

# Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. Braehmer Geh. San.-Rath Berlin.	Dr. Florschütz Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Kionka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Loebker Professor Bochum.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. Stolper Professor Breslau.	Dr. Windscheld Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabtheilung  
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902.

№ 15.

Ausgegeben am 1. August.

## Inhalt:

**Originalien:** Haug: Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung. (Schluss.) S. 305.  
Hanauer, Die Lex Adikes und das neue hessische Wohnungsgesetz. S. 308.  
Brückmann, Der Einfluss des Erfolges auf den Honoraranspruch des Arztes. S. 310.  
Haebler, Schwerste Eingeweideverletzungen bei unversehrten äusseren Weichtheilen. S. 315.  
**Referate:** Sammelbericht. Curschmann, Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose im Jahre 1901. III. (Schluss.) S. 315.  
Roth, Gewerbehygienische Rundschau. S. 317.  
**Bücherbesprechungen:** Köhler, Knochenerkrankungen im Röntgenbilde.

— Hartmann, Die Krankheiten des Ohres und ihre Behandlung.  
— Onodi, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerve. —  
Reiss, Einiges über die signalistische Photographie (System Bertillon) und ihre Anwendung in der Anthropologie und Medizin. —  
Zur Besprechung eingegangen. S. 318.

**Gebührenwesen.** Zur Liquidation der Vorbesuche im Entmündigungsverfahren. Von Privatdozent Dr. Ernst Schultze-Andernach. S. 320.

**Tagesgeschichte:** Die Häufigkeit der Selbstmorde. — Krüppelstatistik in Schlesien. — Verein für Unfallverletzte. — Allgemeine Ausstellung für Hygienische Milchversorgung. — I. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins. — XIX. Hauptversammlung des Preussischen Ministerialbeamtenvereins. S. 323.

Aus der Ohrenabtheilung der Königl. Universitäts-poliklinik zu München.

## Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung.

Eine kleine Studie für Aerzte und Sachverständige.

Von

Professor Dr. Rud. Haug.

(Schluss.)

Gehen wir nun über zu dem für uns wichtigsten Abschnitte, zur Abwägung des Werthes dieser Verletzungen für den Verletzten, zu ihrer Begutachtung.

Wir haben hier zunächst, ehe wir auf die Spezialisierung eingehen, einige ganz allgemein gültige Momente zu erörtern.

Zuvörderst müssen wir daran festhalten, dass uns Gelegenheit gegeben sei, wo irgend thunlich, den objektiven Befund zeitig, so bald als möglich, nach dem angeschuldigten Trauma zu erheben; denn nur dann ist es uns — es gilt das in erster Linie natürlich für die mit Ruptur der Membran einhergehenden Läsionen — überhaupt möglich, mit Sicherheit zu sagen, ob thatsächlich ein Trauma vorliegt oder nicht. So dürfen wir für eine absolut sichere Diagnose der traumatischen Rupturen höchstens ca. dreimal 24 Stunden verstrichen wissen; ist dieser Zeitraum überschritten, so können sich schon derartige Veränderungen, entweder Fortschritte

zur Heilung hin oder, bei infizierten Wunden, akute exsudativ-reaktive Entzündungen eingestellt haben, dass die Sicherheit der Diagnose schon sehr einer gewissen Wahrscheinlichkeit, den Kausalnexus feststellen zu können, weichen muss.

Gilt diese erste Forderung wesentlich für die Rupturen, so gilt die nun folgende zweite für alle Luftdrucks- und Erschütterungstraumen, speziell für die Labyrintherschütterungen, nämlich nie ein definitives Urtheil über den Fall abzugeben, ehe ein Zeitraum von ca. 6 bis 8 Wochen seit dem Tage des Traumas hingegangen ist.

Auch das hat seinen Grund in den ja bereits angedeuteten Variabilitäten des Verlaufes des einzelnen Falles, indem ein anfänglich vielleicht sehr schwer erscheinender Fall doch innerhalb der zwei Monate sich erheblich bessern oder heilen oder aber ein leichter sich mit schweren Komplikationen vergesellschaften kann.

Selbstverständlich ist es, wo nur irgend möglich, dringend wünschenswerth, dass diese ganze Zeit über die Beobachtung durch den erstmals untersuchenden Arzt gehandhabt werde oder dass wenigstens eine Nachkontrolle von dieser Seite stattfinden könne.

Bezüglich des Punktes, ob das Ohr früher ein völlig gesundes gewesen war, wird wohl die Anamnese einen annähernden Aufschluss geben, indess darf man sich auf sie, aus bekannten Gründen (Subjektivität des Patienten), hier a priori nie zu viel verlassen, sondern muss sich so viel als möglich auf den objektiven Befund der Untersuchung stützen

der uns nur zu häufig zeigt, dass wir es mit Gehörorganen zu thun haben, die schon lange Zeit vorher nicht mehr normal waren. Die interessantesten Aufschlüsse erhalten wir hier, oft zu unserer Verwunderung, durch die vergleichende Untersuchung der beiden Gehörorgane, indem das angeblich gesunde, durch das Trauma nicht betroffene Ohr die gleichen oder schwerere Veränderungen aufweist als das lädirte.

Und wenn es auch weiterhin (unleugbare) Thatsache ist, dass die durch vorausgegangene pathologische Prozesse veränderten Trommelfelle und Gehörorgane relativ einem Trauma viel leichter erliegen als bisher völlig gesund gewesene, so dürfen wir darüber nicht ausser Acht lassen, dass trotzdem diese Trommelfelle wohl den gleichen Werth für ihre Träger gehabt hatten wie ein bisher normales, ja, es besitzen diese Gehörorgane ein in gewisser Beziehung anderes höheres Aequivalent für ihre Träger, da es bei ihnen sehr darauf ankommt, dass der Status zur Zeit womöglich nicht verschlechtert werde und das geschieht eben durch ein Trauma leicht, während das vorher normale Ohr sich wieder ganz erholen kann. Es wurde früher schon kurz auf diese Verhältnisse hingedeutet und dabei betont, dass für Verletzte aus diesen Gründen auf keine mildernden Umstände plaidirt werden dürfe.

Dann giebt es noch einige allgemeine Momente, die wir bei der Abwägung zur Begutachtung nicht vergessen dürfen. Hierher gehören zunächst eine gewisse nervöse Disposition bis hinauf zu den entwickelteren Graden der Hysterie und Neurasthenie. Hier können zuweilen schon relativ sehr geringfügige Läsionen höchstgradige Funktionsstörungen nach sich ziehen, ohne dass der objektive Befund einen absoluten Aufschluss giebt oder geben kann. Man wird in solchen Fällen gar manchmal schwanken, ob der Patient nicht direkt unter die Simulanten zu verweisen sei und doch ist er thatsächlich krank, sobald eine exakte Prüfung nicht allein der lokalen Ohrverhältnisse, sondern auch der Allgemeinsymptome stattfindet. Ebenso dürfen wir nicht vergessen, dass der Verlauf einer Läsion wesentlich beeinflusst werden kann durch eine Reihe von Allgemeinerkrankungen meist chronischer Natur; so werden bei bestehendem Diabetes, Tuberkulose u. s. w. relativ anfänglich minimale Substanzverluste ohne direkte Infektion bloss auf Basis der betreffenden Diathese zu grossen Zerstörungen und schweren Störungen führen können.

Es kann und darf der bösartigere Verlauf dem Verletzte gerade so wenig aufs Konto gesetzt werden, als wenn durch unvernünftiges Gebahren des Patienten, durch ungeeignete Behandlung (wie Eingiessen von Oel, Kamilleninfus, Milch, das Einlegen von Speckschwarten, Reiskörnern, Ausspritzen auch eventuell mit antiseptischen Flüssigkeiten) eine folgenschwere eiterige Entzündung sich einstellt.

An der Hand dieser allgemeinen Voraussetzungen nur können wir zur direkten Abwägung des Werthes der Verletzung, zu einem objektiven gerechten Urtheil gelangen.

Es ist somit eine einfache Ruptur des Trommelfells, mit oder ohne Blutungen, sofern keine gleichzeitige Labyrintherschütterung besteht (Stimmgabel auf dem kranken Ohr), sofern der Verlauf ein normaler ist (also wenn keine Infektion auftritt) als eine leichte Verletzung aufzufassen, aus der dem Verletzten in Zukunft kein weiterer Schaden erwachsen wird.

Selbstverständlich ändert sich die Sachlage sofort zum Gegentheil, wenn irgend welche komplikatorische Momente hinzutreten, in erster Linie hier eine Infektion der Wunde sich zeigt.

Eine Labyrintherschütterung ohne Zerreiſsung der Membran (— Stimmgabelton auf die gesunde Seite verlegt,

Knochenleitung verkürzt oder aufgehoben —) ist dagegen im Allgemeinen als eine schwere Verletzung in Bezug auf die Funktion des Ohres zu erachten — obschon eine Lebensgefährlichkeit ihr an und für sich nicht innewohnt — wenn nach Ablauf der Beobachtungszeit die Hörfähigkeit sich noch nicht gebessert hat und die subjektiven Geräusche sich in continuo erhalten.

Als schwere Verletzung im Allgemeinen ferner ist zu betrachten die Ruptur mit Labyrintherschütterung (— Stimmgabel trotz Ruptur nicht auf der verletzten, sondern auf der guten Seite wahrgenommen, bei Verkürzung oder Verschwinden der Knochenleitung —), wenn aus ihr folgt eine dauernde hochgradige Schwächung des Hörvermögens mit begleitenden Ohrgeräuschen; erschwert wird dieses Verhältniss eventuell durch das Nichtzuheilen der gesetzten Trommelfelllücke, da diese persistente Lücke zu jeder Zeit zur Entstehung einer eiterigen Mittelohrentzündung Veranlassung geben kann.

Als schwere bis sehr schwere Verletzung muss die obgenannte Kombinationsläsion gelten dann, wenn sich zu ihr eine komplikatorische Mittelohreiterung gesellt, da es sich nunmehr nicht bloss um eine Lokalerkrankung handelt, die in Verbindung mit der Labyrintherschütterung zu einer wahrscheinlich bleibenden Taubheit führen kann, sondern um eine Affektion, aus welcher jeden Augenblick sich eine tödtlich endigende intrakranielle Komplikation (Meningitis, Sinusthrombose, Phlebitis, Hirnabscess) entwickeln kann. Es liegt also hier eine lebensgefährliche Verletzung vor und zwar ist auf Lebensgefahr so lange zu erkennen, als die Rupturstelle nicht absolut durch Narbengewebe geschlossen ist.

In Bezug auf die Funktion des Gehörorganes allein bleibt sie als schwere bestehen, wenn innerhalb der Beobachtungsfrist sich die hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit mit Geräuschen nicht mindert, wenn dazu die Ruptur sich nicht schliesst, auch ohne Eiterung, oder, wenn nach abgelaufener Eiterung ausgedehntere Verwachsungen des ehemaligen Ruptursaumens mit den Paukenwandungen als Residuen zurückbleiben.

Selbstverständlich ist bei allen diesen Verletzungen eine 6—8 wöchentliche Beobachtungsdauer, bei den einfacheren Rupturen wenigstens die Konstatirung der absoluten Heilung resp. des definitiven Ausganges vorausgesetzt.

Nicht ausser Acht lassen dürfen wir, dass es, und zwar verhältnissmässig nicht einmal sehr selten, bei Verletzung des einen Ohres zu einer Beeinträchtigung der Hörfunktion auch des andern, nicht verletzten Ohres, kommen kann.

Wir haben nun noch die Behandlung der in Frage stehenden Verletzungen kurz zu erörtern. Bekommen wir eine frische traumatische Trommelfellruptur, mit oder ohne gleichzeitige Labyrinthläsion, so darf unter keinen Umständen etwas Weiteres geschehen als eine einfache antiseptische oder aseptische, aber dabei möglichst luftdichte Okklusion des Gehörganges entweder durch Einfügung eines Wattebausches oder Einlegen eines Gazestreifens: Man muss die Trommelfellwunde bloss so viel als möglich abschliessen und jede Infektion fernzuhalten suchen, was auch fast immer gelingen wird.

Ausserdem ist es nothwendig, den Patienten dahin zu informiren, dass er so wenig oft als möglich willkürliche Luftverdichtungen vornehme, also speziell mit dem Schnäuzen vorsichtig sei.

Es geschieht das aus zwei Gründen, einmal weil möglicherweise, wenn das hier auch nicht oft der Fall zu sein pflegt, durch die Luftverdichtungswellen vom Nasenrachen-

raume her infektiöses Material auf die Wunde geworfen werden kann und dann zweitens im Interesse der Heilung der Wundränder, die durch das öftere Anschlagen der Luft einfach wieder auseinandergerissen werden würden. Durch diese einfache prohibitive Therapie wird es uns fast ausnahmslos gelingen, frische, nicht infizierte Rupturen zur baldigsten absoluten Heilung zu bringen.

Falsch und geradezu ein Kunstfehler wäre es, wenn bei derartigen Rupturen Ausspülungen oder Ausspritzungen gemacht würden, selbst wenn antiseptische Lösungen hierzu verwendet würden. Es kommt nämlich erfahrungsgemäss fast unfehlbar nach derartigen Ausspülungen zu einer eiterigen Entzündung des Trommelfells und weiterhin Mittelohrs dadurch, dass die im Gehörgang vorher schon gelagerten pathogenen Keime, die ohne dieses Mittel im Stadium der Latenz unschädlich geblieben wären, auf die Wundränder gebracht eine Infektion veranlassen.

Es muss deshalb selbst in den Fällen, in welchen die Diagnose der eventuellen Ruptur durch Ansammlung von Blut im Gehörgange erschwert oder unmöglich gemacht wird, von jeglicher Ausspritzung strikte Abstand genommen werden. Was sich nicht mit steriler Watte trocken entfernen, abtupfen lässt — und bei eingetrocknetem Blute ist das immer der Fall — bleibt einfach liegen: es tritt die reaktionslose Heilung unter dem Blutschorfe ein.

Haben diese therapeutischen Massnahmen hier schon eine schwere Bedeutung, so werden sie eine geradezu absolut lebensgefährdende erhalten in den Fällen, in denen eine Schädelbasisfraktur mit der Trommelfellruptur kompliziert ist; wir werden, wenigstens kurz, bei Gelegenheit dieser Verletzungen, dies nochmal streifen.

Dasselbe gilt auch natürlich immer noch für die Rupturen, die uns später als nach dem dritten Tage zugeführt werden.

Hat sich die Ruptur deutlich sichtbar geschlossen, so ist zunächst, trotz eventueller Hörschwächung, mit der Luftdouche noch zu warten. Erst etwa vom vierzehnten Tage ab mag sie, erst äusserst vorsichtig, gehandhabt werden; manchmal hat sie dabei auf Fälle, die durch subjektive Geräusche kompliziert sind, einen gut verbessernden Einfluss, zuweilen aber ist auch das Gegentheil der Fall und dann müssen die Lufteinblasungen sofort sistirt werden, eventuell an ihre Stelle Luftverdünnungen vom Gehörgang aus vorgenommen werden. (massage.)

Bekommen wir dagegen eine derartige Verletzung im Stadium der reaktiven Infektionsentzündung zur Behandlung, also zu einer Zeit, in welcher wir schon nicht mehr mit absoluter Sicherheit entscheiden können, ob Trauma oder nicht, so werden wir auch da zuerst noch die einfache, trockene, aseptische oder antiseptische Tamponade aber hier nur mit Gazestreifen (Chinolin-Naftolgaze) (nicht Watte) in Anwendung ziehen. Es muss aber hier die Gaze bis auf die Trommelfellwunde selbst vorgeschoben werden durch den ganzen Gehörgang durch, damit alles sich bildende Sekret gewissermassen in Statu nascendi durch die kapillare Attraktion der Gazestreifen so viel als möglich nach aussen geleitet werden muss, so dass jede eventuell schädliche Stagnation vermieden wird.

Erst wenn das sero-sanguinolente Sekret in das wirklich eitrig übergegangen ist, kann man, wenn man absolut will, mit antiseptischen Ausspülungen beginnen, denen nachträglich immer wieder nach möglichster Trockenlegung mit Watte eine trockene Tamponade zu folgen hat. Nothwendig sind aber auch hier die Ausspülungen nicht, da wir im Allgemeinen viel bessere Resultate erzielen bei der einfachen

trockenen Behandlung, sofern sie nur richtig gemacht wird. Pulvereinblasungen jeglicher Art sind im Allgemeinen hier eben so unzulässig. Es treten eben von obigem Zeitpunkte ab die Grundsätze der Behandlung der gewöhnlichen akuten perforativen Mittelohreiterung ins Recht.

Wir haben nun noch die Therapie der Labyrinthkomotionen zu berühren.

Wenn auch bei sehr hochgradigen Fällen für den Anfang die absolute Bettruhe, möglichst horizontale Lage bei Vermeidung jeglichen äusseren Reizes nothwendig sein wird, so werden wir doch in bei Weitem dem Gros der Fälle hiervon Abstand nehmen können, wenn nicht eben die Koordinationsstörungen dies erheischen. Zweckmässig aber wird die Horizontallage für die allererste Zeit immer sein, ebenso wie Blutentziehungen zuweilen von Vortheil sind. Dass jegliche Kongestion und stärkere Gewalteinwirkung abzuhalten ist, dürfte sich von selbst verstehen.

Das bei den mit Ruptur komplizirten Fällen ein luftdichter Abschluss des Gehörgangs dabei zu erfolgen hat, ist selbstverständlich, wie alle anderen Massnahmen in dieser Beziehung.

Kann der Patient ohne Störung umhergehen oder haben sich die ersten Begleiterscheinungen verloren, so ist angezeigt, so bald als möglich eine Luftdruckbehandlung einzuleiten, also die negative Aspiration des Trommelfells ein bis zweimal des Tags über vorzunehmen. Diese Trommelfellmassage durch negativen Luftdruck wird am einfachsten ausgeübt durch einen einfachen, luftdicht in den Gehörgang eingefügten Gummischlauch mit einer Spritze; es kann aber gerade eben so gut auch der Mund zu dieser Ansaugbewegung benützt werden, ja es hat dies Letztere den Vortheil, wie ich das früher bei der von mir empfohlenen Massage<sup>1)</sup> betont habe, dass der Patient selbst diese Prozedur zweimal des Tags etwa 10—20 Mal (direkt hinter einander) ausführen kann. Es darf, während das eine Ende des Schlauches luftdicht im Gehörgange steckt und die Luftverdünnungen nun mit dem Munde vorgenommen werden, niemals so stark angezogen werden, dass irgend welcher Schmerz vom Patienten empfunden werden. Es gilt dies auch für die Spritzenaspiration, wenn diese vom Arzt gemacht wird. Also Vorsicht bei der Spritze! Statt der einfachen wiederholten Aspiration kann auch zuweilen mit grossem Nutzen die Oscillationsmassage des Trommelfells entweder mit Mund oder Spritze oder besser noch durch Elektromotor oder ebenso durch die Handmassageapparate nach Delstauche oder Dollmann genommen werden.

