

XXX.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel.

Beitrag zur Verantwortlichkeit des Irrenarztes.

Von

E. Siemerling.

~~~~~  
Vielfachen an mich ergangenen Aufforderungen Folge leistend, gebe ich nachstehend die Darstellung über einen Fall von Wochenbettpsychose auf psychopathischer Grundlage, in dessen Verlauf es im Anschluss an eine Körperverletzung, welche die Patientin sich durch Sprung aus dem Fenster zugezogen hatte, zu einer Klage auf Schadenersatz gekommen ist.

Frau S. ist zweimal in der Nervenlinik behandelt worden.

1. Aufnahme. Frau S., Redakteursehefrau, 20 J. alt, aufgen. 8. 11. 1903, entl. 16. 12. 1903.

....., den 7. 11. 1903.

#### Attest.

Die Direktion der Universitäts-Nervenlinik zu Kiel bitte ich, die Ehefrau des Redakteurs Herrn S. aus I. aufnehmen zu wollen, weil sie an einer puerperalen Psychose erkrankt ist.

Die Krankheit begann am letzten Montag, 2. 11., und zwar im Anschluss an eine grössere Aufregung, in welche sie versetzt wurde dadurch, dass sie am Sonntag vorher mehr Besuch empfangen und bewirten musste. Die ersten 3 Wochen des Puerperiums verliefen ungestört. Anamnestisch ist noch zu bemerken, dass eine Urgrossmutter der Kranken geisteskrank gestorben ist, die Mutter auch „nervös“ ist, und dass die Kranke geistig stets angestrengt gearbeitet hat. Schwangerschaft normal verlaufen, die Kranke stillte ihr Kind selbst, ich habe das Kind jetzt entwöhnen lassen.

Die Krankheit äusserte sich zunächst in Halluzinationen, sie glaubte, die Menschen reden schlecht von ihr oder wollen ihr nicht wohl und ihr Mann schütze sie nicht vor den Leuten. Zunächst eruierten sich ihre Vorstellungen gegen die Wärterin, welche sie beschuldigte, dass sie ihr Kind nicht genügend pflege, und dass sie im Schlafe allerlei Ungünstiges über sie gesprochen habe. Ich liess am nächsten Tage die Wärterin nicht mehr zu ihr, und nur den Mann im Zimmer bleiben, ohne wesentlichen Erfolg. Depressionen, wo sie mit leeren Blicken vor sich hinstarrt und vielfach aufstöhnt, wechseln mit aufgeregten Szenen, wo sie ruhelos im Zimmer herum-

wandert, Nahrungsaufnahme nahezu völlig verweigert und auch nicht im Bette zu halten ist. Letzte Nacht hat sie gut geschlafen, war heute Morgen ruhig, aber völlig apathisch, heute Abend jedoch wieder aufgeregt. Da es hier an geeigneter Pflege mangelt und eine Heilung in einer Nervenheilanstalt mehr Aussicht auf Erfolg entspricht, habe ich die Ueberführung dorthin angeordnet.

gez. Dr. med. H.

Anamnese: Abgegeben vom Manne am 9. 11. 1903. Ref. ist seit 1 $\frac{1}{4}$  Jahr mit Pat. verheiratet; Mutter und Vater nervös; Urgrossmutter litt an Schwermut. Kein Trauma, keine Infektion, kein Potus. Pat. war vor ihrer Verheiratung in Hamburg auf der Handelsakademie, war hier wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung. Während der Ehe sonst nichts Auffälliges bemerkt, war geistig ausserordentlich entwickelt; mit den Verwandten, auch mit den Eltern kam es oft zu Streitigkeiten, mit dem Manne nie. Hatte Pat. eine Kleinigkeit nicht richtig gemacht, so konnte sie sich Tage lang darüber aufregen, ihr Mann könnte böse darüber sein. Von früheren ernstlichen Krankheiten ist Ref. nichts bekannt. Am 12. v. Mts. zum ersten Mal entbunden; Entbindung war leicht, kein starker Blutverlust; Pat. nährte das Kind selbst. Wochenbett verlief normal; kein Fieber. Nach 10 Tagen stand Pat. auf; beschäftigte sich mit leichten häuslichen Arbeiten, zeigte kein abnormes Verhalten. Am 1. d. Mts. erwartete Pat. Besuch von einer Freundin; dieselbe traf anstatt, wie verabredet, am Nachmittage, schon gleich nach dem Mittagessen ein; Pat. wurde sehr erregt, dass sie dem Besuch kein Mittagessen mehr anbieten konnte, und zeigte von da ab ein aussergewöhnliches Verhalten; weinte viel, kümmerte sich um ihren Besuch wenig; auf einem am Nachmittage gemeinsam unternommenen Spaziergang musste Pat. sich sehr oft ausruhen, verlangte schliesslich, sie wollte mit ihrem Mann allein weitergehen. Gegen Abend beruhigte sich Pat. wieder. Am nächsten Morgen sehr erregt; hatte die Vorstellung, die Wärterin habe sie schlecht behandelt, sei schroff gegen sie gewesen; auf Zureden des Mannes trat wieder Beruhigung ein; Pat. blieb dann einige Zeit sich selbst überlassen; als nach ungefähr einer Stunde die Wärterin wieder ins Zimmer kam, fand sie Pat. und das Kind ausgezogen auf dem Bett liegend, die Augen geschlossen. Pat. rief: Wo ist mein Mann? Wo ist mein Junge? Mein Mann soll kommen usw. Nach ungefähr 2—3 Stunden schlug Pat. die Augen wieder auf, sprach mit der Umgebung geordnet, war nur etwas ängstlich; schien sonst normal zu sein; verhielt sich den Tag über und die folgende Nacht ruhig. Auch am folgenden Tage (Dienstag) zeigte Pat. nichts Auffälliges. In der Nacht vom Dienstag auf Mittwoch trat dann grosse Unruhe ein; Pat. stand oft auf, ging an das Bett des Kindes, an das des Mannes, in der Stube umher usw., sprach nicht dabei; von Sinnestäuschungen hat Ref. nichts bemerkt. Am nächsten Morgen schien Pat. dem Manne nicht mehr ganz normal zu sein; sie hatte die Idee, die Wärterin mache sie schlecht, verbreite das Gerücht, sie könne ihr Kind nicht ordentlich pflegen, verstehe es nicht. Beunruhigte sich, sie könne ihrem Kind nicht genügend Nahrung geben. Sprach bei der Unterhaltung nur über dieses Thema.

Pat. wurde von dieser Zeit an teilnahmslos gegen ihre ganze Umgebung, beachtete auch ihr Kind nicht mehr; ging am Wagen vorüber, ohne sich um das Kind zu kümmern, schien es vollständig vergessen zu haben. Redete die Umgebung nur mit Namen an, sprach sonst nicht. Auch mit dem Manne sprach sie fast gar nicht, schien ihn auch zeitweise nicht zu kennen. Aeusserte die Idee, sie würde von den Leuten schlecht gemacht, ihr Mann nähme sie nicht gehörig in Schutz, begünstige ihre Verfolger. Sagte zu ihrer Mutter, sie solle ihrem Manne nicht trauen, der habe die ganze Familie unglücklich gemacht. Stand nachts auf, schien Jemand im Zimmer zu sehen, rief: „Was wollen Sie hier?“ Glaubte einmal, der Arzt stände hinter der Tür, der Mann wolle es ihr nur nicht sagen. Wurde zuweilen sehr abweisend, schlug einmal dem Manne eine Tasse Milch aus der Hand, sagte, es sei etwas dazwischen. — Pat. nahm sehr wenig Nahrung; drehte meist, ohne etwas zu sagen, den Kopf ab; bei wiederholten Versuchen gelang es zuweilen, ihr etwas flüssige Nahrung einzufliessen. Nächte meist sehr unruhig; Schlafmittel, speziell Morphinum, blieben ohne Wirkung. Verdauung war bis Freitag gut, seit dieser Zeit keinen Stuhlgang gehabt. Menses waren früher stets in Ordnung. Während der Schwangerschaft träumte Pat. oft sehr lebhaft; glaubte sich in den Träumen verfolgt, stand dabei auf, sprach im Traum, antwortete im Traum dem Manne auf Fragen, war beim Erwachen dann die letzte Zeit sehr unruhig.

Selbstmordideen hat Pat. nie geäussert.

Anamnese: Abgegeben von der Mutter am 9. 11. Pat. früher nie ernstlich krank gewesen. Mit 17 Jahren zum ersten Male menstruiert; Menses regelmässig, häufig starker Blutverlust. In der Schule gut gelernt, war sehr ehrgeizig; konnte keinen Tadel vertragen; wurde gelegentlich eines unbedeutenden erhaltenen Tadels einmal in der Schule ohnmächtig; wusste mehrere Stunden nicht, wo sie war. Später bekam Pat. öfter aus geringen Anlässen, infolge Aergers meistens, Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf, mit den Händen um sich schlug und die Umgebung nicht zu kennen schien; hörte, was gesprochen wurde. Während der Ehe hat Pat. solche Anfälle nicht gehabt. Während Pat. im Elternhause leicht erregt und schwer zu lenken war, hat sie während der Verheiratung nichts derartiges gezeigt.

9. 11. Wurde gestern Abend 11 $\frac{1}{2}$  Uhr vom Manne gebracht; lässt sich mit geringem Widerstreben auf die Abtheilung bringen; gibt z. B. keine Antwort. Hält sich während der Nacht ruhig im Bett, schläft nicht. Hat heute Morgen 1 Becher Milch getrunken. Ist sehr abweisend und widerstrebend, gibt auf Aufforderung nicht die Hand, zeigt nicht die Zunge. Gibt auf Fragen, auch auf energisches Zureden, keine Antwort. Als sie auf dem Wege zum Klosett die Rapportbücher auf dem Tisch liegen sah, sagte sie: „Das hab ich doch nicht geschrieben“. Sonst bisher keine sprachliche Aeussderung. Der Gesichtsausdruck ist meist matt und gleichgültig, zuweilen nimmt er einen ängstlichen Charakter an; sie sitzt ruhig im Bett, nestelt mit den Händen am Bettzeug herum oder fasst an die Bettlehne. Auch die Beine werden zuweilen unruhig hin und herbewegt. Passiven Bewegungen setzt sie überall energischen

Widerstand entgegen. Nimmt an den Vorgängen der Umgebung anscheinend gar kein Interesse.

Status som. am 9. 11. Grösse und Gewicht konnte wegen heftigen Sträubens nicht festgestellt werden. Temperatur 37,1°. Pupillen etwas über mittelweit, gleich, rund. Reaktion auf Licht vorhanden. Konvergenzreaktion und Augenbewegungen nicht genau zu prüfen. Fazialis symmetrisch. Zunge wird nicht gezeigt. Racheninspektion nicht zugelassen. Reflexe der oberen Extremitäten wegen heftigen Spannens nicht auszulösen. Abdominal- und Patellarreflexe vorhanden. Fusssohlenreflex vorhanden (Zehen plantarwärts). Sensibilität nicht zu prüfen. Leichtes vasomotorisches Nachröten. Patientin ist von mittlerer Grösse, von etwas grazilem Körperbau. Muskulatur und Fettpolster etwas schwach entwickelt. Mammae noch geschwellt; auf Druck entleert sich beiderseits milchige Flüssigkeit. Lungen, soweit bei dem heftigen Sträuben festzustellen ist, ohne path. Befund. Herztöne leise. Puls etwa 120, etwas klein, regelmässig. Abdomen nicht genauer zu untersuchen. Urin: Reaktion schwer. Eiweiss: Leichte Trübung, keine Zylinder. Kein Zucker. Pat. hat während der Untersuchung nur einmal geäussert: „Lassen Sie mich doch los“. Als Ref. weggeht, ruft sie ihm ängstlich nach: „Lassen Sie mich doch heraus“.

10. 11. War gestern im 3 stündigen Dauerbad ruhig, wenig gegessen; hat gar nicht geschlafen; fast die ganze Nacht aufrecht im Bett gesessen, dabei vollkommen ruhig. Heute morgen sitzt Pat. in hockender Stellung im Bett, zupft mit den Händen an der Bettdecke herum oder greift nach der Bettlehne. Blickt mit zuweilen etwas ängstlichem Gesichtsdruk im Zimmer herum; es macht den Eindruck, als ob sie etwas sagen wollte, aber nur selten kommt es zu spontanen Äusserungen, wie z. B.: „Was habt Ihr mir getan?“ Pat. gibt auf Aufforderung nicht die Hand; setzt passiven Bewegungen heftigen Widerstand entgegen. Auf Befragen gibt Pat. keine Antwort.

14. 11. Verlässt heute mehrmals das Bett und drängt aus der Tür; lässt sich leicht wieder zurückführen. Seit gestern Menses.

16. 11. Heute morgen nicht mehr so widerstrebend; gibt bei der Visite die Hand. Half beim Bettmachen. Nimmt etwas besser Nahrung. Noch keine sprachlichen Äusserungen.

17. 11. Pat. isst seit gestern bei allen Mahlzeiten von selbst ausreichend. Scheint auf die Umgebung etwas mehr zu achten.

(Krank?) „Nein“.

Spontan: Ich will aufstehen.

(Wie lange hier?) „Das weiss ich nicht“.

Menses vorüber. Die am 16. 11. wegen einer im Verein mit der Blutung eingetretenen abendlichen Temperatursteigerung vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergab ganz normalen Genitalbefund.

17. 11. Versinkt nach kurzer Zeit wieder und antwortet nicht weiter. Wird im Laufe der Exploration wieder teilnahmlöser; sagt spontan: „Lassen Sie mich doch weggehen“.

19. 11. Pat. gibt heute, wenn auch zögernd, so doch auf die meisten

Fragen Antwort. Weiss nicht, wie lange sie hier ist; weiss aber, wer sie hergebracht hat. Fragt ängstlich, wo ihr Mann ist; als ihr gesagt wird: zuhause, fragt sie: „Wo zuhause?“

Als Pat. gesagt wird, sie sei in der Nervenklinik: „Das glauben Sie wohl selbst nicht, ich kenne solche Anstalt nicht“.

(Krank?) „Nein, ich war nicht krank; ich fühle mich ganz gut; ich möchte gern nach Hause“.

(Nicht Brief nach Hause schreiben?) „Ja, wo soll ich hinschreiben?“

(Wie alt ist Ihr Kind?) „Am 12. 10. geboren“ (richtig).

(Monat?) „November“.

(Datum?) „Weiss ich nicht“.

Macht im ganzen noch einen müden Eindruck, bringt die Antworten mühsam hervor, gibt auf Aufforderung die Hand. Bei passiven Bewegungen noch etwas widerstrebend.

20. 11. Gibt heute auf die meisten Fragen, wenn auch immer noch etwas zögernd, Auskunft, ist aber im ganzen etwas abweisend. Verlangt energisch, aufstehen zu dürfen. Weiss, dass sie den Arzt am Abend ihrer Aufnahme gesehen hat, weiss aber nicht, wo sie sich befindet. Sagt während der Unterhaltung öfter zum Arzt: „Das haben Sie gestern ja auch schon zu mir gesagt“ und ähnliches.

Spontan: „Warum haben Sie mir meinen Ring abgezogen?“

Auf Vorhalt, dass sich Pat. in Kiel befindet: „Dass wir hier in Kiel sind und wo wir sind, ist mir noch etwas unklar“.

21. 11. Zur Villa verlegt.

22. 11. Heute Besuch des Mannes. Sie erkundigt sich mit Interesse nach ihren Angehörigen, fragt nach ihrem Kinde. Erkundigt sich zweifelnd bei ihrem Manne, ob das hier auch Aerzte seien und ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde; es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

22. 11. Unterhält sich in durchaus geordneter Weise mit dem Arzt, ist in keiner Weise abweisend oder widerstrebend. Sagt auf Befragen, sie sei jetzt vollkommen überzeugt, dass sie sich in einer Kieler Klinik befinde, und dass sie es mit richtigen Aerzten zu tun habe. Anfangs sei ihr hier alles so merkwürdig vorgekommen; sie habe gar nicht gewusst, wo wie war; habe geglaubt, alle sollten umgebracht werden; zuhause habe sie geglaubt, Dr. Hansing wolle sie und ihre Familie umbringen; darüber sei sie ängstlich und aufgeregt geworden. Stimmen habe sie zuhause nicht gehört; hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören. Pat. nimmt gut Nahrung und schläft ohne Mittel.

26. 11. Aromat. Eisentinktur 3 mal tgl. 1 Esslöffel. Geht sehr gut. Hält sich vollkommen geordnet. Möchte gerne aufstehen. Aus den Mammae entleert sich keine Milch mehr.

30. 11. Pat. steht jetzt nachmittags einige Stunden auf, ist vollkommen geordnet, hat nur in ihrem ganzen Wesen etwas Albernies an sich. Ermüdet noch ziemlich schnell.

6. 12. Steht jetzt den ganzen Tag auf, beschäftigt sich mit Lesen, Briefschreiben und Handarbeiten, ist sehr guter Dinge, möchte gerne bald nach Hause. Sieht ein, dass sie krank war; glaubt, es sei durch Ueberanstrengung gekommen; spricht darüber ganz ruhig und geordnet.

11. 12. Geht sehr gut. Ist gleichmässiger Stimmung. Geht mit den anderen Damen spazieren usw.

16. 12. Pat. ist in letzter Zeit dauernd vollkommen geordnet, beschäftigt sich mit Handarbeiten, hat volle Krankheitseinsicht. Wird vom Manne nach Hause abgeholt.

2. Aufnahme: 12. 11. 1905. Entlassung: 8. 3. 1906.

Anamnese: Abgegeben vom Manne am 12. 11. 1905: Nach der Entlassung noch ziemlich erregt. Bekam ab und zu traurige Stimmungen. Hatte viel mit dem Weihnachtsfest zu tun. Später immer guter lustiger Stimmung. Februar-März 1904 allein nach Hamburg gereist. Bekam einen ihrer Anfälle. Lag 2 Stunden besinnungslos. Hatte Streit mit dem Bruder. Wird erregt, legt sich hin mit geschlossenen Augen, ruft nach Mann und Kind. Am nächsten Tag wieder gut, machte eine Kaffeegesellschaft mit. Mai 1904: Influenza. Hatte während derselben apathischen Zustand. Völlig teilnahmslos. Alles zitterte an ihr. Schief schlecht. Ging nach 4 Tagen wieder vorüber. Dann wieder ganz gesund. Vor  $3\frac{1}{2}$  Wochen Partus II. Gesunder Junge, normale Geburt, leicht, keine starke Blutung, Wochenbett normal. Stillte das Kind selbst bis heute, hatte anfangs viel Milch, dann wenig. 4. 11. Besuch von der Mutter. Schief schlecht. 6. 11. Abreise der Mutter. Pat. nachts sehr unruhig, „wühlte“. Phantasiert nicht. Hat traurige Stimmungen. Sagt, sei schlechte Frau, mache den Ihren Kummer, tue nichts. Isst noch ganz gut. Stuhlgang schlecht. Keine Suizidgedanken. Unterwegs unruhig. Versuch, aus dem Zug herauszuspringen. Ref. meint, es seien dieselben Symptome wie vor 2 Jahren, nur milder. Heute weinen und ausnehmend traurig. Behauptet, sie sei ganz gesund.

12. 11. Wird gegen 8 Uhr abends von ihrem Mann per Droschke gebracht. Geht ruhig auf die Abteilung. Zu Bett gebracht, verlangt sie fortwährend nach Hause, beruhigt sich jedoch bald. Schläft auf Schlafmittel ziemlich gut.

12. 11. Graziler Knochenbau. Schwächliche Muskulatur. Leidlich guter Ernährungszustand. Grösse: 1,51 m. Gewicht:  $53\frac{1}{2}$  kg. Temperatur: 37,8. Macht alle Augenblicke Anstalten, das Aertzezimmer zu verlassen. Behauptet, man habe sie nur zum Narren. Nach der Entlassung hier habe sie sich ganz wohl gefühl gefühlt, sei auch ganz lustig gewesen. Auf Befragen, seit wann sie so traurig sei, sagt sie nach längerem Zögern, sie sei ganz gesund, sie möchte aufstehen, sie möchte nach Hause. Weint. Gibt zu, traurige Gedanken gehabt zu haben. Oertlich und zeitlich gut orientiert. Gedrückter, weinerlicher Stimmung. Hat in ihrem ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da. Beantwortet die meisten ansie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme. Verhält sich der Untersuchung gegenüber ablehnend.

Pupillen unter mittelweit, gleich, rund. R. L. +. R. C. +. A. B. frei. Zunge wird nicht herausgestreckt. Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft. Patellarreflexe lebhaft. Zehen plantar. Gang sicher. Sprache, soweit zu prüfen, ohne Störung. Puls 80, regelmässig von mittlerer Spannung und Füllung. Herztöne leise, rein. Eingehende Untersuchung unmöglich, da von Patient abgelehnt. Urin: — Eiweiss, — Zucker. Zunge gerade, gering belegt. (Wie geht's im Kopf?) „Gut“. (Wie ist es seit damals gegangen?) „Ganz gut“. Antwortet nur sehr langsam, manchmal gar nicht. Isst mittags fast gar nichts. Verlangt nachmittags ein Buch zu lesen.

13.—14. 11. In der Nacht auf Schlafmittel ruhig geschlafen.

14. 11. Noch immer leicht gedrückter Stimmung. Liegt ruhig zu Bett. Hat noch immer in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes. Isst etwas besser. Tägliche Bäder.

14.—15. 11. In der Nacht auf Schlafmittel gut geschlafen.

15. 11. Erscheint heute etwas freier. Fragt, ob sie nicht nach Villa ober verlegt werden könne. Noch immer blutigen Ausfluss. Nach Villa II, zwischen 5 und 6 Uhr abends. Freut sich, wieder in Villa II zu sein. Liegt ruhig zu Bett.

