigen Zwecken unmittelbar zugute kommen und bei denen insbesondere die vereinnahmten Entgelte unter dem Durchschnitt der Entgelte bleiben, die von Erwerbsunternehmen für gleichartige Leistungen verlangt werden. Daher Grundsatz der Einheitlichkeit des Betriebes nicht anerkannt. Überschüsse aus der ersten und zweiten Klasse können auch dann steuerpflichtig sein, wenn sie zur Deckung des Fehlbetrages in der dritten Klasse verwandt werden. R.F.H. 2. 10. 31 (Mitt. RStW. VI, S. 60).

e) Befreiung der *Privatgelehrten*, Künstler u. *Schriftsteller* (§ 3 Nr 5), sofern die steuerpflichtigen Umsätze im St.abschnitt den Betrag von 18000 R.M. nicht übersteigen. Verhältnismäßige Minderung bei abgekürztem St.abschnitt.

f) Unternehmen, deren Gesamtumsatz einschl. des steuerfreien Umsatzes im Steuerabschnitte den Betrag von 5000 R.M. nicht übersteigt. Verhältnismäßige

Minderung bei abgekürztem Steuerabschnitt auch hier. Die Vorschrift gilt (anders als zu b) auch für Gesellschaften (Gesamtumsatz der o. HG., Ges. d. bürgerl. Rechts, z. B. einer Arztgesellschaft muß unter der Grenze liegen; Zahl der Ärzte gleichgültig) und juristische Personen (§ 3 Nr 7, in Kraft seit 1. 7. 31).

Bem. 6. Steuermaßstab ist das für die Leistung vereinnahmte Entgelt, d. i. alles das, was der „Abnehmer der Lieferung oder Leistung“ (der Kranke, der Käufer eines Medikaments, die Wöchnerin) „im ganzen aufwenden muß, um sie vom Leistenden zu erhalten“. Stpfl. also die Roheinnahme; gleichgültig, ob Gewinn bleibt oder ob Unkosten größer als Einnahmen sind; insbesondere kein Abzug für Generalunkosten (Miete, Steuern, Gehälter, Mitgliedsbeiträge), Spezialunkosten (Kosten des verwendeten Materials, z. B. des für eine Behandlung neu angeschafften oder gemieteten Apparates, natürlich nicht der Ausgaben für Ernährung des Kranken, Bettwäsche, Waren, Rohstoffe, Halbfabrikate), sonstige Ausgaben (z. B. Schuldzinsen, Verzinsung des eigenen Kapitals, Abschreibungen, Zinsverlust bei verspäteter Zahlung des Entgelts, insbesondere des Honorars durch Patienten, Unkosten des eigenen Haushalts).

Bem. 7. Art und Zeit der Vereinnahmung: Bürgerliches Recht maßgebend. Bei *Tausch* und tauschähnlichen Geschäften sind beide gegenüberstehende Leistungen (der Inhaber eines Lebensmittelgeschäfts verpflichtet sich, einen Arzt gegen ärztliche Behandlung mit Lebensmitteln zu versorgen) steuerlich zu erfassen, unter Berücksichtigung des gemeinen Wertes beider Leistungen.

Bem. 8. Zurückgewährte Entgelte (z. B. bei Umtausch, Wandlung, Minderung, Prozeßergebnissen, Umsatzvergütung) sind von den stpfl. Entgelten abzusetzen (§ 17). Nicht abzugsfähig, weil es sich nicht um „zurückgewährte“ Entgelte handelt: z. B. Schadensersatzbeträge, Verzugszinsen, Konventionalstrafen.

Bem. 9. Versteuerung nach *Isteinnahme* (vereinnahmten Entgelten) oder *Solleinnahmen* (Entgelten für die bewirkten Leistungen). Hierzu Genehmigung des FA., die Bücher nach kaufmännischen Grundsätzen voraussetzt. Vorteil: Warenkonto, Verkaufsbuch lassen steuerpfl. Entgelte erkennen, Kassa- und Bankbuch enthalten auch steuerfreie Zahlungen ohne Angabe der causa. Nachteil: Zinsverlust (§ 10).

Bem. 10. Verbot der offenen Überwälzung und der Rückwälzung. Weder darf der Leistungsverpflichtete (z. B. das Krankenhaus) dem Leistungsberechtigten (dem Kranken) die Steuer neben dem Preis ganz oder z. T. als besonderen Posten in Rechnung stellen, noch kann der Leistungsberechtigte (Käufer von Arzneien, für die nicht die Deutsche Arzneitaxe gilt) die Steuer, die er bei Weiterverkauf zu zahlen hat, seinem Vormann (dem Apotheker) vom Entgelt kürzen. Entgegenstehende Vereinbarung zwar nicht nichtig, berechtigt aber den Leistungsberechtigten zur Ablehnung der Zahlung und Erfüllungsforderung. Strafschutz des Verbotes: Ordnungsstrafe bis 10000 RM. (§ 413, evtl. Zwangsmittel nach § 202 RAbgO. strittig). Gründe: Sichtbarwerden der Ust. psychologisch unerwünscht. Offene Überwälzung gestattet, wenn als Entgelt für eine Leistung gesetzlich bemessene Gebühren angesetzt werden; wenn z. B. mangels Vereinbarung über Höhe des Ärzte- (Zahnärzte-) Honorars Streit entsteht und die Taxen (§ 80 Abs. 2 GewO.) maßgebend sind. Gesetzlich bemessene Gebühren sind die Taxen der deutschen Arzneitaxe und die nach Z. 21 ihrer besonderen Bestimmungen bei Abgabe von Arzneispezialitäten zu berechnenden Gebühren (das Vorrecht gilt für Apotheker, Ärzte, soweit sie ausnahmsweise Arzneimittel verkaufen dürfen), für Bezirkshebammen die durch Landesgesetze vielfach festgesetzten Gebühren. — Steuersatz 2 v. H. Ermäßigung auf 8,5 v. T. bei Umsätzen von Getreide usw. sowie von daraus hergestellten Backwaren. Erhöhung bei Groß-

umsätzen im Einzelhandel unter bestimmten Voraussetzungen auf 2,5 v. H. oder 1,35 v. H. (§ 13). Die genauen Einkalkulationsbeträge sind: 8,573; 1,3685; 2,041; 2,564. § 161 Abs. 1 Nr. 2 RAbgO. (vgl. § 18 Abs. 2 UStG.). § 161 Abs. 1 Nr. 2 RAbgO.) verlangt Kenntlichmachung der den verschiedenen Steuersätzen unterliegenden Entgelte in den Aufzeichnungen. § 48a—f DurchfBest. RFMin. 27. 6. 30. Als Umsatz im Einzelhandel kommen nur Lieferungen (§§ 5, 6) in Frage, zu denen auch der Eigenverbrauch gehört. Zur Kenntlichmachung genügt z. B. andere Tinte, Unterstreichen, Ankreuzen usw. Bei einheitlichem Entgelt für Gesamtleistung (z. B. in Sanatorien usw. für Beherbergung u. Beköstigung) läßt RFMin. im Interesse der Vereinfachung Schätzung des auf die Lieferung im Einzelhandel entfallenden Teils zu. Nach § 48a geschehen Lieferungen an Krankenhäuser, karitative Anstalten außerhalb des Einzelhandels (vgl. ähnliche Regelung für Befreiung im Einfuhrhandel).

Schrifttum und Rechtsprechung.

1. Blümich-Hoffmann 429ff. und das Schrifttum auf S. 430, ferner Hartmann: Änderungen des Ust.rechts usw., Berlin 1932.

2. Ums.stpflichtig der landwirtschaftliche Betrieb einer Heilanstalt auch ohne Gewinnabsicht (vgl. RFH. 31. 3. 20, RStBl. 1920, S. 298), Arztgemeinschaften (vgl. RFH. 13. 2. 31, 28, 99), Bezirkshebammen, trotz behördlicher Aufsicht (analog anwendbar z. B. RFH. 12. 5. 20, 2, 338f.), auch verbotene oder unsittliche Lieferungen oder Leistungen. z. B. des Arztes, der ohne wissenschaftlich gerechtfertigten Anlaß gegen Entgelt abtreibt, im einzelnen Popitz 100ff., 287ff., Nachtr. 40ff.

3. Maßgeblichkeit des gemeinen Werts beim Eigenverbrauch RFH. 11. 10. 29, 26, 28.

4. Zu den Befreiungen der §§ 2, 3.

a) Zu § 2 Nr 6 vgl. RFH. 20. 9. 22, StW. 1922, Nr 1132.

b) Zu § 2 Nr 7: Eingerichtete Räume sind (ständige Rechtspr. Popitz 539, Nachtr. 106ff.) auch Räume, die nach ihrer baulichen Verrichtung besondere Eigenschaften aufweisen, die sie als gewerbliche besonders kennzeichnen, ihre Benutzung zu diesen gewerblichen Zwecken ohne weiteres zulassen, zu Wohnzwecken ausschließen. Das gilt auch, wenn es sich um mehrere gewerbliche Zwecke (RFH. 28. 11. 30, 27, 291) oder um einzelne Räume eines im übrigen Wohnzwecken dienenden Hauses handelt (RFH. 13. 2. 31, 28, 196). Die Verpachtung einer preußischen, vor 1810 konzessionierten Apotheke ist ustpfl., wenn für die A.gerechtigkeit kein Grundbuchblatt angelegt ist und sie daher als bewegliche Sache behandelt wird (17. 7. 28, 24, 28, Popitz, Nachtr. 104. — HAMBURGER: Die preußischen Apothekenbetriebe S. 3ff., 113ff.).

c) Zu § 2 Nr 13 (§ 21 DurchfBest.). Zu den in § 21 Nr 1 genannten Versicherungsträgern sind (Ermächtigung RFMin. 11. 3. 31, Popitz 2. Nachtr. 33) die Landes- und Bezirksfürsorgeverbände getreten (§ 1 VO. 13. 2. 24, RGBl. I, 100, preuß. Ausfvo. 17. 4. 24, GSS. 210: in Preußen kreisfreie Städte, Landkreise, statt dieser kreisangehörige Gemeinden, also Magistrate oder Gemeindevorsteher, in Berlin Magistrat, Landeswohlfahrts- und Jugendamt, Bezirkswohlfahrtsämter. Verzeichnis der zugelassenen Ersatzkrankenkassen: StArch. 1930, 51, Wagenführ-Esch 230. Ustfrei sind Leistungen dieser Versicherungsträger selbst an die Versicherten (Versorgungsberechtigten) und untereinander (§ 21 Abs. 1 Nr 1, 2). Nr 1 nur anwendbar auf Regelleistungen, auf welche die Versicherten einen Anspruch haben, auch wenn sie einen Teil der Kosten (vgl. § 182 RVO.) selbst zu tragen haben; ustpfl. sind aber die nach § 205 RVO. für die Familienmitglieder der Versicherten entstehenden Kosten für Arznei und Heilmittel, mag auch dem Versicherten als Schuldner des Betrages ein Teil der Kosten vergütet werden (vgl. auch RFH. 12. 7. 28, RStBl. Nr 480). Noch wichtiger hier § 21 Abs. 1 Nr 3: Die Stpfl. (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Hebammen usw.) dürfen nur solche Entgelte als steuerfrei absetzen, die sie von den genannten Versicherungsträgern für die in Nr 3 angegebenen Leistungen erhalten haben. Danach sind ustpfl. Entgelte, die diese Personen von anderen Behörden, Wohlfahrtseinrichtungen, Vereinen unmittelbar vereinnehmen, oder von Patienten, mögen diese die verauslagten Beträge von den Versicherungsträgern erstattet erhalten (RFH. 12. 6. 28, RStBl. Nr 480); Entgelte, die ein Apothekerverein oder ein Verband von Krankenkassen von Apothekern vereinnahmt (RFH. 9. 9. 27, 22, 53), selbst wenn diese sich verpflichtet haben, die Arznei- und Heilmittel nur an Kassenmitglieder abzugeben. Begünstigte Leistungen sind nur die in Nr 3 aufgezählten. Ärztliche Hilfeleistungen: die persönlichen Leistungen der Ärzte, die sie auf Grund ihrer Fachkenntnisse zugunsten der einzelnen Kranken bewirken und in denen sie daher regelmäßig von anderen nicht vertreten werden können. Nicht begünstigt: Beherbergung, Beköstigung, RFH. 30. 6.