Durch diese Ansaugung des Trommelfells wird nicht blos dieses allein nach aussen zu herausgezogen, es folgt dem Zuge eben weiter hin noch, da der Hammergriff ja in direkter Verbindung mit der Membran steht, der Gehörknöchelchen-Apparat in der Weise, dass auf die ganze Knöchelchenkette vermöge der eigenartigen Anordnung des Sperrgelenkes der Hammer-Amboss-Artikulation ein Zug ausgeübt wird, durch den die Steigbügelplatte aus dem ovalen Fenster herausgehoben, gewissermassen gelüftet wird. Gerade durch diesen Vorgang wird ein grosser mechanisch wirkender Einfluss auf das innere Ohr gewonnen. Und thatsächlich sehen wir erst bei richtiger Vornahme dieses sehr einfachen Verfahrens nicht nur die Geräusche sich bald mindern, sondern auch die Hörfähigkeit wieder rasch ansteigen. Selbstverständlich giebt es schwerere Fälle, in welchen auch dieses Verfahren kein Resultat ergiebt, insbesondere, wenn die Behandlung erst später eingeleitet wurde, gerade so, wie es leichte giebt, die vielleicht gerade

<sup>1)</sup> Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 5.

so gut, ohne dass überhaupt Etwas geschieht, spontan zur Rückbildung gelangen. Aber unter allen Umständen ist es der Mühe werth, es ja auf eine Zeit lang zu erproben.

Methodisch fortgesetzte Lufteinblasungen von der Tuba her nützen erfahrungsgemäss durchgehends bei diesen Komotionen fast nie etwas, ja, im Gegentheil ist gar nicht zu selten eine direkte Verschlechterung in jeder Beziehung zu konstatiren; es mag also a priori von den Luftdouchen abgesehen werden, wenn das Mittelohr nicht betheiligt ist. In sehr seltenen Fällen kann auch die elektrische Behandlung versucht werden durch leichteste konstante Ströme, aber es ist die Elektrizität für das Ohr oft ein sehr zweiseitiges Schwert und erfordert die äusserste Vorsicht von Seite des Ausführenden, da der Erfolg sonst ein für das Gehörorgan geradezu vernichtender sein kann.

Abgesehen von dieser lokalen Behandlung steht uns noch die medikamentöse Behandlung bei diesen Verletzungen zur Verfügung. Ohne auf die unter Umständen ja auch dabei angezeigte Verwendung des Jodkali weiter rekurriren zu wollen, ist es hier in erster Linie das Pilocarpinum muriaticum und Strychninum nitricum, das uns thatsächlich bei derartigen Traumen vermöge der eigenartigen Wirkung dieser Körper auf das innere Ohr und Zentralnervensystem zuweilen günstige Resultate sehen lässt. Die Applikationsweise ist am einfachsten die subkutane.

Wenn aber z. B. nach 15—20 Injektionen von Pilocarp. mur. 0,1:10,0, in Zwischenräumen von Tag zu Tag, oder einen Tag um den andern wiederholt, noch keine wesentliche Besserung eingetreten ist, so kann man ruhig auf diese medikamentöse Therapie verzichten. Auch Bromnatrium mit Jodkalium zusammen kann versucht werden, insbesondere bei Schwindel und subjektiven Geräuschen. Von grosser Bedeutung ist es aber auch hier, dass die Behandlung möglichst frühzeitig nach dem Trauma eingeleitet werden kann; Monate nachher ist eben so wie bei allem Andern kein Erfolg mehr zu erwarten.

## Die Lex Adikes und das neue hessische Wohnungsgesetz.

Von

Dr. med. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Nachdem die deutsche Reichsregierung bei den wiederholten Anträgen und Debatten über die Wohnungsfrage im Reichstage auf der Erklärung verharrete, dass sie es ablehne, auf diesem Gebiete die Reichsgesetzgebung in Bewegung zu setzen, diese Aufgabe vielmehr als zur Kompetenz der Einzelstaaten gehörend erklärte, werden die Freunde eines Reichswohnungsgesetzes nicht damit rechnen können, dass die massgebenden Reichsbehörden in absehbarer Zeit ihren Standpunkt ändern, sie werden ihren Blick vielmehr den bundesstaatlichen Regierungen zuwenden müssen, um zu sehen, wie weit diese die ihnen vom Reich zugewiesenen Aufgaben erfüllen.

Erfreulicher Weise verhalten sich diese nicht unthätig und eben erst sind im preussischen und hessischen Landtag zwei Gesetze verabschiedet worden, die einen bemerkenswerthen Schritt nach vorwärts in der Wohnungsfrage bedeuten und die es verdienen, an dieser Stelle etwas eingehender gewürdigt zu werden.

Das Zustandekommen der lex Adikes in Preussen ist

deswegen von besonderem Interesse, weil es das erste Eingreifen der preussischen Gesetzgebung auf dem Gebiete der Wohnungsfrage bedeutet. Der Staat Preussen hat sich hier von den anderen deutschen Bundesstaaten den Rang ablaufen lassen. Hessen, Hamburg u. a. sind mit Wohnungsgesetzen vorausgegangen, Sachsen mit einer Landesbauordnung, Baden mit einem Umlegungsgesetz bereits im Jahre 1896. In Preussen beschränkte sich das Vorgehen der Landesbehörden auf die bekannten Ministerialerlasse vom 19. März 1901, welche die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse bezwecken, die Aufgaben im Einzelnen aber vorwiegend den Gemeinden zuweisen. Ausserdem wurde im letzten Etat der Posten eines staatlichen Wohnungsinspektors für den Regierungsbezirk Düsseldorf geschaffen.

Die lex Adikes kann auf eine zehnjährige Geschichte zurückblicken. Vor zehn Jahren brachte der Frankfurter Oberbürgermeister seinen Gesetzentwurf, betreffend Stadterweiterung und Zonenenteignung im preussischen Herrenhause ein. Der Entwurf ging davon aus, dass in der Nähe der Städte ein Mangel an baureifem Lande vorhanden ist. Die Felder sind nicht bebauungsfähig, weil der Besitz zu stark zersplittert und parzellirt ist. Die Strassenlinien des Stadtbauplanes können an die vorhandenen Grundstücksgrenzen der Feldflur nur in der Minderzahl der Fälle so angepasst werden, dass die Grundstücke in der bisherigen Lage und Gestalt zur Eintheilung und Benutzung als städtische Bauplätze brauchbar sind. Die Strassen schneiden vielmehr die langen Parzellen oft in spitzem Winkel mitten durch, so dass links und rechts ein dreieckiger Zwickel liegen bleibt, auf welchem die Bebauung, so weit sie überhaupt möglich, nur in unwirtschaftlicher und gesundheitlich nachtheiliger Weise erfolgen könnte. Da eine private Einigung aller Betheiligten nur selten und nur unter grosser Mühe zu Stande kam, so war die Folge dieser Zustände die, dass das Feld, das zum Häuserbau nöthig war, seiner natürlichen Funktion entzogen wurde, der Kreis der am Markt befindlichen Grundstücke wurde eingeeengt, die weitere naturgemässe Folge war das Steigen der Grundpreise und damit auch Steigerung der Miethen, um so mehr als die Spekulation sich breit machen, die Grundstücke zusammenkaufen und die Preise in die Höhe treiben konnte. Zur Beseitigung dieser Missstände schlug Adikes die Umlegung oder Grenzregelung der Grundstücke vor und zwar auf dem Wege des gesetzlichen Zwanges, da die freiwillige Umlegung an dem Widerstreben und der Böswilligkeit eines Einzelnen scheitern konnte. Ein Umlegungsgesetz sollte daher das Recht auf zweckentsprechende Umlegung der Grundstücke an die Betheiligten auch ohne die Zustimmung jedes einzelnen Eigenthümers gewähren. Die Zonenenteignung sollte sich darauf erstrecken, dass der Gemeinde ein Enteignungsrecht verliehen wird auf die Erwerbung solcher neben den neuen Strassen und Plätzen liegenden Grundstücke, welche bei der im Umlegungsverfahren getroffenen Festsetzung wegen ihrer Kleinheit zur selbständigen Bebauung ungeeignet sind.

Das Herrenhaus strich bei der Berathung diese Zonenenteignung im unbebauten Gelände, beschränkte sie vielmehr auf die bebauten Gelände im Innern der Städte, soweit sie bei Strassendurchbrüchen, bei Sanirung alter Stadttheile im Interesse der Gesundheitspflege und des Verkehrs nothwendig sein sollte. Im Uebrigen wurde der Entwurf im Herrenhause angenommen, blieb jedoch im Abgeordnetenhause unerledigt.

In Folge der sich immer mehr verschärfenden Wohnungsnoth und dank der Stellungnahme einflussreicher Gremien, wie u. A. des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

auf seiner 20. Versammlung in Stuttgart 1895<sup>1)</sup>, des Verbandes deutscher Architekten- und Ingenieurvereine, einer Anzahl von Städtetagen, verschwand die Frage der Umlegung jedoch nicht von der Tagesordnung und im vorigen Jahre wurde der Entwurf wiederum im preussischen Landtage eingereicht, dieses Mal unter Beschränkung auf die Stadt Frankfurt a. M., wo diese Besitzersplitterung besonders ausgedehnt, die Wohnungsnoth und die Wohnungstheuerung daher besonders gross und Abhilfe vor Allem dringend nöthig erschien.

Das Gesetz ist nun nach Ueberwindung vieler Schwierigkeiten und nachdem es mehr wie einmal zu scheitern drohte, glücklich zu Stande gekommen. Es führt den Namen „Gesetz betreffend die Umlegung von Grundstücken in Frankfurt a. M.“ und tritt am 1. Januar 1903 in Kraft. Es erstreckt sich nur auf Frankfurt a. M.; der Passus, dass es durch königliche Verordnung auch auf andere Städte ausgedehnt werden könnte, wurde gestrichen, es ist daher jedes Mal ein neues Gesetz nothwendig, wenn andere Städte von der Umlegung Gebrauch machen wollen. Der grundlegende § 1 besagt, dass in Frankfurt a. M. für überwiegend unbebaute Teile des Gemeindebezirks, für welche der Bebauungsplan endgiltig festgestellt ist, aus Gründen des öffentlichen Wohles zur Erschliessung von Baugelände sowie zur Herbeiführung einer zweckmässigen Gestaltung von Baugrundstücken die Umlegung von Grundstücken verschiedener Eigenthümer nach Massgabe bestimmter Vorschriften bewirkt werden kann. Die Umlegung kann sich nur auf einen einzelnen Theil des Gemeindebezirkes erstrecken. Das Umlegungsgebiet ist so zu begrenzen, dass sich die Umlegung zweckmässig durchführen lässt, und nicht grösser zu bemessen, als für die Zwecke der Umlegung erforderlich ist. Nach § 3 kann die Umlegung erfolgen auf Antrag des Magistrates zu Folge Gemeindebeschlusses oder auf Antrag der Eigenthümer von mehr als der Hälfte der in Betracht kommenden Grundstücke, sofern die Antragsteller mehr als die Hälfte der Eigenthümer umfassen. Die zur Umlegung bestimmten Grundstücke sind in eine Masse zu vereinigen; in sie sind insbesondere auch die vorhandenen öffentlichen Wege und Plätze einzuwerfen. Von der Gesamtmasse ist das zu den öffentlichen Strassen und Plätzen erforderliche Gelände vorweg auszuscheiden, die Restmasse wird unter die Eigenthümer vertheilt. Die Beteiligten erhalten volle Entschädigung. Die weiteren Bestimmungen des 49 Paragraphen umfassenden Gesetzes regeln die Verfahren und die Grundsätze der Umlegung, der Aufstellung und Ausführung des Vertheilungsplanes, sowie den Rechtsweg, welcher gegen die Entscheidungen der Vertheilungskommission beschritten werden kann. Hervorheben wollen wir noch, dass für das zu Strassen und Plätzen über den Flächeninhalt der eingeworfenen öffentlichen Wege und Plätze hinaus erforderliche Gelände den Eigenthümern Entschädigung in Geld gewährt werden muss, soweit das Gelände 30 % der von den Eigenthümern eingeworfenen Grundfläche übersteigt. Eingeworfene Grundstücke, deren Flächeninhalt so gering ist, dass sie einzeln nur durch zur Bebauung ungeeignete Grundstücke ersetzt werden können, sind zusammen zu legen, wenn sie demselben Eigenthümer angehören; bei verschiedenen Eigenthümern erfolgt mit deren Einwilligung Vereinigung zu gemeinschaftlichen Grundstücken in der Weise, dass sie bebauungsfähig sind. Bei mangelndem Einverständnis ist Entschädigung in Geld zu gewähren.

<sup>1)</sup> Massnahmen zur Herbeiführung eines gesundheitlich zweckmässigen Ausbaus der Städte. Referate von Stübgen und Kuchler. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1896, S. 13 u. f.

Im Uebrigen sollen die freiwilligen Umlegungen nach Kräften gefördert werden, so dass die Zwangsumlegung nur die Ausnahme zu bilden hätte.

Mit diesem Gesetze soll nun die Stadt Frankfurt a. M. eine Probe machen. Gelingt dieselbe und zeigen sich die erwarteten Vortheile in Bezug auf die Vermehrung der Bauplätze und die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, so wird dasselbe sicher auch auf andere preussische Städte ausgedehnt werden.

Auf einem viel breiteren und umfassenderen Gebiete bewegt sich das neue hessische Wohnungsgesetz. Dem hessischen Staate kommt der grosse Verdienst zu, mit seinem Gesetze über die polizeiliche Beaufsichtigung der Miethwohnungen und Schlafstellen vom 1. Juli 1893 als erster die Frage der Wohnungsinspektion und Wohnungsordnung landesgesetzlich geregelt zu haben. Dieses Gesetz macht alle Miethwohnungen mit nicht über 3 Räumen in Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohner anzeigepflichtig u. s. w. Das Gesetz sucht den aus dem Vermieten ungeeigneter Wohnungen und Schlafstellen für die Gesundheit und Sittlichkeit sich ergebenden Schäden durch eine Kontrolle der staatlichen Gesundheitsbeamten und Ortspolizeibehörden zu begegnen. Bemerkenswerth ist, in wie weitem Masse in Hessen die Gesundheitsbeamten bei der Durchführung des Wohnungsgesetzes herangezogen werden. Es wurde u. A. bestimmt, dass, wenn eine Stadtgemeinde mit über 5000 Seelen keine besonderen Wohnungsinspektoren bestelle, die hygienische Untersuchung und Beurtheilung der anzeigepflichtigen Wohnungen und Schlafstellen den Gesundheitsbeamten zu übertragen sei. In manchen Städten z. B. in Worms und Mainz wurden Aerzte als Wohnungsinspektoren bestellt und diese Funktion den Armenärzten übertragen.

In den neun Jahren der Geltung des Gesetzes haben sich nun verschiedene Mängel desselben ergeben und die hessische Regierung beeilte sich, dem Landtag ein neues Gesetz vorzulegen und dieses Gesetz, betr. die Wohnungsfürsorge für Minderbemittelte ist nun auch von den gesetzgebenden Faktoren mit ganz geringen Aenderungen acceptirt worden. Die Erweiterungen und Verbesserungen beziehen sich auf folgende Punkte: Während das Gesetz vom 1. Juli die Wohnungsinspektion nur auf Gemeinden von mehr als 5000 Seelen erstreckte und nur die Möglichkeit zuliess, dieselbe auch auf kleinere Gemeinden auszudehnen, erstreckt sich das neue Gesetz auf alle Gemeinden. Es hat jetzt in allen Gemeinden eine geregelte Wohnungsfürsorge stattzufinden. Denn auf dem Lande ist, wie die Motive mit Recht hervorheben, die Wohnungsnoth oft nicht minder gross und zwar nicht nur in den industriellen, sondern auch in den Landwirthschaft betreibenden Bezirken und der Zuzug in die Stadt ist oft gerade den auf dem Lande herrschenden elenden Wohnungsverhältnissen zuzuschreiben. Wollte man also die Landflucht bekämpfen, so müsste man vor Allem auf dem Lande für gute Wohnungen sorgen.

Eine ferne Neuerung besteht darin, dass das kommunale Enteignungsrecht erweitert wird. Nach dem Gesetz vom 1. Juli 1893 hat nämlich die Polizei das Recht, die miethweise Benutzung beanstandeter Wohnungen zu untersagen und die Ausweisung der Miether zu verfügen, wenn die Wohnung für ungesund erklärt wird. Trifft nun eine solche Verfügung die Mehrzahl der in einem Hause vorhandenen Wohnungen und kommt der Eigenthümer der weiteren Auflage des Umbaues oder der Niederlegung nicht nach innerhalb der ihm vorgeschriebenen Frist, so kann die Gemeinde die Enteignung des Gebäudes zwecks Herstellung von Wohnungen für Minderbemittelte verlangen.

Eine sehr wichtige Neuerung ist die Einführung der

Landeswohnungsinspektion. Diese Behörde hat grössere Aufgaben, als ihr Name besagt; sie ist eine Landeszentralstelle für das gesammte Schulwesen, ein Landeswohnungsamt, es hat Hessen sich damit das grosse Verdienst erworben, eine alte Forderung der Wohnungsreformer zum ersten Mal praktisch erwirklicht zu haben. Das Bedürfniss nach einer solchen Behörde ergab sich zunächst aus der Wahrnehmung, dass die Wohnungsinspektion bisher nicht vollständig das erfüllte, was man von ihr erwartete, es fehlte eben an einem einheitlich geregelten Vorgehen. Die Landeswohnungsinspektion soll nun die Wohnungsaufsicht im ganzen Lande einheitlich ausgestalten, sie soll aber weiter im Zusammenwirken mit den staatlichen und kommunalen Behörden die Wohnungsverhältnisse der minderbemittelten Volksklassen in gesundheitlicher und sittlicher Beziehung feststellen und in Gemeinschaft mit dem Hessischen Zentralverein für Errichtung billiger Wohnungen sowie mit den gemeinnützigen Bauvereinen auf Beseitigung der Missstände hinwirken.

Die Landeswohnungsinspektion hat demnach die Behörden, Gemeinden und sonstigen Interessenten in allen auf die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse gerichteten Bestrebungen mit Rath und Auskunft zu unterstützen, sie hat die Gründung von gemeinnützigen Baugenossenschaften oder sonstigen Vereinigungen zur Förderung der gemeinnützigen Bauthätigkeit anzuregen und zu fördern.

Fernere Aufgaben der neuen, direkt unter dem Ministerium des Innern stehenden Behörde, sind die Begutachtung der auf Grund des Gesetzes eingehenden Gesuche der Gemeinden um Darlehen aus der Landeskreditkasse sowie die Ueberwachung der Verwendung dieser Darlehen, ferner die Beschaffung statistischer Nachweise auf allen Gebieten des Wohnungswesens und periodische Berichterstattung über die einschlägigen Fragen sowie über die eigene Thätigkeit.

Wir kommen nunmehr zur wichtigsten Bestimmung des neuen Wohnungsgesetzes: das Eingreifen des Staates in der Wohnungsfrage hat in doppelter Richtung zu erfolgen, einmal in negativer, in der Beseitigung der schlechten, ungesunden Wohnungen, dann in positiver, in der Fürsorge für Herstellung von guten und billigen Wohnungen in genügender Anzahl. Die Motive des neuen Gesetzes gehen davon aus, dass, wenn auch das bisherige Gesetz über die Beaufsichtigung der Miethwohnungen für die Beseitigung und Verhütung der schlimmsten Missstände von Werth war, doch sein voller Erfolg an dem Mangel an genügend guten Wohnungen scheitern musste. Mit polizeilichen Massregeln allein ist in der Wohnungsfrage nicht gedient, sondern es müssen auch positive Massregeln der Wohnungsfürsorge dazukommen. Demgemäss will das neue Gesetz die Produktion kleiner Wohnungen fördern, indem es Staatskredit zur Verfügung stellt. Hessen geht auch hier den anderen Staaten wieder beispielgebend voran, und erfüllt damit eine Forderung, die gerade in neuerer Zeit von den Freunden der Wohnungsreform besonders nachdrücklich gestellt und die namentlich in dem Landesrath Brandts in Düsseldorf einen eifrigen Befürworter fand. Dieser führte u. A. auf der letzten Versammlung des Vereins für Sozialpolitik in München aus, dass die Geldmittel der Landesversicherungsanstalten für Wohnungsbau nicht genügten, sondern dass die Staatskassen selbst Geld zur Verfügung stellen müssten und er befürwortete die Begründung von Landes- und kommunalen Wohnungsbanken.