16. 11. Geht morgens nach dem Klosett. Springt durch das Klosett-fenster auf den Hof. Schlägt mit dem Gesäss auf den Rasen auf. Als der Arzt kommt, liegt Pat. blass im Bett, fast pulslos, nicht bewusstlos. Auf Kampfer einspritzung (0,2) und Darreichung von Wein Puls etwas besser. Auf dem Dorsum manus links Schwellung und blaurote Verfärbung (Bluterguss). Am Gesäss oberflächliche Hautabschürfung. Frisches Blut. Auch in der Wäsche frisches Blut. Pat. klagt über heftige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Irgendwelche Verletzung an Schädel, an den langen Röhrenknochen, an den Rippen nicht nachzuweisen. Die Untersuchung (Dr. Nösske) ergibt eine Fraktur des Processus spinosus des III. Lendenwirbels. Deutliche Krepitation an der Stelle nachweisbar, leichte Prominenz. Das rechte Bein wird aktiv etwas bewegt, ebenso der Fuss und die Zehen. Bewegungen im linken Bein nur minimal möglich, ebenso im Fuss. Besser die Bewegung der Zehen. Beiderseits kein Patellarreflex zu erzielen. Zehen schwach plantar. Keine Sensibilitätsstörung. Nach Baracke I. Ganz flach gelegt. Klagt andauernd über Schmerzen im Rücken, bittet um Schlafmittel. Erhält mittags 6 Par. Schläft darauf nur wenig. Puls abends regelmässig, kräftig, frequent. Bis abends noch kein Wasser gelassen, kein Stuhlgang. Aeussert am Abend auf Befragen, sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben. Sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen. Abends Morphium 0,005. Später nochmals Schlafmittel: 6 Pa. Lässt in der Nacht den Arzt rufen, weil sie vor Schmerzen nicht schlafen könne. Erhält nochmals 0,3 Veronal.

17. 11. Kein Urin. Kein Stuhlgang. Klagt immer noch über Schmerzen in der Wirbelsäule, die allerdings geringer sein sollen als gestern. Das rechte Bein wird wenig bewegt, das linke Bein fast gar nicht. Linker Fuss und Zehen gut beweglich. Sensibilität ohne Störung. Kein Babinski. Fragt den Arzt, ob ein Bein abgenommen werden müsse. Dann wieder, sie werde wohl nicht

besser werden, sie werde wohl ein Krüppel. Betont, sie möchte wieder gesund werden. Morphium 0,0075. Urin per Katheter entleert. Menge: 1000. Spez. Gewicht: 1032. Auf Kochprobe starker Eiweissniederschlag. 3 pro Mille nach Esbach. Kein Blut. Indoxyl +. Auf Glyzerinklystier Stuhlgang abends ins Bett. Nach Untersuchung von Dr. Nösske keine Krepitation mehr nachweisbar. Konsolidierung hat begonnen.

17.—18. 11. Auf 8 Pa. mit Unterbrechung geschlafen.

18. 11. Keine Schmerzen in der Wirbelsäule mehr. Klagt über kolikartige Magenschmerzen. Sei gestern vom Weintrinken benebelt gewesen. Wünscht dunkles Bier. Psychisch freier. Fragt, ob ihr Mann geschrieben habe. Schreibt an ihren Mann einige Zeilen. Kümmert sich um die Vorgänge in ihrer Umgebung. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes rechts 39 cm, links 39 cm. 10 cm. unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 28,5 cm, links 28,3 cm. Motilität, Sensibilität und Reflexe der Beine unverändert. Parästhesien: Kribbeln, taubes Gefühl in den Beinen. Urin per Katheter entleert. 350 Menge. 1030 spez. Gewicht. Sauer. O. i. O Sanguis. Albumen:  $< \frac{1}{4}$  pM. Kein Zylinder. Puls noch immer frequent. Stuhl angehalten.

18.—19. 11. In der Nacht trotz 0,75 Veronal schlecht geschlafen.

19. 11. Klagt über Schmerzen in den Kniekehlen. Watteunterlagen für Knie. Elektrischer Thermophor auf Blase. Gegen Mittag Urin spontan ins Bett. Beine können beiderseits von der Unterlage nicht erhoben werden. Füße und Zehen werden beiderseits etwas bewegt. Keine Sensibilitätsstörung. Lagewahrnehmung intakt. Patellarreflex beiderseits 0. Kein Babinski.

22. 11. Psychisch freier. Keine Schmerzen. Deutlich fühlbarer Gibbus an der Frakturstelle. Durch Wattepolster Gibbus etwas hohl gelagert. Leichter seröser Erguss im linken Kniegelenk. (Patella tanzt.) Beide Beine können von der Unterlage nicht erhoben werden, auch nicht im Knie gebeugt werden. Bei extremen intendierten Bewegungen erfolgen leichte Bewegungen durch Beckenverschiebung. Patellarreflexe 0. Abdominalreflexe 0. Kein Babinski. Keine Sensibilitätsstörung. Geringe Bewegungen in beiden Füßen und Zehen beiderseits möglich. Keine Parästhesien. Urinlassen spontan. Im Urin nur noch Spuren Albumen. Keine Zylinder.

24. 11. Schlaf trotz Schlafmittel vielfach unterbrochen. Geringer seröser Erguss auch im rechten Kniegelenk. Befund sonst unverändert. Beschäftigt sich mit Lesen.

29. 11. Psychisch freier, gute Stimmung. Füße können beiderseits aktiv besser bewegt werden, rechts mehr als links. Auch eine leichte Bewegung im rechten Knie sichtbar. Auf Aufforderung, die Beine anzuziehen, deutlich sichtbare Kontraktion der Adduktoren des Oberschenkels. Keine Patellarreflexe. Kein Babinski. Die Rückenlage im Bett durch Hohllagerung des Gibbus durch Wattepolsterung zunächst noch beibehalten. Urin zeigt nur noch geringe Opaleszenz. Schlaf auf Schlafmittel etwas besser.

1. 12. Mitunter leicht gedrückter Stimmung, macht sich Gedanken, dass ihr Leiden noch lange dauere und sie Weihnachten noch hier verleben müsse.



2. 12. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarandes rechts 39,5 cm, links 38,5 cm. 10 cm unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 30,0 cm, links 30,2.

10. 12. Psychisch andauernd frei. Guter Stimmung. Appetit gut, mitunter bekomme sie nach dem Essen Magenschmerzen. Urinfunktion in Ordnung, Urin eiweissfrei. Stuhlgang träge, durch Califig und Glycerinklystiere geregelt. Haut der Beine etwas trocken. Beiderseits noch leichter seröser Erguss im Kniegelenk. Die Beine erscheinen in toto leicht ödematös; Oedem nicht direkt nachweisbar. Die Motilität insofern etwas besser als das rechte Knie minimal gebeugt werden kann, so dass man mit der Hand zwischen Unterlage und Kniekehle hindurch kann. Das rechte Bein kann in toto angespannt und soweit gehoben werden, dass gerade ein Finger zwischen Unterlage und Ferse hindurch kann. Das linke Bein kann von der Unterlage nicht aufgehoben werden; man sieht links deutliche Kontraktion der Adduktoren des Oberschenkels. Beide Füße und sämtliche Zehen werden gut bewegt, rechts noch besser als links. Patellarreflex beiderseits auch bei Jendrassik 0. Sensibilität ohne Störung. Kein Babinski.

17. 12. Psychisch freier. Pat. ist imstande, das rechte Bein ungefähr 10 cm von der Unterlage emporzuheben, das linke etwas weniger. Patellarreflex fehlt.

19. 12. Leichtes Oedem am rechten Unterschenkel. Heute Bewegungsfähigkeit in den Beinen etwas schlechter als die Tage vorher.

21. 12. Bewegungsfähigkeit wieder besser.

27. 12. Rechtes Bein kann gestreckt etwa 15 cm von der Unterlage gehoben werden, es kann im Knie gebeugt werden und beim Beklopfen der Patellarsehne ist eine Kontraktion des Quadrizeps zu fühlen. Das linke Bein kann aktiv von der Unterlage nicht erhoben werden, nur ein leichtes Anziehen und geringe Beugung im Knie ist möglich. Bewegung im Fussgelenk rechts ganz frei, links nur noch wenig beschränkt. Passiv kann das linke Bein im Knie bewegt werden, ohne dass besondere Schmerzen geäussert werden.

30. 12. Patellarreflexe noch nicht auszulösen.

31. 12. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes rechts 37,7 cm, links 36,7 cm; 10 cm unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 29,3 cm, links 29,7 cm. Rechtes Bein bis 25 cm von der Unterlage erhoben.

2. 1. 1906. Patellarreflex rechts angedeutet.

8. 1. Von heute ab regelmässig Bad, Faradisieren. Faradische und galvanische Untersuchung der Muskeln und Nerven beider Beine ergibt normale Zuckungsformel, aber quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

17. 1. In den letzten Tagen war Baden und Faradisieren wegen der Menses abgesetzt. Als der Arzt vorsichtig nach der Ursache ihres Suizidversuches hier fragen will, weint sie und sagt, sie wolle nicht darüber sprechen. Gesprächsweise äussert sie der Schwester Gerda gegenüber folgendes: sie habe sich hier unten in der Baracke I schon sehr wohl gefühlt und keinerlei Selbstmordgedanken gehabt. Als sie nach Villa II verlegt wurde, habe sie sich zunächst gleich geängstigt vor einer Mitpatientin (Frau Dr. W.). Da sei ihr mit

einem Mal der Gedanke gekommen, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen. Sie hätte es aber nicht ausführen können, weil zu viel Menschen im Zimmer waren. In der Nacht vom 15./16. ohne trübe Gedanken geschlafen. Am 16. morgens sei ihr auch gut gewesen, ging um 9 Uhr aufs Klosett ohne Selbstmordgedanken. Hier öffnete sie das Fenster, um hinauszusehen. Da kam ihr plötzlich der Gedanke, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden, stieg aufs Klosett, dann aufs Fenster und stürzte sich hinaus. Von da an wisse sie nichts mehr, bis sie sich in ihrem Bett wiederfand.

22. 1. Allmähliche Zunahme der Bewegungsfähigkeit auch des linken Beins. Patellarreflex nur rechts auszulösen. Schmerzen im oberen Drittel des Ischiadikus beiderseits bei passiven Bewegungen. Seit gestern von Dr. Nösske Höherlegen des Kopfes angeordnet. Hat gestern eine kurze Zeit aufrecht im Bett gesessen, mit Heraushängen der Beine. Wirbelsäule dicht unterhalb des Gibbus druckempfindlich. Ist sehr lustig, scherzt viel mit den Oberinnen und ihrer Mitpatientin.

27. 1. Richtet sich heute allein auf und sitzt seitlich im Bett mit heraushängenden Beinen. Stützkorsett angemessen (Dr. Nösske). Geht im Zimmer einige Schritte auf und ab, an beiden Seiten unterstützt. Ist sehr erfreut darüber.

30. 1. Patellarreflex schwer auszulösen.

1. 2. Täglich kurze Gehversuche mit Unterstützung an beiden Seiten.

6. 2. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes rechts 40 cm, links 39,5 cm; 10 cm unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 29,3 cm, links 29,8 cm.

9. 2. In den letzten Tagen Patellarreflex links nicht auszulösen, auch bei Jendrassik nicht. Macht Gehübungen am Gehapparat. Geht auch einige Schritte allein. Linker Fuss stark nach auswärts gesetzt. Linkes Bein wird geschont. Bei extremen Beugungen (passiven) des gestreckten Beines beiderseits Schmerzen im Verlauf des obersten Drittels des Ischiadikus. Psychisch sehr heiter, ausgelassen, lacht viel, macht Witze und Spässe. Appetit gut. Schlaf ohne Schlafmittel gut.

10. 2. Nach Villa II.

16. 2. Muss wegen Menses zu Bett bleiben, weint deshalb. Nachher bei Besuch vergnügt, feiert Geburtstag, lacht viel. Am rechten Oberschenkel starke Herabsetzung des Schmerzgefühls. Tastgefühl stellenweise fast aufgehoben. Parese links stärker. Links an den Lendenwirbeln fühlt man einen starken Kallus, der druckempfindlich sein soll. Galvanisch findet sich an den Unterextremitäten überall gute Zuckung. Quadrizeps links 5, rechts 4 MA., Nervus peroneus links 1, rechts 1 MA., Musc. peroneus links 2, rechts 2 MA., Musc. tibialis anticus links 3, rechts 2 MA., Nervus tibialis links 2, rechts 3 MA., Gastrocnemius links 2, rechts 2 MA. Pat. kann am Gehapparat ganz gut gehen, schont noch das linke Bein.

23. 2. Auffallend heiter, lacht sehr viel. Sagt, sie könne nachts nicht schlafen, bittet um Schlafpulver. Macht alberne Gedichte.

2. 3. Nächte wechselnd. Stimmung sehr heiter. Gang zunehmend besser.

6. 3. Patellarreflex rechts deutlich, links nicht sicher. Beide Beine aktiv bis zum rechten Winkel erhoben. Beim Gehen im Korsett kein Fuss geschleppt. Vorderfläche des rechten Oberschenkels analgisch und stark hypästhetisch. Kein Babinski. Wirbelsäule im Lendenteil noch leicht druckempfindlich. Pat. ist heiter und hat keine Klagen, ausser dass das Korsett sie behindert. Will nachts immer noch Schlafpulver am Bett hingestellt haben. Drängt auf Entlassung. Volle Krankheitseinsicht.

8. 3. Vom Mann abgeholt, „geheilt“ entlassen. Sagt beim Fortgehen, sie habe Ausfluss, ob das nicht behandelt werden müsse? Vorher nie geklagt.

Am 5. 12. 1907 erhob der Redakteur C. S. Klage gegen den Fiskus auf Zahlung von 6110,79 M. nebst 4 pCt. Zinsen seit Klagezustellung.

Es wurde am 30. 3. 1908 beschlossen, Beweis zu erheben darüber, ob der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, Frau Agathe S. in I., die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14. 11. 1905 ein derartiger war, dass man es nicht für gefährlich erachten konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, oder damals noch, namentlich mit Rücksicht darauf, dass Frau S. am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, die Gefahr nahe lag, dass sie Selbstmord verüben könne.

Es fanden die Vernehmungen der Aerzte statt.

Dr. Flatau gab bei seiner Vernehmung am 14. 5. 1908 folgendes an: Soweit ich mich noch erinnern kann, war der Zustand der Frau S. am 14. 11. 1905 ein derartiger, dass man es wagen konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen. Der Zustand muss ein derartiger gewesen sein, weil sonst diese Verlegung von Herrn Geh.-Rat Siemering nicht angeordnet worden wäre. Der Ehemann, also Kläger, hatte, wie ich mich erinnere, auf die Verlegung nach dem offenen Hause mit der eleganteren Einrichtung, angenehmeren Umgebung und freieren Behandlung gedrängt. Doch wäre dieser Punkt für die Verlegung allein nie bestimmend oder gar ausschlaggebend gewesen; geschweige denn, wenn man einen Selbstmordversuch der Kranken noch geargwöhnt hätte. Als Beweis dafür, wie sorgfältig man an der Kieler Klinik bei der Verlegung von Patienten aus der Wachabteilung nach dem offenen Hause verfuhr, führe ich an, dass derartige Verlegungen nur von dem Direktor oder Oberarzt der Klinik angeordnet wurden. Der Stationsarzt der in der 2. Etage gelegenen offenen Abteilung für Kranke 1. und 2. Klasse war der Oberarzt, also der erfahrenste der Assistenten, der seinerseits jederzeit, wenn notwendig, Kranke wieder nach der Wachabteilung zurückverlegte. Der Versuch der Frau, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, braucht nicht unbedingt in selbstmörderischer Absicht unternommen worden zu sein, ob er nicht vielmehr aus der Angst und dem Widerwillen heraus, wieder nach der Klinik verbracht zu werden, entstanden sein mag, vermag ich heute nicht mehr anzugeben, da mir die Einzelheiten der Vorgeschichte der letzten Erkrankung aus dem Gedächtnis entschwunden sind.

Ich will nicht unterlassen zu erwähnen, dass ich am 22. 8. 1906, an

welchem Tage ich in I. vor der Strafkammer des Amtsgerichts als Sachverständiger in einem Brandstiftungsprozess zu tun hatte, den Kläger und dessen Gattin in ihrem Haus besuchte. Ich fand Frau S. ganz wohl aussehend, in allerbesten vergnügtester Stimmung, ich sah sie per Rad nach Hause kommen vom Schwimmen oder Baden. Beide Ehegatten sprachen sich ganz befriedigt über den damaligen Gesundheitszustand der Frau S. aus.

Bei der Vernehmung am 27. 6. 1903 gab Geh.-Rat Siemerling an: Die Ehefrau des Klägers war bereits im Jahre 1903 in der Nervenklinik untergebracht, aus Anlass einer ängstlichen Verstimmung, die sich auch damals an das Wochenbett angeschlossen hatte. Sie erholte sich aber damals sehr schnell, so dass sie schon nach kurzer Zeit als geheilt entlassen werden konnte. Am 7. 11. 1905 war dann der Kläger persönlich bei mir behufs Besprechung wegen der abermaligen Aufnahme seiner Ehefrau in die Anstalt. Er teilte mir entweder damals oder am 12. 11., als er mir seine Frau selber brachte, mit, dass seine Frau in der Zwischenzeit geistig durchaus normal gewesen sei, abgesehen davon, dass ab und zu traurige Verstimmungen eingetreten seien. Die jetzige Gemütskrankheit habe sich wiederum an das Wochenbett angeschlossen, sei aber weniger schlimm („milder“) als das vorige Mal. Er erwähnte, als er seine Frau herbrachte, auch noch, dass dieselbe auch keine Selbstmordideen an den Tag gelegt habe, abgesehen davon, dass sie während der Hertaft aus dem Eisenbahnzuge habe herausspringen wollen. Ich meine auch, kann mich dessen aber nicht bestimmt entsinnen, dass er damals den Wunsch geäußert hat, seine Frau möchte sobald als möglich aus der Ueberwachungsstation in die sogenannte Villa gebracht werden. Die Ueberwachungsstation besteht aus 2 Sälen, einer Anzahl anschliessender Zimmer und Nebenräumen. Sie liegt zu ebener Erde und die Fenster sind so eingerichtet, dass ein Entweichen aus denselben nur mit erheblicher Kraftanstrengung möglich ist. Die sogenannte Villa (das offene Haus) ist ein hiervon getrennt liegendes Gebäude, in welchem die Krankenzimmer für die Kranken 1. und 2. Klasse sämtlich eine Treppe hoch liegen. Hier befinden sich gewöhnliche Fenster ohne besondere Schutzvorrichtungen. Die Frau S. wurde zunächst in der Ueberwachungsstation untergebracht und, wie ich annehme, anfänglich in einem der erwähnten Säle. Dann aber kam sie in eines der zu der Ueberwachungsstation gehörenden einzelnen Zimmer. Ihr Befinden besserte sich wiederum sehr schnell. Sie wurde sehr bald ruhig und zeigte insbesondere keine Anzeichen, die auf Selbstmordideen hindeuteten. Zugleich drängte sie sehr darauf, aus der Ueberwachungsstation in die sogenannte Villa überführt zu werden, weil die Räume dort angenehmer sind als in der Ueberwachungsstation, auch die ganze Umgebung dort ruhiger ist. Insbesondere ist auch in den Einzelzimmern der Ueberwachungsstation vielfach Geschrei von anderen Patienten zu hören, was in der sogenannten Villa wegfällt.

Am 15. 11. (nicht 14.) äusserte die Frau S., die sich damals jedenfalls bereits in einem Einzelzimmer befand, bei der Visite persönlich zu mir den Wunsch, in die obere Villa verlegt zu werden. Mit Rücksicht auf die erwähnte Besserung ihres Zustandes hegte ich kein Bedenken, diesem Wunsche stattzugeben und es erfolgte darauf auf meine Anordnung am späteren Nachmittag

dieses Tages die Ueberführung der Frau in die Villa. Sie war insbesondere an diesem Morgen durchaus ruhig gewesen. Sie äusserte nach den vorhandenen Aufzeichnungen auch noch ihre Freude darüber, wieder in der Villa zu sein.

Möglich ist, dass der Kläger bei der erwähnten Gelegenheit lediglich den Wunsch ausgesprochen hatte, dass seine Frau möglichst bald aus dem allgemeinen Saal in ein besonderes Zimmer, nicht speziell in die sogenannte Villa, gebracht werden möge. Es ist mir auch nicht bestimmt erinnerlich, ob er, als er seine Frau brachte, mit mir persönlich oder mit Dr. F. gesprochen hat. Er ist alsbald wieder abgereist und wird keine Kenntnis davon erlangt haben, wie seine Frau demnächst, vor ihrer Ueberführung in die Villa, in ein Einzelzimmer der Ueberwachungsstation gebracht war. Die Angehörigen der Kranken äussern in der Regel den Wunsch, dass die Kranken baldmöglichst aus dem allgemeinen Saale in ein besonderes Zimmer, und, wenn sie die Verhältnisse näher kennen, auch, dass sie baldmöglichst in die sogenannte Villa gebracht werden.

Zur Zeit der Anordnung der Ueberführung der Frau S. in die Villa hielt ich die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen.

Unter dem 10. Mai 1908 erstattet Geh. Rat Flechsig-Leipzig folgendes

#### Gutachten.

In Sachen des Redakteurs S.

gegen den Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel erstatte ich auf Grundlage des Aktenmaterials ein Gutachten, indem ich mich darüber äussere, „ob der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, die am 12. November 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenklinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14. November 1905 ein derartiger war, dass man es nicht für gefährlich erachten konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, oder ob damals noch namentlich mit Rücksicht darauf, dass Frau S. am 12. November auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, die Gefahr nahe lag, dass sie einen Selbstmord verüben könne“ (A.-Bl. 25).