22, 10, 181, lediglich wirtschaftliche Maßnahmen, z. B. Leistungen des Vertrauensarztes als vertraglichen Gutachters bei einem Landeskrankenkassenverbande (RFH. 20. 1. 31, 27, 348, vgl. RFH. 24. 4. 31, RStBl. 31 Nr 454). Ähnliche Hilfeleistungen sind nur solche Leistungen, die andere ähnlich den Ärzten oder in ihrer Vertretung persönlich und wiederum auf Grund besonderer Sachkunde den Kranken leisten (RFH. 30. 6. 22, s. oben), so die Hilfeleistungen von Hebammen (ustfrei daher z. B. der Teil der Entbindungskosten, der auf Desinfektionsmittel und Fahrgelder entfällt und entweder in dem Gesamtentgelt enthalten ist oder von den Kassen durch nachträgliche Erstattung an die Hebammen, in tatsächlicher Höhe oder durch Erhöhung des Pauschalsatzes neben den Entbindungskosten im engeren Sinne übernommen wird), Heildienern (-gehilfen), Krankenwärtern, Masseuren u. dgl., sowie Zahntechnikern, wenn sie der Arzt angeordnet hat oder wenn in dringenden Fällen kein Arzt zugezogen werden kann; keine ähnlichen Hilfeleistungen: die Tätigkeit eines Vertrauensapothekers („Rezeptrevisors“) als wirtschaftliche Kontrollmaßnahme, RFH. 28. 2. 28, RStBl. 28 Nr 480, HAMBURGER: JW. 1929, 532¹⁵), die Aufnahme von Versicherten in Sanatorien u. dgl. zur Heilbehandlung, sofern nicht die Voraussetzungen von Abs. 3 vorliegen (Popitz 568 ff., Nachtr. 111). Arznei-, Heil- u. Hilfsmittel nicht etwa nur begünstigt, wenn sie Hilfeleistungen sind (RFH. 5. 2. 26, 18, 176, JW. 1926, 1715). „Andere Personen“: auch Drogisten; Fabriken ustfrei, die zur Krankenpflege dienende Heilmittel (Verbandstoffe u. dgl.) unmittelbar an Krankenkassen oder andere ihnen gleichgestellte Kassen liefern (RFH. 30. 6. 22, 10, 181). Hilfsmittel: z. B. Prothesen, Brillen u. dgl. — Die Vergünstigungen des § 2 Nr 10 können auf Sanatorien, Krankenanstalten u. dgl., die des § 2 Nr. 12, 13 auf derartige Anstalten mit landwirtsch. usw. Nebenbetrieben Anwendung finden (Popitz 571).

d) Zu § 3 Nr 3, §§ 29—35 DB.: Krankenanstalten, RFH. 14. 6. 21, 6, 100, Veterinärklinik RFH. 15. 7. 21, 6, 322, Epileptischenanstalt RFH. 25. 2. 21, 5, 81, Universitätsklinik, ambulante Krankenpflege, Blindenanstalt, Kinder-, Erholungs-, Genesungs- und Invalidenheime vgl. Popitz 617 f.). Aufgabe der St.behörden ist es nicht, in einem noch nicht ausgetragenen Meinungsstreit durch Bewilligung von St.freiheit Partei zu ergreifen; daher wendet RFH. 11. 11. 29, 26, 102 (vgl. S. 266 Nr 1 b) § 3 Nr 3 nicht auf einen Verein an, der die biochemische Heilweise fördern will. Zulässig, einzelne Zweige zu befreien, deren Gebarung sich aus der allgemeinen Geschäftsführung organisatorisch heraushebt (z. B. durch getrennte Kassen-, Buchführung). Doch müssen wenigstens innerhalb dieses Zweiges die gemeinnützigen oder wohltätigen Zwecke ausschließlich verfolgt werden. Daher keine Befreiung bei einer Privatklinik als Grundlage ärztlicher Praxis (RFH. 10. 11. 20, 4, 2, 11. 11. 27, RStBl. Nr 211, JW. 28, 1081), bei einer Krankenpension (RFH. 28. 4. 29, Mrozek § 3 Nr 3, Rspr. 13), bei dem Betrieb eines Badeortes (RFH. 21. 2. 28, 23, 28, JW. 1928, 1246). Die befreiten Leistungen als solche müssen gemeinnützig oder wohltätig sein, es sei denn, daß sie unentbehrliches Mittel zur Förderung des Hauptzwecks sind. Danach ustpfl. Verkäufe von Zigarren, Extraverpflegung, Näh- und Wascharbeiten, Lieferungen aus einer Landwirtschaft an Dritte, Verpflegung zum Tagespreise von 3,50—4,50 RM. (RFH. 3. 5. 29, Mrozek Rspr. 18, Popitz, Nachtr. 119), mögen diese Leistungen auch durch nach § 3 Nr 3 befreite Krankenhäuser usw. geschehen. Der Preis derartiger Leistungen muß unter dem Durchschnitt der Preise im freien Wettbewerbe sein. Zerlegung in stpfl., stfr. Leistungen trotz einheitlicher Verwaltung. Stpfl. die ersten und im allgemeinen auch die zweiten Klassen der öffentlichen, kirchlichen Krankenanstalten, Irrenhäuser usw. RFMin. 20. 4. 20, RStBl. 276, RFH. 16. 6. 20, RStBl. S. 415.

e) Zu § 3 Nr 5: Sämtliche steuerpflichtigen Umsätze aus der begünstigten Tätigkeit und aus sonstiger gew., berufl. sind zusammenzuzählen, nicht aber die aus unselbständiger Tätigkeit (RFH. 1. 12. 27, 22, 201, 19. 10. 28, RStBl. 1929 Nr 118, RFH. 13. 6. 29, Mrozek § 3 Nr 6, Rspr. 1, früher bestritten, Popitz 635, Nachtr. 122); z. B. Einnahmen aus Konsultation 16000, Eigenverbrauch 500, Schriftstellerei (soweit nachhaltig) 1000, Gehalt als angestellter Arzt, Krankenhausdirektor 10000, Einkünfte aus Kapitalvermögen 10000: frei. Die Befreiung gilt nur für natürliche Personen, nicht für juristische und die ihnen für die Ust. gleichzustellenden Gebilde. Eine Arztgemeinschaft z. B. kann nicht als Schriftsteller bezeichnet werden. Erzielt ein an ihr beteiligter Arzt Einnahmen aus schriftstellerischer Betätigung, so sind die Umsätze der Gemeinschaft als eines anderen Steuersubjekts dem Arzt nicht anteilmäßig zuzurechnen (RFH. 13. 2. 31, 28, 99).

5. Zum Begriff des Entgelts RFH. 23. 7. 19, 1, 137 und ständige Rechtspr. Kein Entgelt für eine Leistung und daher ustfrei die Beihilfen, die die Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft den Verlegern für die Herausgabe wissenschaftlicher Werke gewährt. Wenn Verleger die Verbandszeitung eines wirtschaftlichen Verbandes als dessen Organ herausgeben, sind sie mit Einnahmen aus Anzeigen und Vertrieb an Nichtmitglieder, ferner mit Selbstkostenpreis der kostenlos an die Verbandsmitglieder gelieferten Exemplare (Wert des Verlagsrechts) ustpfl. Zum ustpfl. Entgelt gehört, was oft übersehen wird, die Entschädigung für Zurücklegung des Weges zum Kranken und zurück (Zeitversäumnis und Fahrkosten, RFH. 13. 2. 31, 28, 103). Übernimmt ein Arzt als Unternehmer eine Privatklinik mit der

ärztlichen Behandlung zugleich die Aufnahme und Verpflegung der Kranken im eigenen Namen, so ist er wegen dieser Gesamtleistung im vollen Umfang stpfl., auch wenn die Unterbringung und Verpflegung der Kranken von einer selbständigen dritten Person besorgt werden (RFH. 26. 9. 30, RStBl. 1931 Nr 190). Nur *durchlaufende Posten* abziehbar; um solche (Popitz 749, Nachtr. 154ff.) handelt es sich aber nicht, wenn die Weitergabe einer Einnahme lediglich auf Grund von rechtlichen Verpflichtungen erfolgt, die der Leistungsverpflichtete (z. B. Krankenhaus, Arzt) eingeht, um seine dem Auftraggeber (Patienten) übernommene Leistung auszuführen. Durchl. Posten sind daher *nicht*: Auslagen des Krankenhauses, Arztes für Arzneimittel, Verbandstoffe, die er aus der Apotheke im ganzen und im eigenen Namen bezieht und seinen Kranken verabreicht, sowie für Blutuntersuchungen, die er nach den von ihm selbst den Kranken entnommenen Blutproben, sei es auch mit deren Vorwissen, durch eine Blutuntersuchungsstelle vornehmen läßt (RFH. 12. 12. 22, 11, 98); Kosten für ärztliche Untersuchung der Kinder, für Apotheke, Medikamente und Drogerie, die der Inhaber eines Jugendheims ausgibt (RFH. 25. 1. 29, RStBl. Nr 404); sonstige Barauslagen, z. B. für Desinfektionsmittel der Hebamme (vgl. aber § 2 Nr 13, S. 284); bei Reisen (Fahrkosten, Unterkunft, Verpflegung, andere Spesen); Entgelte für Benutzung der Fernsprecheinrichtung, da der Fernsprechende nicht in unmittelbare Rechtsbeziehungen zur Postverwaltung, sondern nur zum Krankenhaus usw. tritt (RFH. 26. 9. 27, 22, 65); die Kurtaxe, da Stpfl. sie an Kurverwaltung zu überführen hat (RFH. 29. 2. 24, 13, 221 u. ständige Rechtspr.). Stpfl. ist auch: der Teil des Entgelts, den sich der Leistungsverpflichtete (Krankenhaus) zahlen läßt, weil die Leistung für ihn Verpflichtungen Dritten gegenüber auslöst; der nach der Verkehrssitte im Gasthofgewerbe übliche Bedienungszuschlag, sofern das Personal vom Wirt angestellt worden ist (es kommt auf den Einzelfall an, Popitz 744, Nachtr. 153); die Erstattung öffentlicher Abgaben, die der Leistende auf Grund eigener Verpflichtung gegenüber bei dem Abgabeberechtigten (Reich, Land, Gemeinde) zu entrichten hat, gleichviel, ob der Betrag in einer Summe mit dem sonstigen Entgelt oder getrennt gefordert und abgenommen ist, z. B. Zigarettenst., Gemeindegetränkst. (Schuldner nach der preuß. MusterstO. der Gastwirt, nach § 3 GetränkstO. Stadt Berlin der Betriebsinhaber) die Umsatzst. selbst (vgl. § 12). Gleichgültig ist, ob das Entgelt aus einer Summe besteht oder spezifiziert ist, in einer Summe oder in Teilzahlungen entrichtet wird. Jedoch darf der Leistungsverpflichtete (Arzt, Apotheker) die für die einzelne Sendung etwa entstandenen (ausgelegten oder sonst verrechneten) Beförderungs- oder Versicherungskosten abziehen, wenn sie erkennbar sind; sie sind also bei pauschaler Verrechnung stpfl. Nimmt der Lieferer Warenumschließungen (z. B. Flaschen, in denen Heilwasser war) zurück, so darf er das steuerpflichtige Entgelt um den auf sie entfallenden Teil kürzen (§ 8 Abs. 1, 5, 6).