Das neue hessische Gesetz gewährt nun an die Gemeinden für den gemeinnützigen Wohnungsbau Darlehen aus der Landeskreditkasse bis zum vollen Betrag der Kosten für den Erwerb des Baugeländes und der Bauausführung. Mit der-

artigem Kredit hergestellte Wohnungen dürfen nicht mehr wie drei Zimmer nebst Küche und Zubehör haben.

Der Zinsfuss ist auf  $3\frac{1}{2}\%$  festgesetzt. Für die ersten zehn Jahre des Bestehens des Gesetzes wird der Zinsfuss noch um  $\frac{1}{2}\%$  ermässigt und der Fehlbetrag als staatlicher Zuschuss zur Förderung des Arbeiterwohnungswesens im Budget eingestellt.

Prinzipiell sollen nur den Gemeinden Darlehen zum Selbstbau gegeben werden, sie sind aber berechtigt, die Darlehen gemeinnützigen Bauvereinen weiter zu leihen. Weigern sich die Gemeinden, bei vorhandener Wohnungsnoth selbst zu bauen oder Darlehen für Wohnungsvereine aufzunehmen, so können sie auf Antrag der Wohnungsvereine im Verwaltungsstreitverfahren dazu gezwungen werden. Die auf diesem Wege von den gemeinnützigen Gesellschaften und Genossenschaften errichteten Gebäude müssen ihrem Zwecke dauernd erhalten bleiben. Die Gemeinde ist berechtigt, sobald die Zweckbestimmung gefährdet erscheint, die Gebäude im Enteignungsverfahren zu erwerben.

Das neue hessische Wohnungsgesetz bedeutet demnach einen gehörigen Schritt nach vorwärts und man kann nur wünschen, dass das gute Beispiel, welches dieser Bundesstaat giebt, bald von den anderen nachgeahmt werde.

## Der Einfluss des Erfolges auf den Honoraranspruch des Arztes.

Von

Arthur Brückmann,  
Referendar.

Nicht nur auf dem Gebiet des Strafrechts sind viele Fragen, die an den Lebensnerv des ärztlichen Berufes greifen, ungeklärt. Dass Fälle, die sich nach dieser Richtung hin ereignen, einen sensationelleren Charakter tragen, kann die Thatsache, dass auch anderswo Vieles im Argen liegt, nicht hinwegräumen. Heute soll hier nur von einer mehr wirthschaftlichen Frage die Rede sein.

Auch auf diesem Gebiete sind die Aerzte zum Theil schuld daran, dass Manches nicht so ist, wie es sein sollte <sup>1)</sup> Wie anders wäre es sonst denkbar, dass — um nur eines Beispiels zu erwähnen — eine Anschauung selbst von hervorragenden Vertretern der juristischen Wissenschaft verfochten werden könnte, nach welcher der Arzt, der ungerufen (z. B. im Falle plötzlicher Noth) Hilfe leistet, „gewöhnlich nicht an Bezahlung denke“, sondern in Schenkungsabsicht handele, deshalb also als Geschäftsführer ohne Auftrag Ersatz und Honorar nicht fordern dürfe?! <sup>2)</sup> Jedoch, heute mehrten sich die Stimmen unter den Aerzten, welche es nicht nur nicht für eine Schande, sondern sogar für ein Ziel aufs Innigste zu wünschen erklären, auch in dergleichen Fragen materieller Natur zur Klärung zu gelangen und einem unrichtigen, unwahren Idealismus entgegenzutreten. <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Für die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes bei operativen Eingriffen habe ich dies auch behauptet. Vgl. No. 18 und 19 der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ von 1902.

<sup>2)</sup> Vorfasser selbst ist in juristischen Zeitschriften dieser ungesunden Anschauung mehrfach entgegengetreten.

<sup>3)</sup> Vgl. z. B. Aufsätze wie die von Dr. Karl Gumpertz in No. 7/8 d. Bl. von 1900, die sehr zutreffenden Ausführungen von „Paracelsus“ im „Tag“, No. 203 von 1902, denen a. a. O. auch andere Aerzte beitraten. Vgl. jetzt insbesondere auch das Kapitel V, „Wirthschaftliches“, in Albert Molls hervorragendem Werk über „Aerztliche Ethik“, S. 291 ff, 296/7.

In diesem Sinne will ich mit den heutigen Ausführungen einen kleinen zivilrechtlichen Beitrag zu dem praktisch so wichtigen Kapitel liefern, das von dem Arzt und seinen durch die Uebernahme der Heilbehandlung geschaffenen rechtlichen Beziehungen zu dem Patienten handelt, und insbesondere — im Anschluss an einen der neueren Praxis entnommenen Streitfall — die Frage erörtern, ob und inwieweit die Honorierungspflicht des Patienten abhängig ist von dem Erfolg oder Misserfolg der ärztlichen Behandlung.

Einem erheblichen Bruchtheil der regelmässig überaus peinlichen und für alle Theile unerquicklichen Prozesse liegt nämlich der Umstand zu Grunde, dass die ärztliche Behandlung erfolglos geblieben ist. Die natürliche Empfindung wehrt sich mit aller Macht gegen die Forderung Etwas zu bezahlen, wo sie keine greifbaren Erfolge sieht, die natürliche Empfindung, die Alles mit der praktischen Elle misst, versteht oder will den Satz nicht verstehen, dass jede Arbeit ihres Lohnes werth. An diesem Punkt setzt auch der Prozess ein, von dem ich den Lesern zu berichten versprach. Der Thatbestand ist der:

Ein den mittleren Schichten angehöriger Mann liess eines Tages den jungen Vertreter eines damals (es war im Sommer) abwesenden, jetzt als Kläger auftretenden Arztes vor 7 Uhr Morgens holen und bat ihn, bei ihm eine Katheterisirung vorzunehmen. Der Vertreter versuchte dies, wie er eidlich bekundet hat, allein sie misslang ihm, und er zog einen anderen Arzt zu; diesem gelang die Einführung. Der herbeigeholte Arzt liquidirte 8 Mark, der Kläger für die Bemühungen seines Vertreters 6 Mark, die der Beklagte zu zahlen sich weigerte. Die anfängliche Behauptung des Klägers, sein Vertreter habe gemeinschaftlich mit dem zweiten Arzt schliesslich die Katheterisirung vorgenommen, vermochte der Zeuge nicht zu bestätigen. Vielmehr bekundete er nur, dass er dem Patienten nach der K. Verhaltensmassregeln gegeben, ihm auch ein Rezept verschrieben und gesagt habe, falls er noch weitere Beschwerden fühle, solle er sich wieder einfinden. Hierauf hat das Amtsgericht den Beklagten mit folgender Begründung verurtheilt:

„Jeder Patient ist verpflichtet, die ihm geleisteten ärztlichen Dienste zu vergelten. Wie nun der Zeuge . . . eidlich bekundet hat, hat er zwar die verlangte K. nicht zu leisten vermocht, wohl aber hat er dem Beklagten Verhaltensmassregeln gegeben und ihm auch ein Rezept verschrieben. Diese Dienste hat der Beklagte angenommen. Er ist daher zu deren Vergeltung verpflichtet. Das vom Kläger verlangte Honorar ist angemessen und entspricht der Medizinaltaxe. Es kann in Folge dessen dahingestellt bleiben, ob der Vertreter des Klägers wegen subjektiver und objektiver Unmöglichkeit nicht im Stande war, die zunächst vom Beklagten verlangte K. vorzunehmen.“

Welchen Arzt, so frage ich, kann dieses Erkenntniss befriedigen? Es geht um den prinzipiellen Punkt herum und setzt an der falschesten Stelle ein: an dem Punkt nämlich, dass der Arzt ein Rezept verschrieben und ein paar Verhaltensmassregeln gegeben hat! Die hat dann aber der arme Patient theuer bezahlt. Man stelle sich bloß vor, ob, was der Richter hier verlangt, überhaupt mit den realen Verhältnissen der in Frage kommenden Situation im Einklang zu bringen ist: Der Patient, an dem soeben eine Katheterisirung vorgenommen worden ist, soll die Leistung, die in dem Rezept schreiben und in dem Ertheilen von Verhaltensmassregeln besteht, „nicht annehmen“, — wie soll er das und was soll er machen? Nein, — stand das Amtsgericht auf dem Standpunkte, auf dem es zu stehen scheint, so musste es die Klage abweisen: denn sowohl das Rezept als auch die Verhaltens-

massregeln waren dem Patienten vollkommen unwesentlich, und es verlangten in diesem Falle Treu und Glauben, dass der unkundige Vertreter diese verhältnissmässig einfachere Thätigkeit seinem erfolgreicherem Kollegen überliess; unterzog er sich ihr aber, so kann er daraus keine Rechte herleiten, dass er sich mit eigener Thätigkeit dazwischen drängte. Wie Moll<sup>1)</sup> treffend ausführt, kennen wir heute eine prinzipielle Theilung der ärztlichen Thätigkeit, wie sie die frühere Zeit kannte, nicht mehr. „Noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts war jede aktive Thätigkeit des Arztes verpönt. Er hatte nur Rezepte zu schreiben und andere Rathschläge zu geben. War die Ausführung eines Eingriffs nöthig, so wurde der Chirurg geholt, der aber nicht, wie heute, dem Aerzte koordinirt war, sondern weit unter ihm stand und zum niederen Heilpersonal gehörte. Einen chirurgischen Eingriff zu machen, war unter der Würde des Arztes. Heute besteht solche Anschauung nicht mehr.“<sup>2)</sup> Heute giebt es solche prinzipielle Arbeitstheilung nicht mehr; vielmehr ist die bestehende lediglich thatsächlicher Natur. Das zitierte Gerichts-Erkenntniss aber lässt sich nur von diesem überwundenen Standpunkt aus rechtfertigen, denn im vorliegenden Falle bestand sowohl die Möglichkeit als auch die Pflicht für den herbeigeholten Vertreter des klagenden Arztes, die operative Thätigkeit der Katheterisirung mit der be-rathenden zu verbinden. Jene war sogar das Primäre, letztere nur accessorischer Natur. So hätte im Grunde die accessorische auf den Konsiliaris übergehen müssen, als er die primäre übernahm. Nach Alledem war der Standpunkt, von dem aus die Entscheidung gefällt wurde, von allen Seiten betrachtet, prinzipiell verfehlt.

Der Verurtheilte legte Berufung ein. In der zweiten Instanz bestritt er, dass ihm der Vertreter Verhaltensmassregeln gegeben habe; er, Patient, habe ihm vielmehr, während der andere Arzt gerufen wurde, nur erzählt, dass er Wildunger Brunnen trinke, und darauf habe der Arzt nur geantwortet, dass er dies nur weiter thun solle. Er bestritt ferner, dass ihm der Zeuge das Rezept verschrieben habe; dieses sei vielmehr von ihm auf Anordnung des zweiten Arztes lediglich niedergeschrieben worden. Ausserdem bemängelte er den Ansatz von 6 Mk. als zu hoch; da er arm sei und zeitweise Armenunterstützung beziehe, so sei der niedrigste Satz von 1 Mk. angemessen. —

Das Gericht trat hierauf in eine neue Beweisaufnahme ein und vernahm den Konsiliaris als Zeugen und Sachverständigen über die Behauptung des Beklagten, ob der junge Vertreter lediglich nach Diktat das Rezept niedergeschrieben habe, und über die Gegenbehauptung des Klägers, dass bei der durch die körperliche Beschaffenheit des Beklagten bedingten Schwierigkeit die Einführung eines Katheters beim ersten Male nicht möglich gewesen sei und der Katheter daher nur unter Assistenz eines zweiten Arztes habe eingeführt werden können.

In der Beweisaufnahme erwiesen sich zunächst beide Behauptungen als falsch. Was die Rezeptfrage anlangt, so hatte sich nur der zweite Arzt lediglich mit dem jüngeren Kollegen nach der Katheterisirung über die weitere Behandlung besprochen und ihm vorgeschlagen, dem Patienten ein in solchem Falle gebräuchliches Mittel zu geben. Er erklärte sich dazu bereit; doch hätte nach der Ansicht des

<sup>1)</sup> a. a. O. S. 65/6.

<sup>2)</sup> Es ist eher das Umgekehrte der Fall: die breite Masse werthet den Chirurgen beinahe höher als den „inneren Arzt“. Es hängt dies auch mit der Erfolgs-Frage zusammen: die positiven Erfolge, die der Chirurg u. U. erzielt, treten viel konkreter und greifbarer in die Erscheinung.

Zeugen der Kollege auch ohne diese Unterredung dieselbe oder eine andere in solchem Falle übliche Arznei verordnet. Hinsichtlich der Behauptung des Klägers verneinte der Zeuge die Beweisfrage glattweg. „Eine Hilfe des Kollegen bei dieser Operation war nicht nöthig, hat auch nicht stattgefunden.“

Wichtig aber und interessant ist, was er weiter von dem Falle berichtete:

„Der Fall lag sehr ungünstig. Der Patient war augenscheinlich von starken Schmerzen geplagt. Die Blase war hochgradig gefüllt. Der Kollege erzählte von mehrfachen Versuchen ohne Erfolg. Auch ich versuchte nun zuerst ebenfalls ohne Erfolg, den Katheter einzuführen; erst mit einem zweiten gelang es mir . . . Der Zustand des Beklagten bei Vornahme der geschilderten Operation war ein derartiger, dass die Einführung des Katheters ungemein schwierig war, die Prostata war hypertrophisch, ausserdem bestand ein Blasenkatarrh und war durch frühere Einführung von Kathetern, wie ich annehme, ein Nebengang gebohrt . . . Ich bin der Ansicht, dass unter den obwaltenden Verhältnissen es auch älteren geübteren Aerzten eben so gegangen wäre wie dem Vertreter des Klägers. Bei meinem zweiten Besuche ist es auch mir erst nach langer Arbeit gelungen, den Katheter einzuführen.“ . . . Hierauf verwarf das Landgericht die Berufung des Beklagten mit folgender Begründung:

„Die Klage erscheint begründet. Nach den Bekundungen des Dr. X. in I. Instanz steht fest, dass der Beklagte den Kläger bzw. seinen Vertreter, den Zeugen, im August 1900 um seine ärztliche Hilfe angegangen hat. Es steht auf der anderen Seite allerdings ebenfalls fest, dass die von dem Zeugen geleistete Hilfe, die in der Hauptsache die Einführung des Katheters bezweckte, keinen Erfolg gehabt hat, dass diese vielmehr erst dem zweiten Arzt, dem Zeugen Dr. Y., ohne Mitwirkung des klägerischen Vertreters geglückt ist. Allein dies kann dem Kläger nicht zum Schaden gereichen. Sein Vertreter hat nicht etwa von vornherein, nachdem er von der Sachlage Kenntniss genommen, erklärt, die gewünschte Hilfe nicht leisten zu können, sondern er hat, wie er glaubhaft bezeugt, ihm diese angedeihen zu lassen versucht. Hierin aber ist die ärztliche Behandlung und die Dienstleistung, die der Beklagte gemäss §§ 611, 612 B. G.-B. entgelten muss, zu erblicken; denn für den etwaigen Misserfolg seiner Thätigkeit steht der Arzt in diesem Sinne nicht ein. Im vorliegenden Falle handelt es sich bei diesem Misserfolg auch keineswegs um einen Kunstfehler oder eine sonstige Nachlässigkeit des behandelnden Arztes; das Gericht erachtet nach den Bekundungen des Dr. Y. vielmehr für erwiesen, dass in Folge der die Katheter-Einführung erschwerenden Nebenumstände die verlangte Operation eine besonders schwierige war und eine besondere Geschicklichkeit und praktische Erfahrung verlangte. Dass dagegen andererseits diese Operation so unüberwindlich für den Zeugen Dr. X. war, dass dieser von vornherein die Behandlung hätte ablehnen müssen, dass der Versuch der Einführung des Katheters, von ihm vorgenommen, lediglich ein scheinbarer, gegen die Grundsätze der Vertragstreue verstossender, weil offensichtlich aussichtsloser, gewesen sei — nach dieser Richtung hat weder der Beklagte etwas behauptet noch aus der Sachlage sich irgend Etwas ergeben. Nach Alledem bewendet es dabei, dass der vom Vertreter des Klägers vorgenommene Versuch der Katheter-Einführung bereits die ärztliche Dienstleistung darstellt, die der Beklagte entlohnen muss. . . Hiermit stimmt es nun überein, dass, wie die Beweisaufnahme ergeben, der Zeuge Dr. X. auch weiterhin in der Rolle des behandelnden Arztes verblieben ist; das Rezept hat er nicht auf Diktat des Dr. Y., wie Beklagter behauptet, niedergeschrieben, sondern selbständig --

wenn auch nach vorhergehender Besprechung mit dem Konsiliarius — verfasst und weitere Verhaltensmassregeln gegeben.“<sup>1)</sup>

Die Leser erkennen vielleicht schon aus dem Urtheil, worauf das Gericht Werth legt und von welchen Gesichtspunkten es ausgegangen ist; sie erkennen aber vielleicht auch schon, dass die zur Entscheidung stehende Frage keineswegs ganz einfach ist und dass hier wie überall bei derartigen Distinktionen Grenzlinien laufen, die aufzufinden nicht ganz mühelos ist. — Dies muss einer Anschauung gegenüber betont werden, die selber viel zu sehr die negative Seite der Sache hervorhebt. „Was wird“, so ruft ‚Paracelsus‘<sup>2)</sup> aus, „denn bei einer ärztlichen Konsultation bezahlt? Doch nicht etwa der Erfolg! Der lässt sich unter Umständen gar nicht bewerten, es wird lediglich die Leistung der Ratherteilung bezahlt.“ Und ganz ähnlich gehen die Anschauungen von Moll<sup>3)</sup>, der sich mit Recht gegen die Abhängigkeit der Bezahlung vom Erfolg wendet. „Man soll“, heisst es bei ihm „den Gedanken, dass der Erfolg bezahlt werde, nicht aufkommen lassen, im Gegentheil, man soll ihn, soweit es irgend möglich ist, bekämpfen.“ Ebenda citirt er auch ein Kammergerichts-Erkenntniss, in dem es hiess: „Der Vertrag des Arztes mit dem Patienten verpflichtet ihn an sich nicht, einen bestimmten Erfolg, Heilung oder Linderung des Leidens zu erzielen.“

Allein, wie betont, es ist nicht unangebracht, solchen an und für sich zutreffenden Sätzen gegenüber, auf jene Grenzlinien hinzuweisen. Auch das Kammergericht schränkt vorsichtig mit den Worten „an sich“ ein, und insbesondere das oben zitierte landgerichtliche Erkenntniss deutet allerhand Gesichtspunkte an, deren Berücksichtigung nicht ausser Acht zu lassen ist; hierbei ist zu beachten, dass es nicht die Aufgabe der Gerichtsentscheidungen sein kann, derlei Fragen erschöpfend zu behandeln wie eine wissenschaftliche Abhandlung; sie sollen kurz und klar zunächst nur den konkreten Fall entscheiden und dürfen sich mit Andeutungen begnügen, wenn der Einzelfall keine Veranlassung zu weiteren einschlagenden Erörterungen bietet. An dieser Stelle jedoch einige nähere Worte.