In der Klage wird geltend gemacht, dass die Ehefrau des Klägers im Jahre 1903 nach einer Entbindung von einer melancholischen Verstimmung befallen wurde und einige Zeit als vorübergehend geisteskrank in der Königlichen psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel behandelt wurde. Am 11. November 1905 wurde sie neuerlich vom Kläger der Klinik mit der Dr. F. gegenüber gemachten Angabe zugeführt, dass die Kranke auf der Fahrt nach Kiel wiederholt versucht habe, sich aus dem Eisenbahnzuge zu stürzen. Am nächsten Tage habe der Kläger über diesen Punkt noch mit Prof. Siemerling gesprochen, der ihm mitteilte, dass bei der Patientin ein Anfall von Schwermut vorliege, der

anscheinend nur leicht sei und in 2—3 Wochen gehoben sein werde. Am dritten Tag nach der Aufnahme stürzte sich Frau S. aus dem Fenster eines Klosetts und zog sich dadurch einen Bruch der Wirbelsäule zu. Für die Folgen dieser Tat machte der Kläger den Königlich Preussischen Fiskus verantwortlich, da er in der Unterbringung seiner Frau in einem offenen Hause ein Verschulden der Beamten der Klinik erblickte (A.-Bl. 1—16).

Seitens des Beklagten wird erklärt, dass ein Verschulden deshalb nicht anzunehmen sei, weil Frau S. in die modernen Anforderungen entsprechend eingerichtete offene Abteilung erst dann überführt wurde, nachdem sie sich beruhigt hatte und nach gewissenhafter sachverständiger Ueberzeugung der Aerzte kein Bedenken gegen die vom Kläger selbst gewünschte Verlegung vorlag (A.-Bl. 11—13).

Aus dem Berichte des Direktors der Klinik ist zu entnehmen, dass Frau S. zum ersten Mal wegen ängstlicher Erregung mit Sinnes-täuschungen in Behandlung der Klinik stand, sich schon 12 Tage nach der Aufnahme soweit beruhigt hatte, dass sie in die offene Abteilung verlegt werden konnte und am 16. Dezember 1903 als geheilt entlassen werden konnte. Nach ihrer Entlassung habe sie wiederholt an Anfällen trauriger Verstimmung gelitten, die jedoch immer rasch vorüber gingen. Bei der Aufnahme habe der Ehemann ausdrücklich erklärt, die Symptome seien milder wie bei der ersten Erkrankung, die Patientin habe zu Hause keine Selbstmordabsichten geäußert und nur unterwegs den Versuch gemacht, aus dem Zuge zu springen. In der Klinik habe Frau S. sich rasch wieder beruhigt und am 14. November einen so freien Eindruck gemacht, dass kein Bedenken gegen ihre Verlegung nach dem offenen Hause vorlag. Am Abend desselben Tages erschien sie ruhig und zufrieden und zeigte keine Spur ängstlicher Verstimmung, auch die Nacht verlief ruhig. Der Sprung aus dem Fenster sei in einem momentanen Anfälle von Angst geschehen, wie er später nicht mehr auftrat (A.-Bl. 14—15).

Dr. Flatau gibt bei seiner Vernehmung an, dass der Zustand der Frau S. am 14. November ein derartiger war, dass man es „wagen“ konnte, sie aus der Ueberwachungsstation ins offene Haus zu führen; zum Beweise beruft er sich auf Prof. Siemerling, auf dessen Anordnung die Verlegung geschah; auch weist er daraufhin, dass der Versuch von Frau S., auf der Fahrt aus dem Eisenbahnzuge zu springen, nicht in selbstmörderischer Absicht geschehen sein müsste, er könnte wohl auch aus Angst und Widerwillen, nach der Klinik gebracht zu werden, unternommen worden sein (A.-Bl. 31).

Prof. Siemerling erklärt auch bei seiner Vernehmung als Zeuge (Bl. 38 fg.), dass das Befinden von Frau S. sich bei ihrem zweiten Auf-

enthalt in der Klinik sehr schnell besserte. Sie wurde sehr bald ruhig und zeigte insbesondere durchaus keine Anzeichen, die auf Selbstmordideen hindeuteten. Die Patientin habe sehr darauf gedrängt, aus der Ueberwachungsstation in die Villa überführt zu werden, weil die Räume dort angenehmer sind, als in der Ueberwachungsstation und die Umgebung dort ruhiger ist. Frau S. war am Tage der Ueberführung durchaus ruhig, so dass er keine Bedenken trug, sie in die Villa zu verlegen, worüber sie Freude äusserte. Er habe zur Zeit der Anordnung der Ueberführung von Frau S. in die Villa die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen gehalten (A.-Bl. 38—41).

Aus der während des zweiten Aufenthalts von Frau S. in der Kieler Klinik geführten Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass sie Februar bis März 1904 allein nach Hamburg gereist war, wo sie einen ihrer Anfälle bekam. Sie lag 2 Stunden besinnungslos, nachdem sie einen Streit mit dem Bruder gehabt hatte; sie legte sich mit geschlossenen Augen hin und rief nach dem Mann und Kind. Am nächsten Tage erschien sie wieder gut und machte eine Kaffeegesellschaft mit. Die Geburt erfolgte 3 1/2 Wochen vor der zweiten Aufnahme; sie war normal Patientin stillte selbst. Bei der Aufnahme am 12. November 1905 ging sie ruhig auf die Abteilung; zu Bett gebracht verlangte sie fortwährend nach Hause, beruhigte sich jedoch bald. Am 13. November machte die Kranke während der Untersuchung alle Augenblicke Anstalten, das Zimmer zu verlassen, und behauptete, man halte sie bloss zum Narren. Sie äusserte ganz gesund zu sein, wollte aufstehen und nach Hause gehen, weinte dabei. Oertlich und zeitlich erschien sie gut orientiert, war gedrückter Stimmung, hatte in ihrem Wesen etwas Starres, sass traumhaft da. Auf Fragen antwortete sie entweder gar nichts oder nur ganz kurz, mit leiser Stimme, ablehnend. Am 14. November lag sie ruhig im Bett, erschien noch immer gedrückter Stimmung, hatte in ihrem Wesen noch etwas Traumhaftes. Am 14. November erschien sie freier, am selben Tage wurde sie in die Villa verlegt, worüber sie sich freute. Am 16. November sprang sie morgens aus dem Klosett auf den Hof.

Bezüglich ihres Seelenzustandes unmittelbar vor dem Selbstmordversuch äusserte Frau S. nach der Krankengeschichte (Bl. 50b) wohl einem Arzt gegenüber: „sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben; sie sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen“. Später äusserte sie angeblich (Bl. 54) zu einer Krankenschwester, dass sie sich schon auf der Baracke sehr wohl fühlte und keinerlei Selbstmordgedanken hatte. Als sie auf die Villa verlegt wurde, habe sie sich gleich vor einer Mitpatientin geängstigt; da sei ihr mit einem Male

der Gedanke gekommen, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen, was sie aber in der Umgebung anderer nicht ausführen konnte. In der Nacht vom 15. auf den 16. habe sie ohne trübe Gedanken geschlafen, auch am 16. morgens sei ihr gut gewesen, ebenso sei sie ohne Selbstmordgedanken ins Klosett gegangen, als sie aber dort das Fenster öffnete, kam ihr plötzlich der Gedanke „sie müsse sterben, es könne sie ja doch kein Mensch leiden“.

Aus einem Zeugnisse des Dr. H. aus I. für die erste Aufnahme in die Klinik entnehmen wir, dass die Urgrossmutter geisteskrank war und ihre Mutter nervös ist. Ferner berichtet dieses Zeugnis, dass die erste Erkrankung im Jahre 1903 ganz akut im Anschluss an eine Aufregung auftrat. Die Kranke halluzinierte, glaubte, dass die Leute schlecht von ihr redeten, äusserte Beeinträchtigungsideen gegen die Wärterin. Sie war zeitweilig gehemmt, dann wieder erregt, wanderte ruhelos herum.

Nach Angabe des Mannes bei der ersten Aufnahme war auch der Vater der Patientin nervös. Vor der Verheiratung stand sie, als sie noch auf der Handelsakademie studierte, wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung. Sie war geistig ausserordentlich entwickelt. Mit Eltern und Verwandten hatte sie oft Streitigkeiten. Während der ersten Schwangerschaft träumte Patientin oft sehr lebhaft, glaubte sich im Traum verfolgt, stand dabei auf, sprach und beantwortete dem Manne aus dem Schlafe Fragen. Beim Erwachen war sie sehr unruhig. Die Mutter der Frau S. erzählte, dass sie in der Schule sehr ehrgeizig war, keinen Tadel vertragen konnte und einmal gelegentlich eines unbedeutenden Tadels in der Schule ohnmächtig wurde und dadurch einige Stunden nicht wusste, wo sie sich befand. Später bekam sie öfters aus geringen Anlässen meistens infolge Aergers Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf, mit den Händen um sich schlug, die Umgebung scheinbar nicht erkannte, aber hörte, was gesprochen wurde.

Von einem Selbstmord in der Familie der Frau S. ist nirgends etwas erwähnt, so dass eine angeborene familiäre Anlage zum Selbstmord, angeborene Schwäche des Selbsterhaltungstriebes nicht angenommen werden kann. Im Anfang ihres ersten Aufenthaltes in der Klinik erschien Frau S. verwirrt, ratlos, etwas ängstlich, zeitweilig war sie erregt, drängte fort und neigte zur Bildung von Wahnideen, die eine gewisse phantastische Färbung hatten. Melancholische Wahnvorstellungen, lebhaftes Angstaffekte und Selbstmordneigung traten in der damaligen Beobachtung überhaupt nicht hervor. Die Kranke gewann allmählich im Verlaufe von 14 Tagen die Orientierung und konnte nach 5 Wochen als geheilt entlassen werden.



Ein Urteil über die Zulässigkeit der Behandlungsweise, welche Frau S. in der Nervenlinik zu Klieel während ihres zweiten Aufenthaltes erfuhr, kann sich nur auf eine genaue Kenntnis der hier vorhandenen Krankheit gründen; tatsächlich kennen wir ja Krankheitszustände, bei denen das Ausserachtlassen strengster Ueberwachung des Patienten geradezu als Kunstfehler angesehen werden muss. Beziehungen zu derartigen Krankheitsbildern sind nicht nur durch den von Frau S. begangenen Selbstmord gegeben, sondern scheinen namentlich nach den vom Kläger besonders betonten Momenten vorzuliegen. Das in den Akten enthaltene, oben angeführte Tatsachenmaterial ist umfassend genug, um einen Einblick in das Wesen der von Frau S. 1905 durchgemachten Geisteskrankheit zu gestatten. Zur Charakterisierung ist es notwendig, zunächst eine Skizze der Gesamtpersönlichkeit und ihrer psychopathischen Zustände zu entwerfen.

Frau S. ist erblich belastet; ihre Urgrossmutter war geisteskrank, beide Eltern nervös. Intellektuell scheint sie sehr gut veranlagt, da sie eine höhere Fachschule besuchte und nach Angabe des Mannes geistig ausserordentlich entwickelt war. Freilich dürfte die geistige Entwicklung auf Kosten der körperlichen und nervösen erfolgt sein, denn wir hören, dass sie schon während ihrer Studien auf der Handelsakademie wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung stand. Psychopathische Züge lassen sich übrigens schon bis in die Kindheit verfolgen; denn wie die Mutter angab, konnte das ehrgeizige Mädchen keinen Tadel vertragen und fiel einmal, als man sie wegen einer geringfügigen Sache tadelte, in Ohnmacht. Auch traten die Anfälle, von denen wir beim vollentwickelten Individuum hören, schon in der Jugend auf; denn nach Angabe der Mutter warf sie sich, durch geringfügige Anlässe geärgert, zur Erde, schlug mit den Händen um sich herum, erkannte scheinbar die Umgebung nicht, hörte aber, was gesprochen wurde. Dass derartige Affektäusserungen, die ganz das Gepräge hysterischer Anfälle zeigen, keine ihre Heftigkeit entsprechende Nachhaltigkeit hatten, können wir aus der Angabe entnehmen, dass sie einmal schon am folgenden Tage nach einem solche Anfall, der 1904 im Anschluss an einen Streit mit dem Bruder auftrat, wieder heiter erschien und eine Kaffeegesellschaft mitmachte. Dass ein so veranlagtes Individuum in den Generationsphasen psychischen Schwankungen im besonderen Masse ausgesetzt ist, finden wir ohne weiteres begreiflich. Ein neuer psychopathischer Zug offenbart sich in der ersten Schwangerschaft, nämlich die Neigung, in somnambule Zustände zu verfallen. Frau S. träumte damals sehr lebhaft, sprach im Traume und antwortete aus dem Schlafe heraus auf Fragen ihres Mannes. Bezeichnenderweise bildet für

die erste Psychose, die nach der ersten Geburt auftrat, eine Aufregung das auslösende Moment. Auch die zweite Psychose, in der die verhängnisvolle Tat unternommen wurde, trat nach einer Geburt und vielleicht nach einer leichteren Gemütsbewegung (Abreise der Mutter?) auf.

Aus dieser Schilderung geht klar hervor, dass Frau S. eine degenerativ veranlagte psychopathische Persönlichkeit ist, die dazu neigt, in abnorme Bewusstseinszustände zu verfallen. Fast aus allen den erwähnten abnormen Zügen tritt uns ein für eine derartige Anlage charakteristisches Grundmoment entgegen, nämlich eine abnorme Eindrucksfähigkeit des Individuums. Schon in der Jugend reagierte Frau S. auf gewisse Eindrücke in ganz ungewöhnlicher, wenn auch keineswegs nachhaltiger Weise; verhältnismässig unbedeutende Ursachen führten bei ihr zu abnormen, ins Masslose gesteigerten Wirkungen. Geht man im besonderen auf die von ihr durchgemachten Psychosen ein, so findet man zunächst bei der ersten eine gewisse Anzahl von Symptomen: Halluzinationen, Erregungs-, aber auch Hemmungszustände, Angstaffekte, Wahnideen, insbesondere Beeinträchtigungsvorstellungen, Störung der Auffassung (Personen usw.); diese Erscheinungen lösen sich einander viel ab, ohne dass eine derselben dauernd das Krankheitsbild beherrschte. Es handelt sich um einen Krankheitszustand, wie wir ihn nur bei belasteten, der Anlage nach psychopathischen Individuen zu sehen gewohnt sind. Die zweite Attacke ist einfacher; Beeinträchtigungsideen treten allenthalben hervor, Andeutungen melancholischer Selbstanklagen werden in der Klinik nicht beobachtet. Dass sie vor der zweiten Zuführung einmal zu Hause geäußert hatte, sie sei eine schlechte Frau, mache den Ihrigen nur Kummer, tue nichts (Bl. 48 d. A.), weist ja auf vorübergehendes Auftauchen melancholischer Ideen hin, trägt aber doch zu sehr einen episodischen Charakter, als dass man den Gesamtzustand danach benennen bzw. auffassen könnte. Mit Sicherheit lässt sich bezüglich beider Geisteskrankheiten Frau S. sagen, dass sie nicht zu jenen gehörten, denen eine hartnäckige, andauernde Tendenz zum Selbstmorde wie bei Melancholie eigen ist und insofern eine unterbrochene Ueberwachung des Kranken unbedingt zur Pflicht machen. Wohl aber bestand eine gewisse Gefahr mit Rücksicht auf ihre abnorme Eindrucksfähigkeit (plötzlich ausgelöste heftige Affekte), wobei zu erwägen war, dass dieser Zug in dem besonderen Zustande, in dem sie sich damals befand, noch mehr Geltung gewinnen konnte. Die Kranke neigte ihrer ganzen Konstitution nach zu Affekthandlungen. Wir finden es daher begreiflich, dass die Aerzte der Kieler Klinik die Angabe des Mannes, seine Frau habe sich auf der Fahrt aus dem Eisenbahnzuge stürzen wollen, anders auffassten, als wie sie nach

Ansicht des Klägers hätte bewertet werden sollen. Bei einer an Melancholie leidenden Kranken hätte eine derartige Tat als Beweis für einen dauernden Selbstmorddrang aufgefasst werden müssen und zu entsprechender Vorsicht veranlasst. Bei Frau S. konnte sie als Ausdruck eines momentanen durch irgendeinen unliebsamen Eindruck (bevorstehende Internierung) ausgelösten Affekt angesehen werden. Ein derartiger Gedanke dürfte Dr. Flatau vorgeschwebt haben, als er bei seiner Vernehmung bemerkte, dass der Versuch von Frau S. bei der Fahrt wohl aus Angst und Widerwillen vor der Klinik geschehen sein konnte. Wir können ihm aber natürlich nicht recht geben, wenn er daraus folgert, dass der Versuch darum nicht in selbstmörderischer Absicht geschehen sein müsse, da sich ja beides nicht ausschliesst. Wie gestaltete sich nun die Wahrscheinlichkeit für einen Selbstmordversuch zur Zeit der Verlegung der Frau S. in das offene Haus?

Wir entnehmen der Krankengeschichte (und Prof. Siemerling gibt dasselbe bei seiner Vernehmung an), dass der Zustand der Kranken nach Einlieferung in die Klinik sich rasch gebessert hatte, dass die Patientin ruhiger und freier geworden war. Sie verlangte selbst in die Villa überführt zu werden, weil es dort angenehmer sei als auf der Wachstation. Diese Angabe allein müsste die Diagnose Melancholie widerlegen, da derartige Kranke auf ihre eigene Annehmlichkeit absolut nicht bedacht sind, sich vielmehr das schlechteste wünschen. Die Annahme aber, dass Frau S., als sie den Wunsch aussprach nach der offenen Villa verlegt zu werden, nur dissimulierte, also von vornherein den festen Plan, sich das Leben zu nehmen, hatte und die Aerzte mit jenem Wunsch nur zu täuschen versuchte, bis sie eine günstige Gelegenheit zum Selbstmord gefunden hätte, ist besonders nach der von ihr später der Krankenschwester gegebenen Motivierung (die Richtigkeit derselben vorausgesetzt) höchst unwahrscheinlich. Die Aerzte hatten tatsächlich keinen rechten Anlass, in ihre Angaben Zweifel zu setzen, und konnten sich sagen, dass bei dem ursprünglichen Widerwillen der Patientin gegen die Klinik ein derartiges Entgegenkommen und eine Erfüllung ihrer Wünsche den Krankheitszustand günstig beeinflussen würde, worauf ja schliesslich auch der Umstand hinwies, dass sie die Verlegung in die Villa freudig empfand. Die Ausführung des Selbstmordversuches ist ein neues Faktum und hat ihre besondere Ursache, die erst nach der Verlegung in die offene Abteilung sich geltend machte. Eine derartige Tat war nach dem Gesamtbestande vor der Verlegung in die Villa gewiss nicht auszuschliessen, aber nicht gerade wahrscheinlich und, um es nochmals zu betonen, durch das Krankheitsbild nicht unbedingt nahegelegt. In der Krankengeschichte ist nichts von Präkordial-

angst, heftigen Selbstvorwürfen u. dgl. bemerkt, wie sie gewöhnlich bei selbstmordsüchtigen Melancholikern sich finden. In der Klinik hat sie also höchstwahrscheinlich diese Symptome nicht gezeigt, wie ja auch die bei der ersten Erkrankung beobachteten Einzelercheinungen Melancholie ausgeschlossen und zur Bildung von Selbstmordideen nicht geführt hatten. Höchstwahrscheinlich hat Frau S. morgens auf dem Klosett einen plötzlichen Angstanfall gehabt, sie hat sich aber zu schwankend darüber geäußert, als dass man ein völlig klares Bild gewinnen könnte. Ihre Äußerungen geben zu mannigfachen Zweifeln Anlass. Es gibt nur äusserst wenig Menschen bzw. Geisteskranke, welche sich umbringen, weil ihnen der Gedanke kommt, es könne sie kein Mensch leiden.

Also auch wenn die Aerzte gewusst hätten, dass Frau S. dieser Gedanke kommen werde, hätten sie daraus schwerlich den Schluss gezogen, dass sie sich deshalb umbringen würde. Nun ist es aber eine heute durchaus geläufige wissenschaftliche Anschauung, mit Rücksicht auf das Wohlbefinden der Kranken und den Einfluss ihrer Umgebung auf ihr Geistesleben nicht summarisch jede Möglichkeit des Selbstmordes auszuschliessen, sondern nur da die lästige permanente Ueberwachung anzuwenden, wo eine grössere Wahrscheinlichkeit für die Neigung, wirklich zum Selbstmord zu schreiten, spricht. Eine grössere Wahrscheinlichkeit war aber bei Frau S. nach dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft zur Zeit ihrer Verlegung nach der Villa nicht notwendigerweise anzunehmen. Wollte man hiergegen einwenden, dass die Krankheit noch zu frisch war, als dass man den Versuch zu freier Behandlung hätte wagen dürfen, so ist darauf hinzuweisen, dass die Kranke sich früher häufig schon einen Tag nach schweren hysterischen Erregungszuständen wieder dauernd beruhigt hatte. Auch eine oder zwei Wochen später würde das Vorkommen eines Selbstmordversuches nicht mit Sicherheit auszuschliessen gewesen sein. Frau S. gehört zu den Naturen, welche auch in relativ gesunden Tagen vor einem plötzlichen Impuls zum Selbstmord nicht ganz sicher sind und von denen der Arzt, solange überhaupt keine Neigung zu Bewusstseinstrübungen infolge von Affekt besteht, niemals mit Sicherheit sagen kann: „Jetzt ist die Gefahr eines Selbstmordversuches vorüber“. Dieser Zeitpunkt ist tatsächlich überhaupt nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Derartige Naturen unternehmen durchschnittlich in angenehmerer Umgebung weniger leicht einen Selbstmord als in Situationen, welche sie aufregen. Die Verlegung in die offene Villa musste auch insofern ins Auge gefasst werden.

Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen, dass der Gesundheits-

zustand von Frau S. zur Zeit ihrer Verlegung kein derartiger war, dass man es unbedingt als gefährlich erachten musste, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen. Ein zuverlässiges Wartepersonal vorausgesetzt, kann die Behandlung derartiger Kranker in einer offenen Abteilung kaum prinzipiellen Bedenken unterliegen.

gez. Prof. Dr. Flechsig,  
Königlich Sächsischer Geheimrat.