6. Vereinnahmung (Popitz 765, Nachtr. 161) ist erfolgt: bei Schecks mit Auszahlung oder Gutschrift; letztere ist auch bei sonstigem Überweisungsverkehr maßgebend. Voraussetzung ist evtl. stillschweigendes Einverständnis des Gläubigers, also hier des Krankenhauses usw. mit der Schuldübernahme durch die angewiesene Bank; dieses wird bei Angabe der Bank auf Rechnung oder Geschäftspapieren unterstellt; bei Wechseln, nicht schon durch Hingabe, sondern mit Befriedigung des Gläubigers durch Weitergabe oder Einziehung (Diskontspesen nur dann ustfrei, wenn Leistungsverpflichteter, Krankenhaus, Apotheke usw., sie trägt, RFH. 16. 4. 26, 19, 35); bei Effekten in dem Zeitpunkt, in dem sie in die Verfügungsgewalt des Pflichtigen gekommen sind, bei Aufrechnung (Lieferant des Krankenhauses findet dort Aufnahme, Arzt behandelt den ihn ständig beliefernden Apotheker) mit dem Zeitpunkt der Einstellung in das Kontokorrent (RFH. 10. 10. 24, 14, 254). Bei Vereinnahmung ausländischer Werte sind die Entgelte auf RM. nach den Umsatzsteuer-Umrechnungssätzen des RFMin. zu versteuern (Bekm. am 1. Werktag jedes 2. Kalenderviertelj. im Reichsanzeiger, in der folgenden Nr. d. RStBl. § 8 Abs. 7, 8 Ges., § 45 DurchfBest.). Die Preisregulierung kann sich auch unter *Beteiligung Dritter* abspielen. Beträge, die ein Ärzteverein seinen Mitgliedern nach Maßgabe der von ihnen eingereichten Rechnungen zahlt, sind Entgelte für die von den Ärzten ausgeführten stpfl. Leistungen, mögen die Zahlungen nur einen bestimmten Hundertsatz der Rechnungen ausmachen, mögen sie Vorschüsse oder Darlehen sein und mögen die Ärzte bei Nichtzahlung des Schuldners zur Rückzahlung an den Verein verpflichtet sein (RFH. 15. 11. 29, RStBl. 1930 Nr 185).

7. Großumsätze im Einzelhandel. Vgl. Popitz, Nachtr. 208ff.

XII. Grunderwerbsteuergesetz

v. 11. 3. 27 (RGBl. I 72) 1. 12. 30 (RGBl. I 585).

Der juristische Übergang an inländischen Grundstücken und grundstücksgleichen Berechtigungen ist steuerpflichtig. Zur Vermeidung von Steuerumgehungen werden mehrere Ersatztatbestände (Besteuerung des Übergangs des wirtschaftlichen Eigentums, §§ 3, 5, 6) geschaffen. Besteuerung der toten Hand

(§ 10) bis 1. 1. 34 ausgesetzt; Maßgeblichkeit des Einheitswertes, Veräußerungspreises für Meistgebote in der Zwangsversteigerung, Berechnung der Steuer (§§ 11 bis 13), Ersteigerung zur Hypothekenrettung (§ 14). Auf Antrag Erlaß der Steuer bei Grundstückserwerbungen durch milde Stiftungen, wenn das zu erwerbende Grundstück den Stiftungszwecken unmittelbar dient und die Vermögensverhältnisse der Stiftung den Erlaß rechtfertigen (§ 22).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Auch der auf die stillen Werte einer Apotheke (vgl. S. 279f., Blümich-Hoffmann 509f., z. B. Verzicht auf Betriebserlaubnis, Überweisung von Kundschaft, Firmenrecht) entfallende Teil des Kaufpreises ist dem Grundstückspreise zuzurechnen, da die Apotheken an einen bestimmten örtlichen Bezirk gebunden sind (RFH. 5. 1. 22, 8, 9, 27. 7. 28, 8. 4., 23. 7. 30, Mrozek § 12 Abs. 2 S. 1, Rspr. 47, 56, § 12 Abs. 1, Respr. 21, 22) wendet die gleichen Rechtsgrundsätze auf hessische, hamburgische, bayerische Apotheken an, auf diese, obwohl sie nicht nur Waren verkaufen, die dem Apothekenzwang unterliegen; in ihrer wirtschaftlichen Einheit liegt ihr Wert und der Wert des Grundstücks, auf dem sie (örtlich bedingt) betrieben werden (vgl. RFH. 28. 9. 28, Mrozek RBewG. § 31, Respr. 12, Bay.OLG. 22, 190).

XIII. Versicherungsteuergesetz

v. 8. 4. 22 (RGBl. I 400).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Blümich-Hoffmann 612ff. Steuerfreiheit bei Krankenversicherungen (freie ärztliche Behandlung, Heilmittel u. dgl., versichertes Krankengeld bis 4 RM., § 8 Abs. 1 Nr 4) ist auch dann zu gewähren, wenn der Versicherte einen Teil dieser Kosten persönlich zu tragen hat (RFH. 29. 10. 30, 27, 225).

XIV. Kraftfahrzeugsteuergesetz

v. 16. 3. 31 (RGBl. I 63).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Blümich-Hoffmann 598ff. Steuerfrei: u. a. im Besitze des Reichs, der Länder oder der Gemeinden befindliche Kraftfahrzeuge, soweit sie ausschließlich . . . zur Krankenbeförderung . . . verwendet werden. Auch in anderem Besitze befindliche Kraftfahrzeuge für Krankenzwecke können im Verwaltungswege befreit werden, wenn sie der Allgemeinheit unentgeltlich oder nur gegen Ersatz der Selbstkosten zur Verfügung gestellt werden. Blümich-Hoffmann 600. Bei Umschreibung der Steuerkarte haftet der neue Steuerschuldner nicht für alle Rückstände des alten (§ 8 Abs. 4, RFH. 7. 10. 30, 27, 191; vgl. zur Frage der Stschuld bei Benutzung durch einen Dritten RFH. 20. 1. 31, 27, 313).

XV. Mineralwassersteuergesetz

v. 15. 4. 30, für die Zeit vom 1. 1. 32 bis 31. 12. 33 außer Kraft gesetzt (4. NotVo. 8. 12. 31, RGBl. I 715).

Schrifttum und Rechtsprechung.

Steuerschuldner ist, wer steuerbare Erzeugnisse (natürliche, künstliche Mineralwässer, § 1) gewerbsmäßig herstellt (§ 5). Gewerbsmäßigkeit im Sinne des Verbrauchsteuerrechts ist eine auf die Erzielung eines mehr oder weniger ständigen Erwerbes gerichtete Tätigkeit in der Absicht, sie nicht nur einmal, sondern fortgesetzt, wenn auch nur bei günstiger Gelegenheit auszuüben. Auf eine Beteiligung am wirtschaftlichen Verkehr kommt es hier nicht an. Die staatlichen usw. Anstalten (§ 5 Abs. 1 S. 3, vgl. auch Entstehungsgeschichte) sind daher wie die Hersteller im Sinne des § 5 Abs. 1 S. 1 auch bei ausschließlichem Absatz der Erzeugnisse an die in den Betrieben beschäftigten Personen ohne Absicht der Gewinnerzielung, stpfl. (RFH. 29. 10. 30, 4. 2. 31, 28, 57). Die Steuerbarkeit der Getränke hängt lediglich davon ab, daß sie in unverschlossenen Gefäßen ausgeschenkt werden. Auf die Art der Herstellungsgeräte kommt es nicht an (RFH. 1. 10. 30, 27, 281).

XVI. Abgabenordnung

v. 22. V. 31 (RGBl. I 161).

Schrifttum und Rechtsprechung.

1. BECKER: 7. Aufl. u. Ergänzung.
2. Ermittlung und Festsetzung der St. §§ 160ff. Pflichten der Stpfl. Die nach anderen als den Steuergesetzen obliegenden Verpflichtungen zur Führung von Büchern

und Aufzeichnungen, die für die Besteuerung von Bedeutung sind, sind auch im Interesse der Besteuerung zu erfüllen (§ 160). Außer den nach § 160 Verpflichteten sind verpflichtet, Bücher zu führen und auf Grund jährlicher Bestandsaufnahme regelmäßig Abschlüsse zu machen: Unternehmer u. Unternehmen (also einschl. der freien Berufe, Popitz 293ff.) mit Gesamtumsatz über 200000 oder Betriebsv. über 50000 oder Gewerbeertrag von über 6000 (weitere Bedingungen für Landwirte). Vorschriften für Buchführung: u. a. fortlaufende, vollständige richtige Eintragungen § 162. Konten, Buchungen auf falschen Namen, Ver-gewisserungspflicht der Bank usw. § 165. St.erklärungspflicht §§ 166—169. Prüfung der St.erklärungen §§ 204—209. Die Vermutung ordnungsmäßiger Buchführung (§ 208 RAbgO.) kann durch einzelne Umstände (Rasuren, Überschreibungen, offenbare Lücken, Flüchtigkeit u. dgl.) sowie dadurch erschüttert werden, daß ihre Ergebnisse im offensbaren Mißverhältnis zu den allgemeinen Erfahrungen, soweit sie sich zum Vergleiche eignen, z. T. auch zum Aufwand des Stpfl. stehen. Tatfrage, ob die Buchführung ganz oder z. T. zu verwerfen ist. Schätzung der Besteuerungsgrundlagen durch FinA., sofern sie sich nicht feststellen lassen können. Verwertung der ordnungsmäßigen Teile der Buchhaltung. Eine Beweislast und Beweisfähigkeit im Sinne der ZPO. gibt es im Steuerrecht nicht. LUCAS: JW. 1928, 845. Beispiele bei Strutz, Nachtr. 116, vgl. auch I, 761, Popitz 835, 919, Nachtr. 176ff. und RFH. 22. 4. 31, 28, 267. Das FinA. kann im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens (§ 11 RAbgO.) vom Stpfl., wenn Zweifel bestehen, Einzelnachweise z. B. über das in einer Summe angegebene Einkommen aus selbständiger Berufstätigkeit verlangen (RFH. 17. 9. 30, RStBl. 1931 Nr 10). Auch kann es (der Prüfer, Nachschaubeamte) Vorlage aller Bücher und Aufzeichnungen, auch des Patientenbuchs und der Karthotek des Arztes verlangen. Keine Verweigerung mit Rücksicht auf das Berufsgeheimnis. Doch muß sich auch diese Forderung der St.behörde zur Vorlegung im Rahmen von Recht u. Billigkeit halten (§ 11 RAbgO.), ihre Durchführung sowie alle Maßnahmen der Steueraufsicht unter Wahrung der wirtschaftlichen Interessen des Stpfl. erfolgen, der Aufklärung über die geforderten Maßnahme verlangen kann (RFH. 14. I. 30, RStBl. Nr 78, vgl. RFH. 13. 11. 25, 17, 313; 20. I. 28, RStBl. Nr 137, RFH. 23. 5. 28, RStBl. Nr 323; HOERES: JW. 1928, 2348, Popitz 849, Nachtr. 181ff.) und Anspruch hat, gehört zu werden (RFH. 15. I. 30, Mrozek § 258 RAbgO.a.F., Rspr. 21). Seine Anwesenheit bei Prüfungen zweckmäßig (RFH. 13. 2. 29, Mrozek § 173 RAbgO.a.F., Rspr. 17). Nachschau im Rahmen der St.aufsicht (§§ 190—201) auch außerhalb eines Steuerermittlungsverfahrens (§ 193). Besondere Pflichten des Stpfl. bei Prüfung: §§ 170—174. Versicherungen an Eides Statt: §§ 174, 201. Vgl. RFMin. 22. 12. 30, RStBl. 823 u. RFH. 18. 3. 31, 28, 182, Popitz, 2. Nachtr. 40ff, wonach dem FinA. ein Recht darauf zusteht, daß der Stpfl. klar und unzweideutig dazu Stellung nimmt, ob er die ihm angeonnene eidesstattliche Versicherung leisten will.