Den juristischen Kern der Erfolgsfrage bildet die Thatsache, dass der Vertrag, den der Arzt mit dem Patienten einget, kein Werkvertrag im Sinne der §§ 631 ff. B. G. B., sondern ein Dienstvertrag, in dem der §§ 611 ff. a. a. O. ist. Der Unterschied zwischen diesen beiden Verhältnissen besteht vor Allem darin, dass der Werkvertrag zum Gegenstande hat die Herbeiführung eines Erfolges, der Dienstvertrag jedoch hiervon absieht und lediglich auf die zu leistenden Dienste abstellt. Demnach ist der zu bewirkende „Erfolg“, den der Werkvertrag zum Gegenstande hat und von dem der Dienstvertrag absieht, vor Allem in dem Sinne zu verstehen, dass die Entfaltung einer Thätigkeit eine bestimmte, in gewisser Weise endgiltige und abschliessende Wirkung haben soll, nicht etwa in dem, dass überhaupt nur eine bestimmte Thätigkeit zu entfalten sei. Der Erfolg ist also beim Dienstvertrag für die rechtliche Beurtheilung etwas lediglich Acci-

<sup>1)</sup> Vielleicht interessirt es auch die Leser, zu erfahren, weshalb das Gericht auch die Höhe der Forderung für begründet erachtet hat: „Der Besuch des Zeugen hat eines Morgens vor 7 Uhr stattgefunden, die vorzunehmende Operation war sehr schwierig und hat zweifellos, wie das Gericht der Sachlage entnimmt, die Thätigkeit des Zeugen eine geraume Zeit, mindestens 1—2 Stunden, in Anspruch genommen. Danach erscheint bei einem Ansatz von 6 Mark die ungünstige Vermögenslage des Beklagten bereits gebührend in Rücksicht gezogen.“

<sup>2)</sup> a. a. O. im „Tag“.

<sup>3)</sup> a. a. O. S. 298 ff.



dentelles, so sehr er auch wirtschaftlich von Bedeutung sein kann. Dies ist abstrakt und theoretisch vollkommen richtig, — aber: blicken wir in die Praxis.

Hinsichtlich des hier allein zu erörternden ärztlichen Dienstvertrages wird jedem Leser alsbald klar sein, wie leicht die Grenzen, die die Theorie festzuhalten sich bemüht, in einander übergehen können. Schon der ganze Charakter des ärztlichen Dienstvertrages unterscheidet diesen von anderen, denselben Namen tragenden, rechtlichen Verhältnissen. Miethen ich mir ein Dienstmädchen, so kommt es mir in der That lediglich auf seine Dienstleistungen an; die Vorstellung von einem bestimmten „Erfolge“ taucht konkret in meinem Bewusstsein gar nicht auf. Aber auch bei den sog. höheren Diensten (den *operae liberales*) bleibt meistens der beabsichtigte Erfolg auch wirtschaftlich sehr im Hintergrunde. Der Hauslehrer, den ich für meinen Sohn engagire, soll ihn zwar für die Versetzung in die nächste Klasse reif machen; zunächst aber steht fortwährend die tägliche Nachhilfe thatsächlich im Vordergrund. Der Rechtsanwalt, dem ich meinen Prozess übergebe, soll ihn zwar gewinnen; allein die Hauptsache bleibt: dass ich möglichst sachgemäss in dem laufenden Betriebe des Prozesses vertreten bin. Dies ist beim Arzt ganz anders. „Machen Sie, was Sie wollen mit mir, — nur machen Sie mich wieder gesund, nur lindern Sie meine Qualen, erhalten Sie mein Leben“, — dies ist das Leitmotiv, das die Berufstätigkeit des Arztes durchzieht. Es ist dem Patienten und seinen Angehörigen in der Regel ganz gleichgiltig, wie der Arzt dieses Ziel erreicht. Mit brennender Begierde ist der Blick auf das Ziel, auf den Erfolg gerichtet. Die juristische Konstruktion, die den Vertrag des Arztes mit dem Patienten dennoch zutreffend zum Dienstvertrag stempeln muss, weicht — dies dürfte klar sein — von der natürlichen Auffassung durchaus ab. Soweit die allgemeinere Betrachtung.

Was uns hier im Besonderen interessiert, ist die fernere Thatsache, dass auch noch nach einer anderen Richtung die Grenzlinien so fein sind, dass sie nur ein sorgfältig prüfendes Auge zu unterscheiden vermag. Es giebt nämlich eine grosse Anzahl ärztlicher Handlungen, die im Wesentlichen rein technische, wenn auch auf medizinischen Kenntnissen beruhende und nur durch sie ermöglichte Fähigkeiten erfordern, und zu deren Vornahme heutzutage der Arzt vielfach gerufen wird. Den Lesern dieses Blattes brauche ich Beispiele von derartigen „Operationen“, die diesen Namen eigentlich kaum mehr verdienen, nicht zu nennen. Es sei nur der Verdeutlichung halber an das Auspumpen des Magens erinnert. In allen diesen Fällen — ich nehme natürlich an, dass die Handlungen um ihrer selbst willen und nicht etwa nur zu vorbereitenden Zwecken vorgenommen werden sollen, — ist es nun klar, dass es sich nicht nur für den Patienten, sondern auch nach dem Inhalte des Vertrages in der That lediglich um den Erfolg handelt, nicht etwa in dem Sinne, dass etwaige höhere, über die in Frage kommende Handlung hinausreichende Wirkungen garantirt werden, wohl aber in dem Sinne, dass der betreffende Arzt dafür einsteht, dass die Handlung selbst von ihm bewirkt werden kann. In diesen Fällen fällt nämlich der Regel nach die Dienstleistung mit dem Erfolge zusammen, — und ein junger Arzt, der sich verpflichtet hat, dem magenkranken Patienten Erleichterung durch Auspumpen zu verschaffen, aber nach vergeblichen Versuchen hiervon ablassen muss, weil ihn ein Ekel übermannt, hat die Dienste nicht geleistet, die er leisten sollte. Es greifen gegen ihn die allgemeinen Rechtsgrundsätze Platz. Nach § 275 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs wird der Schuldner von der Verpflichtung zur Leistung nur insoweit frei, als die Leistung in Folge eines nach der Entstehung des Schuldver-

hältnisses eintretenden Umstandes, den er nicht zu vertreten hat, unmöglich wird.<sup>1)</sup> Kann er also schuldhaft nicht leisten, so geräth er in Verzug und kann vor Allem Bezahlung nicht verlangen. Die Natürlichkeit dieser Auffassung wird Jeder anzuerkennen bereit sein, sobald wir z. B. an die Stelle der Magenpumpe die Klystierspritze und an die Stelle des Arztes den Heilgehilfen setzen, dem vielleicht aus Ungeschicklichkeit die Einführung nicht gelingt, — woraus aber ohne Weiteres ersichtlich, dass das massgebende Kriterium nicht in der Person des Leistensollenden, sondern in der Qualifikation der Leistung selber zu erblicken ist.

Sind diese Gedankengänge richtig, so muss das Prinzip auch klar erkannt und scharf herausgearbeitet werden: dass es zahlreiche Fälle giebt, in denen die Dienstleistung des Arztes unter der stillschweigenden, weil selbstverständlichen, beiderseitigen Voraussetzung und im gegenseitigen Einverständnis auch zum Vertragstheil erhobenen Abmachung in Anspruch genommen wird, dass sie einen bestimmten Erfolg, und zwar denjenigen haben werde, der eben der Regel nach in seinem wesentlichen Inhalte von der Dienstleistung selber ausgelöst wird. Dieses Prinzip darf nicht etwa dadurch verschleiert oder abgeschwächt werden, dass man in solchen Fällen die ärztliche Heilbehandlung durch Abstellen auf Dinge, wie Rezeptverschreiben, Rathsertheilung und dergl. zu retten versucht, — da diese Dinge Nebensächlichkeiten sind, die nur als begleitende Erscheinungen der Hauptleistung, nicht aber selbständige Bedeutung haben und als solche jedenfalls von dem Patienten nicht in den Vertrag aufgenommen sind.

Auch dadurch etwa darf das Prinzip nicht alterirt werden, dass man in den zahlreichen Fällen, wo der Arzt geholt wird, ohne dass man ihn von dem Charakter oder gar der besonderen Natur der seiner wartenden Krankheit in Kenntniss setzt, in diesem Folgeleiste bereits die ärztliche Dienstleistung erblickt. Lehnt der Arzt, am Krankenbette angelangt, aus irgend einem subjektiven Grunde die Behandlung ab, so würde ich überhaupt jeden Anspruch auf Entschädigung verneinen; denn die stillschweigende Bedingung, unter der der Arzt gerufen wird und dem Rufe folgt, ist, dass er überhaupt die Behandlung übernehmen will oder kann. Der Vertrag kommt solchenfalls erst am Krankenbette zu Stande; die „Reise“ thut der Arzt auf seine Gefahr. Es mag sein, dass viele Aerzte für solche Besuche liquidiren und auch Bezahlung erhalten. Für billig halte ich dies nicht, aber auch nicht für rechtlich begründet; nur das indifferente Wort „Besuch“ überbrückt hier scheinbar die Kluft; von „ärztlichen Bemühungen“ kann keine Rede sein. Lehnt der Patient ab, so ist dies natürlich ganz etwas anderes; denn er ist durch den Ruf bereits gebunden und kann nicht einseitig wieder die Offerte zurückziehen (§ 145 B. G. B.) Nimmt sie der Arzt am Krankenbette an, so ist der Vertrag geschlossen, und entzieht sich der Patient seiner Behandlung, so hat er die Rechtsfolgen einer von ihm verschuldeten Unmöglichkeit der Leistung zu tragen (§ 324 B. G. B.)

Es könnte nun scheinen, als ob das zum Mittelpunkte dieser Betrachtungen gemachte landgerichtliche Erkenntniss das somit klargestellte Prinzip, dass es Fälle giebt, in denen die ärztliche Dienstleistung in der Bewirkung eines Erfolges bestehen soll, ausser Acht liesse. Denn ohne Zweifel gehört

<sup>1)</sup> Die nichtjuristischen Leser, die vielleicht den Fragen an der Hand des Gesetzes nachgehen wollen, mögen an den §§ 306 ff. keinen Anstoss nehmen. Dort spricht das Gesetz nur von den objektiv unmöglichen Leistungen. —

auch die Katheterisirung in die Gruppe der mehr technischen, so zu sagen niederen Operationen. Doch es dürfte wohl ohne längere Auseinandersetzung deutlich sein, dass hier zu einer Unterscheidung der medizinische Gesichtspunkt führen musste, dass alle die an sich einfachen Handlungen im konkreten Falle zu schwierigen, — wenn man so sagen darf, — zu Operationen höherer Art werden können. Nach den Aussagen des als Sachverständigen vernommenen Arztes war das hier der Fall. Die die Operation erschwerenden Begleitumstände machten sie zu einer besonders schwierigen und besondere Erfahrungen voraussetzenden. Und wie sich hier der medizinische Thatbestand in Abweichung von dem Regelmässigen verändert darstellt, so verschiebt sich sofort auch die juristische Rechtslage verhältnissmässig. Jedes Thätigwerden des Arztes in der Richtung auf das vertragsmässig vereinbarte Ziel, das der Regel entspricht, stellt hier bereits eine ärztliche Handlung dar, und die schliesslich bewirkte Katheterisirung wird zum Erfolg, für den der Arzt nicht einsteht. Es ist hier nicht anders, als wenn der Chirurg, nachdem er die Offenlegung vorgenommen, erkennt, dass eine weitere Operation eben so unnötig wie unzweckmässig wäre und er in Folge dessen von ihr Abstand nimmt, während vielleicht ein anderer, der in diesen Fällen als Spezialist bedeutend erfahrener ist, die Unmöglichkeit oder Unnötigkeit der Operation vor der Offenlegung erkannt haben würde. Der Patient muss dennoch die Operation auch des ersten Chirurgen honoriren; denn selbstverständlich nimmt er bis zu einem gewissen Grade die Gefahren der Persönlichkeit des Arztes, dem er sich anvertraut, auf sich; er trägt sozusagen die wissenschaftliche Gefahr; er muss die Folgen seiner geringeren Kenntnisse tragen, wie ihm seine höhere Intelligenz zu statten kommt, — natürlich nur bis zur Grenze der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt. Dies will das Urtheil sagen.

Aber noch auf einen anderen Gesichtspunkt weist das Urtheil deutlich hin: auf den Gesichtspunkt der Vertragstreue. Nach dem unser modernes Obligationenrecht beherrschenden Grundgedanken sind Schuldverhältnisse zu erfüllen, „wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern“ (§ 242 B. G.-B.). Dass die Beziehungen, die der Vertrag des Arztes mit dem Patienten begründet, diesem Prinzip in gleicher Weise wie alle anderen Verträge unterfallen, ist sonnenklar. Welche konkrete Bedeutung gewinnt dieser Satz für unseren Fall? Moll behandelt in seinem Werke<sup>1)</sup> im angegebenen Zusammenhange mancherlei Fragen, die auch hier einschlagen; die von ihm herangezogenen Fälle berühren jedoch mehr oder minder bereits das Gebiet der Kriminalität, da in ihnen das Verlangen nach Bezahlung bereits einen direkt betrügerischen Charakter annimmt. Mit Recht sagt Moll: „Ein Spezialarzt für Kehlkopfkrankheiten, der nur, um sich ein höheres Honorar zu schaffen, ohne Heilzweck den Kehlkopf täglich pinseln würde, stände mit dem Betrüger auf einer Stufe. Ebenso ein Mann, der, um ein höheres Honorar zu erlangen, bei dem Patienten wider besseres Wissen den Glauben zu erwecken sucht, er sei eine Autorität, oder er leiste mehr als andere.“ Er behandelt dann die Frage, ob der Arzt, der mit Unrecht für eine Autorität gehalten wird, unter Ausnutzung dieses Irrthums sich höhere Honorare sichern darf, und unterscheidet, für die Ethik vielleicht mit Recht, aber — wie Moll wissen wird, — angesichts des möglicher Weise einschlagenden § 263 des Strafgesetzbuchs für das Rechtsgebiet mit Unrecht zwischen der Erregung des Irrthums und der Unterlassung seiner Beseitigung; die Unterlassungssünde sieht er milder an. Er erörtert schliess-

lich noch den hochwichtigen Fall, ob der Arzt das Recht hat, bei unheilbaren Krankheiten überhaupt für Besuche Honorar zu verlangen. Er ist folgender Ansicht: „Wenn sich ein Patient an den Arzt nur unter der klar ausgesprochenen Bedingung wendet, dass er ihm Heilung verspreche, so hat sich der Arzt danach zu richten. Einem unheilbaren Kranken, der die Heilbarkeit als Bedingung für die Behandlung ansieht, eine falsche Auskunft geben und dann ein Honorar abzuverlangen, ist unstatthaft. Den Klienten aus Humanität oder psychotherapeutischen Gründen zu täuschen, dazu hat der Arzt nur dann ein Recht, wenn er die Behandlung im Allgemeinen, das heisst mit Vollmacht betreffend die anzuwendenden Mittel, übernommen hat. Man hat die Beziehungen, wie sie zwischen Arzt und Klient stattfinden, in dem einzelnen Falle zu berücksichtigen und danach die Honorarfrage zu entscheiden.“<sup>1)</sup>

Man sieht, die von Moll mit juristischem Takt behandelten Fragen besitzen Aehnlichkeit mit den hier erörterten, aber hier interessirt vor Allem noch mehr die zivilrechtliche Seite der Sache, um so mehr, als in demjenigen Falle, den das Urtheil andeutet, der gegen die Vertragstreue verstossende Arzt noch lange kein Betrüger zu sein braucht. Denn gegen die Vertragstreue verstösst schon der Arzt, der, im Bewusstsein oder in der begründeten Befürchtung, dem Krankheitsfall machtlos gegenüberzustehen, dennoch an seine Behandlung geht, sei es, um Geld zu verdienen, sei es, um seinen Ruf zu schützen. Der Arzt kann hier gar nicht sorgfältig genug seine Kenntnisse und Fähigkeiten vorher abwägen. Er muss sich immer bewusst bleiben, dass seine Dienstleistung wenigstens fähig sein muss, den Heilerfolg herbeizuführen. Wird er an dem Patienten aus obigen Gründen thätig, so erfüllt er nicht, was von ihm verlangt wird. Ja, in Anbetracht der kostbaren Güter, die hier auf dem Spiele stehen, wird man sogar ein nicht geringes Mass von Skrupulosität von dem Arzt fordern dürfen. Ich trage keine Bedenken, einen Vertrag, den der Arzt in dem Bewusstsein seiner Unfähigkeit eingeht, für wider die guten Sitten und aus diesem Grunde für nichtig zu erklären. Und hier zeigt sich wieder deutlich, dass der Erfolg, der Heilzweck, doch nicht so ganz ohne Einfluss auf die Gestaltung der materiellen Beziehungen zwischen Arzt und Patient

<sup>1)</sup> Dies Alles betont der Verfasser mit gutem Recht und Grund; es ist auch juristisch völlig zutreffend. Was aber Moll nur im Zusammenhang mit den unheilbaren Krankheiten erörtert, gilt allgemein: es kann überhaupt die Honorarfrage vom Erfolge vertragsmässig abhängig gemacht werden. Dies wäre keineswegs unsittlich. Man denke nur daran, dass ein armer Mann mit dem Arzt ein Honorar verabredet für den Fall, dass er leben bleibt und wieder arbeitsfähig wird, dass es dagegen in dem entgegengesetzten Falle seinen Erben oder bedürftigen Angehörigen erlassen sein soll. Ganz anders, wenn die Abmachung von vornherein zwischen Erfolg und Nichterfolg unterscheidet; solche Abrede kann (sie muss nicht) wider die guten Sitten sein. Ein Irrthum aber ist es, wenn Moll (S 300) meint: „Rechtsanwälte sind allerdings weniger empfindlich, indem sie sich — wenigstens bei Kriminalsachen — für den Erfolg ein höheres Honorar ausbedingen.“ Im Gegentheil: Dieses sog. „Palmarium“ wird allgemein als unsittlich empfunden und ist als klaglos anzusehen. Es kommt in Folge dessen so gut wie gar nicht vor, dass es vereinbart wird. Wenn nachträglich der freigesprochene Klient oder der geheilte Patient freiwillig den Erfolg bezahlt, so sehe ich in der Annahme nichts Unsittliches. Er lässt damit seinen Retter an der günstigen Gestaltung seiner Lebensbedingungen theilnehmen, soweit sich diese eben in Geld und Geldeswerth umsetzen lässt. Hierauf beruhen z. B. auch der Gedanke des Finderlohnes und ähnliche Institute. — Unabhängig von Alledem ist natürlich, dass dieses vertragsmässige Abhängigmachen des Honorars von dem Erfolge sowohl beim Arzt als auch beim Anwalt äusserst selten ist und dann eben auf besonderen Verhältnissen beruht.

bleibt. Das sind m. E. die Gesichtspunkte, die das besprochene landgerichtliche Erkenntniss mit den Sätzen andeutet: „dass dagegen andererseits diese Operation so unüberwindlich für den Zeugen Dr. X. war, dass dieser von vornherein die Behandlung hätte ablehnen müssen, dass der Versuch der Einführung des Katheters, von ihm vorgenommen, lediglich ein scheinbarer, gegen die Grundsätze der Vertragstreue verstossender, weil offensichtlich aussichtsloser, gewesen sei,“ -- dafür habe die Sachlage nichts ergeben.