Unter dem 27. 9. 1909 erging der Beweisbeschluss:

Es soll weiter Beweis darüber erhoben werden, ob unter Berücksichtigung der Krankengeschichten von 1903 — Bl. 73 — und von 1905 — Bl. 48 H —, sowie der Zeugenaussagen des Dr. Flatau — Bl. 31 f — und des Geheimrats Siemerling — Bl. 38 H — der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Universität zu Kiel aufgenommen war, am 14. 11. vom Standpunkt des Arztes als ein derartiger erscheinen musste, dass keine begründeten Bedenken mehr vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen und ob, insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau des Klägers am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, trotz des kurzen Aufenthalts der Ehefrau des Klägers in der Nervenlinik von den Aerzten nach Lage der Sache nicht mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste, durch Vernehmung eines weiteren gerichtlichen Sachverständigen, dessen Auswahl und Ernennung dem Berichterstatter übertragen wird.

Unter dem 30. 11. 1909 erstattete Physikus Dr. Erman in Hamburg folgendes Gutachten:

In der Klagesache des Redakteurs E. S. zu I. wider den Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel, vertreten durch den Universitätskurator in Kiel, beehre ich mich in Verfolg des Beweisbeschlusses vom 27. 9. d. Js. der Zivilkammer II des Königlichen Landgerichtes zu Kiel das Folgende zu berichten.

Ich beantworte die unter Beweis gestellten Fragen dahin:

1. dass unter Berücksichtigung der Krankengeschichten (Blatt 48 und 73 der Akten) sowie der Zeugenaussagen (Blatt 31 und 38 ff.) der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der

Universität zu Kiel aufgenommen war, am 15. 11. vom Standpunkt des Arztes aus als ein derartiger erscheinen musste, dass begründete Bedenken vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen,

2. dass insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau des Klägers am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, bei dem kurzen Aufenthalte der Ehefrau des Klägers in der Nervenklinik von den Aerzten nach Lage der Sache noch mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste.

Ich stütze diese meine Meinung durch die folgenden Darlegungen des Akteninhaltes.

Frau S. war melancholisch verstimmt, als sie am 12. 11. zum zweiten Male als Kranke in die Kieler Anstalt vom Ehemann eingebracht wurde. (In der Aussage des Herrn Prof. Dr. Siemerling — Blatt 38 — wird ihr Zustand „ängstliche Verstimmung“ genannt; und in dem Briefe, den Herr Professor Siemerling an Herrn Dr. Kröger am 29. 11. richtete — Seite 25 der Akte der Aufnahme der Frau S. — heisst es: „Bei Frau A. S. handelt es sich um eine im Wochenbett aufgetretene melancholische Verstimmung“).

Ueber die von dem Ehemann S. bei der Zuführung der Kranken in der Kieler Klinik gegebenen anamnестischen Daten verzeichnet die Krankengeschichte (Blatt 48/49) das Nachstehende:

Seine Frau sei vor 3 1/2 Wochen in regelmässiger Weise von ihrem zweiten Kinde entbunden worden und habe ein normales Wochenbett gehabt. Nachdem ihre Mutter am 4. 11. zum Besuch eingetroffen war, habe sie schlecht geschlafen. Nach der Abreise der Mutter am 6. 11. sei seine Frau Nachts sehr unruhig gewesen, habe im Bett „gewühlt“.

Sie phantasiere nicht, hätte (aber) traurige Stimmungen. Sagte, dass sie schlechte Frau sei — sie mache den Ihren Kummer — tue nichts.

Suizidgedanken habe sie nicht geäussert. Unterwegs im Zug habe sie den Versuch gemacht, aus dem Zug heraus zu springen. Heute weine sie und sei ausnehmend traurig.

Nach seiner Ansicht seien die Symptome der jetzigen Krankheit seiner Frau dieselben wie vor 2 Jahren, nur milder.

Dass dieses Urteil des Mannes über die gleichartige Form der Erkrankung seiner Frau in 1905 und 1903 ein zutreffendes war, ist aus den Daten der in 1903 geführten und als Anlage zu Blatt 75 der Akte vorliegenden Krankengeschichte zu ersehen. Zur Kennzeichnung der

damaligen ängstlichen Verstimmung der Frau S., ihrer Erscheinungsweise und ihrer tieferen Bedeutung sei folgendes aus der genannten Krankengeschichte hier referiert:

In dem Begleitschreiben vom 9. 11. 1903, welches der Dr. med. H. damals an die Direktion der Universitätsklinik bei der Aufnahme der Kranken richtete, heisst es: Frau S. ist an einer puerperalen Psychose erkrankt. Die Krankheit begann am letzten Montag, dem 2. 11. Die Krankheit äusserte sich zunächst in Halluzinationen; sie glaubte, die Menschen reden schlecht von ihr oder wollen ihr nicht wohl und ihr Mann schütze sie nicht vor den Leuten.

Depressionen wo sie mit leeren Blicken vor sich hinstarrte, wechselten mit aufgeregten Szenen, wo sie ruhelos im Zimmer umherwanderte. Nahrungsaufnahme wurde nahezu völlig verweigert und Frau S. sei auch nicht im Bett zu halten.

Der Ehemann seinerseits berichtete über das Verhalten seiner Frau vor der Einlieferung in die Klinik folgendes:

Seine Frau habe geäussert: Die Wärterin mache sie schlecht; dieselbe verbreite das Gerücht, sie könne ihr Kind nicht ordentlich pflegen; verstehe es nicht. Sie habe auch die Idee geäussert, sie werde von den Leuten schlecht gemacht, ihr Mann nehme sie nicht gehörig in Schutz, begünstige ihre Verfolger.

Sie sei zuweilen sehr abweisend gewesen und teilnahmslos gegen ihre ganze Umgebung. Sie hätte sehr wenig Nahrung genommen; hätte meist ohne etwas zu sagen den Kopf abgedreht; bei wiederholten Versuchen sei es zuweilen gelungen, ihr etwas flüssige Nahrung einzufliessen. Die Nächte seien meist sehr unruhig gewesen. Schlafmittel speziell Morphinum seien ohne jede Wirkung geblieben.

Der damalige Krankheitszustand der Frau S., der bei ihrer Einlieferung am 9. November sich in einem abweisenden und widerstrebenden Benehmen und durch Nichtsprechen und Nichtantwortgeben manifestierte und von einem matten und gleichgültigen und zuweilen ängstlichen Gesichtsausdruck begleitet war, hielt unter allmählichem Nachlass der Symptome etwa 12 Tage an.

Am 21. 11. wurde Frau S. zur Villa verlegt und nach einem am 22. 11. dort empfangenen Besuch ihres Mannes wurde sie teilnehmend und erwachte zur Erkenntnis und zur richtigen Beurteilung ihrer Umgebung. Die Eintragung der Krankengeschichte vom 22. 11. berichtet hierüber: Erkundigt sich zweifelt bei ihrem Manne, ob das hier auch Aerzte seien und ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde; es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

Von da ab (23. 11. 1903) nahm die Rekonvaleszenz, d. h. das

Erwachen der Vernunft und die Rückkehr zu einem geordneten Verhalten, so raschen und guten Fortgang, dass Frau S. schon am 16. 12. 1903 aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Sehr bemerkenswert ist das, was Frau S. laut Krankengeschichte über ihre Angstepfindungen und über ihre irren Gedanken in den ersten Wochen ihrer Krankheit auf Befragen am 23. 11. 1903 verlauten liess:

Sie sei — äusserte sie damals — jetzt vollkommen überzeugt, dass sie sich in einer Kieler Klinik befinde und dass sie es mit richtigen Aerzten zu tun habe. Anfangs sei ihr hier alles so merkwürdig vorgekommen, sie habe gar nicht gewusst, wo sie war; habe geglaubt, alle sollten umgebracht werden; zu Hause habe sie geglaubt, Dr. H. wolle sie und ihre Familie umbringen; darüber sei sie ängstlich und aufgeregt geworden. Stimmen habe sie zu Hause nicht gehört; hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören.

Wenn Frau S. diese vermutlich zutreffenden Mitteilungen nicht gemacht hätte, würde man aus ihrem Verhalten und aus ihren Aeusserungen, wie solche in der Krankengeschichte vom 9.—20. 11. aufgezeichnet sind — niemals auf diese Art und Stärke ihrer qualvollen wahnhaften Vorstellung geschlossen haben.

In ihrem Gesichtsausdruck und in ihrer Haltung lassen Kranke, wie Frau S., den sie beherrschenden traurigen Affekt zur Genüge erkennen, aber der Inhalt ihrer traurigen und ihr gesundes Selbstbewusstsein vernichtenden Gedanken bleibt dem Arzte verborgen, so lange der Kranke sie demselben nicht durch Worte verrät.

Deshalb sind und bleiben melancholisch verstimmte Personen, die nicht mehr Rede und Antwort stehen, in ihrem Verhalten schwer zu berechnende und wegen ihrer durch den traurigen Affekt des öfteren hervorgerufenen impulsiven Handlungen unsichere und einer genauen Ueberwachung bedürftige Anstaltskranke.

Wer die Aufzeichnung der Krankengeschichte der Frau S. über ihren zweiten Aufenthalt in der Kieler Anstalt nachliest (S. 48/49 der Akte) wird ohne weiteres erkennen, dass Frau S. in den Tagen vom 12.—15. 11. nichts geäussert hat, was ihren am 16. 11. dann verübten Selbstmordversuch überall angedeutet hätte.

Sie sprach sich über den Inhalt ihrer traurigen Gedanken im Jahre 1905 ebensowenig aus, wie im Jahre 1903.

Am 13. 11. gab sie nur zu, traurige Gedanken gehabt zu haben.

An diesem Tage wird in der Krankengeschichte ihr Wesen so charakterisiert: Sie hat in ihrem ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da.



Beantwortet die meisten an sie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme. Verhält sich der Untersuchung gegenüber ablehnend.

Am 14. 11. heisst es in der Krankengeschichte: Hat immer noch in ihrem Aeusseren etwas Traumbhaftes.

Am 15. 11. lautet die Eintragung: Erscheint etwas freier.

Sie fragt an, ob sie nicht nach Villa oben verlegt werden könne.

Zwischen 5 und 6 Uhr wird sie dann nach Villa II verlegt und freut sich, wieder in Villa II zu sein. Liegt ruhig im Bett.

Am 16. 11. geht Frau S. dann morgens nach dem Klosett, springt durch das Klosettfenster auf den Hof und schlägt mit dem Gesäss auf den Rasen auf

Der bei dem Sturz erlittene Bruch des Dornfortsatzes eines Lendenwirbels und eine Blutung in die Rückenwirbelhöhle zieht ein längeres Krankenlager nach sich, das glücklicherweise mit Herstellung endigt.

Ueber das Motiv ihres Sprunges aus dem Fenster befragt, äusserte Frau S. am Abend ihres Unfalltages (S. 50 der Akte): Sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei, zu leben. Sie sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen.

Wenn man berücksichtigt, dass Frau S. vor ihrer Aufnahme in die Kieler Klinik laut Bekundung des Mannes „traurige Stimmungen zu Hause in der Zeit vom 6.—12. 11. hatte und in denselben schon äusserte, dass sie eine schlechte Frau sei, dass sie den Ihrigen Kummer mache, dass sie nichts tue“, so wird das von ihr angegebene Motiv für ihren Selbstmordversuch nicht wohl anzuzweifeln sein.

War der Selbstmordversuch von ihr zu erwarten?

Mit Bestimmtheit ganz gewiss nicht; er hätte ausbleiben können, so gut wie er im Jahre 1903 bei der Kranken ausgeblieben ist und bei der grossen Mehrzahl ähnlich erkrankter Personen auch glücklicherweise ausbleibt.

Konnte und musste an sein mögliches Eintreten gedacht, seine tunliche Verhinderung, sei es durch Bewachung der Kranken, sei es durch ihre weitere Verpflegung in einem gesicherten Raum, im Auge behalten werden?

Ja, allgemein aus dem Grunde, dass bei derartigen melancholischen Kranken ein unvermuteter Selbstmordversuch immer in der Möglichkeit liegt und im besonderen bei der Frau S. deshalb, weil sie kurz zuvor, nämlich am 12. 11. bereits den Versuch gemacht hatte, aus dem fahrenden Eisenbahnzuge zu springen.

Dass dieser Versuch der Frau S., aus dem Zuge zu springen, nicht unbedingt in selbstmörderischer Absicht geschehen zu sein brauche, dass

er vielleicht der Angst und dem Widerwillen der Frau, in die Kieler Anstalt gebracht zu werden, entsprungen sei, hat der Zeuge Herr Dr. Flatau (S. 32) hervorgehoben. Diese Anschauung ist nach der weiteren Entwicklung des Falles der Frau S. nicht recht wahrscheinlich, aber sie ist gewiss haltbarer als jene im Eingang seines Berichtes von Herrn Dr. F. formulierte Erklärung, dass der Zustand der Frau S. bei der Verlegung notwendig kein gefahrdrohender (eine nähere Selbstmordgefahr in sich tragender) gewesen sein könne, weil andernfalls die Verlegung der Kranken von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling nicht angeordnet worden sein würde.

Aber wenn auch zugegeben ist, dass in 1905 Unklarheit über das wirkliche Motiv des versuchten Entspringens der Frau S. im Sinne des Herrn Dr. Flatau unter den behandelnden Aerzten der Kieler Anstalt vielleicht geherrscht hat und herrschen konnte, so verlangte es dennoch die notwendige Vorsicht bei der Unterbringung und bei der Beaufsichtigung der Kranken jenen Versuch als einen möglichen Selbstmordversuch zu berücksichtigen.

Dass solche Berücksichtigung des quaest. von dem Ehemann S. rapportierten Vorfalles eine ausreichende im Sinne der zur Begutachtung gestellten 2. Frage nicht gewesen ist, gilt mir als sicher.

Der Aufenthalt der Frau S. in der Klinik war auch andererseits noch zu kurz und ihr geistiger Krankheitszustand hatte sich in den ersten vier Tagen noch zu wenig geändert, um zur Zeit der Verlegung in das offene Haus die Gefahr eines Selbstmordversuches nicht mehr als naheliegend ausschliessen zu können.

Die am 15. November in die Krankengeschichte eingetragene Bemerkung: „Erscheint etwas freier“ begründet die erheblichsten Zweifel an der angenommenen ausreichenden Rückbildung der gemütskranken Verfassung der Frau S. und macht den vor ihr am 16. November ausgeführten abrupten Selbstmordversuch auch verständlich.

Selbstmordversuche von Kranken werden auch in den mit allen erdenklichen Schutzmitteln eingerichteten Irrenanstalten immer einmal vorkommen, aber wenn es richtig ist, dass die Fenster der Villa, in der Frau S. am 15. November abends verlegt wurde, völlig ungesichert waren, so passte solche Unterbringung für den Zustand der Frau S. nicht. Eine offene Behandlung von Geisteskranken ist schön und gut, aber sie muss sich in Grenzen halten; sie darf beispielsweise nicht kranken Personen, welche durch innerliche Angst und Verzweiflung und durch selbstquälende Selbstvorwürfe zum Selbstmord instigiert werden, Aufenthaltsräume anweisen, in denen unversicherte Fenster ihnen ein Hinausstürzen gestatten.

Die Gefahr, welche aus dem Nichtgesichertsein der Fenster in den Villen oder Villa der Kieler Anstalt für manche der dort behandelten Kranken resultieren kann, wird in der Akte S. bereits durch einen weiteren erfolgreichen Selbstmordversuch eines Patienten illustriert, und wenn der Unterzeichnete richtig informiert ist, so hat vor wenigen Monaten in der Kieler Anstalt eine einer Altonaer Familie gehörige geisteskrankte Dame ebenfalls durch Sturz aus dem Fenster ihrem Leben ein Ende gemacht.

gez. Dr. Erman, Physikus.

Nachstehende Erwiderung erfolgte unter dem 23. Dezember 1909:

Nach diesseitiger Auffassung erscheint es zweifelhaft, ob Herr Dr. Friedrich Bessel Erman als Physikus genügende praktische psychiatrische Erfahrungen besitzt, um die Erfordernisse eines Anstaltsbetriebs richtig zu würdigen. Seine Ausführungen sind zu allgemein theoretischer Art, um sie ohne weiteres auf die in Betracht kommenden Verhältnisse anwenden zu lassen. Insbesondere ist seiner Behauptung zu widersprechen, dass jede deprimierte Patientin, auch wenn sie freier geworden ist, ein für allemal unter dauernder Ueberwachung in gesicherten Räumen gehalten werden müsste.

Unter Aufstellung dieser höchst anfechtbaren Behauptung und mit dem ebenso viel zu allgemein gehaltenen Satze, dass „bei derartigen melancholischen Kranken ein unvermuteter Selbstmordversuch immer in der Möglichkeit liegt“, sucht Herr Dr. Erman zu beweisen, dass am 15. November 1905 an ein „mögliches“ Eintreten eines Selbstmordversuches bei Frau S. „gedacht werden konnte und musste“ — nicht einfach „musste“, wie es im Eingang seines Gutachtens bei Beantwortung der unter Beweis gestellten Fragen lautete. —

Zu den Hauptfortschritten der modernen Psychiatrie gehört das Bestreben, die Behandlung Geisteskranker im Interesse ihrer Heilung möglichst frei und ihrer Individualität angemessen zu gestalten. Gerade bei Frau S. hatte sich während ihres ersten Aufenthaltes in der Klinik dieses Prinzip glänzend bewährt. Freilich scheint Dr. Erman nach seinen Ausführungen dieser freieren Richtung wenig freundlich gegenüberzustehen. Soweit ich mich entsinne, haben auch bereits vor Jahren hinsichtlich der Beurteilung seelischer Zustände grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und der Direktion hiesiger Klinik sich herausgestellt, indem Herr Dr. Erman zwangsweise Unterbringung und Ueberwachung einer Dame in geschlossener Anstalt für geboten erachtete, bei der bei Beobachtung in der Klinik das Bestehen einer Geisteskrankheit überhaupt ausgeschlossen wurde.

gez. Siemerling.

Am 23. 2. 1910 wurde das nachstehende Zwischenurteil verkündet.

Im Namen des Königs!

In Sachen des Redakteurs E. S.

— Prozessbevollmächtigte: R.-A. Stobbe und Dr. Hennings in Kiel —  
gegen den

Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel, vertreten durch den  
Universitätskurator in Kiel,

Beklagten,

— Prozessbevollmächtigte: R.-A. J. R. Niese und Jessen in Kiel —  
wegen Schadenersatzes

hat die II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts in Kiel auf die mündliche Verhandlung vom 23. 2. 1910 unter Mitwirkung des Landgerichtsdirektors Geh. Justizrats Sander, des Landrichters Dr. Matthiessen und des Gerichtsassessors Haan für Recht erkannt:

Der Klaganspruch ist dem Grunde nach gerechtfertigt.

Tatbestand.

Die Ehefrau des Klägers, welche mit ihrem Ehemann in gesetzlichem Güterrecht lebt, wurde im Jahre 1903 nach der Entbindung von einer melancholischen Verstimmung befallen und auf einige Zeit als vorübergehend geisteskrank in der Königlichen Psychiatrischen und Nervenkllinik in Kiel ärztlich behandelt.

Am 12. 11. brachte der Kläger seine Frau, bei welcher nach der einige Wochen vorher erfolgten zweiten Entbindung ein Rückfall in dasselbe Leiden erfolgt war, wiederum dorthin. Sie wurde zuerst in die sog. Ueberwachungsstation untergebracht, aber bereits am 15. 11. 1905 auf Anordnung des Vorstehers der Nervenkllinik, Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Siemerling, in die sog. Villa, eine offene Station, überführt.

Hier machte die Ehefrau des Klägers am folgenden Morgen, am 16. 11., einen Selbstmordversuch, indem sie sich aus dem Klosettfenster stürzte, wobei sie sich einen Bruch der Lendenwirbelsäule zuzog.

Diese Tatsachen sind unter den Parteien ausser Streit.