3. Strafrecht u. Strafverfahren: §§ 391ff. Die Haftung der Vertretenen, Geschäftsherren für Steuershinterziehungen usw., die Vertretern, Angestellten zur Last fallen, setzt voraus, daß diese sie „bei Ausübung“ ihrer Dienstobliegenheiten begehen, d. h. in unmittelbarer Beziehung zu ihnen, nicht nur bei Gelegenheit der Obliegenheiten (RFH. 8. 3. 29, 25, 46).

XVII. Sonstiges.

Steueramnestieverordnungen v. 23. 8. und 19. 9. 31, RGBl. I 449 und 503, vgl. Pressenotiz v. 19. 9. 31, RFMin.-Erlaß 20. 9. 31, S. 1912 A 171 III.

Abkürzungsverzeichnis.

I. Zeitschriften, Gesetze, Bezeichnungen.

Zeitschriften und Sammlungen, deren Erscheinungsweise sich nach dem Kalenderjahr richtet, werden mit den Kalenderjahren zitiert. Stimmt das Datum der angeführten Entscheidungen oder Gesetze (Verordnungen usw.) mit dem Kalenderjahr der Zeitschrift oder Sammlung überein, so ist das Kalenderjahr bei der Zeitschrift oder Sammlung vielfach weggelassen, so grundsätzlich im steuerrechtlichen Teil.

Alle andern Zeitschriften und Sammlungen werden nach Bandnummern zitiert. Diese sind im folgenden mit einem Sternchen * bezeichnet.

Adgo.	= Allgemeine deutsche Bührenordnung.	Arbeiterver-	= Die Arbeiterversorgung.
ADHZ.	= Allgemeine deutsche Hebammenzeitschrift. Berlin: Elwin Staudé.	sorgung	= Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche. Berlin-Lichterfelde: A. Troschel.
ÄEG.	= Ärztliches Ehrengericht.	ArbGer.	= Arbeitsgericht.
*ÄEGH,		ArbGG.	= Arbeitsgerichtsgesetz.
Ärztl.EGH.	= siehe EGH.	ArbVers.	= Arbeitslosenversicherung.
ÄG.	= Ärztegesetz.	ArbuAngV.	= Arbeiter- und Angestelltenversicherung.
ÄK.	= Ärztekammer.	ArbZVO.	= Verordnung über die Arbeitszeit.
ÄKAussch.	= Ärztekammerausschuß.	*ArchBürgR.	= Archiv für Bürgerliches Recht.
ÄKG.	= Ärztekammergesetz.	ArchCivPr.	= Archiv für die civilistische Praxis.
ÄO.	= Ärzteordnung.	*Archf.	
ÄrztlMitt.	= Ärztliche Mitteilungen. (Verband der Ärzte Deutschlands. Hartmannbund, Leipzig.)	Rheinprov.	= Archiv für die Rheinprovinz.
ÄrztlSach-		ArchKathKR	= Archiv für katholisches Kirchenrecht.
verstZ.	= Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. Berlin: Richard Schoetz.	ArchVolks-	
ÄVB.	= Ärztevereinsbund.	wohlf.	= Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. Jena: G. Fischer.
ÄVBl.	= Ärztliches Vereinsblatt. Organ des deutschen Ärztevereinsbundes, Potsdam.	AufbrG.	= Aufbringungsgesetz.
ÄVOBl.	= Ärzteverordnungsblatt.	AufsBeh.	= Aufsichtsbehörde.
AG.	= Amtsgericht.	AusfAnw.	= Ausführungsanweisung.
AG.BGB.	= Ausführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch.	AusfBest.	= Ausführungsbestimmung.
AktG.	= Aktiengesellschaft.	AusfGes.	= Ausführungsgesetz.
AllgVerf.	= Allgemeine Verfügung.	AusfVorschr.	= Ausführungsvorschrift.
ALR.	= Preußisches Allgemeines Landrecht v. 1. VI. 1794.	Aussch.	= Ausschuß.
AN(RVA).	= Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes.	*Baath.	= Entscheidungen des Bundesamts für das Heimatwesen. Berlin: Franz Vahlen.
AngVersG.	= Versicherungsgesetz für Angestellte.	BadRpr.	= Badische Rechtspraxis.
Anw.	= Anweisung.	*BAH.	= Bundesamt für Heimatwesen.
AnwK.	= Anwaltskammer.	BayGewGes.	= Bayrisches Gewerbegesetz.
ApothBetrO.	= Apothekenbetriebsordnung.	BayLPr.	= Bayrisches Landesprivatrecht.
ApothZ.	= Apothekerzeitung.		

- BayObLG. = Bayrisches Oberstes Landesgericht.
 *BayOGH. = Bayrischer Oberster Gerichtshof.
 *BayOVG. = Bayrisches Oberverwaltungsgericht.
 *BayRpflZ. = Zeitschrift für Rechtspflege in Bayern.
 *BayVGH. = Sammlung der Entscheidungen des Bayrischen Verwaltungsgerichtshofes.
 Beh. = Behörde.
 Bek. = Bekanntmachung.
 *Bensch Samml. = Entscheidungen des Reichsarbeitsgerichts und der Landesarbeitsgerichte (Dersch-Flatow-Gerstel-Hueck-Nipperdey. Mannheim, Berlin, Leipzig: R. Hobbing.
 BerGen., BG. = Berufsgenossenschaft.
 BerlÄKorr. = Berliner Ärzte-Korrespondenz (enthalten im Groß-Berliner Ärzteblatt). Berlin: H. Pusch.
 BerlKlin-Wschr. = Berliner Klinische Wochenschrift. Berlin: Hirschwald.
 BFV. = Bezirksfürsorgeverband.
 BGB. = Bürgerliches Gesetzbuch.
 Beschl. = Beschluß.
 BetrKrK. = Die Betriebskrankenkasse. Zeitschrift des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen. Essen: C. W. Haarfeld GmbH.
 BetrRG. = Betriebsrätegesetz.
 BezAussch. = Bezirksausschuß.
 BezVerwBeh. = Bezirksverwaltungsbehörde.
 BezVerwGer. = Bezirksverwaltungsgericht.
 *Breithaupt = Breithaupt. Sammlung der Entscheidungen des RVA. usw. (Verlag für Reichsversicherung, München.)
 BStVO. = Biersteuerverordnung.
 BundGBl. = Bundesgesetzblatt.
 ChemtechnZ. = Chemisch-technische Zeitschrift.
 Chirurg = Der Chirurg. Berlin: Julius Springer.
 DA., DANw. = Dienstanweisung.
 DÄBl. = Deutsches Ärzteblatt. Zeitschrift des Deutschen Ärztevereinsbundes (vormals ÄVBl.). Berlin: Rudolf Mosse.
 DermatW. = Dermatologische Wochenschrift.
 DienstV. = Dienstvertrag.
 DiszGNicht-richtB. = Disziplinalgesezt für die Nichttrichterlichen Beamten.
 DJZ. = Deutsche Juristen Zeitung. Berlin: Otto Liebmann.
 DKrankK. = Deutsche Krankenkasse. Verlagsgesellschaft deutsch. Krankenkassen m.b.H., Berlin-Charlottenburg.
 DMedW. = Deutsche Medizinische Wochenschrift. Leipzig: Georg Thieme.
 DNotV. = Zeitschrift des Deutschen Notarvereins, Berlin.
 *DresdAnn. = Annalen des Oberlandesgerichts Dresden.
 DRichtZ. = Deutsche Richter-Zeitung.
 DStBl. = Deutsches Steuerblatt. Köln: Dr. Otto Schmidt.
 DStrafrZ. = Deutsche Strafrechtszeitung.
 DStZ. = Deutsche Steuer-Zeitung. Berlin u. Wien: Späth und Linde.
 DurchfBest. = Durchführungbestimmung.
 DZahn-ärztlW. = Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.
 *DZgerMedizin = Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. Berlin: Julius Springer.
 DZW. = Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege. (Wronsky-Ruppert-Memelsdorff). Berlin: Carl Heymann.
 EG. = Einführungsgesetz.
 EGer. = Ehrengericht.
 *EGH. = Ärztlicher Ehrengerichtshof. Entscheidungen des preußischen Ehrengerichtshofes f. Ärzte. Berlin: R. Schoetz 1908 ff.
 EinfGes. = Einführungsgesetz.
 EinkSt. = Einkommensteuer.
 Einkstpfl. = einkommensteuerpflichtig.
 EisenbVerkO. = Eisenbahn-Verkehrsordnung.
 ErbschStG. = Erbschaftssteuergesetz.
 *EuM. = Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes.
 EvKirchen-AufsGes. = Kirchengesetz betr. die kirchliche Aufsicht über die Vermögensverwaltung der Kirchengemeinden.
 EvKirchVerf-Ges. = Staatsgesetz betr. die Kirchenverfassungen der evangelischen Landeskirchen.
 FinA. = Finanzamt.
 FinMin. = Finanzminister(ium).
 *Freie Wohlfahrtspflege = Freie Wohlfahrtspflege. Berlin: Franz Vahlen.
 FürsBeh. = Fürsorgebehörde.
 FürsVerb. = Fürsorgeverband.
 gA. = gewöhnlicher Aufenthalt i. S. der Reichsverordnung üb. die Fürsorgepflicht.