Worauf es mir in den vorstehenden Betrachtungen neben dem speziellen Zwecke, einmal eine in jeder Beziehung praktisch höchst wichtige Frage zu beleuchten und ihre mannigfachen Verzweigungen blosszulegen, vor Allem ankam, war, zu zeigen, dass für derartige Grenzfragen nur dann wirklich Aussicht auf gedeihliche Lösung besteht, wenn die medizinischen Gesichtspunkte mit den juristischen sich auch richtig durchdringen und auf alle Fälle jede aprioristische Betrachtungsweise ferngehalten wird. Das ist schon am Eingang dieser kleinen Arbeit angedeutet und mag hier nochmals betont sein: nur ein ernstes Zusammenarbeiten kann die Grundlage schaffen für eine gesunde und dem Arzt bei seiner mühevollen Thätigkeit die Wege ebene Rechtsprechung. Wer hier in missverstandenen, wissenschaftlichem Dünkel auf der einen oder anderen Seite sich absondert, -- wird bald allein sein, -- aber ohne die wohlthätige Ruhe der Einsamkeit zu empfinden.

## Schwerste Eingeweideverletzungen bei unversehrten äusseren Weichtheilen.

Kasuistische Mittheilung

von

Medizinalrath Dr. **Haebler**-Nordhausen,  
Kreisarzt.

In No. 14 der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung sind unter der Ueberschrift „Zwerchfellzerreissung, Bauchorgane in der Brusthöhle“ Befunde beschrieben, welche bei einem Manne durch Begraben unter Mauertrümmern hervorgerufen waren.

Folgende Verletzungen bei einem Selbstmörder nach Ueberfahren durch einen Eisenbahnzug sind nicht weniger bemerkenswerth.

Der Kopf war mit einem Theil der Halswirbelsäule herausgerissen. Beide Arme fehlten nicht weit vom Schultergelenk, beide Beine etwa von der Mitte der Oberschenkel.

Der Brustkorb fühlte sich wie ein Sack mit Nüssen an, und war von vorn nach hinten zusammengedrückt, im Uebrigen ohne äussere Verletzung. Neben dem Rumpf lag auf dem Bahngleise die rechte Lunge, rechte Niere, ein Stück Leber, und zur Halsöffnung hing eine Dünndarmschlinge heraus.

Auf eine legale Oeffnung wurde verzichtet, jedoch ein Längsschnitt gemacht, um die Lage der anderen Organe anzusehen. -- Das Herz war am Ansatz der grossen Gefässe abgerissen, die Leber lag an Stelle der rechten Lunge, der Magen und Dünndarm zum Theil in der Brusthöhle.

## Referate.

### Sammelbericht.

## Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose im Jahre 1901.

Von Dr. Curschmann, Heilstätte Oberkaufungen.

### III.

Unser intensivstes Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose besteht noch immer nur in der Prophylaxe. Die Lehre,

dass die Tuberkulose überhaupt eine Krankheit sei, der man vorbeugen könne, rührt von Buchanan und Headlam her (Burdon Sanderson). Die Vorbeugung wird naturgemäss zum Theil von der Allgemeinheit, zum Theil von Einzelnen verlangt. Von verschiedenen Seiten wird gefordert, dass sich der Staat mehr aktiv betheiligen solle, sei es durch Errichtung von Anstalten, sei es durch die Anzeige-Pflicht wie in New-York, Sachsen und Norwegen (Krause, Litten, Camaron, Blasius). Die Pflicht, gewisse Fälle von Tuberkulose anzuzeigen, wurde, wo sie wie in New-York schon lange besteht nicht unangenehm empfunden und soll daselbst die Sterblichkeit um 30 Prozent heruntergedrückt haben; auch auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress wurde dieselbe fast einstimmig empfohlen. Zugleich mit der Anzeige-Pflicht wird natürlich Hand in Hand eine Desinfektion der Wohnungen sowie eine Verbesserung der Hygiene der Wohnungsverhältnisse überhaupt zu gehen haben, wie dies in New-York ebenfalls bereits geschehen ist (Meyer, Heydweiller). Zur Desinfektion wird besonders das Formalin empfohlen (Spengler mit Ameisensäure, Steinitz, Müller, Dieudonné, in Form des Glühblocks), auch Abwaschen mit 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Sublimat soll vortheilhaft sein (Ottolenghi).

Ein Eheverbot, wie es schon öfters laut geworden ist, wurde diesmal nicht verlangt (sogar nicht in Michigan, wo Irrsinnigen, Idioten, Syphilitischen und Gonorrhöikern die Heirath bei Strafe verboten ist), dagegen soll in Hawaii, um der zunehmenden Morbidität an Tuberkulose zu steuern, ein Einwanderungsverbot für Tuberkulose erlassen worden sein. Mehrfach wurde Isolirung gewünscht, sogar zwangsweise verlangt zum Schutze der gesunden Menschen (B. Fränkel, Krause, Kluge). Bezüglich der Thiertuberkulose glauben (wie schon oben erwähnt) die meisten Autoren im Gegensatz zu Koch, dass sie eine Quelle der menschlichen sei und verlangen Weiterführung strenger Schutzmassregeln (Murphy, McEachran, Delépine, Salmon). -- Die persönliche Disposition soll durch billiges Fleisch, durch Hebung der Widerstandskraft beseitigt werden (Steinthal, Reibmayr). Weiterhin wird die Trennung gesunder und tuberkulöser Gefangener empfohlen, das Stillen kranker Frauen verboten, bei tuberkulös belasteten Kindern sei besonders auf gute Körperpflege zu achten (Knopf, Scott, Robinson). -- Die Tuberkulose der Kinder und die Skrophulose überhaupt wird vielfach der dringendsten Bekämpfung in Kinderheilstätten empfohlen (Tub.-Kongress, Salomon, Heubner, Ewald, Litten, Weber, Siebelt). Ein Antrag betr. Schutz der Schulkinder gegen tuberkulöse Lehrer wurde in der preussischen Aerktekammer abgelehnt, von andern dagegen viel Gewicht auf die Infektion in der Schule gelegt (Tobeitz). -- Für die Verbreitung hygienischer Massregeln und Rathschläge soll möglichst Sorge getragen werden (Sommerfeld, Lancereaux, Meyer, Brouardel). Tostivint und Remlinger glauben in Tunis die Sterblichkeitsverhältnisse der Juden und Araber (1,2 % : 8 %), die sonst gleiche Wohnung, gleiche Kleidung, gleiche Nahrung, gleiche Gewohnheiten haben, von derselben Rasse sind, nur darauf zurückführen zu können, dass die Juden feucht aufwaschen, die Araber trocken kehren. -- Ein Spuckverbot auf der Strasse, das in New-York schon seit längerer Zeit besteht, hat in Rom nur ein paar Tage Beachtung gefunden. -- Der grosse Werth, der der Auswurf-beseitigung zukommt, hat natürlich verschiedene Ansichten darüber zu Tage gefördert. Die Sachverständigen-Kommission des Volksheilstättenvereins vom rothen Kreuz hält die Sterilisation in den Spuckgefässen für die beste; Vermischen mit Torfmull oder Sägemehl sei nicht ganz einwandfrei. Sonst wurde Verbrennen, 5 Prozent Sublimat und Sterilisation in strömendem Dampf empfohlen (Moeller, Stei-

nitz, Weber, Kornfeld). — Zum Schutz (des Arztes) gegen verstäubte Tröpfchen empfiehlt Cohn Schutzmasken beim Untersuchen d. h. für den Patienten beim Husten. — Eine gute Illustration zur Bewerthung der Spucknäpfe in öffentlichen Gebäuden liefert die Beobachtung von Perrier, dass von über 3000 Personen, die an den Spucknäpfen vorbeigingen, 48 ausspuckten und von diesen 42 ungenirt direkt daneben auf den Boden!

Die prophylaktischen Verhaltensmassregeln gegen die Tuberkulose im Grossen in das Volk zu tragen, ist nur durch die Heilstätten möglich und zwar gebührt dabei indirekt wieder den Versicherungsanstalten, die nach § 18 des Invaliden-Versicherungs-Gesetzes die Behandlung für die versicherungspflichtige Bevölkerung übernehmen, weitaus der grösste Antheil des Verdienstes. Die grossartige Entwicklung unseres Heilstättenwesens wäre überhaupt nicht möglich gewesen, wenn sie nicht nach dem Vorgehen der hanseatischen Versicherungsanstalten Jene so thatkräftig unterstützt hätten. Denn wenn auch hier in den Heilstätten der Erfolg nicht immer allen Ansprüchen genügt und genügen kann, so ist doch auch ein prophylaktischer Werth dadurch zweifellos, dass das Volk in hygienischen Anschauungen unterwiesen und erzogen wird und diese Belehrung sich dann von jedem Einzelnen im Volke wellenartig fortpflanzt und wahrscheinlich mehr wirkt als alle populäre Schriften und Vorträge. Haben doch sogar eine ganze Anzahl von Versicherungsanstalten eigene Heilstätten im Betrieb resp. im Bau (die Versicherungsanstalten der Hansestädte, Hannover, Braunschweig, Baden, Brandenburg, Hessen, Thüringen, Berlin) und geben jährlich Hunderttausende aus zur Behandlung erkrankter, noch besserungsfähiger Tuberkulöser. Wenn ich nur ein Beispiel herausgreife, so hat die Versicherungsanstalt Hessen im Jahre 1901 über 550 Personen zur Behandlung eingewiesen mit einem Kostenaufwand von mehr als zweimal hunderttausend Mark und man vergegenwärtige sich die Summe von sozialer Arbeit, die dann von sämtlichen Versicherungsanstalten Deutschlands zusammen jährlich bzw. überhaupt geleistet wird!

Auch die Pensionskasse der Arbeiter der preussisch-hessischen Staats-Eisenbahnen ist im Begriffe, für ihre erkrankten Mitglieder 2 Anstalten zu errichten (Braehmer). Auch aus anderen Ländern liegen zahlreiche Berichte über die Weiterentwicklung des Heilstättenwesens vor (van Ryn, Lentsfils: Belgien, Josselin de Jong: Holland, Walters: England, Szegedy: Ungarn). Und während man auch sonst noch den Werth und die Erfolge hervorhebt oder nachzuweisen bemüht ist (Engelmann, Challbut, Hartnell, Weicker, Reiche), wird er von anderer Seite entweder ganz geleugnet oder doch bezweifelt, oder auch nur kleinere Anstalten als zweckentsprechend resp. als unschädlich betrachtet (Goldschmidt, Benedikt, Brunon). Aufrecht will nur käsige Pneumonie als behandlungsfähig in Lungenheilstätten schicken. Selbstredend ist für den Erfolg der Kur auch die Länge derselben von Einfluss (Stern, Campbell). Auf dem Tuberkulose-Kongress war auch das Klima ein Gegenstand der lebhaftesten Besprechung (Williams, Allen, Burney, Bernhard-Samaden). Die Einweisung von Kranken in offene Kurorte muss nach ganz anderen Gesichtspunkten geschehen als in Heilstätten (Elkan). Ausser den bisher bestehenden werden auch noch andere Anstalten gewünscht, zum Theil, um nicht mehr heilstätten-fähige Patienten zu verpflegen, wie es die Versicherungsanstalt Berlin bereits gethan hat (B. Fränkel), zum Theil, um die auf die Aufnahme in Heilstätten Wartenden aufzunehmen (Jacob). Um die Auslese der für Heilstätten tauglichen Patienten zu bewirken (Braehmer), die noch immer viel zu wünschen übrig lässt (Rumpf, Nahm), sollen Polikliniken errichtet werden (Fränkel, S. Bernheim), über die

in Berlin bestehende hat M. Wolff bereits berichtet. Auch eine Heilstätte für chirurgische Tuberkulose ist erstanden (Kraemer) und Sprengel bespricht die Auslese der Kranken für solche. Vielfach werden an Krankenhäuser Abtheilungen für Tuberkulose mit Liegehalle und dergleichen angeschlossen (Israel-Rosenthal) mit unbestreitbarem Erfolg. Ein wunder Punkt bleibt noch immer die Fürsorge für die Angehörigen der in Heilstätten untergebrachten (Friedeberg, Gebhardt, Pannwitz).

Unter den Berichten über die Behandlung in Heilstätten überhaupt, sowie über verschiedene Einzelheiten der hyg.-diät. Behandlung (Kaurin, Grundt, Boele, Gabrilowitsch, Brecke, Bernheim, Naumann, Freudenthal, Weber, Whinfield, Solis-Cohn, Volland) tritt Naumann für geordnete Thätigkeit für die Patienten in Heilstätten ein, weil die (auch schon früher) allgemein bekannten psychischen Veränderungen der Tuberkulösen (Leichtsinn, Denkrägheit, gesteigerte Libido u. s. w.) nun plötzlich von der Ruhetur in Heilstätten herrühren sollen! Mehrfach wird vor der Ueberernährung gewarnt (Larsen, Bardwell). —

Von anderen Behandlungsmethoden wurde besonders das (alte) Tuberkulin auf dem Londoner Kongress besprochen. Die Meinungen darüber sind allerdings sehr getheilt. Während eine grosse Anzahl dasselbe zur Behandlung für ungeeignet erklärt (le Boeuf, Powell, Oster, Williams, Huggard), glauben Andere damit sehr gute Erfolge erzielt zu haben (Koch, B. Fränkel, Denys, Petruschky). Dass auch die beiden Heilstättenärzte Moeller und Weicker für eine Kombination der Heilstätten- und Tuberkulinbehandlung eintreten, dürfte kaum ein Vertrauensvotum für die erstere sein. — Von anderen Sera wurde, und zwar meist natürlich mit Erfolg, verwendet: das Maraglianosche (Maragliano, Lamari, Figari, Baeri), Antituberkelserum (Stuppert), Tuberculocidin (Klebs, Rörig) Tuberkulin T. R. (Le Clerc-Dandry, Cailland). Denison hat verschiedene Arten von Serum in Bezug auf ihre Erfolge verglichen und kommt dabei zu der frappanten Thatsache, dass die meisten der doch sehr verschiedenartigen Sera fast gleiche Erfolge aufzuweisen haben, nur das wässrige Extrakt der Tuberkelbazillen soll bessere Resultate liefern. —

Auch über die Landerer'sche Hetol-Behandlung sind die Meinungen sehr verschieden. Während die Experimente von Krompecher, M. Wolff, Fränkel und die Experimente gleich zu achtenden, äusserst genauen Beobachtungen Gidionson's keinerlei Erfolg der Hetolbehandlung erkennen liessen und auch eine ganze Anzahl von Aerzten in der Praxis negative Erfolge sahen oder die Erfolge auf die veränderte Lebensweise zu setzen geneigt sind (Pirl, Fränkel, Halle, Fürbringer, Hödlmoser, Finkelstein, Staub, Kühn, Dohrn) glauben Haentjens, Pollack, Guttman, Niehues, Mann und Frank Erfolge danach gesehen zu haben; Kossobuczki schreibt ihm nur bei Anfangsstadien einen Einfluss zu, la Mensa bei Haut-, Hildebrand bei Knochentuberkulose überhaupt keinen.

Auch das Cervellosche Igazol kann nach M. Wolffs Experimenten nicht als Heilmittel angesehen werden; auch Hoffner hat keinen Erfolg beobachten können, während es allerdings von Ehrenfeld, Beerwald und Preisach gelobt wird.

Fast ganz unmöglich ist es, all die andern, natürlich immer mit gutem Erfolg angewandten Mittel aufzuzählen, und nur, da ich dieselben nicht ganz übergehen kann, will ich einzelne erwähnen. Auffallender Weise ist sehr wenig von Kreosot und Guajacol die Rede (nur Goldmann und zwar in Kombination mit Ichthyol resp. mit Kalksyrup). Die Hydrotherapie der Lungentuberkulose wird von Meffert und v.

Vogel behandelt. Ausserdem wird gerühmt: Glycogen (Rörig), die Salze der Cacodylsäure (Evoli, Anelli und Steckeli, Rocaz, Bayeux, Leroux), Jod (Cavazzini), Dermosapolpräparate und O-Therapie (Rohden), Silber (Mays), Nitrogen (Lemke), Beklopfung des Thorax (Erni-Friedländer), Harnstoff (Harper), CO<sub>2</sub> (Weber), Aq. fluor. (Opolski), Lignosulfit (Simon), Einspritzung verschiedener Oele in die Trachea (Mendel), künstlicher Pneumothorax (Delagénière), Strychnin (Ferran), Formaldehyd (Maignire), Arsen-Perco (Hoff). Auch der Kumyss hat neuerdings wieder Empfehlung gefunden (Löwensohn). Die Biersche Stauungs-Hyperämie will Schenk auch auf die Lungen anwenden. Hildebrand warnt vor verschiedenen Mitteln, Perco, Glandulen und Fluoroform, — er hätte denselben ruhig noch eine grosse Anzahl Anderer anfügen können. —

Bei Behandlung einzelner Symptome wird besonders Sch weiss, Fieber und Blutung bedacht. Gegen die lästigen Nachtschweisse wird vielfach Guacamphol empfohlen (Stadelmann, Jacob, Litten, Kaminer), sodann Tannoform (Strassburger, Nolda) und Formalinseife (Dohrn). Die besten Erfolge sah Stadelmann von Pyramidon camphorat. Gegen Fieber wurde besonders Pyramidon angewandt (Stadelmann, Jacob, Lublinski, Köhler). Meyer und Nikitin halten keine antipyretische Behandlung, ausser den allgemeinen Massnahmen, Betruhe u. s. w., für nöthig, ja angebracht. — Gegen Blutungen wird allgemein Gelatine benutzt (Gebele, Hammelbacher und Pischinger, Grunow). Letzterer will allerdings auch noch sonstige Hämostatica daneben anwenden.

Von einzelnen Arzneimitteln wird zum Ersatz des Morphiums vielfach Dionin (Zirkelbach) und Heroin empfohlen (Opolski, Geiringer, Jacobi, Morell-Lavallée, Nusch, Lévy, Lorot).

Bezüglich der Behandlung tuberkulöser Erkrankungen anderer Organe dürfte die Behandlung des so häufig mit-erkrankten Kehlkopfs für den Praktiker von grosser Wichtigkeit sein. Darüber liegen von M. Schmidt, Besold und Tovölgyi ausführliche Mittheilungen vor. Im Allgemeinen wird meist an der Milchsäure-Behandlung festgehalten (Viereck, Kümmel auch für die Nase, Hilsberg), andererseits aber auch Orthoform, Menthol, Aether mit Jodoform und sonstigen Zusätzen, Dijodoform genannt (Freudenthal, Gugenheim, Vacher, Massier).

Zur Schmerzstillung und Abschwellung der Schleimhaut im Kehlkopf wird mehrfach, zum erstgenannten Zweck mit Cocain zusammen, das Nebennierenextrakt empfohlen (Peters, Harmer, Ingals).