Der Kläger macht für die Folgen dieses Unfalls den Beklagten verantwortlich und fragt vor:

Schon am 12. 11. 1905, als er seine Frau nach Kiel gebracht habe, habe letztere mehrfach versucht, sich in selbstmörderischer Absicht aus dem Zuge zu stürzen. Er habe dieses bei der Einlieferung sofort dem Assistenzarzt Dr. Flatau mitgeteilt, welcher es in den Krankheitsbericht diktiert habe. Er habe weiter gefragt, ob es nötig sei, dass seine Frau in den allgemeinen Krankensaal untergebracht werde, sie habe dort das letzte Mal üble Eindrücke gehabt, worauf Dr. Flatau erwidert habe, das sei nicht zu vermeiden, die Kranke müsse zunächst auf die Beobachtungsstation, wo stets Wache sei. Am nächsten Tage sei Geheimrat Siemerling in einer Aussprache mit ihm auf beide Punkte zurückgekommen. Er habe bemerkt, es sei ihm interessant, zu

hören, dass Frau S. versucht habe, sich aus dem Eisenbahnzuge zu stürzen, er bedauere, dass sie zunächst auf die Beobachtungsstation gebracht werden müsse, sobald ihr Zustand es erlaube, werde er ihr ein besonderes Zimmer anweisen; es liege eine Anwendung von Schwermut vor, die anscheinend nur leicht, und in 2—3 Wochen gehoben sein werde. Unter diesen Umständen sei ein Verschulden der Anstaltsbeamten darin zu erblicken, dass die Schwermütige, die soeben Selbstmord versucht gehabt habe, schon nach 3 Wochen in die offene Station und noch dazu in die erste Etage gebracht worden sei, zumal letztere auf einem so hohen Unterhause ruhe, dass sie die gewöhnliche Höhe eines zweiten Stockwerks erreiche. Es hätten auch in dem Erdgeschoss Zimmer zur Verfügung gestanden. Die Gefahr, dass die Kranke abermals einen Selbstmordversuch machen werde, habe noch sehr nahe gelegen. Auch sei ein Verschulden darin zu erblicken, dass die Klinik nicht mit den gebräuchlichsten Einrichtungen versehen sei, welche geeignet seien, derartige Unfälle zu verhüten. Es sei durchaus geboten, die Räume, in denen derartige Kranke sich aufhielten, insbesondere die Klosetts usw. mit Fenstern zu versehen, welche ein Herausspringen nicht zuliessen. Derartige Einrichtungen seien anderswo auch längst eingeführt. Für die Kieler Klinik habe hierzu um so mehr Grund vorgelegen, weil hier in den letzten Jahren wiederholt Kranke aus dem Fenster gesprungen seien. Infolge Bruchs der Wirbelsäule und eines Blutergusses in das Rückenmark sei bei seiner Frau eine Totallähmung aller Körperteile mit Ausnahme des Kopfes, des Halses, der Arme und der Hände eingetreten, die monatelang gedauert habe. Bis in den März 1906 habe die Gefahr einer dauernden Lähmung der Beine und einer Verkrüppelung des Rückgrats bestanden. Am 8. 3. 1906 sei seine Frau aus der Klinik entlassen worden, doch habe sie nur wenige Schritte gehen können und sonst gefahren werden müssen. Die Folge sei eine monatelange Kur gewesen, bestehend aus täglichen Bädern und Massage. Auch habe sie bis Anfang September 1906 einen Stützapparat tragen müssen. Noch jetzt seien die Folgen des Unfalls nicht völlig beseitigt. Er verlange daher von dem Beklagten Ersatz der ihm infolge des Unfalls erwachsenen, in der hiermit in bezug genommenen Aufstellung Bl. 6 und 7 der Akten berechneten Unkosten zum Gesamtbetrage von 2410,79 M., ferner fordere er für seine Frau zunächst einmal vom 1. 9. 1906 bis 31. 12. 1908 eine jährliche Rente von 300 M., zusammen also 700 M. Seine Frau sei seit dem Unfall sehr viel nervöser als früher und körperlich viel hilfälliger. Bei jeder häuslichen Verrichtung bekomme sie so starke Rückenschmerzen, dass sie bald davon abstecken müsse. Auch könne sie wegen der Schwäche keine grösseren Entfernungen zurücklegen. Dazu kämen häufige Krämpfe in den Beinen, sowie dauernde Taubheit in den Gefühlsnerven im rechten Oberschenkel. Infolge dieser Umstände könne sie den Hausstand nicht mehr wie früher selbständig versehen, müsse vielmehr alle Arbeiten, die sie sonst getan habe, dem Personal überlassen. Auch werde sie jährlich zur Kräftigung eines Badeaufenthalts bedürfen, damit sie nicht im Winter ganz zusammenklappe. Schliesslich habe sie bis Ende 1907 an Kopfschmerzen und Haarausfall gelitten, auch habe ihre Sehkraft gelitten. Unter diesen Umstän-

den sei eine Rente von 300 M. ein sehr mässiger Ersatz für die eingetretenen Bedürfnisse. Endlich fordere er und seine Frau auf Grund des § 847 des B.G.B. wegen desjenigen Schadens, der nicht Vermögensschaden sei, insbesondere als Schmerzensgeld einen Betrag von 3000 M.

Der Kläger beantragt daher,

den Beklagten kostenpflichtig zu verurteilen, an den Kläger 6110,79 M. nebst 4 pCt. p. a. Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen und das Urteil gegen Sicherheitsleistung für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen, das Urteil — eventuell gegen Sicherheitsleistung — für vorläufig vollstreckbar zu erklären, im Falle der Verurteilung dem Beklagten nachzulassen, durch Sicherheitsstellung die Vollstreckung abzuwenden.

Er bestreitet nicht, dass die Ehefrau des Klägers am 12. 11. 1905 auf der Fahrt nach Kiel versucht habe, sich in selbstmörderischer Absicht aus dem Zuge zu stürzen, trägt aber weiter vor: In der Klinik habe sich Frau S. rasch wieder beruhigt und schon am 14. 11. einen so freien Eindruck gemacht, dass keine Bedenken mehr vorgelegen haben, ihrem und des Klägers Drängen nachzugeben und sie, wie das erste Mal im Jahre 1903, aus der Ueberwachungsstation nach dem offenen Hause zu verlegen. Hier lägen die Zimmer 1. und 2. Klasse eine Treppe hoch, die Zimmer 3. Klasse im Erdgeschoss. Nach der Verlegung sei Frau S. munter und zufrieden erschienen und habe auch abends nach der Visite keine Spur von ängstlicher Verstimmung mehr gezeigt. Die Erregung sei scheinbar wieder abgelaufen gewesen. Auch die Nacht sei ruhig verlaufen. Am folgenden Morgen früh sei sie dann plötzlich aus dem Fenster des Klosetts gesprungen. Später habe sie angegeben, sie habe in einem momentanen Anfall von Angst gehandelt. Weitere derartige Anfälle seien niemals beobachtet worden. Besondere Schutzvorrichtungen an den Fenstern seien in allen Räumen der Ueberwachungsstation vorhanden, während sie in der offenen Station überall fehlten, um in den Patienten das der Heilung dienliche Gefühl völliger Freiheit hervorzurufen. Irgend ein Verschulden der Aerzte sei nicht ersichtlich, insbesondere nicht dargetan, dass sie schuldhaft der Kranken eine Behandlung hätten zu teil werden lassen, die nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung nicht gerechtfertigt gewesen sei. — Dass Frau S. infolge des Bruchs der Wirbelsäule längere Zeit in ärztlicher Behandlung gelegen, und dass ihr und dem Kläger infolgedessen ein Vermögensschaden erwachsen sei, werde nicht bestritten. Bemängelt werde aber die Höhe des verlangten Schadenersatzes und die Angemessenheit der Rente und des Schmerzensgeldes.

Der Kläger widerspricht diesen An- und Ausführungen.

Durch Beschluss des Gerichts ist die Verhandlung zunächst auf den Grund des Anspruchs beschränkt worden.

In Gemässheit der Beweisbeschlüsse vom 30. 3. 1908 und vom 27. 9. 1909 sind der Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität

Leipzig, Geheimrat Prof. Dr. Flechsig daselbst, und der Physikus Dr. Erman in Hamburg eidlich als Sachverständige vernommen worden.

Ihre schriftlichen Gutachten finden sich Bl. 90—100 und Bl. 130—134 der Akten und werden hier in Bezug genommen.

Ferner sind nach dem Beschlusse vom 30. 8. 1908 der Geheimrat Prof. Dr. Siemerling in Kiel und der Anstaltsarzt Dr. Flatau, jetzt Dresden, als Zeugen vernommen worden, auf deren eidliche Aussagen in den gerichtlichen Protokollen vom 14. 5. 1908 — Bl. 31f. — und vom 27. 6. 1908 — Bl. 38ff. — hier ebenfalls verwiesen wird.

Das Ergebnis der Beweisaufnahme ist von den Parteien vorgetragen, insbesondere auch die Krankengeschichte der Frau S. aus den Jahren 1903 und 1905 — Bl. 73, Bl. 48ff. — zum Gegenstande der Verhandlung gemacht worden.

Der Beklagte bemängelt das Gutachten des Dr. Erman, dessen Ausführungen zu theoretischer Art seien. Es bestünden Zweifel, ob dieser Sachverständige genügende praktische psychiatrische Erfahrungen besitze. Im einzelnen trägt er den Inhalt des Schriftsatzes vom 11. 2. 1910 vor — Bl. 137f. —, auf den verwiesen wird, und beantragt, als weitere Sachverständige den Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Cramer in Göttingen und den Direktor der städtischen Irrenanstalt in Lichtenberg bei Berlin, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Moeli, zu hören.

Der Kläger hält weiteren Sachverständigenbeweis nicht für erforderlich und die Bemängelung des Gutachtens des Dr. Erman für verfehlt. Eventuell beantragt er, ohne Vernehmung anderer Gutachter ein Obergutachten von der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin einzuholen.

#### Entscheidungsgründe.

Mit der Klage macht der Kläger sowohl eigene Ansprüche wie solche seiner Ehefrau geltend. Letztere Ansprüche kann er, da die Ehegatten unstreitig nach gesetzlichem Güterrecht leben, gemäss § 1380 des B.G.B. in eigenem Namen gerichtlich geltend machen.

Die rechtliche Beurteilung ist aber hinsichtlich der verschiedenen geltend gemachten Ansprüche eine verschiedene.

I. Soweit der Kläger eigene Schadenersatzansprüche erhebt, sind diese aus einem zwischen ihm und dem Beklagten geschlossenen Vertragsverhältnis rechtlich begründet. Der Kläger hat seine Ehefrau am 12. 11. 1905 in die staatliche psychiatrische und Nervenlinik zur ärztlichen Behandlung und Pflege gegen Entgelt gebracht und damit mit dem Beklagten einen Dienstvertrag im Sinne des § 611 des B. G. B. geschlossen. Zu den Pflichten, die der Beklagte durch diesen Vertrag übernommen hat, gehörte ausser der ärztlichen Behandlung auch die erforderliche Beaufsichtigung und Ueberwachung der Kranken. Er hatte insbesondere auch die nach Lage des Falles erforderlichen Massnahmen zu treffen, um körperliche Verletzungen der Kranken in der Anstalt sei es durch Angriffe Dritter oder durch eigene Selbstentleibungsversuche zu verhüten. Dem Beklagten lag es nach dem Vertrage ob, die Ehefrau des

Klägers in körperlich unversehrtem Zustande wieder aus der Klinik zu entlassen. Diese ihm nach dem Vertrage obliegende Leistung ist durch den Selbstmordversuch der Ehefrau des Klägers unmöglich geworden. Die Ehefrau des Klägers hat, während sie der Ueberwachungspflicht des Beklagten unterstand, sich schwere körperliche Schädigungen zugezogen. Nach der Beweisregel des § 282 des B. G. B. ist es daher Sache des Beklagten, zu beweisen, dass die Unmöglichkeit, die Ehefrau des Klägers ohne diese Schädigungen zu entlassen, nicht die Folge eines von ihm zu vertretenden Umstandes ist. Mit anderen Worten hat also der Beklagte gegenüber der Schadenersatzanforderung des Klägers wegen nicht gehöriger Erfüllung des Vertrages den Nachweis zu führen, dass der Selbstmordversuch der Ehefrau des Klägers nicht durch ein schuldhaftes Handeln seiner Aerzte oder seines Wachpersonals, für welches der Beklagte gemäss § 278 des B. G. B. in vollem Umfange aufzukommen hat, ermöglicht worden ist. Er hat insbesondere zu beweisen, dass die Ueberführung der Kranken in die offene Station trotz ihres einige Tage vorher auf der Reise gemachten Selbstmordversuches vom ärztlichen Standpunkt aus keinen begründeten Bedenken mehr unterlag, und dass mit einem erneuten Selbstmordversuch bei Anwendung pflichtgemässer Vorsicht und Sorgfalt nicht mehr zu rechnen war.

II. Anders liegt jedoch die Sache, soweit der Kläger weitere Ansprüche für seine Ehefrau, also fremde Ansprüche geltend macht. Seine Ehefrau stand zu dem Beklagten in keinem Vertragsverhältnis. Sie kann daher Ansprüche nur auf ausserkontraktliches Verschulden des Beklagten oder seiner Vertreter gründen. Nach den §§ 31, 89, Absatz 1 des B. G. B. ist der Staat für den Schaden verantwortlich, den ein verfassungsmässig berufener Vertreter durch eine in Ausführung der ihm zustehenden Verrichtungen begangene, zum Schadenersatz verpflichtende Handlung einem Dritten zufügt. Im vorliegenden Falle sieht der Kläger die zum Schadenersatz verpflichtende Handlung in einer angeblich schuldhaften Anordnung des Vorstehers der Nervenlinik, die Ehefrau des Klägers schon so kurze Zeit nach ihrer Einlieferung in die offene Villa zu überführen.

Diese Anordnung ist unstreitig von dem Vorsteher der staatlichen Anstalt, Geheimrat Dr. Siemerling, selbst getroffen worden. Es fragt sich daher, ob dieser als ein verfassungsmässig berufener Vertreter des Beklagten anzusehen ist, für welchen der Beklagte nach den §§ 31, 89, Abs. 1 des B. G. B. zu haften hat. Diese Frage muss bejaht werden. Das rechtliche Merkmal, dass die „verfassungsmässig berufenen Vertreter“ des Staates von den sonstigen Angestellten unterscheidet, ist ihre Berufung zur Tätigkeit innerhalb eines Geschäftsbereiches durch die die Verwaltungsorganisation regelnden Bestimmungen. (Vgl. R. G. Bd. 53. S. 276.)

Zum Begriff des verfassungsmässig berufenen Vertreters ist nicht erforderlich, dass die Person in allen Beziehungen zur Vertretung der juristischen Person berufen ist; es genügt, wenn sie auch nur in einer oder einzelnen Beziehungen die juristische Person im Wille vertritt. (Vergl. O. L. G. Bd. 5. S. 376.)



Das trifft auf den Vorsteher einer staatlichen Heilanstalt zu. Einem solchen ist innerhalb eines bestimmten Geschäftskreises eine selbständige leitende Stellung eingeräumt und er ist insoweit verfassungsmässig berufener Vertreter des Staates.

Vgl. ebenso speziell für den Leiter einer staatlichen Irrenanstalt O. B. G. Stuttgart im „Recht“. 1905. S. 563.

Danach würde eine Haftung des Beklagten für ein Verschulden des Geheimrats Siemerling im vorliegenden Falle gegeben sein, wenn durch ein solches der Ehefrau des Klägers ein Schaden erwachsen ist. Dass letztere den fraglichen Selbstmordversuch am 16. 11. 1905 nicht hätte vornehmen können, wenn sie noch über diesen Zeitpunkt hinaus in der Ueberwachungsstation zurückgehalten wäre, ist ohne weiteres anzunehmen. Der Selbstentleibungsversuch ist erst durch die Ueberführung in die freie Station ermöglicht worden. Für die Frage des Verschuldens liegt für die hier in Betracht kommenden ausserkontraktlichen Ansprüche die Verteilung der Beweislast aber anders. Hier muss der Kläger ein Verschulden des Anstaltsleiters nachweisen, also insbesondere den Beweis erbringen, dass die Ueberführung der Kranken in die offene Station am 15. 11. 1905 vom ärztlichen Standpunkt aus noch begründeten Bedenken unterlag und dass mit einem erneuten Selbstmordversuch der Kranken noch gerechnet werden musste.

Die ausserordentlichen Ansprüche, die der Kläger für seine Frau erhebt, nämlich auch eine Geldrente als Schadensersatz für die Vermehrung ihrer Bedürfnisse und auf ein angemessenes Schmerzensgeld, sind nach den §§ 843, 847 des B. G. B. an sich begründet.

Abgesehen von der frühen Ueberführung seiner Ehefrau in die sogenannte offene Station, hat der Kläger dem Beklagten noch zum Vorwurf gemacht, dass es in dieser offenen Station an den nötigen Vorrichtungen gefehlt habe, um den von seiner Frau ausgeführten Selbstmordversuch unmöglich zu machen. Hierin kann aber ein Verschulden nicht gefunden werden. Im Gegensatz zu der Ueberwachungsstation soll gerade die offene Station den Kranken den Eindruck völliger Freiheit gewähren. Sie sollen nicht durch Sicherheitsvorkehrungen irgendwelcher Art an ihre Krankheit erinnert werden und sich irgendwie in der Freiheit ihres Handelns beschränkt fühlen. Umsomehr muss aber verlangt werden, dass Kranke in diese freie Station erst überführt werden, wenn ihr Zustand die nötigen Garantien dafür bietet, dass sie von der ihnen eingeräumten Freiheit einen vernünftigen Gebrauch machen werden.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme muss aber als erwiesen angesehen werden, dass bei der Ueberführung der Ehefrau des Klägers in die offene Station seitens des Anstaltsleiters nicht mit der genügenden Sorgfalt und Vorsicht zu Werke gegangen ist. Die Gutachten der beiden vernommenen Sachverständigen weichen zwar in der Beurteilung des Grades des Verschuldens von einander ab. Zu der Feststellung, dass dem Anstaltsleiter aber überhaupt keine Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden könne, kommt auch der Sachverständige Dr. Flechsig nicht. Danach erscheint es jedenfalls als ausgeschlossen, den dem Beklagten gegenüber dem eigenen Anspruche des

Klägers aus dem Vertragsverhältnis gemäss § 232 des B. G. B. obliegenden Exkulpationsbeweis als erbracht anzusehen. Es ist aber auch sogar der im übrigen dem Kläger obliegende Beweis des Verschuldens als geführt zu erachten.

Der Sachverständige Dr. Flechsig führt aus, dass die Ehefrau des Klägers erheblich belastet gewesen sei und dass sie nach ihrer nervösen Veranlagung, insbesondere in den Generationsphasen, psychischen Schwankungen im besonderen Masse ausgesetzt sei. Sie habe ihrer ganzen Konstitution nach zu Affekthandlungen geneigt. Wenn ihre beiden Geisteskrankheiten im Jahre 1903 und 1905 auch nicht zu jenen gehörten, denen eine hartnäckige Tendenz zum Selbstmorde wie bei Melancholie eigen sei, so habe doch eine gewisse Gefahr mit Rücksicht auf ihre abnorme Eindrucksfähigkeit bestanden, wobei zu erwägen gewesen sei, dass dieser Zug in dem besonderen Zustande, in dem sie sich damals befunden habe, noch mehr Geltung habe gewinnen können. Der Versuch der Ehefrau des Klägers, sich während der Eisenbahnfahrt aus dem Wagen zu stürzen, habe bei einer an Melancholie leidenden Kranken als ein Beweis für einen dauernden Selbstmorddrang aufgefasst werden müssen. Bei Frau S. habe er als Ausdruck eines momentanen durch irgend einen unliebsamen Eindruck (bevorstehende Internierung) ausgelösten Affektes angesehen werden können. Ein Selbstmordversuch sei nach dem Gesamttatbestande vor der Verlegung in die Villa gewiss nicht auszuschliessen gewesen, sei aber nicht gerade wahrscheinlich und durch das Krankheitsbild nicht unbedingt nahe gelegt gewesen. Eine grössere Wahrscheinlichkeit für einen Selbstmordversuch sei nicht notwendiger Weise anzunehmen gewesen.

Bestimmter lässt sich das Gutachten des Sachverständigen Dr. Erman aus. Dieser Sachverständige führt aus, dass mit Bestimmtheit ganz gewiss ein Selbstmordversuch von der Ehefrau des Klägers bei ihrer Verlegung in die offene Station nicht zu erwarten gewesen sei. An sein mögliches Eintreten habe aber gedacht werden müssen, insbesondere mit Rücksicht auf den Versuch der Kranken, am 12. November 1905 aus dem fahrenden Eisenbahnzuge zu springen. Wenn auch Unklarheit darüber geherrscht haben könne, ob dieser Versuch gerade als Selbstmordversuch aufzufassen gewesen sei, so habe dennoch die notwendige Vorsicht bei der Unterbringung und bei der Beaufsichtigung der Kranken verlangt, jenen Versuch als einen möglichen Selbstmordversuch zu berücksichtigen. Der Aufenthalt der Frau S. in der Klinik sei noch zu kurz gewesen und ihr geistiger Krankheitszustand habe sich in den ersten 4 Tagen noch zu wenig geändert gehabt, um zur Zeit der Verlegung in das offene Haus die Gefahr eines Selbstmordversuches als nicht mehr naheliegend ausschliessen zu können. Die am 15. November in die Krankengeschichte eingetragene Bemerkung: „Erscheint etwas freier“ begründe die erheblichsten Zweifel an der angenommenen ausreichenden Rückbildung der gemütskranken Verfassung der Frau S. und mache den von ihr am 16. November ausgeführten abrupten Selbstmordversuch auch verständlich.

Nach diesem Gutachten, das von dem Gericht für durchaus überzeugend erachtet wird, ist zweifellos eine schuldhafta Ausserachtlassung der durch die

ärztliche Wissenschaft und Erfahrung gebotenen Vorsicht festzustellen. Diese Feststellung ist aber auch auf Grund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. Flechsig zu treffen. Der Sinn seiner Ausführungen geht doch nur dahin, dass dem Anstaltsleiter eine grobe Fahrlässigkeit nicht zur Last gelegt werden könne, dass aber auch nach seiner Ueberzeugung die frühe Ueberführung der Frau S. in die offene Station zum mindesten ein sehr gewagtes Experiment war, dass mit einem Selbstmordversuch immer noch gerechnet werden konnte und es vorsichtiger gewesen wäre, erst eine weitere Rückbildung der Krankheit in der Ueberwachungsstation abzuwarten. Die Schadenersatzpflicht des Beklagten setzt aber keineswegs eine grobe Fahrlässigkeit voraus. Sie ist vielmehr schon begründet, wenn überhaupt ein Verschulden des Anstaltsvorstehers und sei es auch nur ein geringes, festgestellt werden kann. Ein solches Verschulden ist aber auf Grund beider Gutachten als erwiesen anzunehmen. Bei Unterbringung der Kranken in der offenen Station am 15. November 1905 ist nicht hinreichend berücksichtigt worden, dass der Versuch der Frau S., sich aus dem Zuge zu stürzen, in selbstmörderischer Absicht vorgenommen sein konnte und deshalb die Gefahr eines erneuten Selbstmordversuches durch den Verlauf der Krankheit in den folgenden drei Tagen noch nicht mit hinreichender Sicherheit als aufgehoben angesehen werden durfte. Die erforderliche Vorsicht ist daher ausser Acht gelassen worden.

Sonach erscheint der Schadenersatzanspruch in allen Teilen dem Grunde nach gerechtfertigt.

Da der Anspruch auch dem Betrage nach streitig war, erschien es gemäss § 304 der Z. P. O. angezeigt, wie geschehen, über den Grund vorab zu entscheiden.

gez. Sander. Matthiessen. Haan.

Es wurde Berufung beim Oberlandesgericht eingelegt.

Nach dem Gerichtsbeschluss vom 28. Juni 1910 soll Beweis erhoben werden, ob die Ueberführung der Ehefrau des Klägers aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenklinik am 15. November 1905 vom ärztlichen Standpunkte aus keinem begründeten Bedenken unterlag.

Unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Fenster der offenen Station ohne besondere Sicherungen sind, dass eine ständige Bewachung der Kranken, insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand und dass dem die Ueberführung anordnenden Arzte bekannt war, dass die Kranke am 12. November 1905 auf der Fahrt nach Kiel versucht hatte, sich aus dem Eisenbahnabteil zu stürzen.

Durch Einziehung eines Obergutachtens der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin.

Das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten stellte am 26. September 1910 anheim, zunächst ein Gutachten des Medizinalkollegiums der Provinz Westfalen einzuholen.

Dieses erstattete unter dem 13. Januar 1911 folgendes

#### Gutachten.

Dem Königlichen Oberlandesgericht 2. Zivilsenat erstatten wir unter Bezugnahme auf das urschriftliche Schreiben vom 5. Oktober v. Js. und unter Rückgabe von 2 Bd. Akten das von uns erforderte Obergutachten darüber,

„ob die Ueberführung der Ehefrau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station vom ärztlichen Standpunkte aus keinen begründeten Bedenken unterlag unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Fenster der offenen Station ohne besondere Sicherungen sind, dass eine ständige Ueberwachung der Kranken, insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand und dass dem die Ueberführung anordnenden Arzte bekannt war, dass die Kranke am 11. November 1905 auf der Fahrt nach Kiel versucht hatte, sich aus dem Eisenbahnabteil zu stürzen“  
im Nachfolgenden ergebe.

#### Geschichtserzählung.

Der Redakteur E. S. in I. reichte am 5. 12. 1907 aus Anlass eines seitens seiner Frau in der Kieler Nervenlinik erlittenen Unfalls bei dem Königlichen Landgerichte die Klage gegen den preussischen Fiskus, vertreten durch den Universitätskurator in Kiel ein mit dem Antrage, diesen kostenpflichtig zu verurteilen. Als Begründung für seine Klage führte er an, dass seine Frau, die im Jahre 1903 nach einer Entbindung wegen einer melancholischen Verstimmung als vorübergehend geisteskrank in der Königlichen psychiatrischen und Nervenlinik behandelt sei, von ihm am 11. 11. 1905 der Anstalt wiederum habe zugeführt werden müssen. Dem Assistenzarzt Dr. Flatau habe er mitgeteilt, dass seine Frau auf der Fahrt wiederholt versucht habe, sich aus dem Zuge zu stürzen und habe er diesen auch befragt, ob seine Frau notwendig in den allgemeinen Krankensaal untergebracht werden müsse, da sie dort früher üble Eindrücke gehabt habe. Am folgenden Tage habe er darüber auch mit dem Professor Dr. Siemerling gesprochen, der ihm angegeben habe, dass bei der Patientin eine Anwendung von Schwermut vorliege, die anscheinend nur leicht sei und in 2—3 Wochen wieder gehoben sein werde. Professor Dr. Siemerling habe auch bemerkt, es sei ihm interessant zu hören, dass Frau S. versucht habe, sich aus dem Zuge zu stürzen und er bedaure, dass sie zunächst auf die Beobachtungsstation gebracht werden müsse, dass er ihr aber, sobald ihr Zustand es erlaube, ein besonderes Zimmer anweisen werde. Zwei Tage später sei seine Frau dann in das erste Stockwerk der Frauenvilla

gebracht, obwohl im Parterre Zimmer vorhanden waren, aber bereits am folgenden Tage habe sie sich aus dem Klosettfenster gestürzt und die Wirbelsäule gebrochen. Für die Folgen des Unfalles machte der Kläger den Königlich Preussischen Fiskus bzw. die Universität Kiel verantwortlich: ein Verschulden der Anstaltsbeamten sei darin zu erblicken, dass die Schwermütige, die soeben Selbstmord versucht habe, in die offene Villa und in den ersten Stock gebracht wurde, sodann aber ein Verschulden darin zu finden, dass die Klinik nicht mit den gebräuchlichen geeigneten Einrichtungen versehen sei, derartige Unfälle zu verhindern, da es geboten sei, Räume, in denen sich derartige Kranke ohne Aufsicht aufhalten, insbesondere Klosetts usw. mit Fenstern zu versehen, welche ein Herausspringen nicht zulassen.

Hiergegen nahm der Beklagte Stellung, indem er hervorhob, dass die psychiatrische Klinik in allen ihren Einrichtungen den Grundsätzen der modernen Psychiatrie entspreche, indem die Ueberwachungsstation mit allen Schutzvorrichtungen versehen sei, in der Abteilung für ruhige Kranke jedoch derartige Massnahmen aus guten Gründen vermieden seien. Ein Verschulden der Beamten liege ebenfalls nicht vor, da die Frau S. erst nach eingetretener Beruhigung in die Abteilung für ruhige Kranke überführt sei und da nach der gewissenhaften sachverständigen Ueberzeugung der Aerzte kein Bedenken mehr vorlag, dem Drängen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu verlegen, nachzugeben. Für die Aerzte habe durchaus keine Veranlassung zu der Befürchtung der Wiederholung eines Selbstmordversuches vorgelegen, da die Patientin sich beruhigt hatte.

Nach dem Berichte des Direktors der Königlichen psychiatrischen Klinik Professor Dr. Siemerling ist die Frau S. am 8. 11. 1903 das erste Mal in die Klinik aufgenommen: sie litt damals (nach ihrem ersten Wochenbett während des Stillens erkrankt) an einer ängstlichen Erregung mit Sinnestäuschungen, beruhigte sich bald, so dass sie am 20. oder 21. 11. (Bl. 72) nach der offenen Abteilung verlegt und am 16. 12. als geheilt entlassen werden konnte. Selbstmordideen hatte sie niemals geäussert. Nach ihrer Entlassung soll sie wiederholt an leichteren Anfällen trauriger Verstimmung gelitten haben, die jedoch immer rasch vorüber gingen.

Am 12. 11. 1905 wurde sie wieder zur Klinik gebracht, nachdem sie im Anschluss an ihre zweite Entbindung ungefähr die gleichen Symptome wie bei der ersten Aufnahme geboten hatte. Der Ehemann habe ausdrücklich erklärt, die Symptome seien milder wie bei der ersten Erkrankung gewesen, sie habe zu Hause keine Selbstmordideen geäussert, nur unterwegs habe sie den Versuch gemacht, aus dem Zuge zu springen.

In der Klinik habe sich die Frau S. rasch wieder beruhigt und am 14. 11. einen so freien Eindruck gemacht, dass kein Bedenken vorlag, ihrem und des Ehemanns Drängen nachzugeben und sie, wie das erste Mal, aus der Ueberwachungsstation nach dem offenen Hause zu verlegen, in dem die Zimmer 1. und 2. Klasse eine Treppe hoch liegen. Nach der Verlegung sei die Frau S. munter und zufrieden gewesen, habe keine Spur von ängstlicher Verstimmung gezeigt, am folgenden Morgen früh sei sie dann plötzlich aus dem Fenster des Klosetts gesprungen — wie später angegeben in einem momentanen Anfall von Angst — und habe sich einen Bruch der Lendenwirbelsäule zugezogen. Schutzeinrichtungen fehlten im offenen Hause im Klosett sowie an sämtlichen Fenstern, da sie hier wenig Zweck hätten, da keine dauernde Ueberwachung statthabe, die Kranken sich daher, wenn sie selbstmordsüchtig seien, auch sonst beschädigen könnten.

Der am 14. 5. 1908 vernommene Dr. Flatau gab an, dass der Zustand der Frau S. am 14. 11. 1905 ein derartiger war, dass man die Ueberführung aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus wagen konnte, andernfalls wäre diese Verlegung vom Geheimrat Professor Dr. Siemerling nicht angeordnet worden. Ein Selbstmordversuch der Kranken sei weder verargwöhnt noch erwartet: der frühere Versuch der Frau S., aus dem Eisenbahnzuge zu springen, brauche nicht unbedingt in selbstmörderischer Absicht unternommen worden zu sein, könne auch aus der Angst und dem Widerwillen, wieder nach der Klinik gebracht zu werden, entstanden sein.

Der Geheimrat Professor Dr. Siemerling bekundet bei seiner Vernehmung am 27. 6. 1908, dass der Ehemann S. ihm erklärt habe, dass seine Frau in der Zwischenzeit (seit dem 16. 12. 1903) geistig gesund gewesen sei, abgesehen von einigen ab und zu eingetretenen Verstimmungen. Die jetzige Gemütskrankung, infolge deren Frau S. am 12. 11. 1905 wieder aufgenommen sei, habe sich wiederum an das Wochenbett angeschlossen, sei aber weniger schlimm (milder) als das vorige Mal. Selbstmordideen habe sie nicht an den Tag gelegt, abgesehen davon, dass sie während der Herfahrt aus dem Eisenbahnzuge habe herausspringen wollen. Frau S. sei zunächst in der Ueberwachungsstation und zwar in einem Saale untergebracht, dann aber in eins der zur Ueberwachungsstation gehörigen einzelnen Zimmer gebracht. Ihr Befinden habe sich wiederum sehr schnell gebessert und habe sie durchaus keine Anzeichen gezeigt, die auf Selbstmordideen hindeuteten. Sie habe sehr darauf gedrängt, in die Villa überführt zu werden, weil die Räume dort angenehmer sind, auch die ganze Umgebung ruhiger ist als in der Ueberwachungsstation. Am 15. 11. habe die Frau S.,

„die sich damals jedenfalls bereits in einem Einzelzimmer befand“, ihm bei der Visite persönlich den Wunsch geäußert, in die obere Villa verlegt zu werden und habe er mit Rücksicht auf die eingetretene Besserung — „sie war insbesondere an diesem Morgen durchaus ruhig gewesen“ — kein Bedenken gehabt, diesem Wunsche nachzugeben. Auf seine Anordnung hin habe am Nachmittag dieses Tages die Verlegung dann stattgefunden, worüber die Frau S. sich gefreut habe. Zur Zeit der Anordnung der Ueberführung der Frau S. in die Villa habe er die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen angesehen.

Aus einem am 16. 11. 1905, am Tage des Unglücksfalles, vom Professor Dr. Siemerling an den Ehemann der Frau S. gerichteten Briefe heben wir u. a. folgendes hervor:

„Die Kranke hatte sich hier dauernd ruhig gehalten, keinerlei Erscheinungen von Angst oder Traurigkeit gezeigt, gut gegessen und geschlafen, so dass ihrem wiederholten dringenden Bitten, aus dem Wachsaaal nach der Villa verlegt zu werden, gestern nachgegeben wurde. Sie war sehr erfreut darüber, schlief die Nacht gut und trug auch heute Morgen ein vollkommen ruhiges und geordnetes Wesen zur Schau. Gegen  $\frac{3}{4}$  9 Uhr begab sie sich, als die Pflegerin gerade mit einer anderen Patientin beschäftigt war, auf das Klosett und sprang einen Stock hoch aus dem Fenster. . . . Auf Fragen nach dem Grunde ihrer Tat antwortete die Kranke nur, sie sei schlecht und habe Schuld“ . . . .

In einem am 17. 11. 1905 geschriebenen Briefe wird u. a. angegeben:

. . . . die Kranke verhält sich ruhig, ist völlig klar, aber leicht gedrückter Stimmung; sie hat selbst den Wunsch wieder gesund zu werden, während sie noch gestern als Grund für den Sprung angab, sie sei nicht wert zu leben, sei ihrem Manne und Kinde zu wenig gewesen.

Professor Dr. Siemerling bezeichnet in seinem an den Dr. Kr. zu I. gerichteten Brief vom 29. 11. 1905 die Erkrankungsform der Frau S. als „melancholische Verstimmung“.

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass Frau S. nach ihrer am 16. 12. 1903 erfolgten Entlassung aus der Klinik noch ziemlich erregt war, ab und zu traurige Stimmungen bekam, später jedoch immer guter und lustiger Dinge war. Während eines Aufenthaltes in Hamburg von Februar bis März 1904 bekam sie nach einem Streit mit ihrem Bruder einen ihrer Anfälle, lag 2 Stunden besinnungslos, war

leicht erregt, legte sich hin mit geschlossenen Augen; am folgenden Tage wieder gutes Befinden, machte eine Kaffeegesellschaft mit. — Während einer Influenza im Mai 1904 zeigte sie einen 4 Tage anhaltenden apathischen Zustand, „alles zitterte an ihr“, dann wieder ganz gesund. Gegen Mitte Oktober 1905 erfolgte die 2. Niederkunft normal, leicht: Frau S. stillte selbst. Nach einem Besuche der Mutter schlief sie vom 4./5. 11. schlecht, vom 6./7. 11. war sie nachts sehr unruhig, wühlte, hatte traurige Stimmungen, sagte, sie sei eine schlechte Frau, machte den Ihrigen Kummer, tue nichts, keine Suizidalgedanken. Am 11. 11. „heute Weinen und ausnehmend traurig“. Auf der Reise nach Kiel Versuch aus dem Zuge zu springen. Am 12. 11. wurde sie abends gegen 8 Uhr von ihrem Manne zur Klinik gebracht, verlangte, zu Bett gebracht, fortwährend nach Hause, beruhigte sich jedoch bald, schläft auf Schlafmittel gut.

Am 13. 11. ist angegeben: Macht alle Augenblicke Anstalten, das Aerztezimmer zu verlassen. Behauptet, man habe sie zum Narren . . . Sie gibt zu, traurige Gedanken gehabt zu haben. Oertlich und zeitlich gut orientiert. Bedrückte weinerliche Stimmung. Hat in ihrem ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da. Beantwortet die meisten an sie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme. Eingehende Untersuchung unmöglich, da von Patientin abgelehnt.

Vom 13./14. 11.: Auf Schlafmittel ruhig geschlafen.

Am 14. 11.: Noch immer leicht gedrückter Stimmung. Liegt ruhig zu Bett. Hat noch immer in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes. Isst etwas besser. Tägliche Bäder.

Vom 14./15. 11.: Auf Schlafmittel gut geschlafen.

Am 15. 11.: Erscheint heute etwas freier. Fragt, ob sie nicht nach Villa oben verlegt werden könne. — Nach Villa II zwischen 5—6 Uhr abends. Freut sich, wieder in der Villa zu sein. Liegt ruhig zu Bett.

Am 16. 11.: Geht morgens nach dem Klosett. Springt durch das Klosettfenster auf den Hof . . . Aeussert am Abend auf Befragen, sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben. Sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen.

Am 18. 11.: Psychisch freier. Fragt, ob ihr Mann geschrieben habe; schreibt ihrem Mann einige Zeilen. Kümmert sich um die Vorgänge in ihrer Umgebung.

Am 1. 12.: Mitunter leicht gedrückter Stimmung, macht sich Gedanken, dass ihr Leiden noch lange dauere.

Am 17. 1. 1906: Als der Arzt vorsichtig nach der Ursache ihres



Suizidversuches fragen will, weint sie und sagt, sie wolle nicht darüber sprechen.

Gesprächsweise äussert sie der Schwester Gerda gegenüber, sie habe sich hier unten in Baracke I schon sehr wohl gefühlt und keinerlei Selbstmordgedanken gehabt. Als sie nach Villa II verlegt wurde, habe sie sich zunächst gleich geängstigt vor einer Mitpatientin. Da sei ihr mit einem Male der Gedanke gekommen, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen. Sie hätte es aber nicht ausführen können, weil zu viel Menschen im Zimmer waren. In der Nacht vom 15./16. 11. 1905 habe sie ohne trübe Gedanken geschlafen. Am 16. 11. morgens sei ihr auch wieder gut gewesen, sie ging um 9 Uhr aufs Klosett ohne Selbstmordgedanken. Hier öffnete sie das Fenster, um hinauszusehen. Da kam ihr plötzlich der Gedanke, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden; stieg aufs Klosett, dann aufs Fenster und stürzte sich hinaus. Von da ab wisse sie nichts, bis sie sich in ihrem Bett wieder fand.

Am 9. 2. 1906: Psychisch sehr heiter, ausgelassen, lacht viel, macht Witze und Spässe.

Am 8. 3.: Geheilt entlassen.

Hinsichtlich der ersten Erkrankung im Jahre 1903 ergibt in sich inbezug auf die allgemeine Anamnese, dass Vater und Mutter der Frau S. nervös waren, eine Urgrossmutter an Schwermut gelitten hat. In der Schule hat sie gut gelernt, war sehr ehrgeizig, konnte keinen Tadel vertragen, wurde gelegentlich wegen eines geringen Tadels ohnmächtig. Später bekam sie häufig aus geringfügigen Anlässen, meistens infolge Aergers, Anfälle, in denen sie sich auf den Boden warf, mit den Händen um sich schlug, die Umgebung scheinbar nicht kannte, hörte, was gesprochen wurde. Vor ihrer Verheiratung war sie wegen ihrer Nervosität in Hamburg in ärztlicher Behandlung. Im Elternhaus leicht erregt und schwer zu lenken, mit Verwandten kam sie oft in Streitigkeiten, konnte sich wegen Kleinigkeiten tagelang aufregen. Während der Ehe sonst nichts Auffälliges.

Bl. 73. Am 12. 10. 1903 erstmalige Niederkunft, Entbindung leicht. Am 1. 11. 1903 infolge des erwarteten Besuches einer Freundin nachmittags sehr erregt, weinte dann viel, kümmerte sich um ihren Besuch wenig. Gegen Abend Beruhigung. Am folgenden Morgen sehr erregt, die Wärterin habe sie schlecht behandelt, sei schroff gegen sie gewesen. In der Nacht vom 3.—4. November grosse Unruhe, stand oft auf, ging umher, sprach nicht dabei; schien am 4. Morgens dem Manne nicht mehr normal zu sein; hatte die Idee, die Wärterin mache sie schlecht, beunruhigte sich, sie könne dem Kinde nicht genug Nahrung geben,

Wurde teilnahmslos gegen ihre ganze Umgebung, beachtete auch ihr Kind nicht mehr. Auch mit ihrem Manne sprach sie fast garnicht, schien ihn auch zeitweise nicht zu kennen. Aeusserte, sie werde von den Leuten schlecht gemacht, ihr Mann begünstige ihre Verfolger. Nahm sehr wenig Nahrung, Nächte sehr unruhig. Während der Schwangerschaft träumte sie oft sehr lebhaft, glaubte sich in den Träumen verfolgt, stand dabei auf, sprach im Traum, antwortete im Traume dem Manne auf Fragen. Selbstmordideen hat sie nie geäussert. Am 8.11.1903 wurde sie gegen 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr der psychiatrischen Klinik zu Kiel übergeben, aus der sie am 16. 11. 1903 wieder entlassen wurde. Aus der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass Frau S. bei der Aufnahme auf Befragen keine Antwort gab, während der Nacht nicht schlief, aber sich ruhig verhielt. Es ist dann weiter verzeichnet:

Am 9. 11. Sehr abweisend und widerstrebend, gibt nicht die Hand, zeigt nicht die Zunge. Gibt auch auf energisches Zureden keine Antwort. Der Gesichtsausdruck meist matt und gleichgültig, zuweilen nimmt er einen ängstlichen Charakter an, sie sitzt ruhig im Bett, nestelt mit den Händen an dem Bettzeug herum oder fasst an die Bettlehne. Passiven Bewegungen setzt sie überall energischen Widerstand entgegen. Nimmt an den Vorgängen in ihrer Umgebung anscheinend gar kein Interesse.

Am 10. 11. Hat garnicht geschlafen, fast die ganze Nacht aufrecht im Bett gesessen, dabei vollkommen ruhig. Heute Morgen sitzt sie in hockender Stellung im Bette, zupft mit den Händen an der Bettdecke. Blickt zuweilen mit etwas ängstlichem Gesichtsausdruck im Zimmer herum. Gibt auf Aufforderung die Hand, auf Befragen keine Antwort.

Am 14. 11. Verlässt heute mehrmals das Bett und drängt nach der Tür, lässt sich leicht wieder zurückführen.

Am 15. 11. Heute Morgen scheint sie nicht mehr so widerstrebend, gibt bei der Visite die Hand. Noch keine sprachlichen Aeusserungen.

Am 17. 11. Scheint auf die Umgebung etwas mehr zu achten.

Am 19. 11. Gibt heute wenn auch zögernd, doch auf die meisten Fragen Antwort. Weiss nicht, wo sie hier ist. {Macht im Ganzen noch einen müden Eindruck. Bringt die Antworten mühsam hervor. Bei passiven Bewegungen nicht mehr so widerstrebend.

Am 20. 11. Gibt heute auf die meisten Fragen, wenn auch immer noch etwas zögernd, Auskunft, ist aber im Ganzen etwas abweisend. Verlangt energisch aufstehen zu dürfen, weiss aber nicht, wo sie ist, „dass wir hier in Kiel sind und wo wir sind, ist, mir noch etwas unklar“.

Am 21. 11. Zur Villa verlegt.

Am 22. 11. Heute Besuch des Mannes. Erkundigt sich mit Interesse

nach ihren Angehörigen, fragt nach ihrem Kinde. Erkundigt sich zweifelnd bei ihrem Manne, ob das hier auch Aerzte seien und ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde, es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

Am 23. 11. Unterhält sich in durchaus geordneter Weise mit dem Arzte, ist in keiner Weise abweisend oder widerstrebend. Sagt auf Befragen, sie sei jetzt vollkommen überzeugt, dass sie sich in einer Kieler Klinik befinde, und dass sie es mit richtigen Aerzten zu tun habe. Stimmen habe sie zu Hause nicht gehört, hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören.

Am 16. 12. Ist in letzter Zeit dauernd vollkommen geordnet, hat volle Krankheitseinsicht. Wird heute noch abgeholt.

In der Sitzung der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu Kiel vom 4. 2. 1909 wurde dann beschlossen, den Prof. Dr. Flechsig zu Leipzig um ein Gutachten darüber zu ersuchen:

„ob der Geisteszustand der Ehefrau S. in I., die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14. 11. 1904 („am 15. 11. 1905“) ein derartiger war, dass man es nicht für gefährlich erachten konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen oder ob damals noch namentlich mit Rücksicht darauf, dass Frau S. am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, die Gefahr nahelag, dass sie einen Selbstmordversuch verüben könne“.