- GebO. == Gebührenordnung.
 GemO. == Gemeindeordnung.
 GemVerf. == Gemeinschaftliche Ver-
 fügung.
 GerVerfG. == Gerichtsverfassungsgesetz.
 Ges. == Gesetz.
 GeschlKrG. == Reichsgesetz zur Bekämpfung
 der Geschlechtskrank-
 heiten.
 GesundhBeh. == Gesundheitsbehörde.
 Gesundheits-
 fürsorge == Gesundheitsfürsorge. Zeit-
 schrift der evangelischen
 Kranken- und Pflegeanstal-
 ten. (Dienst am Leben, Ver-
 lags GmbH., Berlin, Hede-
 mannstr. 31—32.)
 Gesundheits-
 lehrer == Zeitschrift der Deutschen
 Gesellschaft zur Bekämp-
 fung des Kurpfuschertums.
 Berlin.
 *GewArch. == Gewerbearchiv für das
 Deutsche Reich.
 GewO. == Gewerbeordnung für das
 Deutsche Reich.
 GewStG. == Gewerbesteuergesetz.
 GewUnfVers. == Gewerbeunfallversicherung.
 GmbH. == Gesellschaft mit beschränk-
 ter Haftung.
 GmbHGes. == Gesetz betr. die Gesellschaf-
 ten mit beschränkter Haf-
 tung.
 GMVO. == Vorschriften über den Ver-
 kehr mit Geheimmitteln (s.
 S. 257 Bem. 2).
 *GoldArch. == Archiv für Strafrecht und
 Strafprozeß, begründet von
 Goldammer.
 GrBerlÄBl. == Groß-Berliner Ärzteblatt,
 Berlin: Hans Pusch (vgl.
 BerlÄKorr.).
 GrFrwStG. == Grunderwerbsteuergesetz.
 *GruchBeitr. == Beiträge zur Erläuterung d.
 Deutschen Rechts, begrün-
 det von Gruchot.
 GS. == Gesetzsammlung.
 GVoBl. == Gesetz- und Verordnungs-
 blatt.
 *HandbfStM. == Handbücherei für Staats-
 medizin (Berlin: C. Hey-
 mann).
 HansRGZ. == Hanseatische Rechts- u. Ge-
 richtszeitschrift. Abt. B,
 Mannheim, Berlin, Leipzig.
 I. Bensheimer.
 *HessRspr. == Hessische Rechtsprechung.
 HGB. == Handelsgesetzbuch.
 Hpfl. == Haftpflicht.
 HRR. == Höchstgerichtliche Recht-
 sprechung. (Beilage zur
 Juristischen Rundschau.)
 Berlin: W. de Gruyter
 & Co.
 HVA. == Hauptversorgungsamt.
- *IheringsJ. == Iherings Jahrbücher für die
 Dogmatik des bürgerlichen
 Rechts.
 ImpfG. == Impfgesetz.
 InvVers. == Invalidenversicherung.
 Jahrb. == Jahrbuch.
 Jahrbd-
 KrankVers. == Jahrbuch der Krankenver-
 sicherung. Verlagsgesell-
 schaft Deutscher Kranken-
 kassen mbH., Berlin-Char-
 lottenburg.
 *Johow. == Jahrbuch der Entschei-
 dungen des Kammergerichts,
 herausgegeben von Johow.
 JR.,
 JurRdsch. == Juristische Rundschau, Ber-
 lin: W. de Gruyter & Co.
 JustBeh. == Justizbehörde.
 JustMin. == Justizminister.
 JustMinBl. == Justizministerialblatt für d.
 preußische Gesetzgebung u.
 Rechtspflege.
 JW. == Juristische Wochenschrift.
 Herausgegeben vom Deut-
 schen Anwaltverein. Leip-
 zig: W. Moeser.
 KabO. == Kabinettsordre.
 KaisVO. == Kaiserliche Verordnung (s.
 S. 249).
 KathKirchen-
 VermGes. == Gesetz über die Verwal-
 tung des kath. Kirchenver-
 mögens.
 KG. == Kammergericht.
 KGBl. == Blätter für Rechtspflege
 im Bezirk des Kammer-
 gerichts.
 *KGJ. == siehe Johow.
 KirchlGesu-
 VOBl. == Kirchliches Gesetz- u. Ver-
 ordnungsblatt.
 *KlinJahrb. == Klinisches Jahrbuch (her. v.
 Naumann, Kirchner. Jena:
 G. Fischer).
 KlinWschr. == Klinische Wochenschrift.
 Organ der Gesellschaft deut-
 scher Naturforscher u. Ärzte,
 Berlin u. Wien: Julius
 Springer und München:
 J. F. Bergmann.
 Knappsch-
 Vers. == Knappschaftsversicherung.
 KörpSt. == Körperschaftssteuer.
 KommAbgG. == Preußisches Kommunallab-
 gabengesetz v. 14. 7. 1893.
 KommGes.a.
 A. == Kommanditgesellschaft auf
 Aktien.
 KonkO. == Konkursordnung.
 KrAG. == Preuß. Gesetz betr. die
 Dienststellung des Kreis-
 arztes und die Bildung
 von Gesundheitskommissio-
 nen.

- KrankHaus-
arzt = Der Krankenhausarzt. Zeitschrift für die Krankenhaus-
ärzte. Herausgegeben vom
Verband der Krankenhaus-
ärzte Deutschlands e. V.
Berlin.
- KrankK. = Krankenkasse.
- KrankVers. = Die Krankenversicherung.
Organ des Gesamtverbandes
der Krankenkassen
Deutschlands.
- KrBesch. = Kriegsbeschädigter.
- KreisAussch. = Kreisausschuß.
- KrVJSchr. = Kritische Vierteljahrsschrift
für Gesetzgebung u. Rechts-
wissenschaft.
- KündSch-
G. Ang. = Gesetz für die Fristen für
die Kündigung von Ange-
stellten.
- KultMin. = Kultusminister(ium).
- LArbA. = Landesarbeitsamt.
- LArbG. = Landesarbeitsgericht.
- LebMG. = Lebensmittelgesetz.
- LeipzZeitschr. = Leipziger Zeitschrift f. deut-
sches Recht. München, Ber-
lin, Leipzig: J. Schweitzer.
- LFürsBeh. = Landesfürsorgebehörde.
- LFV. = Landesfürsorgeverband.
- LG. = Landgericht.
- LKrankK. = Landkrankenkasse.
- LPrivR. = Landesprivatrecht.
- LVersAnst. = Landesversicherungsanstalt.
- LVG. = Gesetz über die allgemeine
Landesverwaltung (Preu-
ßen).
- MarkSch-
Wettbew. = Markenschutz und Wett-
bewerb, Monatsschrift für
Marken-Patent- und Wett-
bewerbsrecht.
- MBlfMedAng. = Ministerialblatt für Medizi-
nal- und Unterrichtsange-
legenheiten.
- MBliV. = Ministerialblatt für die ge-
samte preußische innere Ver-
waltung.
- MdI. = Minister(ium) des Inneren.
- MedArch. = Medizinal-Archiv für das
Deutsche Reich, Berlin:
Franz Vahlen.
- MedAufsBeh. = Medizinal-Aufsichtsbehörde.
- MedBeh. = Medizinalbehörde.
- MedEdikt. = Preuß. Medizinedikt v.
27. 9. 1725.
- MedKlinik = Medizinische Klinik. Wo-
schenschrift für praktische
Ärzte. Berlin: Urban und
Schwarzenberg.
- MedMin. = Minister für Medizinalange-
legenheiten (Preußen vor
1918).
- MedWelt = Die medizinische Welt.
Ärztliche Wochenschrift.
Berlin: Nornen-Verlag
GmbH.
- MfV. = Minister für Volkswohlfahrt.
- MfWKuV. = Minister für Wissenschaft,
Kunst und Volksbildung.
- MinABl. = Ministerialamtsblatt.
- MinBl. = Ministerialblatt.
- MingeistLA. = Minister der geistlichen An-
gelegenheiten.
- MinErl. = Ministerialerlaß.
- MinVO. = Ministerialverordnung.
- *Mitt. = Mitteilungen des Reichs-
verbandes der Deutschen
Industrie.
- *MittRStW. = Mitteilungen aus dem Ge-
biete der Rechts-, Steuer- u.
Wirtschaftsfragen. Beilage
zur Zeitschr. „Freie Wohl-
fahrtspflege“. Berlin: Franz
Vahlen.
- Monatsschrift = Monatsschrift für Arbeiter-
und Angestellten-Versiche-
rung. (Berlin: Julius Spring-
er.)
- Münchener
MedW. = Münchener Medizinische
Wochenschrift. München:
I. F. Lehmann.
- Nachtr. = Nachtrag.
- Naumburg-
Ak. = Zeitschrift der Anwalts-
kammer des OLG-Bezirks
Naumburg.
- Nosokomeion = Nosokomeion, Vierteljahrs-
schrift für Krankenhaus-
wesen. Stuttgart: W. Kohl-
hammer.
- NotVO. = Notverordnung.
- NZArbR. = Neue Zeitschrift für Arbeits-
recht. (Dersch-Sitzler-Sy-
rup.) Mannheim, Berlin,
Leipzig: Bensheimer.
- OberPräs. = Oberpräsident.
- OHG. = Offene Handelsgesellschaft.
- OKrankK. = Ortskrankenkasse.
- OLG. = Oberlandesgericht.
- *OLGRspr. = Die Rechtsprechung des
Oberlandesgerichts auf dem
Gebiet des Zivilrechts.
- OpG. = Opiumgesetz.
- OrtsPolBeh. = Ortspolizeibehörde.
- OVersA. = Oberversicherungsamt.
- *OVG. = Oberverswaltungsgericht
(Rechtsprechung).
- *OVGSt. = Oberverswaltungsgericht in
Steuersachen.
- PersStG. = Gesetz über die Beurkun-
dung des Personenstandes
und die Eheschließung.
- *Pfarrarchiv = Preußisches Pfarrarchiv.
Berlin: Franz Vahlen.
- PharmZ. = Pharmazeutische Zeitung,
Berlin: Julius Springer.
- PolBeh. = Polizeibehörde.
- PolBG. = Polizeibeamtengesetz (Preu-
ßen).
- PolDir. = Polizeidirektion.