Die Heilung der tuberkulösen Peritonitis ist in einzelnen Fällen von selbst zu Stande gekommen (Krackenberger, Merkel), in anderen durch Alkoholumschläge (Meyer), Betruhe allein (Du Mesnil), durch Jodoform und Kreosot innerlich und äusserlich (Yeo). Meist jedoch wurde der Bauchschnitt gemacht, dessen heilende Wirkung noch vielen Meinungsverschiedenheiten unterliegt, wobei etwa  $\frac{2}{3}$  (Lauper) danach günstig verlaufen (Baumgart, Sippel, Herbst, Kober, Gluck, William, Lindfors). Auch wegen Darm-tuberkulose allein oder mit Bauchfelltuberkulose musste in Folge von Incarcerationserscheinungen mehrmals laparotomirt werden (Helbing, Hugel). Von sonstigen chirurgischen Eingriffen ist besonders die Chirurgie der Lungentuberkulose von Interesse (Quinke, Sarfert, Kröning, Fürbringer, Wills, Berchert). Die Schwierigkeit besteht dabei besonders in der exakten Feststellung der Grenzen der Erkrankung. — In der Behandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke besteht noch immer ein gewisser Antagonismus zwischen

konservativem und operativem Vorgehen (Garré, Ludloff, Townsend, Tracy, Moseitta, Reetley, Maas, Sick). Ueber operative Behandlung der Gehirntuberkulose in zwei Fällen berichtet Krönlein. Bei Tuberkulose der Nieren wird meist Entfernung des Organs, natürlich bei einseitiger Erkrankung, vorgenommen (Laewen, Küster, Simon), ebenso wie bei Tuberkulose der Hoden die Entfernung der erkrankten Organe angezeigt ist, Ausfallserscheinungen sind dabei nur höchst selten zu befürchten (Bruns, König, Haas), nur Mauclaire empfiehlt Unterbindung des Samenstranges.

Die Behandlung des Lupus geschieht fast allgemein durch Licht und zwar entweder durch Röntgenstrahlen (Scholtz, Kümmel, Lieberthal, Jeney, Startin, Ehrmann, Szabóky, Rodmann, Squanze, Holland) oder nach Finsen (Morris und Dore, Lesser, Loredde, Forchhammer) oder durch beide Arten kombinirt (Sequeira, Hahn). Auch einfach blaues Licht soll schon genügen (Minim). Die Vorzüge sollen sehr bedeutend, besonders in Bezug auf Narbenbildung sein, dagegen spricht allerdings die lange Dauer und die hohen Kosten der Behandlung (Stapleton), die öfters nach der Behandlung auftretenden Schmerzen (Morris) und vor Allem die unter der Narbe gefundenen noch lebenden Bazillennester (Grouven, Doutrelepont), so dass wohl auch nach dieser Behandlung Rezidive zu erwarten stehen. Die sicherste Methode sei noch immer die Excision (Lang, Snow, König), auch das Holländersche Heissluft-Verfahren soll sehr gute Resultate geben (Holländer, Gasteozoro, Stapler). Geradezu wunderbar soll zwei-prozentige Lösung von übermangansaurem Kali wirken (Butte, Hallopean, Nékám). Wenn sich diese Wirkung bestätigt, würde dies sicherlich die einfachste und billigste Methode darstellen. — Ausserdem behandeln Dethlefsen mit Chloräthyl, Rhoden mit Dermosapol. Die Unnasche Spickmethode wird von Krzysztalowiez gelobt. Ueber die sämtlichen Behandlungsarten gab Werther in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden eine übersichtliche Darstellung.

Ueber die Skrophulose sind die Ansichten zum Theil noch ganz extreme. Während allgemein angenommen wird, dass die Skrophulose entweder eine lokale Infektion von Eiterbakterien oder Tuberkelbazillen oder eine Mischung beider im Kindesalter sei, glaubt z. B. Duckworth, dass die Skrophulose durchaus nichts mit Tuberkulose zu thun habe, eine eigene Diathese sei und nur stark für Tuberkulose disponire; auch Czerny hält sie für eine Konstitutionsanomalie und macht Vorschläge zur Abgrenzung des Begriffs „Skrophulose“. Müller hält weder Eitererreger noch Tuberkelbazillen für die Ursache, — diese sei eben unbekannt, zur Behandlung sei grüne Seife das Beste. — Auch sonst wird meistens die konservative Behandlungsmethode der skrophulösen Drüsen empfohlen (Hammerschlag, Broca, Calot, Poisson). Die französischen Schriftsteller wollen sogar nach der Erweichung noch nicht operativ vorgehen, sondern aspiriren und nehmen Einspritzungen von Jodoform-Aether und Naphtholkampher vor, während sonst für solch vorgeschrittene Fälle — vielleicht ausser der lokalen Wärme — nur die Operation in Betracht kommt (Finkelstein).

### Gewerbehygienische Rundschau.

Von E. Roth.

In der deutschen medizinischen Wochenschrift (1902 No. 5) beschreibt L. Mohr sechs Fälle von Vergiftungen bei Arbeitern, welche bei der Fabrikation von Chlor- bezw. Nitro- und Binitrobenzol beschäftigt waren. Zuerst treten Kopfschmerz und Schwindel auf, bei schweren Vergiftungsfällen stürzen die

Arbeiter plötzlich bewusstlos zusammen. Die Krankheitserscheinungen sind auf Umwandlung des Oxyhämoglobins im Methämoglobin zurückzuführen. In gewerbehygienischer Hinsicht ist die Thatsache von besonderer Bedeutung, dass nach Brat der mikroskopische Nachweis des Methämoglobins schon sehr früh, sogar vor Auftreten sonstiger Krankheits-Erscheinungen möglich ist, weshalb regelmässige Blutuntersuchungen nothwendig erscheinen, um solche Arbeiter, bei denen das Vorhandensein von Methämoglobin festgestellt ist, rechtzeitig aus dem Betriebe entfernen zu können. Der Umstand, dass die Arbeiter in den vom Verf. beobachteten Fällen bewusstlos niederstürzten, nachdem sie kurz zuvor alkoholische Getränke zu sich genommen hatten, erklärt sich daraus, dass Nitrokörper der Benzole durch Alkohol gelöst werden und so leichter zur Resorption kommen. Deshalb muss das Verbot des Alkoholgenusses in Betrieben der in Rede stehenden Art mit besonderer Strenge durchgeführt werden. Nach Ausbruch der Vergiftung empfiehlt Mohr Sauerstoffinhalationen, Brat rät ausserdem dringend zur Anwendung des Aderlasses (vgl. auch diese Zeitschrift 1902, No. 10, Gewerbehygienische Rundschau des Verf. über Todesfälle bei der Herstellung von Nitrophenolen und Nitrochlorverbindungen nach den Beobachtungen von Leymann).

Einen Beitrag zur Einwirkung der Pikrinsäure auf den Körper und deren Verhütung bringt Kittsteiner in seinem Aufsatz über Pikrinsäure in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege (Bd. 34, S. 320), der freilich zahlenmässige Unterlagen vermissen lässt. Der Aufsatz ist bereits in No. 12 dieses Jahrgangs eingehend besprochen.

Ueber die Beschaffenheit der Luft in den Lade- und Formirräumen von Akkumulatorenbatterien und ihre hygienische Beurtheilung berichtet Kirstein in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege (Bd. 34 S. 309 u. f.) Aus den sorgfältigen Untersuchungen des Verf. ergibt sich, dass bei intensiver Ladung der Akkumulatoren bzw. deren Ueberladung, wie sie von Zeit zu nöthig wird, in den betreffenden Räumen eine Schwefelsäuremenge von etwa 75 bis 85 mg pro Kubikmeter Luft und bei der Formirung der Bleiplatten in den Formirräumen der Akkumulatorenfabriken eine Schwefelsäuremenge von etwa 90 bis 130 mg pro Kubikmeter Luft gefunden wird. Die angegebenen Werthe beziehen sich auf konzentrierte Schwefelsäure, während in der That nur verdünnte (etwa 20 procentige) Schwefelsäure verspritzt wird. Bei diesen Untersuchungen war der günstige Einfluss einer wirksamen Ventilation nicht zu verkennen.

Hinsichtlich der Einwirkungen einer solchen, mit Schwefelsäuretröpfchen geschwängerten Atmosphäre, leugnet der Verf. jede Schädigung, sowohl bei akuter, wie auch bei chronischer Einwirkung, nur ein Schadhafwerden der Zähne, insbesondere der Schneidezähne wurde in einigen Betrieben beobachtet. Da ein nicht unerheblicher Theil der in der Luft verspritzten Schwefelsäure in die Lungen gelangt und eine schädliche Einwirkung desselben auf die Lungen bei länger dauernder Einathmung nicht ausbleiben wird, müssen die Formir- und Laderäume mit wirksamen Ventilationsvorrichtungen versehen sein, und zwar, da es sich um die Entfernung der zu Boden sinkenden Schwefelsäuretröpfchen handelt, in der Weise, dass die Luft nahe dem Fussboden abgesaugt und frische Luft unter der Decke zugeführt wird. Ausser den Massnahmen des persönlichen Schutzes der Arbeiter wird ausserdem eine periodische ärztliche Untersuchung der in den Formir- und Laderäumen beschäftigten Arbeiter zu fordern sein. Wenn der Verf. zum Schutz der Zähne und der Schleimhaut des Mundes und Rachens vorschlägt, den Arbeitern eine  $\frac{1}{2}$  bis 1 procent. wässrige Boraxlösung zum Mundausspülen zur Verfügung zu

stellen, weil sich dabei die aufgenommene Schwefelsäure in Natriumsulfat verwandelt, so darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass das wichtigste Ziel des Betriebsschutzes das Verhüten des Hineingelagens von Schwefelsäuretröpfchen in die Athemluft der Arbeiter ist.

Eine sehr eingehende und lehrreiche Studie über die Hygiene der Holzindustrie“ verdanken wir Th. Sommerfeld (Hygienisches Volksblatt u. s. w. Vogel & Kreimbrink, Südende-Berlin und Leipzig, III. Jahrgang, Nrn. 2—7), in der nacheinander die Hygiene der Tischlerei, Drechslerei, Zimmerei, Fassbinderei und Wagnerei besprochen wird. Von besonderer Wichtigkeit ist das Arbeitsmaterial und die professionelle Körperhaltung. Je nach der härteren oder weicheren Beschaffenheit des Holzes ist die Struktur des Staubes eine verschiedene: je härter das Holz, um so feiner ist der Staub. Dieser feinere Staub bildet sich daher vorwiegend bei der Verwendung von Kreis- und Bandsägen, beim Fraisen, beim Abziehen mit der Ziehklinge und beim Schleifen mit Sand- und Schmirgelpapier. Je feiner der Staub, um so eher ist anzunehmen, dass er in die Athmungsorgane eindringt, um hier zu chronischen Katarrhen und Lungenblähung Anlass zu geben, wenn auch der Nachweis, dass feiner Holzstaub bis in die Lungenbläschen eindringt, bisher nicht erbracht ist. Dazu kommt die Schädigung der Lunge durch den Sand- und Schmirgelstaub. Diese Schädigungen erfahren eine weitere Steigerung durch die Körperhaltung, beispielsweise die gezwungene Haltung des Holzdrehers beim Fussbetriebe, und durch die Beschaffenheit der Werkstätte, ihre Reinhaltung, die Grösse des Luftraumes u. a. Für die einzelnen Bearbeitungsweisen bespricht der Verfasser die speziellen Betriebsgefahren, die an der Hand der vorliegenden Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik erläutert werden, um im Anschluss daran die vorbeugenden Massnahmen zu erörtern. Da eine ausreichende Absaugung des Holzstaubes an der Entstehungsstelle im Allgemeinen nicht oder schwer ausführbar ist, muss die hauptsächlichste Sorge auf eine ausreichende Lufterneuerung und peinlichste Reinhaltung der Arbeitsräume gerichtet sein.

Die „Allgemeine Gewerbehygiene“ — Ein gemeinverständlicher Abriss der gewerblichen Gesundheitslehre von Georg Korn (Leipzig, Hilmar Klasing 1902) — bildet einen Band der von Huberti herausgegebenen praktischen gewerblichen Bibliothek. Der Verf. bespricht in aller Kürze die hauptsächlichsten Gefahren der gewerblichen Beschäftigung, indem als wichtigste hierbei in Frage kommenden Momente die Arbeitsdauer, die Körperhaltung, die Einwirkung von Staub und giftigen Stoffen und die Unfallgefahr erörtert werden. Im Anschluss daran werden einzelne gewerbliche Betriebe unter Berücksichtigung ihrer Gefahren und der in Frage kommenden Verhütungsmassnahmen besprochen.

## Bücherbesprechungen und Anzeigen.

**Köhler, Alban:** Knochenerkrankungen im Röntgenbilde. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1901.

Verfasser hat das Material des St. Josefs-Hospitals zu Wiesbaden in sehr dankenswerther Weise ausgenützt, indem er in dem schön ausgestatteten Atlas in 20 Tafeln zu 1 bis 6 Bildern und 17 Textfiguren ausgezeichnete Röntgenbilder der verschiedensten Knochenkrankheiten zusammengestellt hat. Die Auswahl der Bilder zeugt von ebenso grosser Kenntniss des praktischen Bedürfnisses wie ihre Sauberkeit und Deutlichkeit von meisterhafter Technik beredtes Zeugnis ablegt. „Bei der jetzigen Vervollkommnung der radiographischen Technik muss eine richtig exponirte und richtig entwickelte

Platte etwa folgende Einzelheiten aufweisen: Seitliche Kopfaufnahme: Zähne, Nasenbein, Augenhöhlen, knöchernen Gehörgang, Stirnhöhle, Sella turcica. — Halsaufnahme von vorn: Processus spinosi, Zwischenräume zwischen den Wirbelkörpern, Processus transversi. — Schulteraufnahme: Grenzen des Schulterblattes, Gelenkspalt, Struktur am akromialen Claviculaende, Struktur des Akromion; leichte Strukturandeutung am Humeruskopf; die der Platte aufliegenden Hälften der Rippen. — Brustaufnahme: aufliegende Hälften der Rippen, Processus spinosi und transversi, Zwischenräume zwischen je zwei Wirbelkörpern, Herz, obere Lebergrenze. — Beckenaufnahme: Lendenwirbel mit ihren Fortsätzen, die Ränder und Foramina des Kreuzbeins, Symphyses sacro-iliacae, Symphyses pubis, Linea terminalis, Hüftgelenkspalt in Form eines schmalen, halbkreisförmigen Streifens, Foramina obturatoria, Strukturandeutung am Trochanter major. — Extremitätenaufnahme: Struktur der mittleren und kleineren Knochen, bei den grösseren Röhrenknochen zum Mindesten Unterschied zwischen Corticalis und Spongiosa\*. Diese Norm wird man füglich als Mindestmass bei der Publikation radiographischer Aufnahmen fürderhin verlangen müssen.

Köhlers Bilder werden als Vergleichsobjekte Vielen bei der Deutung eigener Aufnahmen zu Gute kommen. Unter den Textfiguren finden wir vortreffliche Bilder von Knochentumoren (Sarcomdes Femur, Enchondrom im Humerus, Osteomen, Myositis ossificans), ferner Bilder von Knochentuberkulose, Missbildungen und Deformitäten der Knochen. Die sehr schönen Reproduktionen auf den Tafeln (Verfahren der neuen photographischen Gesellschaft Berlin-Steglitz) behandeln in zahlreichen Bildern die von Sudeck besonders hervorgehobene Inaktivitätsatrophie, die Tuberkulose des Fusses, der Hand, des Ellbogens, die Spina ventosa, die Coxitis; mehrere Beobachtungen von Knochensyphilis sind differential-diagnostisch beachtenswerth; die Osteomyelitis in verschiedenen Stadien, die Arthritis deformans, Knochenerkrankung bei Syringomyelie, bei Zwergwuchs kommt in klaren Bildern zur Darstellung. Der begleitende Text hebt die differential-diagnostischen Momente, so z. B. bezüglich der Tuberkulose, der Syphilis, der Osteomyelitis acuta soweit sie sich aus dem Radiogramm ergeben, hervor. So wird der Atlas allen denen zu Statten kommen, die bei einem geringeren Beobachtungsmaterial Vergleichsobjekte benötigen. Es sind aber auch durchweg Musteraufnahmen; der Ehrgeiz, hinter ihnen nicht zurückzubleiben, wird zweifellos noch viele weite Aufklärungen über die bislang nur am Obduktionstisch gründlich studirbaren Knochenerkrankungen zeitigen.

P. Stolper-Breslau.

**Hartmann, Arthur**, Die Krankheiten des Ohres und Behandlung. 7. Aufl. 68 Abbildungen. Berlin. Fischers Medizin. Buchhandlung, H. Kornfeld. 1902.

Das Buch Hartmanns liegt neuerdings in 7. Auflage vor und es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollten wir das alt- und allbekannte Buch noch in extenso besprechen. Das Lehrbuch Hartmanns gehört nach wie vor zu den besten kurzgefassten Lehrbüchern unseres Faches und es ist insbesondere für den Studirenden durch die kurze Fassung, die Klarheit seiner Diktion eines der empfehlenswerthesten Werke; aber auch der Geübtere findet im Allgemeinen das, was er zu suchen wünscht.

Es braucht wohl kaum erwähnt zu werden, dass die Fortschritte der neuen Ohrenheilkunde voll und ganz berücksichtigt sind. Die Anordnung ist im Grossen und Ganzen die gleiche geblieben; neu sind eingefügt worden die Kapitel über die Schwerhörigkeit in der Schule, die Begutachtung von Ohr-

kranken und die Militärauglichkeit Ohrkranker, also lauter aktuelle Themen.

Auf jeden Fall kann der neue Hartmann mit dem besten Gewissen als ein guter Führer auf dem Gebiete unserer Erkrankungen empfohlen werden und sicher wird er, wie seine Vorgänger, die gleich günstige Aufnahme allerorts finden.

Hg.

**Onodi**, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven. Mit ergänzenden patholog. Beiträgen. Berlin 1902. P. Coblentz.

O. hat die verwickelten anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Kehlkopfinnervation zum engeren Gebiet seiner speziellen Forschung gemacht und hier die Frucht der Studien niedergelegt. Und thatsächlich ist durch diese exakten und schönen Untersuchungen ausserordentlich viel in den strittigen Fragen geklärt worden, so dass wir Vieles, was vordem unklar und hypothetisch war, entweder als erwiesen oder aber als falsch betrachten können. Jedenfalls sind wir durch diese neue Arbeit des verdienten Forschers um einen guten Schritt weiter gekommen. Alle, die sich mit der Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes zu befassen in die Lage gesetzt sind, werden die Ausführungen Onodis dankbar aufnehmen.

Hg.

**Reiss**. Einiges über die signaletische Photographie (System Bertillon) und ihre Anwendung in der Anthropologie und Medizin. München 1902. Seitz & Schauer. 13 Seiten.

Das Heft enthält eine kurze Anleitung zur Aufnahme von Photographieen nach Bertillonscher Methode und eine Würdigung dieses Verfahrens vom Standpunkt der Wissenschaft und Praxis aus.

F. L.

### Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Ferdinand Enke:

**Wilhelm Ebstein**, Dorf- und Stadthygiene. Mit 2 Abbildungen. 160 S.

**Seel**, Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. Ein Lehr- und Nachschlagbuch für Chemiker, Apotheker, Aerzte und Juristen. 478 S.

**Kobert**, Ueber die Schwierigkeiten bei der Auslese der Kranken für die Volkslungenheilstätten, und über den Modus der Aufnahme in dieselben. Mit 2 Abbildungen. 148 S.

Verlag J. F. Bergmann:

**Pollatschek**, Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. 320 S.

**Ohlemann**, Die neueren Augenheilmittel. 191 S.

**Lang**, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 653 S.

**Löwenfeld-Kurella**, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.

Heft XIV. **Hoche**, Die Freiheit des Willens vom Standpunkte der Psychopathologie. 40 S. 1 M.

Heft XV. **Jentsch**, Die Laune. 60 S. 1,50 M.