Diesem Ersuchen entsprach der Geh. Rat Prof. Dr. Flechsig in einem am 10. 5. 1909 erstatteten ausführlichem Gutachten, auf dessen Ausführung wir verweisen, und in dem er zu dem Schluss kommt:

„dass der Gesundheitszustand von Frau S. zur Zeit ihrer Verlegung kein derartiger war, dass man es unbedingt als gefährlich erachten musste, sie aus der Ueberwachungsstation in ein offenes Haus zu überführen. Ein zuverlässiges Wartepersonal vorausgesetzt kann die Behandlung derartiger Kranken in einer offenen Abteilung kaum prinzipiellen Bedenken unterliegen“.

In der Sitzung der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu Kiel vom 27. 9. 1909 wurde dann weiterhin beschlossen, Beweis darüber zu erheben.

„ob unter Berücksichtigung der Krankengeschichten von 1903 und 1905 sowie der Zeugenaussagen des Dr. Flatau und des

Geh.-Rats Dr. Siemerling der Gesundheitszustand der Frau S., die am 12. 11. 1906 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14.—15. 11. 1905 vom Standpunkte des Arztes aus als ein derartiger erscheinen musste, dass keine begründeten Bedenken mehr vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, und ob, insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau S. am 12. 11. 1905 auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, trotz des kurzen Aufenthalts der Ehefrau S. in der Nervenlinik von den Aerzten nach Lage der Sache nicht mehr mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste“.

Der in der Sitzung vom 21. 10. 1909 zum Beweissatze dieses Beschlusses zum Sachverständigen ernannte Physikus Dr. Erman in Hamburg kam in seinem am 30. 11. 1909 erstatteten Gutachten zu dem Schluss:

„dass I. der Gesundheitszustand der Frau S. am 15. 11. 1905 vom Standpunkte des Arztes aus als ein derartiger erscheinen musste, dass begründete Bedenken vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, und dass II. insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau S. am 12. 11. 1905 auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, bei kurzem Aufenthalt der pp. in der Nervenlinik von den Aerzten nach Lage der Sache noch mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste“.

Daraufhin wurde, indem wir auf die Ausführungen des Dr. Erman sowie auf die Gegenerklärung des Prof. Dr. Siemerling vom 23. 12. 1909 verweisen, in der Sitzung der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu Kiel vom 23. 2. 1910 das Zwischenurteil verkündet.

Der Klageanspruch ist dem Grunde nach gerechtfertigt.

Gegen dieses Urteil wurde seitens des Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel am 16. 4. 1910 Berufung eingelegt mit dem Antrag, unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Frage abzuweisen und das Urteil hinsichtlich der Kosten für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Nach der am 22. 4. 1910 erfolgten Begründung dieses Antrags und der am 10. 6. 1910 erfolgten Gegenerklärung des Berufungsbeklagten wurde vom Königlichen Oberlandesgericht zu Kiel in der Sitzung vom 4. 10. 1910 beschlossen, das Medizinalkollegium der Provinz Westfalen

um ein Obergutachten darüber zu ersuchen: „ob die Ueberführung der Frau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenlinik am 15. 11. 1905 vom ärztlichen Standpunkte aus keinen begründeten Bedenken unterlag unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Fenster der offenen Station ohne besondere Sicherungen sind, dass eine ständige Ueberwachung der Kranken insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand und dass dem die Ueberführung anordnenden Arzte bekannt war, dass die Kranke am 11. 11. 1905 (12. 11.?) auf der Fahrt nach Kiel versucht hatte, sich aus dem Eisenbahnabteil zu stürzen“.

#### Gutachten.

Nach den in den Akten erhaltenen Angaben ist die Frau S., deren Eltern als nervös und deren eine Urgrossmutter als geisteskrank bezeichnet werden, als neuropathisch belastet anzusehen: als Zeichen dieser Belastung sind die schon in früher Jugend bei ihr nachweisbare leichte Reizempfindlichkeit, plötzlicher Wechsel der Stimmung, die infolge geringen äusseren Anlasses sich einstellenden Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf und mit den Händen um sich schlug, sowie ihre spätere Nervosität, wegen deren sie während ihres Studiums auf der Handelsakademie zu Hamburg ärztlich behandelt wurde, anzuführen. Nach ihrer Verheiratung soll ihre Gemütsstimmung eine gleichmässiger geworden sein, aber während der ersten Schwangerschaft machten sich Zeichen bemerkbar, die ihre nervöse Konstitution wieder erkennen lassen, indem sie damals im Jahre 1903 in lebhaften Träumen sich verfolgt glaubte, dabei aufstand und im Traume auch ihrem Manne auf Fragen Antwort gab. Drei Wochen nach ihrer ersten Niederkunft, während des Laktationsgeschäftes, wurde Frau S. infolge eines sonst unbedeutenden äusseren Vorganges plötzlich erregt, bekundete sehr bald Beeinträchtigungsvorstellungen und verfiel dann in ein Depressionsstadium, das ihre Ueberführung in die psychiatrische Klinik zu Kiel am 8. 11. 1903 erforderlich machte. Der Krankheitszustand mit seinen allgemeinen Hemmungsvorgängen, sowohl auf dem psychischen wie motorischen Gebiet, verbunden mit sichtlichen Angstvorstellungen, nahm einen günstigen Verlauf, indem die Frau S. bereits nach 14 Tagen, am 21. 11. 1903, wenngleich noch unorientiert und in depressiven Wahnvorstellungen befangen, von der Ueberwachungsabteilung in die offene Villa verlegt und dann unter schnell zunehmender Erholung nach Verlauf von weiteren 3½ Wochen, am 16. 12. 1903, nach Hause abgeholt werden konnte. Nervöse Missstimmungen machten sich nach der Entlassung jedoch zunächst noch weiter bemerkbar, und wie schwankend ihr Verhalten, wie reizempfindlich sie noch war, ergibt sich aus den

in der Geschichtserzählung angeführten, im Jahre 1904 stattgehabten Vorgängen.

Etwa 3 Wochen nach ihrer zweiten, im Oktober 1905 erfolgten Niederkunft, während der Laktationszeit und im Anschluss an eine leichte Gemütsaufregung (Besuch und Abreise der Mutter) zeigte Frau S. am 7. 11. 1905 wiederum eine depressive Gemütsverstimmung, sie machte sich Selbstvorwürfe und wurde dann von ihrem Manne am 12. 11. abends der psychiatrischen Klinik wieder zugeführt. Der gesamte Krankheitszustand, der von Prof. Dr. Siemerling als „eine melancholische Verstimmung“ bezeichnet worden ist, lässt nach den in der Krankengeschichte enthaltenen Aufzeichnungen den Grundzug der Depression deutlich erkennen, hatte jedoch bei dem Fehlen erheblicher Hemmungserscheinungen einen bedeutend mildereren Charakter als die im Jahre 1903 überstandene Psychose und liess die Annahme einer günstigen Prognose um so mehr als berechtigt erscheinen, als die gleichfalls im Anschluss an das Wochenbett während der Laktation entstandene erstmalige Erkrankung trotz ihrer schweren Symptome einen verhältnismässig schnellen, guten Verlauf genommen hatte. Da die Depression am 15. 11. zu weichen schien, indem in der Krankengeschichte an diesem Tage „erscheint heute etwas freier“ verzeichnet ist, und da Frau S. am Morgen dieses Tages auch „durchaus ruhig“ sich verhalten hatte, so traf Professor Dr. Siemerling die Anordnung, die Frau S. ihrem Wunsche entsprechend am 15. 11. nachmittags in die Villa zu verlegen; hier stürzte sie sich am folgenden Morgen gegen 9 Uhr aus dem Fenster des Klosett- raums und zog sich einen Bruch der Wirbelsäule zu.

Dies vorausgeschickt bleibt nunmehr die Frage zu beantworten, ob die Verlegung der Frau S., die auf der Fahrt nach Kiel am 12. 11. versucht hatte, sich aus dem Zuge zu stürzen, in die offene Station, in der die Fenster ohne Sicherungen sind und auch eine beständige Ueberwachung, insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand, vom ärztlichen Standpunkt aus keinen begründeten Bedenken unterlag.

Bei der Erörterung dieser Frage muss zunächst die wissenschaftlich allgemein anerkannte Tatsache angeführt werden, dass an depressiven Stimmungen und Vorstellungen leidende Kranke ärztlicherseits besonderer Vorsichts- und Aufsichtsmassnahmen bedürfen, da derartige Kranke infolge plötzlich eintretender Angstzustände sehr leicht triebartig zu gefährlichen, sich schädigenden Handlungen schreiten können. Hiernach würde die Verlegung um so mehr als bedenklich beurteilt werden müssen, als die Frau S. wenige Stunden vor der Anstaltsaufnahme sich aus dem Eisenbahnzuge zu stürzen versucht, erst 3 Tage auf der Wachabteilung sich befunden, allnächtlich noch ein Schlafpulver erhalten und

am 15. 11. auch ihre depressive Stimmung noch nicht ganz verloren hatte, wobei wir es bei dem Fehlen einer darauf bezüglichen Aeusserung der Frau S. dahingestellt sein lassen, ob sie bei ihrem Versuche im Bahnzuge einen Selbstmord oder nur eine Entweichung beabsichtigte. Die Verlegung würde auch als bedenklich angesehen werden müssen, wenn das Pflegepersonal nicht auf besondere Beachtung der in ihrem Verhalten noch unsicheren und verdächtigen kranken Frau S. geschult gewesen wäre.

So sehr berechtigt und dringlich derartige Vorsichtsmassnahmen gerade bei Kranken mit depressiver Stimmung nach ärztlicher Erfahrung im allgemeinen auch erscheinen, so wird man andererseits doch auch hervorheben müssen, dass die Behandlungsweise der depressiven Kranken ebensowenig wie die anderer Kranker nach einer Schablone erfolgen kann, dass sie vielmehr individualisieren und je nach der Eigenart des jedesmaligen Erkrankungsfalles sich richten muss. Die Erfahrungen, die bei der erstmaligen Erkrankung, während deren die Frau S. nach einem 14 tägigen Anstaltsaufenthalte noch völlig unorientiert und noch nicht frei von psychischen Hemmungserscheinungen, in die offene Villa verlegt wurde, gemacht waren, hatten mit dieser Verlegung einen überaus günstigen Erfolg gezeitigt, so dass man ärztlicherseits bei der zweimaligen Erkrankung von einer möglichst baldigen Verlegung in die Villa um so mehr einen günstigen Erfolg auf das psychische Verhalten anzunehmen berechtigt war, als der Charakter der Erkrankung gegenüber dem der ersten Erkrankung ein erheblich milderer war. Die Verlegung konnte auch um so weniger bedenklich erscheinen, als Frau S. weder in ihren früheren Jahren noch auch während ihres erstmaligen Anstaltsaufenthalts sowie in den 3 Tagen ihres zweimaligen Anstaltsaufenthalts jemals Selbstmordideen bekundet hatte und nach ihrem erfolglosen Versuch während der Eisenbahnfahrt als von dahingehenden Vorstellungen entlastet angesehen werden konnte.

Vom ärztlichen Standpunkte aus müsste aber einer möglichst baldigen Verlegung der Frau S. in die offene Villa auch deshalb eine grosse Bedeutung zugemessen werden, als es darauf ankam, die Kranke, die während ihrer erstmaligen Unterbringung auf der Aufnahmeabteilung im Jahre 1903 unangenehme Eindrücke in sich aufgenommen hatte, bei dem zweimaligen Aufenthalte so schnell als tunlich der Möglichkeit zu entziehen, ungünstige Vorstellungsbilder wieder zu empfangen, sie vor etwaigem Wiederauftauchen der letzteren zu schützen und durch vollständig veränderte Umgebung sie von allen Reizen, die sie treffen konnten, zu befreien. Die Gelegenheit hierzu war in der offenen Villa gegeben, die nach ihrer gesamten Einrichtung um so mehr auf eine

weitere Entlastung der für äussere Eindrücke sehr empfänglichen Frau S. wirken konnte, als diese Verlegung dem eigenen Wünschen und Sehnen der Kranken entsprach und auch tatsächlich zunächst einen günstigen Einfluss anscheinend ausgeübt hatte. Ohne Aufsicht war sie während ihres Aufenthalts in der Villa nicht, und wenn sie am 16. 11. vormittags infolge eines plötzlich eintretenden, vorher nicht vorhandenen oder doch nicht bemerkbaren Angstzustandes den Sprung aus dem geöffneten Klosettfenster vollziehen konnte, so war dies in dem Begleitumstände begründet, dass die Pflegerin, wie Prof. Dr. Siemerling in seinem am 16. 11. geschriebenen Briefe hervorhebt, zu der Zeit, als die Frau S. sich zum Klosett begab, ihre Aufmerksamkeit gerade einer anderen Kranken zuwenden musste.

In dem vorliegenden Falle wäre es zwar besser gewesen, wenn das Fenster auf dem Klosett ein Durchlassen des Körpers nicht ermöglicht hätte, aber dann war die Vornahme einer schädigenden Tat immerhin noch auf andere Weise nicht ausgeschlossen, denn Unglücksfälle ähnlicher Art können sich auch in den bestgeleiteten und besteingerichteten Anstalten ereignen, wie auch Selbstschädigungen und Selbstmorde schon auf Wachabteilungen vorgekommen sind, trotz ständiger, bei Tag und Nacht stattfindender Beaufsichtigung. Gitter und Eisenstangen, undurchsteigbare Fenstereinrichtungen usw. schützen die Anstalten und deren Kranke nicht vor Unglücksfällen, und wenn die heutige Behandlung der Geisteskranken von derartigen Einrichtungen soweit wie eben möglich Abstand genommen hat, auch direkte Zwangsmassnahmen in der Behandlung der Kranken zu meiden sucht, indem der frühere mechanische Zwang durch grössere dem Kranken zugewandte Aufsicht und intensivere Beobachtung ersetzt wird, so geschieht dies im Interesse der Kranken selbst, da die Erfahrung gezeigt hat, dass Zwangsmassnahmen für eine nutzbringende Behandlung der Kranken meist nachteilig sind, und dass bei der freieren Behandlungsart viel weniger Unglücksfälle in den Anstalten sich ereignen, als in früheren Zeiten, wo man durch bauliche Schutzmassregeln der verschiedensten Art, durch vergitterte Fenster usw. den Kranken vor Selbstschädigungen und Entweichungen zu schützen suchte.

Nach den vorstehenden Ausführungen geben wir auf Grund des Akteninhalts unser Gutachten dahin ab, dass die Ueberführung der Frau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenklinik am 15. 11. 1905 nach dem Krankheitszustande der Frau S. sowie nach den Einrichtungen der Villa nicht frei von begründeten Bedenken war, dass diese Ueberführung jedoch bei sonst zuverlässigem und gut geschultem Pflegepersonal vom ärztlichen Standpunkte aus zulässig erscheinen konnte und grundsätzlichen Bedenken kaum unterlag.

gez. von der Recke.



Am 27. 6. 1911 wurde folgender Beschluss verkündet:

I. Es soll darüber Beweis erhoben werden,

1. ob am 15. und 16. 11. 1905 in der Villa II der Königlichen Psychiatrischen und Nervenlinik in Kiel, d. h. in dem ersten Stock der Villa, in der die Kranken I. und II. Klasse liegen, abgesehen von einigen Privatpflegerinnen für die Kranken I. Klasse, nur 2 Pflegerinnen, namens Auguste und Liesbeth, vorhanden waren, ob diese sämtliche Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, das Essen einzurichten und zu servieren, den Tisch zu decken, den Kranken die verordneten Medicinen und Bäder zu verabfolgen und deshalb keine Zeit hatten, die einzelnen Kranken zu beobachten, und ob von den genannten beiden Pflegerinnen die Pflegerin Liesbeth ausschliesslich zur Pflege einer bestimmten Kranken bestellt war,

oder ob an den genannten Tagen in der Villa II 6 Pflegerinnen Dienst hatten, von denen die Pflegerin A. Dietz die Aufsicht über die ganze Station, die Pflegerin L. Geier die Ordnung in der Spüle hatte, während die übrigen 4, nämlich L. Sieck, E. Wilhelmi, J. Swensen und M. Nowack unter Anleitung der Stationspflegerin für die Krankenpflege auf die einzelnen Zimmer nach Bedarf verteilt waren und ob die Oberin besonders für die Kranken in der Villa II die Krankenschwester Gerda Ehneroth beigegeben war,

ob in der Nacht vom 15. zum 16. 11. die 3 Pflegerinnen Sieck, Geier und Wilhelmi Nachtdienst in der Villa II gehabt haben, während die Oberin ebenfalls dort geschlafen hat,

ob Mitte November 1905 die Villa II mit 11 bis 12 Kranken belegt war, so dass am Tage auf je 2 Kranke eine Pflegerin kam,

durch Vernehmung

a) des Geheimrats Prof. Dr. Siemerling in Kiel

b) der vom Beklagten noch zu benennenden Oberin

c) des Fräuleins Lolly in Wyk a. F.

d) der Schwester Gerda Ehneroth in Stockholm, Vestmanpagaten 50 II als Zeugen, zu a von beiden Parteien, zu c und d vom Kläger benannt;

2. ob alle Pflegerinnen sofort nach ihrem Eintritt mit den Bestimmungen der Berufsordnung bekannt gemacht und regelmässig von einem Assistenzarzt in der Krankenpflege unterrichtet, besonders in der Beobachtung, Ueberwachung und Pflege der Kranken ausgebildet werden, auch ihre Beobachtungen über jede Kranke in Form eines Berichts niederschreiben müssen,

ob in den Dienst der Psychiatrischen Klinik in Kiel eingetreten waren

die Schwester Ehneroth am 1. 6. 1905,

„ Pflegerin Dietz am 15. 6. 1903,

„ „ Wilhelmi am 2. 7. 1905,

„ „ Geier am 17. 10. 1905,

„ „ Sieck am 15. 6. 1905,

„ „ Nowack am 2. 7. 1905,

„ „ Swensen am 8. 9. 1905,

ob sie bereits vor ihrem Eintritt in der Beobachtung und Pflege der Kranken ausgebildet und zuverlässig waren,

durch Vernehmung

a) des Geheimrats Prof. Dr. Siemerling

b) der von dem Beklagten zu benennenden Oberin

und durch Vorlegung der Akten der Klinik über die Pflegerinnen.

II. Sodann soll das Königliche Medizinalkollegium in Münster um ein Gutachten darüber ersucht werden, ob nach dem Ergebnis der Beweisaufnahmen mit Rücksicht auf die Zuverlässigkeit, gute Schulung und Zahl des Pflegepersonals die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenklinik am 15. 11. vom ärztlichen Standpunkt aus keinem Bedenken unterlag.

Die 34 jährige Toni Lolly gab bei ihrer Vernehmung am 18. 10. 1911 in Wyk folgendes an:

Ich bin etwa Mitte November nach Kiel in die Klinik zu Prof. Siemerling gekommen und zwar habe ich im ersten Stock der sogenannten Damen-Villa gewohnt. Ich bin im ganzen 4 Monate daselbst gewesen; während der ersten 3 Wochen etwa habe ich fortwährend im Bett gelegen. Ich weiss, dass der Unfall der Klägerin einige Tage vor meiner Ankunft sich ereignet hatte. Wieviel Pflegerinnen im einzelnen für den oberen Stock der Damen-Villa zur Verfügung standen, kann ich genau nicht angeben. Während der ganzen Zeit ist die Oberpflegerin Auguste Dietz dort gewesen, während die übrigen Pflegerinnen dort gewechselt haben. Ein Fräulein Kaufmann und später auch eine Frau Dumas hatten Privatpflegerinnen. Ich meine, dass die Pflegerin Liesbeth bei Fräulein Kaufmann war. Die Pflegerinnen hatten für das Essen und für das Ordnen der Betten, für das Verabreichen der Medizin zu sorgen. Ich erhielt elektrische Bäder in einer Baracke. Dazu begleitete mich eine Pflegerin, während eine andere Pflegerin, die in der Baracke war, das Bad in Ordnung machte. Andere Frauen, die Zimmer oder Betten in Ordnung machten, habe ich nicht gesehen. Ich habe ebenso wie die Damen, mit denen ich zusammen lag, mein Bett selbst gemacht und auch die Waschgeschirre gereinigt, weil letzteres sonst nicht ordentlich gemacht wurde. Als ich nachher nicht mehr im Bett lag, habe ich wohl mal in der Küche mehrere Pflegerinnen gesehen, es können dies aber höchstens 5 gewesen sein mit den Privatpflegerinnen. Ich erinnere mich, dass eine Pflegerin Lotte und auch eine Pflegerin Martha zu Zeiten da war, die Krankenschwester oder Nachtwache Ehneroth dagagen, ass, soviel ich erinnere, nur in dem oberen Stock der Damen-Villa. Sonst meine ich nicht, dass sie irgend welche Tätigkeit dort ausübte.

Wie bereits hervorgehoben, kann ich genauere Angaben über die Zahl der Pflegerinnen, die zu gleicher Zeit im oberen Stock beschäftigt waren, nicht machen. Nach meiner Erinnerung war die Auguste Dietz immer da, ferner die Liesbeth, die aber ausschliesslich für Fräulein Kaufmann zu sorgen hatte, eine Pflegerin für die Frau Dumas, dann vermute ich, dass noch eine in der Spüle tätig war, die sich aber wohl nicht um die Kranken kümmerte.

Nach meiner Erinnerung war die Martha bis reichlich nach Weihnachten als Privatpflegerin bei Frau Dr. Dumas. Nachher kam eine Lotte.

Was den Nachtdienst anbetrifft, so schlief die Oberin stets im ersten Stock der Damen-Villa, während einer Krankheit der Frau Dumas hat auch

eine Pflegerin (Lotte) in einem Bett auf dem Korridor geschlafen. Ferner hat die Privatpflegerin von Fräulein Kaufmann, jedenfalls zeitweise, bei derselben geschlafen.