PolMedAss.	= Polizeimedizinalassistent.	*RFinH.	= Reichsfinanzhof. Sammlung
PolMedRat	= Polizeimedizinalrat.	(RFH.)	der Entscheidungen u. Gut-
PolPr.	= Polizeipräsident (Präsi-		achten. München: Carl Ger-
	dium).		ber.
PolVerwG.	= Polizeiverwaltungsgesetz.	RFinMin.	= Reichsfinanzminister.
PolVfg.	= Polizeiverfügung.	RFV.	= Reichsverordnung über die
PolVO.	= Polizeiverordnung.		Fürsorgepflicht.
Pr.	= Preußisch.	*RG., RGZ.	= Reichsgericht, Entschei-
PrApoth-			dungen des Reichsgerichts
BetrO.	= Preußische Apothekenbe-		in Zivilsachen, Berlin, Leip-
	triebsordnung.		zig: de Gruyter & Co.
Preugo.	= Preußische Gebührenord-	*RG. (Str.)	= Entscheidungen des Reichs-
	nung für Ärzte.		gerichts in Strafsachen. Ber-
PrGewO.	= Preußische Gewerbeord-		lin, Leipzig, de Gruyter & Co.
	nung.		
PrHebG.	= Preußisches Gesetz über das	RGA.	= Reichsgesundheitsamt.
	Hebammenwesen.	RGBl.	= Reichsgesetzblatt.
PrivR.	= Privatrecht.	RGesundhBl.	= Reichsgesundheitsblatt.
PrO.	= Prüfungsordnung.	RGS.	= Reichsgrundsätze über Vor-
PrOfÄ.	= Prüfungsordnung f. Ärzte.		aussetzung, Art und Maß d.
PrOi.Pr.	= Prüfungsordnung in Preu-		öffentlichen Fürsorge.
	ßen.	RHaftpflG.	= Reichshaftpflichtgesetz.
*PrOVG.	= Preußisches Oberverwal-	RheinNotZ.	= Zeitschrift für das Notariat,
	tungsgericht.		Verein für das Notariat, in
ProvAussch.	= Provinzialausschuß.		Rheinpreußen: Kölner Ver-
ProvO.	= Provinzialordnung.		lagsanstalt und Druckerei
PrSeuchG.	= Preußisches Gesetz betr. die		AG.
	Bekämpfung übertragbarer	RheinZ.	= Rheinische Zeitschrift für
	Krankheiten.		Zivil- und Strafprozeßrecht.
PrTubG.	= Preußisches Gesetz zur		Berlin u. Leipzig: Bens-
	Bekämpfung der Tuberku-		heimer.
	lose.	RJWG.	= Reichsgesetz für Jugend-
*PrVBl.	= Preußisches Verwaltungs-		wohlfahrt.
	blatt. Berlin: Carl Hey-	RKnapp-	
	mann.	schGs.	= Reichsknappschaftsgesetz.
RAbgO.	= Reichsabgabenordnung	RMdI.	= Reichsminister(ium) des
	(neue Fassung).		Innern.
RAbgO a. F.	= Reichsabgabenordnung	RMinBl.	= Reichsministerialblatt.
	(alte Fassung).	RPatG.	= Reichspatentgesetz.
RAfÄuKrK.	= Reichsausschuß für Ärzte u.	*RPrVBl.	= Reichsverwaltungsblatt und
	Krankenkassen.		Preußisches Verwaltungs-
RAnz.	= Deutscher Reichsanzeiger u.		blatt. Berlin: Carl Hey-
	preußischer Staatsanzeiger.		mann.
RArbBl.	= Reichsarbeitsblatt. Her.	RRat	= Reichsrat.
	Reichsarbeitsministerium.	RReg.	= Reichsregierung.
	Berlin: R. Hobbing.	RGesundhRat	= Reichsgesundheitsrat.
RArbG.	= Reichsarbeitsgericht.	RSchiedsA.	= Reichsschiedsamt.
RArbMin.	= Reichsarbeitsminister(ium)	RSeuchG.	= Reichsgesetz zur Bekämp-
RBeamtG.	= Reichsbeamten-gesetz		fung gemeingefährlicher
RBewG.	= Reichsbewertungsgesetz.		Krankheiten.
RdErl.	= Runderlaß.	Rspr.	= Rechtsprechung.
RDiszh.	= Reichsdisziplinarhof.	RStBl.	= Reichssteuerblatt.
Recht	= Das Recht, Rundschau für	RStimmO.	= Verordnung über Reichs-
	den deutschen Juristenstand		wahlen und Abstimmungen.
	(Soergel).	RTDr.	= Reichstagsdrucksache.
RegBl.	= Württembergisches Regie-	*RuW.	= Recht und Wirtschaft. Ber-
	erungsblatt.		lin: C. Heymann.
*Reger	= Entscheidungen der Ge-	RVA.	= Reichsversicherungsamt.
	richte und Verwaltungsbe-	RVerf.	= Verfassung des Deutschen
	hörden, nebst Ergänzungs-		Reiches.
	bänden. Her. von Reger.	RVersAnst-	
	= Regierungspräsident.	Ang.	= Reichsversicherungsanstalt
RegPräs.			für Angestellte.
RevApoth-		RVersNachr.	= Amtliche Nachrichten des
Ordn.	= Revidierte Apotheken-Ord-		Reichsversicherungsamtes.
	nung.		

- RVersorgBl. = Reichsversorgungsblatt.
 RVersG. = Reichsversorgungsgesetz.
 RVO. = Reichsversicherungsordnung.
 RWahlG. = Reichswahlgesetz.
 *SächsArch-Rpfl. = Archiv für Rechtspflege in Sachsen, Thüringen und Anhalt.
 SächsLV Amt = Sächsisches Landesversicherungsamt
 Schlicht-WVO. = Verordnung über das Schlichtungswesen.
 SchwBesch-VO. = Verordnung über die Beschäftigung Schwerbeschädigter.
 *SeuffArch. = Seufferts Archiv für Entscheidungen der obersten Gerichte in den deutschen Staaten.
 *SeuffBl. = Blätter für Rechtsanwendung (Nürnberg: Sebold).
 Soziale Medizin = Soziale Medizin. Wissenschaftliche Monatsschrift f. Sozialversicherungsmedizin. Berlin-Charlottenburg: Verlag für Sozialmedizin.
 StA.DB. = Steuerabzug-Durchführungsbestimmungen.
 StArch. = Steuerarchiv. Berlin: Hau-de u. Spencersche Buchhandlung, Max Paschke.
 Stfr. = Steuerfrei.
 StMin. = Staatsminister(ium).
 Stpfl. = Steuerpflicht, steuerpflichtig.
 StPO. = Strafprozeßordnung.
 StrBest. = Strafbestimmungen.
 StrGB. = Strafgesetzbuch.
 StW. = Steuer und Wirtschaft. Stuttgart: J. Hess.
 UmsStG. = Umsatzsteuergesetz.
 UnfVers. = Unfallversicherung.
 UnIWG. = Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb.
 Verf. = Verfassung.
 VermSt. = Vermögensteuer.
 VeröffRGesA. = Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes.
 VersA. = Versicherungsamt.
 VersorgungA. = Versorgungsamt.
 VertrO. = Vertragsordnung.
 *VerwArch. = Verwaltungsarchiv.
 VerwBeh. = Verwaltungsbehörde.
 VerwR. = Verwaltungsrecht.
 VerwStrVerf. = Verwaltungsstreitverfahren.
 Vfg. = Verfügung.
 VGH. = Verwaltungsgerichtshof.
 VO. = Verordnung.
 VoBl. = Verordnungsblatt.
- VolksbegG. = Gesetz über das Verfahren bei Volksbegehren und Volksentscheiden.
 Volkswohlf. = Volkswohlfahrt, Amtsblatt des Preuß. Ministeriums für Volkswohlfahrt. Berlin: Carl Heymann.
 Warneyer Rspr., Warneyer Erg. = Warneyer, Jahrbuch d. Entscheidungen, enthaltend die Rechtsprechung des R.G. auf dem Gebiete des Zivilrechts, soweit sie nicht in der amtlichen Sammlung d. Entscheidungen abgedruckt ist.
 WerkV. = Werkvertrag.
 Zärztl.Fortbild. = Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.
 Zahnärztl-Mitt. = Zahnärztliche Mitteilungen. Organ des Reichsverbandes der deutschen Zahnärzte, Berlin.
 ZahnärztlW. = Deutsche zahnärztliche Wochenschrift. Berlin: H. Pusch.
 ZBl. = Zentralblatt.
 *ZblJugendrecht = Zentralblatt für Jugendrecht und Jugendwohlfahrt. Berlin: Carl Heymann.
 ZBIUntVerw. = Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen. Berlin: Weidmannsche Buchhandlung.
 *ZCivPr., ZZP. = Zeitschrift für den deutschen Zivilprozeß. begründet von Busch.
 ZfH. = Zeitschrift für das Heimatwesen. Staßfurt: Berger.
 ZfKrAnst. = Zeitschrift für Krankenanstalten.
 ZKrW. = Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen. Berlin: Julius Springer.
 ZMedBe. = Zeitschrift für Medizinalbeamte. Leipzig: Georg Thieme.
 ZMedBe-R. = Zeitschrift für Medizinalbeamte-Rechtsprechung.
 ZPO. = Zivilprozeßordnung.
 ZRVers. = Zentralblatt für Reichsversicherung und Reichsversorgung.
 Zulo. = Zulassungsordnung.
 ZustG. = Gesetz über die Zuständigkeit der Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden.

II. Literatur.

Die in den einzelnen Abschnitten zitierte Literatur ist mit vollständiger Bezeichnung aus dem dazugehörigen Abschnitt „Schrifttum“ zu ersehen.

Folgende, nur mit dem Namen des Verfassers bezeichneten Werke kehren in mehreren Abschnitten wieder und sind deshalb nicht jedesmal unter dem Schrifttum aufgeführt.

Dernburg	= Das bürgerliche Recht (6. Auflage).	Philipsborn	= Kranker und Krankenhaus im Recht. Stuttgart 1930: Kohlhammer.
Enneccerus	= Lehrbuch des bürgerlichen Rechts, Schuldverhältnisse, in der Bearbeitung von Lehmann (11. Aufl. 1930).	Planck	= Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (4. Aufl.).
Ebermayer	= Der Arzt im Recht. Leipzig 1930: Thieme.	Rabel	= Die Haftpflicht des Arztes. Leipzig 1904.
Flügge	= Das Recht des Arztes. Berlin-Wien 1903.	RGRK.	= Das Bürgerliche Gesetzbuch, erläutert von Reichsgerichtsräten (7. Aufl.).
Hellwig	= Die Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben. Leipzig 1908.	Rümelin	= Haftung im klinischen Betrieb. Tübingen 1913.
Lustig	= Gesetz und Recht im Krankenhaus. Berlin 1930: Julius Springer.	Staudinger	= Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (9. Aufl.).
Meyer	= Das ärztliche Vertragsverhältnis. Berlin 1905.	v. Tuhr	= Der allgemeine Teil des deutschen bürgerlichen Rechts.
Örtmann	= Bürgerliches Gesetzbuch: Recht der Schuldverhältnisse (5. Aufl.).	Zitelmann	= Das bürgerliche Recht der Krankenanstalten in: Dietrich-Grober: Das deutsche Krankenhaus, S. 870 ff. (Jena 1922: Fischer).

Sachverzeichnis.