**Bezold**, Die Taubstummheit. Mit 6 Textabbildungen und einer Tafel. 133 S.

Verlag Gustav Fischer:

**Gärtner**, Die Quellen in ihren Beziehungen zum Grundwasser und zum Typhus. Mit 22 Abbildungen und 12 lithographischen Karten. 162 S. 10 M.

Verlag Carl Marhold:

**Hoppe**, Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten. 158 S. 4 M.

Verlag N. G. Elwert:

**Tuczak**, Geisteskrankheit und Irrenanstalten. 69 S. 1,20 M.

Verlag Joh. Ambr. Barth:

**Natterer**, Kurze Darstellung des preussischen Gesetzes betr. die ärztlichen Ehrengerichte. 48 S. 80 Pf.

Verlag Oskar Coblentz:

**Onodi**, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven. 179 H. 6 M.

## Gebührenwesen.

### Zur Liquidation der Vorbesuche im Entmündigungsverfahren.<sup>1)</sup>

Von Privatdozent Dr. Ernst Schultze-Andernach.

Es wird wohl kaum einen ärztlichen Sachverständigen geben, der nicht schon einmal Veranlassung gehabt hat, sich mit dem Gericht wegen der Gebühren für Vorbesuche auseinandersetzen zu müssen; besonders die Anstaltsärzte werden davon ein Lied singen können aus später zu erörternden Gründen.

Im Grossen und Ganzen sind es drei verschiedene Gesichtspunkte, von denen aus die Liquidation des Gutachters über Vorbesuche von Seiten des Gerichtes beanstandet werden kann, je nachdem die Zahl, der Ort oder der Zweck der Vorbesuche in Frage kommt.

1. Was die Zahl angeht, so ist es nach § 6 Abs. 2 des Gesetzes vom 9. März 1872, sowie nach dem Min.-Erlass vom 28. April 1887 nur dann gestattet, mehr als drei Vorbesuche zu liquidieren, wenn diese auf ausdrückliches Verlangen der requirierenden Behörde gemacht sind. In der Praxis wird der Vorgang meist der sein, dass der Sachverständige im Laufe der Untersuchung sieht, dass drei Vorbesuche nicht ausreichen und dass er dann vom Gericht die Genehmigung einholt, noch weitere Vorbesuche machen zu dürfen. Deren Zahl wird sich im Voraus kaum jemals bestimmt angeben lassen; andererseits kann man in dem betreffenden Gesuche hervorheben, dass man nur die unerlässlich notwendigen Vorbesuche in Anrechnung bringen werde. Das ist ja eigentlich selbstverständlich, und ein Hinweis darauf ist nur deshalb nicht überflüssig, weil das Gericht sonst diese Einschränkung ausdrücklich hervorheben würde. Es empfiehlt sich dringend, von der requirierenden Gerichtsbehörde sich diese ausdrückliche Genehmigung schriftlich geben zu lassen. In einem mir bekannt gewordenen Falle war sie nur mündlich erteilt, und nachher, als es ans Bezahlen ging, tauchten allerlei Missverständnisse auf, die die wahre Sachlage nicht mehr aufzuklären vermochten. Soweit meine eigene Erfahrung reicht, wird von dieser Möglichkeit wenig Gebrauch gemacht. Hoche berichtet allerdings, dass er in einem Falle 25 Vorbesuche mit Erfolg in Rechnung gesetzt habe (Hoche: Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? 1902. Anm. zu pg. 21). Der Grund der seltenen Anwendung dürfte weniger darin liegen, dass zur Begutachtung der psychiatrischen Fälle eine dreimalige, besonders eingehende Beobachtung genügt, als vielmehr darin, dass es noch einer besonderen Eingabe ans Gericht bedarf; diese zu machen scheut sich der Arzt! Das Gericht wird so andererseits verwöhnt und ist erstaunt, wenn einmal wirklich ein Sachverständiger ausdrücklich darum bittet, mehr als drei Vorbesuche liquidieren zu dürfen.

Ich halte die hier und da verfochtene oder in die Praxis übersetzte Ansicht für nicht ganz einwandfrei, die Genehmigung zur Erstattung einer grösseren Zahl von Vorbesuchen vom Gericht auch dann einholen zu dürfen, wenn eine dreimalige Untersuchung zwar genügt, wenn aber die Begutachtung mit

sonstigen ungewohnten Schwierigkeiten, wie dem Studium umfangreicher Akten etc. verknüpft ist. Werden mehr Vorbesuche als drei liquidirt, so müssen diese auch ausgeführt sein.

Andererseits betont der schon zitierte Ministerialerlass vom 28. April 1887, dass der Arzt nur die zu der Vorbereitung unerlässlich notwendigen Besuche machen und sich insbesondere bei unermöglichten Personen thunlichst auf einen Besuch beschränken soll; ein früheres Reskript vom 14. November 1841 enthielt eine entsprechende Vorschrift auch für die Besuche bei auswärtigen Exploranden.

Meines Wissens ist von dieser Bestimmung von Seiten des Gerichts nie in der Weise Gebrauch gemacht worden, dass schlechte Vermögensverhältnisse des zu Untersuchenden dem Arzt die Anrechnung von nur einem Vorbesuche erlauben. Der naheliegende Einwand, den, soweit ich mich entsinne, schon Mendel gemacht hat, ist sicherlich berechtigt, dass nicht einzusehen ist, warum die Begutachtung armer (oder auswärtiger) Personen weniger Vorarbeiten erfordern sollte als die wohlhabender; dann ist aber doch auch zu berücksichtigen, dass die durch die Begutachtung entstandenen Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen der untersuchten Person zur Last fallen.

2. Ist der Ort von Belang, an dem zum Zwecke der sachkundigen Ermittlungen der Vorbesuch stattfindet, so kommt es darauf an, ob diese vorherige Untersuchung in der Privatwohnung des Arztes oder ausserhalb vorgenommen wird. Für den letzteren Fall berücksichtigt § 6 des Gesetzes vom 9. Mai 1872 weiterhin zwei Möglichkeiten; entweder liegen die Voraussetzungen vor, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen — und dies hat dann jetzt nach dem viel besprochenen und angegriffenen Ministerial-Erlass vom 10. Mai 1901 zu geschehen — oder der Gutachter erhält eine Gebühr von 3 Mark für jeden Vorbesuch. Ob und inwieweit für Vorbesuche, die in der Wohnung des Arztes erfolgen, liquidirt werden kann, darüber später.

Obiges Gesetz vom 9. März 1872 sagt zwar in seinem § 6 ausdrücklich, dass die Gebühr von 3 Mark nur für Vorbesuche gelten solle, die ausserhalb der Wohnung des Arztes stattfinden.

Indess leitet das Reichsgericht mit seiner Entscheidung vom 6. Februar 1893 die Richtigkeit einer solchen Annahme aus dem Sinne und Wortlaut des Gesetzes her: „sie ergebe sich einmal aus dem gebrauchten Ausdruck „Vorbesuche machen“ (für mehr als drei Vorbesuche passirt die Gebühr nur insoweit, als die Vorbesuche auf ausdrückliches Verlangen der requirierenden Behörde gemacht sind) und sodann daraus, dass die Gebühr nur für den Fall bewilligt ist, dass nicht die Voraussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen. Die erste Voraussetzung der Anwendung des § 6 ist mithin die, dass der Sachverständige einen Vorbesuch macht, d. h. dass er zu dem zu untersuchenden Subjekt geht, dass er aber nicht den Vorbesuch empfängt d. h. der Explorand darf nicht zu ihm, in die Wohnung des Mediziners, kommen.

Die Berechtigung einer Liquidation dürfte m. E. schon dann vorliegen, wenn der Arzt seine Privatwohnung verlässt und den Exploranden aufsucht, der zwar in demselben Hause, aber in Räumen, die von seiner Wohnung völlig getrennt sind, wohnt. Ich gebe aber zu, man kann darüber streiten.

Aber nicht strittig dürfte es sein, dass der Arzt einer öffentlichen Irrenanstalt einen Vorbesuch macht, wenn er seine Anstaltswohnung verlässt und sich zu dem Pavillon begiebt, in welchem der betreffende Kranke untergebracht ist. Man sollte meinen, eine andere Auffassung sei nicht gut möglich.

<sup>1)</sup> Nach einer Mittheilung in der 69. Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 7. Juni 1902.



Es wurde mir im Laufe der Zeit in etwa  $\frac{1}{2}$  Dutzend von Fällen die Bezahlung der Vorbesuche verweigert in der Annahme, dass diese in meiner Wohnung stattgefunden hätten. Meine Erwiderung, ich wohnte zwar mit dem Kranken auf einem Terrain, aber nicht mit ihm unter einem Dache, sondern in einem besonderen Hause, genügte, die Verfügung der Zahlung herbeizuführen. Einmal wurde mir bedeutet, es handle sich um Besuche des Anstaltsarztes in der Anstalt, nicht um Vorbesuche ausserhalb des Hauses bzw. der Wohnung oder Anstalt des Arztes; in der Antwort hob ich damals ausserdem noch hervor, dass die Anwendung des Begriffes „Anstalt“ weder durch den Wortlaut des Gesetzes noch durch die Reichsgerichts-Entscheidung vom 6. Februar 1893 geboten erscheine. Wir haben in Bonn seitens des Landgerichts einen Beschluss erwirkt, „dass ein Besuch der hier in Rede stehenden Art, bei welcher ein Anstaltsarzt die ihm zur Wohnung überwiesenen Räume einer Anstalt verlässt, um den Exploranden in einer anderen Abtheilung der Anstalt aufzusuchen, ein ausserhalb der Wohnung gemachter Besuch sei, zumal bei einem so ausgedehnten Komplex von Gebäuden, wie die hiesige Provinzialirrenanstalt einen solchen darstellt.“

In der Folge bin ich noch des Oefteren gefragt worden, wo ich den Exploranden untersucht hätte; meine einfache Erklärung, ich hätte dem Kranken einen Vorbesuch in der Anstalt ausserhalb meiner Wohnung erstattet, war genügend.

Dass obige Auffassung nicht von jedem Gericht getheilt wird, habe ich jüngst erfahren durch die Liebenswürdigkeit befreundeter Kollegen, die, wie ich von vornherein betonen möchte, an einer neueren, grossen Irrenanstalt, die durchaus in dem modernsten Pavillonsystem gebaut ist, angestellt sind. Die Entscheidung des Gerichtes dürfte auch weitere Kreise interessiren; sie ist die Veranlassung der vorliegenden Zeilen.

Der betreffende Anstaltsarzt hatte in einem Entmündigungsverfahren zwei Vorbesuche liquidirt. Er machte das Amtsgericht, das die Gebühren dafür strich, in seiner Beschwerde darauf aufmerksam, dass er als Arzt der Anstalt mit den Kranken nicht unter einem Dache wohne, dass die Anstalt vielmehr aus mehreren, einzeln stehenden Gebäuden bestehe, dass die Besuche thatsächlich nicht in der eigenen Wohnung empfangen, sondern in der Wohnung des Kranken, in dem Krankenpavillon, gemacht seien.

Daraufhin entschied das Landgericht: „Unter den dort (§ 6 des Gesetzes von 1872) erwähnten „Vorbesuchen“ sind nur solche Besuche zu verstehen, die der Sachverständige ausserhalb seiner Behausung macht. (Vergl. Entsch. des Reichsgerichts in Civilsachen, Bd. 2. S. 367.) Solche liegen untergegens nicht vor. Allerdings wohnt der Beschwerdeführer, wie er angibt, nicht „unter einem Dache“ mit dem zu Entmündigenden. Aber bei der Anstalt X., die aus einem Komplex mehrerer Gebäulichkeiten besteht, wovon eins den Kranken, ein anderes den Aerzten als Wohnung dient, ist die Anstalt als solche als die Wohnung des zu den ärztlichen Beamten dieser Anstalt gehörigen Sachverständigen anzusehen.“

Eine weitere Beschwerde beim Oberlandesgericht erschien aussichtslos, schon mit Rücksicht auf § 568, Abs. 2, C. P. O., weil ein neuer selbständiger Beschwerdegrund nicht mehr vorgebracht werden konnte. In diesem Falle wurde die Beschwerde als ungültig verworfen, da nach § 568 Abs. 3 bei einer weiteren Beschwerde nach der Entscheidung des Landgerichts die Beschwerdesumme den Betrag von 50 Mark übersteigen muss.

Bald darauf war derselbe Arzt als Sachverständiger in einem anderen Entmündigungsverfahren thätig; das Amtsgericht setzte die Gebühren für Vorbesuche wiederum ab. In

seiner Beschwerde nahm der Kollege eingehend Bezug auf den vom Landgericht in seiner obigen Entscheidung eingenommenen Standpunkt.

Er betonte, dass die Worte „Behausung“ und „Wohnung“ in der schon mehrfach zitierten Reichsgerichts-Entscheidung vom 6. Februar 1893 vollständig identische Begriffe seien, dass sie dort ohne Weiteres promiscue gebraucht seien (cf. Satz 1 des Absatzes 2, Absatz 6 und 7 der Begründung). Die für die Kranken bestimmten Pavillons können aber unmöglich als Wohnung des Arztes angesehen werden. Die Arztwohnung besteht lediglich aus den dem Arzt seitens der Anstaltsdirektion bzw. der vorgesetzten Behörde zu seinem Privatgebrauch übergebenen Räumen, worüber die Wohnungsübergabe entscheidet. Andererseits hat der Arzt keine freie Verfügung über die Krankenpavillons; er kann dort nicht schlafen, wenn er das etwa wollte, noch daselbst eine andere Person unterbringen ohne ausdrückliche Erlaubniss der Direktion, und das widerspricht direkt der Anwendung des Begriffes „Behausung“; ja, er bedarf sogar zu dem blossen Vorhaben, die Anstalt einem Dritten zeigen zu wollen, der ausdrücklichen direktorialen Erlaubniss nach der massgebenden Hausordnung.

Weiterhin wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass die Reichsgerichts-Entscheidung unterscheidet zwischen dem „Empfangen“ und „Erstatten“ bzw. „Machen“ von Vorbesuchen; der massgebende Unterschied ist hierbei der, ob sich der zu Untersuchende zum Arzt oder umgekehrt der Arzt zum Exploranden begiebt.

Das Landgericht hielt darauf in seinem Beschluss die Liquidation der Vorbesuche nur dann für berechtigt, wenn der Sachverständige „zum Zwecke des Vorbesuchs seine Behausung verlassen und sich in die getrennt von seiner Behausung gelegene Wohnung des zu Untersuchenden begeben muss. Davon kann untergegens, wie sich aus den Gründen des Beschlusses von hiesiger Stelle . . . ergibt, nicht die Rede sein, weil hier im Verhältniss zu den in derselben Anstalt untergebrachten Kranken die Anstalt als die Behausung des Arztes anzusehen ist. Die Ausführungen des Beschwerdeführers in vorliegender Sache geben dem Gericht keinen Anlass, von seiner früheren Auffassung abzugehen.“ —

Das Landgericht griff auch in seinen späteren Beschlüssen nach weiteren Beschwerden desselben und anderer Kollegen immer wieder auf seinen obigen Beschluss zurück.

Eines ausführlichen Kommentars enthalte ich mich.

Man kann wohl, um nur eins zu bemerken, mit dem Landgericht sagen, der Arzt wohnt in der Anstalt. Aber das berechtigt doch nicht zu der Annahme, die Anstalt sei die Wohnung des Arztes. Das klingt mehr als gezwungen und widerspricht direkt dem Sprachgebrauch. Und um so sonderbarer nimmt sich eine solche Auffassung aus, wenn man bedenkt, dass die in Rede stehende Anstalt aus einigen 40 getrennten Gebäulichkeiten besteht, also einen kleinen Ort darstellt.

Dass ich und mit mir wohl alle Irrenärzte der Ansicht des Landgerichts nicht beipflichten werden, das brauche ich kaum zu sagen.

Aber auch die Juristen und Gerichtskassenbeamten, die ich in der Zwischenzeit befragen konnte, theilten meine Ansicht und fanden obige Entscheidung nicht recht verständlich.

Bestände jene Ansicht zu Recht, so würde sie noch eher anwendbar sein auf alte Anstalten; und dann hätten Vorbesuche überhaupt nicht liquidirt werden dürfen. Mit mathematischer Sicherheit wäre dann aber auch zu erwarten gewesen, dass die Gebühren für Vorbesuche gelegentlich der Revisionen unserer Liquidationen uns früher stets gestrichen worden wären.

3. Die Frage, ob für Vorbesuche, die in der Wohnung des Sachverständigen stattfinden, liquidirt werden darf, ist bisher noch nicht erörtert worden, weil sie eng verbunden ist mit der weiteren Frage: Welchen Zweck hatte der Vorbesuch? Diente er zur Vorbereitung für den mündlichen Termin? oder zur Erstattung des Gutachtens?

Für die Beantwortung jener Frage giebt uns ebenfalls die Reichsgerichtsentscheidung vom 6. Februar 1893 eine Handhabe. „Erfolgt sie (d. i. die Untersuchung) . . . auf Erfordern der Behörde vor dem Termin, so ist sie eine besondere, von der Terminabwartung getrennte Leistung, für die der Sachverständige auch dann, wenn die Untersuchung in seiner Behausung stattgefunden hat, entschädigt werden muss.“ Die Entschädigung beträgt dann entsprechend § 3 No. 1 des Gesetzes vom 9. März 1872 Mk. 1,50 für jede ganze oder angefangene Stunde und soll gemäss § 6 desselben Gesetzes den Betrag von 3,00 M. für jeden Besuch im Höchstbetrage nicht überschreiten.

Ein Beschluss des Reichsgerichts VI. Ziv.-Senat vom 19 April 1888 fiel ähnlich aus. Das Prozessgericht hatte dem Kläger die Anweisung erteilt, sich vor dem Terminstage bei dem Arzte, dem Beschwerdeführer, zum Zwecke seiner Untersuchung zu melden; dieser war zu dieser Untersuchung aufgefordert und damit war deutlich zu erkennen gegeben, dass eine Thätigkeit neben und ausserhalb der Terminabwartung von dem Beschwerdeführer verrichtet werden sollte. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf Vergütung für diese besondere Thätigkeit stellt sich danach gerechtfertigt dar, und auch der beanstandete Satz von Mk. 3,00 ist nicht zu beanstanden. Denn wollte man auch mit dem Vorderrichter annehmen, dass der § 6 Gesetz vom 9. März 1872 nur auf die vom Medizinalbeamten gemachten, nicht auch auf die in seiner Wohnung empfangenen Vorbesuche zu beziehen sei, so würde sich doch jener Satz nach § 10 rechtfertigen, da mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Geschäfte und den zur Ausrichtung derselben erforderlich gewesenen Zeitaufwand Bedenken gegen die Angemessenheit des liquidirten Betrages nicht obwalten können.

Eine Gebühr für derartige Vorbesuche steht dem Gutachter auch dann zu, wenn er später, nach dem Termine, ein schriftliches Gutachten zu erstatten hat. Abgesehen davon, dass die Frage, ob sofort im Termin ein mündliches oder später erst ein schriftliches Gutachten erstattet werden soll, oft genug erst im Termin entschieden wird, bedarf der Sachverständige zur Vorbereitung zum Termin der Vorbesuche, um in diesem dem Richter durch Stellung der zweckentsprechenden Fragen das demonstrieren zu können, dessen Kenntniss er dem Richter übermitteln will.