- Abfindungsvergleich im Arztprozeß 217.
Abgabenordnung 288.
Absonderung im Krankenhaus, Seuchengesetzgebung 40, 52.
Aktiengesellschaften für Krankenhäuser 32.
Amnestie 288.
Anatomieleichen 122.
Angestelltenversicherung 87, 131.
Ankündigung von Arzneimitteln 255f.
Anlage von Anstalten, Vorschriften 14.
—, geräuschvolle 59.
Anleihen, genehmigungspflichtige 1ff.
Anstalt, Konzessionspflicht 8.
Anstaltsgottesdienst und Seelsorge 56.
Anstaltshebammen 71.
Ansteckende Krankheiten, Anstalten für —, Konzession 10.
— —, Seuchengesetze 48.
Ansteckung des Arztes im Krankenhaus 107.
Anstellungsverhältnis von Ärzten im Steuerrecht 270.
Anzeige, Seuchengesetzgebung 48.
—, Tuberkulosegesetzgebung 53.
— vgl. Meldepflicht.
Apotheken 253.
Apothekenbetriebsrechte 240ff.
Apothekenbetriebsordnung 253ff.
Apothekenkonzession 240.
Apothekenprivileg 240.
Apotheker im Krankenhaus 71.
—, Haftung 260ff.
Approbation, ärztliche 161, 164.
Arbeitgeber, Pflichten 74f., 81.
Arbeitnehmer 73, 81.
Arbeitslosenversicherung 89.
Arbeitsrecht 72ff., 81.
Arbeitsschutz 77, 81.
Arbeitsstreitigkeiten 79ff., 82.
Arbeitszeit der Krankenhausaangestellten 77.
Arzneibuch 253, 255.
Arzneien, betäubungsmittelhaltige 246, 248.
Arzneimittel, Anfertigung und Abgabe 254.
—, Ankündigung 237, 255ff.
— -Fabrikant, Haftung 260ff.
—, staatlich geprüfte 251.
—, Verkehr mit 239ff., 249.
Arzt als freier Beruf 163, 164.
— — im Steuerrecht 265, 269ff.
— als Sachverständiger und Zeuge 185.
— und Krankenkasse 167, 174.
— und Patient im Zivilrecht 198.
— und Versicherte (Patienten) 179.
Arztähnliche Titel 158.
Ärzttekammern 188, 195.
Ärztmuster, Versendung 249.
Ärztliche Behandlung s. Behandlung.
— Ehrengerichte 191, 195.
— Leistungen im Umsatzsteuerrecht 282, 284.
— Leitung 18, 62.
Ärztliches Berufsgeheimnis s. Berufsgeheimnis.
— im Steuerrecht 279.
Arztsystem (RVO.) 176.
Arztvertrag, Dienst- oder Werkvertrag ? 198, 201.
Arztwahl (RVO.) 172.
Assistenzärzte 63.
Assistentinnen, technische 64.
Aufbewahrung im Krankenhaus 112.
Aufbringungsumlage 280.
Aufenthalt, gewöhnlicher (FVO.) 150.
Aufnahme auf Grund der Sozialversicherung 132ff.
— ohne Vertrag 98.
Aufnahmepflicht 40, Bem. 4, 6.
Aufnahmevertrag (Krankenhaus) 95.
Aufsicht, staatliche über Krankenhäuser 35.
—, kirchliche, über Krankenhäuser 35.
—, medizinischbehördliche, über Krankenhäuser 37.
— polizeiliche 38.
— über Irrenanstalten 38.
Ausbildung, ärztliche 159.
—, als Facharzt 166.
—, zahnärztliche 161.
Ausschließung aus ärztlichem Verein 193.
Autoritäten, ärztliche — und Gebührenordnung 223.
Badearzt 167.
Baugenehmigung, polizeiliche 14.
Bauvorschriften 14.
Beamte, Ärzte als — 182, 184.
Beamtenrecht 72, 82.
—, Haftung des Staates für Beamte 113.
Beaufsichtigung s. Aufsicht.
Bedingungen bei Konzession 10.
Beförderung von Leichen 121ff.
Behandlung, ärztliche 95ff., 199, 207.
—, —, Beendigung 224.
—, —, in der RVO. 171, 174.
—, —, von Ehefrau, Ehemann, Kindern 199, 203.
—, Haftung bei sachgemäßer — ohne Einwilligung 212, 213.
—, —, im Strafrecht 231, 234.

- Behandlung ohne Vertrag 204, 206.
 — unentgeltliche 207.
 —, unsachgemäße — als unerlaubte Handlung 212.
 —, —, im Strafrecht 231.
 Behandlungsfreiheit 156.
 — beseitigt durch Geschl.Kr.Ges. 237, 238.
 Behandlungspflicht, ärztliche — im Geschl.-Kr.Ges. 236.
 Berlin, Krankenhäuser 30.
 —, Charité 22.
 Beruf, Ausübung des Arztes 190, 195ff.
 —, freier — des Arztes 163.
 —, —, — im Steuerrecht 265, 269.
 Berufsgeheimnis, ärztliches (RVO.) 179.
 —, —, im Geschl.Kr.Ges. 239.
 — — im Steuerrecht 288.
 —, —, im Zivil- und Strafrecht 226ff.
 Berufstrachten 65.
 Bestattung 122.
 Betäubungsmittel, Verkehr mit — 246ff.
 Betriebsrätegesetz 78, 82.
 Betriebsvermögen im Steuerrecht 277, 279.
 Beurlaubung amtlich eingewiesener Patienten 44.
 Beweisfragen im Arztprozeß 218.
 Bewertung im Steuerrecht 265, 269.
 Biersteuer 274.
 Buchführung im Steuerrecht 266, 287/8.
 Bürgersteuer 274.

 Cavete-Tafel 193.
 Charité in Berlin 22.
 Chefarzt s. Arztl. Leitung.

 Desinfektion 53ff.
 Dienstvertrag der Krankenhausangestellten 73.
 — des Arztes 198, 201, 207, 209.
 — oder Werkvertrag bei Krankenhausaufnahme 95, 97.
 —, unabhängiger — bei Krankenhausaufnahme 95.
 —, Vertragspflichten bei Krankenhausaufnahme 101.
 Durchlaufende Posten im Umsatzsteuerrecht 286.

 Ehefrau, Ehemann als Vertragspartei dem Arzt gegenüber 199, 203.
 Ehrengerichte, ärztliche 191, 195.
 Einkommen 263, 266.
 Einkommensteuergesetz 263.
 Einkommensteuer im Apothekengewerbe 243.
 Einrichtung von Anstalten, Vorschriften 9, 14.
 Einwilligung, ärztliche Behandlung mit und ohne — 212, 213.
 Eisenbahntransport von Leichen 122.
 Entbindungsanstalten, Vorschriften 16.
 Entgelt im Umsatzsteuerrecht 282 ff, 285.
 Entlassung amtlich eingewiesener Patienten 44.
 Epileptische, Anstalten für —, Vorschriften 15.

 Erbrecht der Krankenhäuser 123.
 Erfüllungsgehilfen, Haftung des Arztes für — 209, 212.
 —, Haftung des Krankenhauses für — 103, 106.
 Erbschaftssteuer 280.
 Erwerbsbeschränkungen 1.
 Euthanasie 231, 234.

 Facharzt 166.
 —, unbefugte Führung des Facharztstitels 195.
 Fahrlässigkeit bei ärztlicher Behandlung im Zivilrecht 208, 209ff., 213.
 — — — im Strafrecht 230, 233.
 — im Krankenhaus 102, 105.
 Feuerbestattung 123.
 Firmenrechtlicher Schutz der Krankenhäuser 60.
 Freie gemeinnützige Krankenhäuser 31.
 Freier Beruf des Arztes 163.
 — — — im Steuerrecht 265, 269, 278, 281.
 Fremdkörper, zurückgelassene — in der Wunde 211, 234.
 Fürsorge für die Krankenhausangestellten 75, 107.
 Fürsorgepflicht, endgültige 147, 150ff.
 —, Verordnung 140ff.
 —, vorläufige 145, 150.
 Fürsorgeverbände 141.

 Garderobe, Haftung des Arztes 219.
 Gastwirtschaftung 112.
 Gebühr im Krankenhaus 115, 116, 125ff.
 Gebührenordnung, ärztliche 221, 223.
 Geburten, Anmeldepflicht 42.
 Gefängniskrankenhäuser 24.
 Gegenstände, Haftung für — 112, 119.
 Geheimmittel 257, 259.
 Gehorsampflicht des Patienten im Krankenhaus 115.
 Geistesranke, Anstalten für — Konzession 10.
 —, —, Vorschriften über Anlage, Bau, Einrichtung 15.
 Gemeindebiersteuer 274.
 Gemeindegetränksteuer 274.
 Gemeindekrankenhäuser 26.
 Gemeingefährliche Krankheiten 48.
 Gemeinnützigkeit 31.
 — im Steuerrecht 275, 276, 277, 280, 282, 285
 Genehmigung, staatliche und kirchliche 2ff.
 Gerichtsarzt 183.
 Geschäftsbesorgung bei Krankenhausaufnahme 95, 97, 101, 116.
 — bei Arztvertrag 198, 202, 222.
 Geschäftsführung ohne Auftrag im Arztrecht 204ff., 212ff.
 — — im Krankenhausrecht 98ff., 108.
 Geschlechtskrankheitengesetz 236ff.
 Ges. m. b. H. bei Krankenhäusern 32.
 Gewerbebetrieb, im Steuerrecht 265, 269.
 Gewerbeordnung § 6 Abs. 2 249.
 — § 15 12.
 — § 16 59.

- Gewerbeordnung § 27 59.
 — § 30 7ff.
 — § 49 11.
 — § 53 69.
 — § 120a 77.
 — § 147 Abs. 1 12.
 — § 147 Abs. 1 Nr. 3 157, 158.
 Gewerberechtlicher Schutz der Krankenhäuser 59.
 Gewerbesteuer 276.
 Gewinnberechnung im Steuerrecht 266.
 Gifte 251.
 Gottesdienst in Anstalten 56.
 Grunderwerbsteuer 286.
 — im Apothekengewerbe 243, 245.
 Grundsteuer 280.
 Grundstückserwerb, genehmigungspflichtiger 1ff.

Haftung der Krankenkasse für Kassenarzt
 180.
 — — für Vertrauensarzt 181.
 — des Apothekers 260ff.
 — des Arzneimittelfabrikanten 260ff.
 — des Arztes 207ff.
 — des Krankenhauses für Schädigungen des Patienten und dritter Personen 75, 102 bis 114.
 Hausarzt 201, 204.
 — im Steuerrecht 271.
 Hausordnung 29, 115.
 Hauspersonal 71.
 Hebammen 68.
 Heilbehandlung, eigenmächtige 231.
 — neuartige 214.
 Hilfe, Rechtsanspruch? 143.
 Hilfeleistung § 360 Nr. 10 StGB. 39.
 Hilfsärzte 64.
 Hilfsbedürftigkeit 143.
 Honoraranspruch des Arztes 220ff., 223.

Impfrecht 46.
 Invalidenversicherung 86, 131.
 Irrenanstalten, Anmeldepflicht 43.
 —, Aufsicht 38.
 —, Entlassungszwang 118.
 —, Haftung nach § 832 BGB. 114.
 —, Konzession 10.
 —, leitender Arzt 19, 63.
 —, Vorschriften über Anlage, Bau, Einrichtung 15.
 Irrenpflegepersonen 67.

Kaiserliche Verordnung (§ 6 Abs. 2 Gew.O.) 249.
 Kassenarzt 167ff., 176, 179.
 — im Steuerrecht 270.
 Kassenpatient, Zahlungspflicht 224.
 Kaufmannseigenschaft von Krankenhäusern 60.
 Kausalzusammenhang im zivilen Arztprozeß 215, 216.
 — im Strafrecht 230.
 Kirchliche Beschränkungen 3ff.
 Kleinkinderschwester 66.
 Klinik, ärztliche im Steuerrecht 269.
 Kommunalkrankenhäuser 26ff.
 Konkurrierendes Verschulden des Beschädigten 106, 215, 216.
 Konkursvorrechte 116, 221, 224.
 Konzession von Anstalten 7ff.
 — von Apotheken 240ff.
 Körperschaftssteuer 275.
 Körperverletzung bei Operationen 212, 231ff.
 Kosten, Erstattungsfähigkeit (FVO.) 153.
 Kraftfahrzeugsteuer 287.
 Krankengeschichten 103 (Bem. 7), 228ff.
 Krankenhausapotheke 248.
 Krankenhausarzt 62.
 Krankenhausaufnahme 94.
 Krankenhaus und Fürsorgepflichtverordnung 140ff.
 — zur Fürsorge ermächtigt 142.
 Krankenhilfe, Krankenpflege 144, 154, 171, 173.
 Krankenkasse, Haftung für Kassenarzt 180.
 —, — für Vertrauensarzt 181.
 — und Ärzte 167ff., 174ff.
 — und Versicherte 170.
 Krankenkassenpatienten, Einweisung in Krankenhäuser 94, 98, 100, 105, 132.
 — und Arzt 179.
 Krankenpflegepersonen 65.
 Krankenräume 14.
 Krankenversicherung 83, 90, 130.
 Krankheit 170, 173.
 Kreisarzt 182ff.
 —, Beaufsichtigung von Krankenanstalten 37.
 Kreiskrankenhäuser 25.
 Kriegsbeschädigtenversorgung 20ff.
 Krüppelfürsorgeschwestern 67.
 Kündigung der Krankenhausangestellten 76, 82.
 — des Arztvertrages 224.
 — des Krankenhausvertrages 117.
 Kunstfehler, Haftung des Arztes 207ff., 213ff.
 —, — des Arztes im Strafrecht 230, 233.
 —, — des Krankenhauses 101ff., 104ff.
 Kurierfreiheit 157.
 —, beseitigt im Geschl.Krk.Ges. 237, 238.
 Kurpfuschertum, Kampf gegen — 157.

Leichenbeförderung 121ff.
 Leichensektion 119ff.
 Leitung, ärztliche 18.
 Lungenheilstätten, Vorschriften 15.

Masseur 67.
 Medizinalbehördliche Aufsicht 37.
 Medizinalpraktikanten 64.
 Medizinisches Studium, Prüfungen 159.
 Medizinisch-technisches Hilfspersonal 64.
 Meldepflicht, allgemein polizeiliche 45.
 — der Hebammen 69.
 — der Kurpfuscher 157.
 — des Arztes bei Kammer u. Kreisarzt 188.
 — des Arztes nach Geschlechtskr.-Ges. 237.
 —, Personenstandsgesetz 42.

- Meldepflicht, Seuchengesetze 40, 48ff.
 —, Tuberkulosegesetz 53.
 Mineralwassersteuer 287.
- Nachbarn, Rücksicht auf — bei Konzessionserteilung 10 (Bem. 10).
 —, Schutz vor Störungen der — 58.
 —, Störung der Nachbarn durch Krankenhaus 39.
- Namensrechtlicher Schutz des Krankenhauses 60.
 Neuartige Heilbehandlung 214.
 Nichterfüllung beim Krankenhausvertrag 102.
 Nothilfe 232.
 Notstand, polizeilicher 39.
- Offenbarung, befugte und unbefugte 227.
 Öffentliche Anstalt 8.
 Öffentliche Krankenhäuser 31.
 Operation mit und ohne Einwilligung 212, 213.
 — mit und ohne Einwilligung im Strafrecht 231, 234.
 Opiumgesetze 246.
 Organe der Krankenhausverwaltung 34.
- Pfandrecht des Krankenhauses 118.
 Pflegepersonal 29, 52.
 —, Arbeitszeit 77ff.
 Politische Wahlen in Krankenhäusern 55.
 Polizeikrankenhäuser 23.
 Polizeiliche Aufsicht 38.
 Polizeiliche Genehmigung zum Bau 14.
 — Maßnahmen, seuchengesetzliche 45.
 — Verbote der Anündigung von Arzneimitteln 255, 257.
 Polizeilicher Notstand 39.
 — Schutz für Krankenhäuser 41.
 Polizeiliches Einschreiten bei Betrieb ohne Konzession 12.
 Polizeiverfügungen 41.
 Prima-facie-Beweis im Arztprozeß 219.
 Privatsdienstvertrag 73.
 Private Anstalten, Konzessionspflicht 7ff.
 — gewerbliche Krankenhäuser 31.
 Privatirrenanstalten 19.
 Promotion, ärztliche 160.
 —, zahnärztliche 161.
 Prostitution 237.
 Provinzialkrankenhäuser 24.
- Räume für Kranke 14.
 Realkonzession (Apotheken) 240.
 Rechtsform der Krankenhäuser 32.
 Reichsabgabenordnung 288.
 Reichsarzneimittelgesetzentwurf 252.
 Reichsseuchengesetz 48.
 Religionsgesellschaften, Anstalten von 72.
 —, Beschränkungen f. Anstalten von — 1ff.
 —, Gottesdienst und Seelsorge 56.
 —, Verwaltung der Anstalten von — 31ff.
 Rezept 250, 252.
 —, unleserliches 255.
 —, —, Haftung des Arztes 212.
- Rezept, unzulässiges (VerschreibsVO.) 247ff.
 Rezeptpflicht bei Geheimmitteln 258.
 Röntgenuntersuchung, unterlassene 210.
 Rundfunkstörungen 58.
- Sachverständiger, der Arzt als — 185ff.
 Sammelverordnung 1.
 Sanatorien im Steuerrecht 269.
 Sanitätspolizeiliche Prüfung von Krankenhausbauten 14.
 Säuglingsheime, Vorschriften 16.
 Säuglingsschwester 66.
 Schenkung bei unentgeltlicher Krankenaufnahme 100.
 Schenkung, genehmigungspflichtige 1ff.
 Schutz gegen unlauteren Wettbewerb 61.
 —, gewerberechlicher — der Krankenhausbezeichnung 60.
 —, polizeilicher 41.
 — vor Störungen der Nachbarn 58.
 Schwachsinnige, Anstalten für —, Vorschriften 15.
 Schwangerschaftsunterbrechung 232, 234.
 Schweigepflicht, s. Berufsheimnis.
 Schwester, Namensschutz 65.
 Seelsorge in Anstalten 56.
 Sektion von Leichen 119ff.
 Selbständige Tätigkeit, im Steuerrecht 265.
 Selbstmörder, ärztliche Behandlung von — 205.
 Selbstzahler, als Vertragspartei 96, 97.
 —, Begriff 94.
 —, Verpflichtungen gegenüber — 101, 104.
 Seuchengesetzgebung 45ff.
 Sonderleistungen im Steuerrecht 265, 268.
 Sozialversicherung der Krankenhausesgestellten 83ff., 90, 130.
 Sozialversicherungsträger, Krankenhäuser 30.
 Spezialitäten (Arzneimittel) 258, 259.
 Sportarzt 167.
 Standesordnung für Ärzte 189.
 Stellung der leitenden Ärzte 19, 28.
 Sterbefälle, Anmeldepflicht 42.
 Sterilisierung 232, 235.
 Steuerabschnitt 264.
 Steueramnestie 288.
 Steuerfragen des Apothekengewerbes 243.
 Steuerrecht 263ff.
 Stiftungskrankenhäuser 32.
 Störungen der Nachbarn durch Krankenhäuser 39.
 —, Schutz vor — der Nachbarn 58.
 Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes 230.
 Süßstoff 251.
- Tarifverträge 79, 82.
 Testament im Krankenhaus 124.
 Titel, arztähnliche 158.
 —, Arzt-, Doktor-, Professor- 162, 163.
 Tötung 230, 233.
 Tuberkulosebekämpfung 52.

- Überwachungspflicht des Krankenhausvorstandes 110, 111.
 Umsatzsteuer 281.
 — der Krankenkassen 246, 284.
 Umsatzsteuerfreie Leistungen an Kranke 282, 284.
 Unentgeltliche ärztliche Behandlung 207.
 — Aufnahme im Krankenhaus 100.
 Unerlaubte Handlung, Haftung des Arztes 212.
 — —, Haftung des Krankenhauses 108.
 Unfallverhütungsvorschriften 132.
 Unfallversicherung 85, 91, 131.
 Universitätskrankenhäuser 22.
 Unmöglichkeit der Erfüllung beim Krankenhausvertrag 102.
 Unternehmer: Konzessionspflicht 8.
 Urlaub der Krankenhausangestellten 74.
- Verantwortliche ärztliche Leitung 18.
 Vereine, ärztliche 192ff.
 Vereinsform (Krankenhäuser) 32.
 Vereinsstatuten 33.
 Vergleiche im Arztprozeß 216, 217.
 Verjährung 108, 216.
 Verkehr mit Arzneimitteln 239ff.
 Vermietung, im Steuerrecht 271.
 Vermögenssteuer 277.
 — im Apothekengewerbe 243.
 Verpachtung im Steuerrecht 271.
 Verpflichtungen des Arztes gegenüber den Patienten 207ff.
 — des Krankenhauses gegenüber den Patienten 101ff.
 — des Patienten 115ff.
 — zum Ersatz zufälliger Schäden? 116, 222.
 Verrufserklärung 193, 194.
 Verschreibungsverordnung betr. Arzneien 246, 248.
 Verschwiegenheitspflicht s. Berufsgeheimnis.
 Versicherungspatienten, Begriff 94.
 —, Einweisung in Krankenhäuser 132.
 —, Verpflichtungen gegenüber — 102.
 Versicherungssteuer 287.
 Versicherungswesen s. Sozialversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung usw.
 Versorgungskrankenhäuser 20.
 Versorgungslazarette, Beaufsichtigung 37.
 Versuche, wissenschaftliche des Arztes 214.
- Vertrag zugunsten Dritter 96, 117, 102 (Bem. 3).
 —, Kassenarztvertrag 179.
 Vertrauensarzt 181.
 —, im Steuerrecht 271.
 Verwaltung von Krankenhäusern, Allg. Grundsätze 18.
 — der freien gemeinnützigen und der privaten gewerblichen Krankenhäuser 32.
 — der öffentlichen Krankenhäuser 20.
 Verwaltungspersonal 71.
 Volontärärzte 64.
 Vorstand des Krankenhauses, Haftung 110.
 — —, Zusammensetzung und Zuständigkeit 33, 34.
- Wahlen in Krankenhäusern 55.
 Werbungskosten 265, 267.
 —, Durchschnittssätze 271.
 Wertgrenze bei Genehmigungen 6.
 Wettbewerb, unlauterer § 16 des Gesetzes 61.
 Wochenbettpflegerinnen 67.
 Wöchnerinnenasyle, Vorschriften 16.
 Wohlfahrtskranke, Aufnahme in das Krankenhaus 98, 141ff., 150.
 —, Begriff 94.
 —, Verpflichtungen des Krankenhauses gegenüber — 102.
 Wohlfahrtspflegerinnen 67.
- Zahnärztekammer 194.
 Zahlungsverpflichtung des Patienten gegenüber dem Arzte 220ff., 223ff.
 — des Patienten gegenüber dem Krankenhause 115.
 Zehnmonatsverband (FVO.) 151.
 Zeuge, der Arzt als — 185.
 Zeugnisse, falsche ärztliche — 233, 235.
 Zulassung zur Kassenpraxis 174, 178.
 Zurückbehaltungsrecht des Arztes 225.
 — des Krankenhauses 118.
 Zuschläge zur Einkommensteuer 274.
 Zuwendungen, genehmigungspflichtige 1ff.
 Zwangsbehandlung, Geschlechtskr. Ges. 236, 238.
 —, Seuchengesetzgebung 52.
 Zwangspatienten, Aufnahme 98.
 —, Begriff 94.
 Zwangsvollstreckung gegen Krankenhäuser 104 (Bem. 10), 106.