Waren die Vorbesuche aber nur zur Erstattung des schriftlichen Gutachtens notwendig, so sind sie nach jener Reichsgerichts-Entscheidung nicht zu berechnen; die Gebühren für das schriftliche Gutachten sind (so führt jene Entscheidung aus) auf 6—24 Mk. bestimmt, so dass ein ausreichender Spielraum gegeben ist, bei der Festsetzung der Gebühr die vom Sachverständigen aufgewendete Mühewaltung, also auch die empfangenen Besuche, zu berücksichtigen.

Wird aber vom Gericht ausdrücklich eine längere Beobachtung der zu begutachtenden Person aufgegeben, so hält eine neuere Reichsgerichts-Entscheidung vom 19. Januar 1900 (cf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1900, pg. 378) auch dann die Anrechnung der Vorbesuche für gerechtfertigt. „Dass nicht unter allen Umständen jede für ein demnächst zu erstattendes Gutachten aufgetragene Thätigkeit durch die Gutachtengebühr abgegolten sein kann, liegt in dem Falle auf der Hand, wenn z. B. dem Sachverständigen eine Wochen

oder gar Monate andauernde tägliche Beobachtung aufgetragen worden wäre. Nur die gewöhnliche Untersuchung, wie sie zur Erstattung eines jeden Gutachtens in der Regel erforderlich ist, kann als in der Gutachtengebühr mitabgegolten gelten und für jede darüber hinausgehende Thätigkeit muss, dem allgemeinen Grundsatz des § 413 der Civil-Processordnung entsprechend, dem Sachverständigen daher auch eine weitere Vergütung gewährt werden.“

So freudig auch jede Entscheidung zu begrüssen ist, die die finanzielle Seite des Sachverständigen bessert, so kann ich doch nicht die Befürchtung unterdrücken, dass die Uebertragung dieser Entscheidung in die Praxis nicht immer so leicht sein wird. Wann beginnt die „gewöhnliche Untersuchung“ eine „längere Beobachtung“ zu werden? Wird Letzteres für alle die Fälle zutreffen, in denen eine Beobachtung auf Grund des § 81 der Strafprozessordnung oder § 656 C. P. O. angeordnet wird.

Das oben erwähnte Landgericht entschied auf eine Beschwerde des Direktors der Anstalt, dass zweifellos der Zustand des Kranken dem Sachverständigen auf dessen täglichen Rundgängen bekannt und daher Vorbesuche überhaupt nicht nothwendig waren. Woher nimmt das Gericht seine anscheinend so eingehende Kenntniss des Anstaltsbetriebes? Das, was wir von den Kranken bei den üblichen Visiten erfahren, genügt doch nur in recht wenigen Fällen zum Erstaten des schriftlichen Gutachtens.

Um einer Diskussion darüber, ob die Vorbesuche zur Vorbereitung für den Termin oder für das schriftliche Gutachten nothwendig waren, von vornherein begegnen zu können, erstatte ich grundsätzlich die in Rechnung zu bringenden Vorbesuche stets vor dem Termin. Das ist auch das naturgemässe, wie denn der Ministerial-Erlass vom 28. April 1887 voraussetzt, der Gutachter habe sich vor dem Vernehmungstermine durch Vorbesuche und Rücksprache die zur Abgabe eines Gutachtens erforderliche Kenntniss verschafft.

Eben deshalb ordnet auch die Verfügung des Justizministers vom 10. Mai 1887 eine frühzeitige Ladung des Sachverständigen an und hält eine Frist von 6 Wochen zwischen Ladung und Vernehmung für ausreichend.

Wird der Sachverständige im Entmündigungsverfahren so kurz vor dem Termin geladen, dass er in der Zwischenzeit nicht die zu seiner Information nothwendige Zahl von Vorbesuchen machen kann, so wird das Gericht seiner Bitte um Hinausschiebung des Termins sicherlich meist willfahren. Eine Gefahr für den zu Entmündigenden kann daraus kaum erwachsen dank dem Institut der vorläufigen Vormundschaft § 1906 B. G. B.

Ein Ministerial-Reskript des Justizministers vom 14. August 1876 fasst als Vorbesuch im Sinne des § 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 auf jede zu der aufgetragenen Ermittlung erforderliche, ausserhalb der Wohnung vorgenommene Besichtigung der zu untersuchenden Person. In Anlehnung an diese Verfügung wurde ein Arzt abschlägig beschieden, der einen Vorbesuch dafür liquidirt hatte, dass er sich zur Information über eine frühere Erkrankung des Angeklagten in das Hospital begeben und das Krankenbuch eingesehen hatte; diese Zeitversäumniss sei bei der Gebühr für das Gutachten bereits berücksichtigt.

Indess handelt es sich hier um eine Strafsache. Der Ministerial-Erlass vom 28. April 1887 sieht in Z. 1 ausser den Besuchen des zu Entmündigenden ausdrücklich eine Rücksprache mit den Angehörigen und dem Arzte des zu Entmündigenden vor, und dürften m. E. diese sachkundigen Ermittlungen auch hinsichtlich der Gebührenfrage in einer Linie mit den Vorbesuchen jedenfalls dann stehen, wenn die Vor-

aussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen. —

Wir haben uns schliesslich die Frage vorgelegt, ob nicht auf irgend eine Weise die Aerzte der obigen Anstalt die Bezahlung von Vorbesuchen erreichen können.

Man kann an die Möglichkeit denken, dass die Beschwerdesumme den Betrag von 50 Mark übersteigen kann; dazu bedürfte es 17 Vorbesuche, mit anderen Worten, das betreffende Amtsgericht müsste dem Sachverständigen die Erlaubniss geben, noch weitere 14 Vorbesuche ausser den üblichen drei zu machen. Wird ein derartig gestalteter Fall so bald vorkommen? Wird das Gericht ohne Weiteres der Bitte des Sachverständigen willfahren? Wird nicht vielmehr das Amtsgericht sich von vornherein wieder auf seinen alten Standpunkt stellen hinsichtlich der Gebühren?

Der Weg der Klage ist abgeschnitten; nach einer Entscheidung des Reichsgerichts, IV. Senat vom 22. Dezember 1898, kann der Gebührenanspruch des Sachverständigen nicht durch Klage im ordentlichen Rechtswege verfolgt werden.

Ich halte es für recht fraglich, ob, nachdem die über die obige Beschwerde entscheidende Kammer des Landgerichts stets die gleiche Zusammensetzung hatte, eine Ablehnung derselben Richter bei einer neuen Entscheidung über die gleiche Beschwerde durch Besorgniss der Befangenheit (§ 42 Z. P. O. Abs. 1) begründet werden kann; wenigstens hat das Oberlandesgericht Jena (Seuffert Archiv 47, Nr. 57 cf. Band 36, Nr. 299) entschieden, dass die Theilnahme an dem Erlass eines dieselbe Frage betreffenden Urtheils in einem anderen Rechtsstreite die Annahme einer nicht streng sachlichen Behandlung des Rechtsstreits in Folge einer bewussten oder unbewussten Hinneigung zu einer der Parteien nicht rechtfertigt. Versetzte ich mich an die Stelle eines der Richter des betreffenden Landgerichts, so würde ich mir, offen gesagt, die nothwendige Objektivität nicht zutrauen, wenn immer wieder die Anstaltsärzte sich beschwerten, und wenn diese schliesslich neue Gründe vorbrächten, falls dies überhaupt noch möglich wäre. Indess ist die in obiger Entscheidung ausgedrückte Ansicht in jeder Hinsicht die herrschende.

Es besteht aber die Möglichkeit, dass das Landgericht in erster Instanz ein Gutachten von einem Anstaltsarzt einfordert, etwa zur Feststellung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit oder in Sachen Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Stellt sich dann das Landgericht auf den gleichen Standpunkt, den es bisher in der Beschwerdeinstanz eingenommen hat, so kann der Gutachter sich beschwerdeführend an das Oberlandesgericht wenden, da in § 17 Abs. 3 der Gebührenordnung nur auf § 568—575, nicht § 576 Z. P. O. Bezug genommen wird. \*)

Sodann bestimmt § 7 des Gesetzes vom 9. März 1872, dass nichtbeamtete Aerzte für die Besorgung gerichtsarztlicher Geschäfte „in Ermangelung anderweitiger Verabredung“ dieselben Gebühren etc. erhalten, wie die Medizinalbeamten. Die nichtbeamteten Aerzte machen von dieser ihnen eingeräumten Ausnahmebestimmung, besondere Gebühren mit dem auftraggebenden Gericht zu vereinbaren, herzlich wenig Gebrauch aus den schon oben erwähnten Gründen. Nur einige wenige Male habe ich durch Akteneinsicht Kenntniss von ihrer praktischen Anwendung erhalten; zuletzt in einer Entmündigungssache, in der die Kosten für Rücksendung der Akten allein

\*) Von juristischer Seite werde ich nachträglich darauf aufmerksam gemacht, dass, wenn die Anweisung der Sachverständigengebühren durch einen beauftragten Richter des Landgerichts geschieht, die Beschwerde an das Landgericht geht. Geschieht die Anweisung durch den Vorsitzenden der betreffenden Kammer des Landgerichts, der für die Kammer gehandelt hat, so geht die Beschwerde an das Oberlandesgericht.

5,70 Mark betragen. Ob aber das hier in Betracht kommende Amtsgericht sich auf eine anderweitige Verabredung einlassen wird, erscheint mir nicht sicher; und der praktische Arzt, der nach § 407 Z. P. O. bzw. § 75 Str. P. O. unbedingt der Ernennung zum Sachverständigen zu folgen hat, kann nicht die Ausübung seiner gutachtlichen Thätigkeit davon abhängig machen, ob das Gericht seine Forderungen erfüllt; denn nach dem Beschluss des Kammergerichts Berlin, vom 1. Oktober 1901, Seuff. Archiv 56, Nr. 60, kann ein Sachverständiger nicht die vorherige Zusicherung bestimmter Gebührensätze verlangen.

Ich sehe keinen anderen Ausweg, als den oben angedeuteten, soweit ich die Sachlage, der ich von Anfang an mit regem Interesse gefolgt bin, zu beurtheilen vermag, wenn man nicht der Frage näher treten will, zu versuchen, durch eine Beschwerde an die beteiligten Ministerien oder Ex-traktion einer Entscheidung der Oberrechnungskammer dem Uebelstande abzuhelpen.

## Tagesgeschichte.

### Die Häufigkeit der Selbstmorde.

Nach der kürzlich fertiggestellten Statistik für das Jahr 1900 haben in diesem Jahre die Selbstmorde absolut eine höhere Zahl erreicht als in jedem früheren, nämlich 11393. Eine absolute stetige Zunahme ist jedoch nicht vorhanden, da auf 100000 Einwohner im Jahre 1900 20,3 Selbstmörder kamen, in den Jahren 1898 und 99 zwar weniger als 20, dafür aber 1891 bis 94 über 21.

Niedrige Selbstmordziffern haben die Provinzen Posen (8,8 : 100000), Ost- und Westpreussen, Pommern, Westfalen, Rheinprovinz, ferner Schaumburg-Lippe, Lippe und Waldeck, Bayern, Württemberg, Elsass-Lothringen, hohe dagegen Sachsen-Koburg-Gotha (44,6 : 100000), Reuss j. L., Bremen, Sachsen-Altenburg, Anhalt, Schleswig-Holstein, Königreich und Provinz Sachsen, Brandenburg, Braunschweig, Hamburg, Oldenburg, die bisher ungenannten Thüringischen Staaten, ausser Reuss ä. L., und Berlin.

### Krüppelstatistik in Schlesien.

Einem Aufsätze des Oberpfarrers Ulbrich in Rothenburg O. L., den der Breslauer Generalanzeiger brachte, entnehmen wir folgende Zahlen.

Eine Ende 1901 beendete Umfrage hat ergeben, dass in Schlesien 2404 Krüppelkinder (unter 14 Jahren), darunter 2080 in schulpflichtigem Alter existirten. 2026 gehören ärmlichen Familien an, 10 Prozent davon sind unehelich geboren.

161 haben verstümmelte, 143 verkrüppelte Hände oder Arme, 35 verstümmelte, 838 verkrüppelte Füsse oder Beine. Bei 172 sind Arme und Beine geschädigt. 408 haben Rückgratsverkrümmungen und sind z. Th. zwergartig missgestaltet. 302 haben verschiedene andere Schäden (Wasserkopf, Spina bifida, Mikrocephalie etc.). 280 sind so gelähmt, dass sie getragen, gefüttert, angekleidet und gereinigt werden müssen. 103 haben Krämpfe, 41 sind blind, 35 taubstumm, 4 taub, blind und stumm. 2080 geistig Vollwerthigen stehen 324 Idiotische bzw. Schwachsinnige gegenüber.

Sehr bemerkenswerth ist, dass in 226 Fällen eine erbliche Belastung mit ähnlichen Verkrüppelungen, in 42 Fällen Blutverwandtschaft der Eltern vorlag [zweifelloos ein starkes Missverhältniss gegenüber der Zahl Verwandtenehen überhaupt!].

Nur etwa ein Viertel der Krüppel hat ihr Gebrechen mit auf die Welt gebracht. Bei den meisten handelt es sich um Zustände, die zwischen 2 und 6 Jahren durch Skrophulose, Rachitis und schlechte Ernährung oder auch — besonders in

den folgenden Jahren — durch Unglücksfälle und selbst durch Roheit der Eltern oder Pfleger erworben sind.

Noch ein sehr wichtiges Kapitel: Was ist geschehen, um die beginnende bezw. entstandene Verküppelung zu behandeln? Da eröffnet sich ein trauriger Ausblick. In 749 Fällen ist keinerlei Hilfe versucht worden. Bei den übrigen Kindern waren die Heilversuche häufig von zweifelhaftem Werth: Zieh-männer, Schäfer, Magnetiseure, Masseur, Heilgehilfen, kluge Frauen hat man zugezogen!

Alle diese Angaben sprechen eine deutliche und eindringliche Sprache, sie bedürfen kaum eines Kommentars.

#### Verein für Unfallverletzte.

Die Thätigkeit des in Berlin wirkenden Vereins breitet sich in erfreulicher Weise aus. Kürzlich hat er neue, in hygienischer Beziehung allen berechtigten Anforderungen entsprechende Werkstätten eröffnet, wo seitens der Unfallverletzten die Bürstentabrikation betrieben wird. Bereits hört man gelegentlich aus den Kreisen der Verletzten selbst Aeusserungen über diese neue Veranstaltung zu ihren Gunsten und dankbare Anerkennung der ihnen hier geleisteten Hilfe. Da aber, wie wir erfahren, der Verein noch mehr Arbeiter, als er gegenwärtig hat, zu beschäftigen vermag, ist es doch wohl notwendig, dass die Arbeiter noch mehr als bisher ärztlicherseits darauf hingewiesen würden.

#### Allgemeine Ausstellung für Hygienische Milchversorgung.

Auf ein eng begrenztes, aber desto wichtigeres Gebiet soll die Ausstellung sich erstrecken, die am 2. — 10. Mai 1903 in Hamburg unter dem Protektorat der Bürgermeister und unter Mitwirkung der Spitzen der Behörden stattfinden wird. Wie es im Programm heisst, ist es Zweck der unter Mitwirkung des Deutschen Milchwirtschaftlichen Vereins durchzuführenden Ausstellung, die Gewinnung der Milch und die Milchversorgung der Städte, der Armee und der Kriegs- und Handelsmarine, sowie grösserer selbständiger Anstalten (Krankenhäuser, Irrenanstalten etc.) vom wirtschaftlichen, technischen, wissenschaftlichen und hygienischen Standpunkte aus in ihren verschiedenen Formen und mit allen dabei in Betracht kommenden Hilfsmitteln zur Darstellung zu bringen. Das geplante Gesamtbild ist bestimmt, anregend und belehrend in den Kreisen der Produzenten und Händler und orientirend bei den Konsumenten und ihren Vertretungen zu wirken.

Die Ausstellung selbst wird Alles enthalten, was für Milchgewinnung und Milchverkehr praktisch und wissenschaftlich von Bedeutung ist, ein Vortragscyklus für fachwissenschaftliche und volkswirtschaftliche Fragen wird damit verbunden sein. Das Komitee wird ausser Ehrenpreisen und Diplomen für hervorragende Leistungen Preise für die beste Lösung von ihm gestellter Preisaufgaben verleihen.

#### I. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins.

Am Montag und Dienstag, den 15. und 16. September 1902 zu München im „Bayerischen Hof“ (Promenadenplatz).

##### Tages-Ordnung:

Sonntag, den 14. September.

8 Uhr Abends: Begrüssung im „Bayerischen Hof“ (mit Damen).

Montag, den 15. September.

9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des „Bayerischen Hofes“.

1. Eröffnung der Versammlung.
2. Geschäfts- und Kassenbericht.

3. Berathung der Satzungen.

4. Ueber die Nothwendigkeit der Einwilligung der Kranken zu operativen Eingriffen. Referent: Geh. Med.-Rath Professor Dr. Fritsch in Bonn.

5. Normaler und pathologischer Rausch. Referent: Prof. Dr. Cramer, Direktor der Prov.-Irrenanstalt und der psychiatrischen Klinik in Göttingen.

6. Ueber den jetzigen Stand des serodiagnostischen Verfahrens zur Unterscheidung der verschiedenen Arten von Blut, Milch u. s. w. (Mit Demonstrationen.) Referent: Dr. Wolff, Assistent am hygienischen Institut in Hamburg.

3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr Nachmittags: Festessen (mit Damen).

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung im „Löwenbräu-Keller“ (mit Damen).

Dienstag, den 16. September.

9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaal des „Bayerischen Hofes“.

1. Wissenschaftliche und praktische Hygiene. Referent: Prof. Dr. Fränkel in Halle a. S.

2. Vorstandswahl.

3. Die Betheiligung der Medizinalbeamten beider Wohnungsbeaufsichtigung. Referent: Medizinalrat Dr. Pfannmüller, Kreisarzt in Offenbach a. M.

4. Einrichtung einer Zentral-Auskunftsstelle über Kurpfuscher. (Diskussionsgegenstand.) Referent: Kreisarzt Dr. Steinmetz in Strassburg i. Els.

Nach Schluss der Sitzung: Mittagessen nach freier Wahl: hierauf Besichtigung.<sup>1)</sup>

8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr Abends: Theilnahme am Begrüssungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

#### XIX. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins

am Freitag, den 12. September 1902

zu Cassel im „Hotel Schirmer“ am Friedrich-Wilhelmsplatz (nahe am Bahnhof).

##### Tages-Ordnung:

Donnerstag den 11. September.

8 Uhr Abends: Begrüssung im „Hotel Schirmer“ (mit Damen).

Freitag, den 12. September.

9 Uhr Vormittags: Sitzung im Festsaal des „Hotel Schirmer“.

1. Eröffnung der Versammlung.

2. Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren.

3. Der nothwendige Ausbau der preussischen Gesundheitsgesetzgebung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung. Ref.: Reg.- und Med.-Rath Dr. Wodtke in Köslin.

4. Die Thätigkeit des Kreisarztes auf dem Gebiete der Schulhygiene und seine Stellung zu den Schulärzten. Referent: Kreisarzt Dr. Gleitsmann in Wiesbaden.

5. Ueber postmortale Verdauung. Referent: Gerichtsarzt Dr. Hoffmann in Elberfeld.

6. Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.

Nach Schluss der Sitzung: Besichtigungen.<sup>1)</sup>

5 Uhr Nachmittags: Festessen (mit Damen).

Am Sonnabend, den 13. September, Vormittags, ist ein Ausflug nach Wilhelmshöhe (mit Damen) in Aussicht genommen.

<sup>1)</sup> Das Nähere wird spätestens am Sitzungstage mitgetheilt werden.