Wie stark die Belegung zur Zeit meiner Ankunft war, kann ich nicht sagen, zumal ich ja beständig im Bett lag. Ich meine aber aus Gesprächen gehört zu haben, dass die Station ganz besetzt war.

Die am 28. 12. 1911 in Stockholm vernommene Oberin Gerda Ehneroth gibt an:

Im November 1905 ist die Zeugin mit einer anderen Krankenpflegerin namens Magdalene Erhardt als Vorsteherin bei den in der Villa II bei der Kgl. Psychiatrischen und Nervenkl. in Kiel eingerichteten Abteilungen für weibliche Patienten angestellt gewesen und hat in solcher Eigenschaft abwechselnd mit Magdalene Erhardt die Aufsicht über die in die genannte Abteilung aufgenommenen Patienten ausgeübt. Nach dem, was Zeugin sich erinnert, hatte eines Morgens im genannten Monat — den Tag konnte Zeugin jetzt nicht näher angeben — Frau A. S., die damals in die Klinik aufgenommen war, den Versuch gemacht, sich das Leben zu nehmen dadurch, dass sie sich aus einem Klosettfenster stürzte. Abgesehen von einigen Privatpflegerinnen, deren Zahl Zeugin jetzt nicht angeben konnte, hatten, soweit Zeugin erinnert, zur fraglichen Zeit in dem ersten Stockwerk der Villa nur 2 Pflegerinnen Dienst getan, von denen eine namens Auguste Dietz die Aufsicht über die ganze Station hatte. Den Namen der 2. Pflegerin hatte Zeugin nunmehr vergessen. Diese beiden Pflegerinnen, von denen, soweit Zeugin nun erinnert, keine bestellt war, um eine bestimmte Patientin zu warten, hatten zur Obliegenheit gehabt, die sämtlichen Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, die Patienten zu bedienen, mit dem Essen und ihnen die vorgeschriebenen Arzneien und Bäder zu geben, dagegen aber nicht den Patienten Speise zuzubereiten. Die Arbeiten, die solchergestalt den fraglichen beiden Pflegerinnen oblagen, hatten indessen Ansicht der Zeugin nicht den Umfang, dass diese gehindert würden, die Aufsicht über die betreffenden Patienten auszuüben, da ein Teil der Patienten, die sich gewalttätigen Gemüts zeigten, von Privatpflegerinnen gewartet wurden.

Ob zu der Zeit oder nächst vor dem Selbstmordversuch der Frau S. einige Pflegerinnen mit Namen L. Geier, L. Sieck, E. Wilhelmi, J. Swensen und M. Nowack in der Villa II Dienst taten, konnte Zeugin nunmehr nach Verlauf so langer Zeit sich nicht erinnern, noch weniger, wie dann das Verhältnis war, wonach die Arbeiten unter diese Pflegerinnen verteilt waren. Die Nacht nächst dem gedachten Selbstmordversuch hatte die Zeugin in der Villa zugebracht und in der fraglichen Nacht hatte Magdalene Erhardt ihre Schlafstelle in derselben Etage gehabt. Welche Pflegerinnen in der zuletzt gedachten Nacht im Dienst waren oder sonst, — neben der Zeugin und Magdalene Erhardt — die Nacht in der Villa zubrachten, konnte Zeugin jetzt sich nicht erinnern. Ebenso wenig erinnert sich Zeugin, wieviele Patienten Mitte November in die Villa II aufgenommen waren. Ueber Weiteres, als Zeugin nun ausgesagt hatte, konnte sie in dieser Sache keine Auskunft geben.

Der als Zeuge am 24. 2. 1912 vernommene Geheimrat Siemerling berichtet: Der Zeuge überreichte den Plan des 1. Stocks der Frauenvilla, der sogenannten Villa II. Der Kläger erkannte diese Zeichnung als richtig an. Der Zeuge erklärte darauf: Am 15. und 16. 11. 1905 waren in der Villa II, d. h. im 1. Stock der Frauenvilla, 12 bis 13 kranke Damen mit Frau S. Frau S. schlief in der Nacht in dem ersten Zimmer links von der Veranda, in dem ausser ihr noch 2 Kranke schliefen. In dieser Villa hatten Tagesdienst die Pflegerinnen Auguste Dietz, Geyer, Sieck, Wilhelmi, Svensen und Nowack. Von diesen waren die 4 letzten besonders zur Beaufsichtigung je einer bestimmten Dame bestellt. Indessen bedurften diese Damen, mit Ausnahme der Frau E., die die Pflegerin Nowack zu beaufsichtigen hatte, einer dauernden Aufsicht aber nicht, so dass die Pflegerinnen Sieck, Wilhelmi und Svensen sich auch den anderen Kranken auf der Station widmen konnten. Ich überreiche eine Liste der damals in der Villa II befindlichen Kranken, ausser Frau S., in der sich auch kurze Notizen der Pflegerinnen über ihr Verhalten befinden, aus denen zu entnehmen ist, wie weit sie der Aufsicht und der Pflege bedurften. Diese Liste ist eine wörtliche Abschrift aus den Berichten der Aerzte und Pflegerinnen. Die Pflegerinnen hatten die Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, das Essen zu servieren und erforderlichenfalls aufzuwärmen, die Tische zu decken, den Kranken verordnete Medizin und Bäder zu verabfolgen, hin und wieder auch in der Spüle eine kleinere Speise, wie z. B. ein gekochtes Ei, herzustellen. Meines Erachtens lässt ihnen diese Tätigkeit genügend Zeit zur Beaufsichtigung der Kranken. Die Oberaufsicht über die Kranken hatten 2 Oberschwwestern, Fräulein Ehrhardt und Fräulein Ehneroth, d. h. über die sämtlichen kranken Frauen in der ganzen Anstalt. Diese besuchten die einzelnen Räume und Kranken je nach Bedarf und begleiteten mich sowie den Assistenzarzt bei den täglichen Besuchen in den verschiedenen Räumen. Die anderen 6 Pflegerinnen hielten sich dagegen ständig in der Villa II auf, sofern sie nicht eine Kranke auf dem Spaziergange begleiteten. Jede Pflegerin erhält ein- oder zweimal wöchentlich Urlaub für den Nachmittag, jedoch tritt für sie ein Ersatz ein, soweit dies notwendig ist. Am 15. 11. hatte keine Pflegerin von der Villa II Urlaub, am 16. 11. Fräulein Dietz, wie ich aus meinen Büchern entnehme.

Die Türen in der Villa sind nicht verschlossen und stehen häufig auf. In der Nacht schlief auf der Villa II die Oberin und ausserdem 3 Pflegerinnen; wo sie schliefen, richtete sich nach den Umständen. In der Regel schlief eine Pflegerin in dem mit 3 Kranken belegten Zimmer oder in dem grossen Schlafsaal hinten, die zweite in dem nach diesem Schlafsaal führenden Flur und die dritte bei einer Kranken. Die Oberin schlief in dem Zimmer neben dem genannten Flur. Das Verzeichnis über den Nachtdienst der genannten Pflegerinnen Bl. 73 d. A. ist völlig richtig. Es hatten danach also in der Nacht vom 15. zum 16. 11. die Pflegerinnen Sieck, Geyer und Wilhelmi geschlafen, ausser der Oberin. Ein eigentliches Wachen fand unter gewöhnlichen Umständen nicht statt, weil die Damen auf der dortigen Abteilung eine regelmässige Bewachung nicht nötig hatten.

Ich überreiche kurze Notizen über die einzelnen Pflegerinnen, die aus ihren Personalakten entnommen sind. Ich überreiche auch diese Personalakten. Die Pflegerinnen erhalten sofort nach ihrem Eintritt ein Exemplar der Berufsordnung zu ihrer Verfügung, aus der sich ihre Pflichten, insbesondere auch den Kranken gegenüber, ergibt. Nach 8—14tägiger Tätigkeit in der Anstalt nehmen sie an dem Unterricht teil, den ein Assistenzarzt wöchentlich 1—2mal über die Pflege und Bewachung der Nervenkranken erteilt, und in dem auch insbesondere die Berufsordnung erklärt wird. Sie müssen ihre Beobachtungen über die einzelnen Kranken täglich als Unterlage für den Arzt notieren.

Ich überreiche die über Frau S. aufgenommenen Pflegerberichte. Ueber diejenigen Kranken, die eine spezielle Pflegerin hatten, berichtete diese, über die anderen Kranken war eine bestimmte Pflegerin zur Abgabe des Berichts nicht vorhanden. In der Regel berichtete die Stationspflegerin.

Ich überreiche mit Zustimmung des Herrn S. neun Pflegerinnenberichte und einen vom Arzt angeordneten Stundenplan.

Auf Befragen des Klägers:

Das Öffnen eines Fensters in einem Krankenzimmer, welches in gewöhnlicher Weise geschieht, wird im Nebenzimmer kaum gehört werden können, soweit ich annehme. Ob es im Tagesraum gehört wird, mit dem die Zimmer durch eine Tür verbunden sind, weiss ich nicht.

In welchem Raum in der Villa II die Pflegerinnen sich am Tage aufhielten, richtete sich nach den Umständen. Eine Vorschrift, dass regelmässig sich eine Pflegerin im Tagesraum aufhalten muss und dass die Tür zur Spüle offenbleiben muss, besteht nicht.

Als Pflegerinnen werden nur Mädchen mit guten Zeugnissen angenommen. Und es gibt keine bestimmte Reihenfolge der Räume, in denen sie nacheinander beschäftigt werden. In der Regel kommen sie zunächst in den Wachraum, in dem sich die neu aufgenommenen Kranken befinden, indessen kann es auch vorkommen, dass sie gleich in der Villa II beschäftigt werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Oberinnen besonders diese neuen Pflegerinnen beachten und mir dann nach einiger Zeit über ihre Tätigkeit berichten. Die Schwester Eheneroth hatte neben anderen Tätigkeiten auch zu massieren, ich weiss jedoch nicht, wie weit sie mit dieser Tätigkeit gerade Mitte November in Anspruch genommen war.

Die Zeugin Oberin Ehrhardt gibt an: Wieviel Kranke am 15. und 16. 11. 1905 in der Villa II lagen, weiss ich nicht. Ich weiss auch nicht mehr, welche Pflegerinnen damals dort beschäftigt waren. Fräulein Dietz und Fräulein Wilhelmi haben mir jedoch auf Befragen erklärt, dass damals ausnahmsweise viele Pflegerinnen in der Villa II tätig waren. Einzelne von ihnen hatten einzelne Kranke besonders zu pflegen. Ich weiss jedoch nicht mehr, inwieweit diese besondere Pflege ihre Tätigkeit in Anspruch nahm. Gewöhnlich haben solche Pflegerinnen noch Zeit genug, auch bei der Beobachtung und Pflege der anderen Kranken zu helfen und sind auch dazu verpflichtet.

Die Pflegerinnen haben die Räume in Ordnung zu halten, Betten zu machen, das Essen den Kranken zu bringen, nachdem es aus der allgemeinen Küche in die Spüle gebracht war, den Tisch zu decken und den Kranken Medizin und Bäder zu verabfolgen. Diese Arbeiten liessen den Pflegerinnen meines Erachtens aber genügend Zeit, um die Kranken sonst zu beobachten. Sie halten sich den Tag über ständig in der Villa auf und es kommt nur selten vor, dass sie eine Kranke auf dem Spazierwege begleiten. Jede Pflegerin erhält durchschnittlich wöchentlich einen Nachmittag Urlaub. Indessen wird an ihre Stelle eine andere Pflegerin in die Villa hineingelegt, wenn es erforderlich ist. Ein bestimmter Raum, in dem sie sich tagsüber aufhalten müssen, ist ihnen nicht angewiesen, sie halten sich eben da auf, wo sie nötig sind, vielfach auch in dem Tageraum. Ob die Türen zu den einzelnen Zimmern offenstehen, das hängt von den einzelnen Kranken ab. Es kommt aber auch vor, dass der Arzt das Offenstehen der Türen anordnet, um eine bessere Beobachtung der Kranken herbeizuführen. In der Nacht findet ein eigentlicher Wachdienst in der Villa II nicht statt. Ich schlafe jedoch regelmässig dort, und zwar in dem neben der Treppe belegenen Zimmer. Gewöhnlich schläft mindestens noch eine andere Pflegerin in der Villa und es hängt von den Umständen ab, wo sie ihr Bett aufstellt. Die übrigen schlafen anderswo. In der Nacht vom 15. zum 16. 11. 1905 schliefen nach den Büchern ausser mir die Pflegerinnen Sieck, Geyer und Wilhelmi noch in der Villa. Wo, weiss ich aus eigener Wissenschaft nicht mehr. Fräulein Dietz und Fräulein Wilhelmi sagten mir jedoch, die eine hätte auf dem Flur neben meinem Schlafzimmer, die zweite in dem Zimmer für 3 Kranke oder in dem hinteren Schlafsaal und die dritte bei einer Kranken geschlafen. Aus welcher Veranlassung damals die 3 Pflegerinnen in der Villa schliefen, insbesondere ob dies auf ärztliche Anordnung geschehen ist, weiss ich nicht. Die Pflegerin, die bei der Kranken schlief, wird es jedenfalls auf ärztliche Anordnung getan haben.

Es werden nur solche Mädchen als Pflegerinnen angenommen, die gute Zeugnisse aufweisen können, und sie erhalten sofort ein Exemplar der Berufsordnung, aus der sie sich über ihre Pflichten unterrichten müssen. Kurze Zeit nach Beginn ihrer Tätigkeit nehmen sie auch an dem Unterricht teil, der wöchentlich 1- oder 2mal von einem Assistenzarzt in der Krankenpflege und Ueberwachung der Kranken erteilt wird. Die Pflegerinnen haben auch täglich morgens und abends über ihre Beobachtungen bei den Kranken zu berichten, und zwar tut dies bei denjenigen Kranken, denen eine bestimmte Pflegerin zugewiesen ist, diese, bei den anderen die sogenannte Stationspflegerin. Die Pflegerinnen werden zuerst in dem sogenannten Wachsaal beschäftigt und kommen erst später in die Villa II. Ich kann mich nicht erinnern, dass eine Pflegerin gleich nach ihrem Eintritt in die Villa II gekommen ist, ich glaube es auch nicht.

Wann die einzelnen im Beweisbeschluss benannten Pflegerinnen in den Dienst der Klinik eingetreten sind, weiss ich nicht mehr, es muss sich dies aus den Personalakten ergeben. Die Ehneroth, Dietz und Wilhelmi waren bereits in der Krankenpflege ausgebildet, als sie zu uns kamen, ob auch die übrigen,

weiss ich nicht mehr. Soweit ich mich erinnere, habe ich irgendwelche Unzuverlässigkeiten bei ihnen nicht bemerkt. Der Svensen kann ich mich allerdings nur sehr wenig erinnern, weil sie nur kurz bei uns war.

Die Villa II ist eingerichtet für höchstens 12, 13 Kranke. Regelmässig sind dort 2 Pflegerinnen ständig beschäftigt, andere Pflegerinnen nur, wenn einer Kranken eine besondere Pflegerin zugewiesen wird. Sollten die beiden ständigen Pflegerinnen mit der Arbeit nicht fertig werden, dann schicke ich ihnen noch eine oder zwei Pflegerinnen zur Hilfe. Seit wann die 6 Pflegerinnen in der Villa tätig waren und wie lange dort ihre Tätigkeit in Aussicht genommen war, weiss ich nicht.

Das Königliche Medizinalkollegium zu Münster erstattete unter dem 2. 4. 1912 folgendes

#### Gutachten.

Dem Königlichen Oberlandesgerichte übersenden wir in Erledigung des gefälligen urschriftlichen Schreibens vom 15. 3. d. J. das durch Beweisbeschluss vom 27. 6. 1911 (Bd. II Bl. 4 Nr. II) das von uns erforderte Gutachten

„ob nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme mit Rücksicht auf die Zuverlässigkeit, gute Schulung und Zahl des Pflegepersonals die Ueberführung von Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenlinik am 15. 11. 1905 vom ärztlichen Standpunkte aus keinem Bedenken unterlag“

im nachfolgenden unter Rückgabe von Bd.-Akten und Anlagen ergebenst.

#### Geschichtserzählung.

Am 12. 11. 1905 musste die Frau S. aus I., die wegen akuter nach der Entbindung aufgetretener geistiger Erkrankung (Melancholie) vom 8. bis 16. 11. 1903 in der Königlichen psychiatrischen und Nervenlinik in Kiel sich befunden hatte, wiederum wegen einer melancholischen Verstimmung, die sich an das zweite Wochenbett angeschlossen hatte, der psychiatrischen Klinik zugeführt werden. Während der Fahrt hatte sie Versuche gemacht, sich aus dem Zuge zu stürzen, und wurde sie dann, in Kiel abends angelangt, zunächst auf den allgemeinen Wachsaa (Beobachtungsstation) der psychiatrischen Klinik untergebracht. Von diesem Wachsaa wurde sie am 15. 11. nachmittags ihrem eigenen Wunsche entsprechend, zumal sie nach der Angabe des Prof. Dr. Siemerling „insbesondere am Morgen dieses Tages durchaus ruhig gewesen war“ (in der Krankengeschichte ist angegeben: „erscheint heute etwas freier“), in die Villa II verlegt. In dieser Villa, die im I. Stock für ruhige Kranke I. und II. Klasse bestimmt ist, sind besondere Schutzvorrichtungen für die Kranken nicht getroffen. Am 16. 11. 1905 morgens gegen  $\frac{3}{4}$  9 Uhr begab sie sich, als die Pflegerin nach Angabe des Pro-

fessor Dr. Siemerling gerade mit einer anderen Patientin beschäftigt war, auf das Klosett, stürzte sich aus dem Fenster daselbst und zog sich durch den Sturz einen Bruch eines Lendenwirbels zu, ihre Tat später damit begründend, „sie sei schlecht und habe Schuld“, „sie sei nicht wert zu leben, sei ihrem Mann und Kinde zu wenig gewesen“. In Ergänzung der in unserem Obergutachten vom 13. 1. 1911 enthaltenen Angaben heben wir aus den nunmehr uns vorgelegten Aufzeichnungen, wie sie die Pflegerinnen der Beobachtungsstation über die daselbst untergebrachten Kranken zu machen haben, folgende über das Verhalten der Frau S. gemachten Angaben hervor:

13. 11. 1905: Patientin liegt ruhig zu Bett, spricht wenig, ist sehr verstimmt, weinte morgens viel, wenig gegessen. Gut geschlafen.

14. 11.: Patientin liegt ruhig zu Bett, fragt oft, ob sie nicht bald wieder nach Hause kommt, spricht sonst sehr wenig. Gut geschlafen.

15. 11.: Patientin liegt ruhig zu Bett, spricht sehr wenig, ist abends nach Villa II verlegt. Gut geschlafen.

16. 11.: Patientin versuchte morgens zu entfliehen, ging in das Klosett und sprang aus dem Fenster, wurde nach der Baracke verlegt.

Nach den von dem Geheimrat Dr. Siemerling bei seiner am 24. 2. d. J. gerichtlichen Vernehmung gemachten Angaben waren am 15. und 16. 11. 1905 in der Villa II, d. h. im ersten Stock der Frauenvilla 12—13 kranke Damen mit Frau S., die in der Nacht mit noch zwei Kranken zusammen in dem ersten Zimmer links von der Veranda schlief. „In dieser Villa hatten Tagesdienst die Pflegerinnen Dietz, Sieck, Wilhelmi, Swensen und Nowack, von denen die vier letzteren besonders zur Beaufsichtigung je einer bestimmten Dame bestellt waren. Indessen bedurften diese Damen mit Ausnahme der Frau E., die die Pflegerin Nowack zu beaufsichtigen hatte, einer dauernden Pflege oder Aufsicht nicht, so dass die Pflegerinnen Sieck, Wilhelmi und Swensen sich auch den anderen Kranken auf der Station widmen konnten. Ich übergebe eine Liste der damals in der Villa II befindlichen Kranken ausser Frau S. . . .; diese Liste ist eine wörtliche Abschrift aus den Berichten der Aerzte und Pflegerinnen. Diese Pflegerinnen hatten die Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, das Essen zu servieren und erforderlichenfalls aufzuwärmen, die Tische zu decken, den Kranken verordnete Medizin und Bäder zu verabfolgen, hin und wieder auch in der Spüle eine kleine Speise, wie z. B. ein gekochtes Ei herzustellen. Meines Erachtens lässt ihnen diese Tätigkeit genügend Zeit zur Beaufsichtigung der Kranken. Die Oberaufsicht über die Kranken hatten zwei Oberschwester, Frl. Ehrhardt und Frl. Ehneroth, d. h. über die sämtlichen kranken Frauen in der ganzen Anstalt . . .



Die Türen in der Villa II sind nicht verschlossen und stehen häufig auf. In der Nacht schlief auf der Villa II die Oberin und ausserdem drei Pflegerinnen; wo sie schliefen, richtete sich nach den Umständen. In der Regel schlief eine Pflegerin in dem mit drei Kranken belegten Zimmer oder in dem grossen Schlafsaal hinten. Die zweite in dem nach diesem Schlafsaal führenden Flur und die dritte bei einer Kranken. Die Oberin schlief in dem Zimmer neben dem genannten Flur. Es hatten in der Nacht vom 15. zum 16. 11. die Pflegerinnen Sieck, Geier und Wilhelmi geschlafen ausser der Oberin. Ein eigentliches Wachen fand unter gewöhnlichen Umständen nicht statt, weil die Damen auf der dortigen Abteilung eine regelmässige Bewachung nicht nötig hatten.

Die Pflegerinnen erhalten sofort nach ihrem Eintritt ein Exemplar der Berufsordnung zu ihrer Verfügung, aus der sich ihre Pflichten insbesondere auch den Kranken gegenüber ergeben. Nach etwa 8—14 tägiger Tätigkeit in der Anstalt nehmen sie an dem Unterrichte teil, den ein Assistenzarzt wöchentlich 1—2 mal über die Pflege und Bewachung der Nervenkranken erteilt und in denen besonders auch die Berufsordnung erklärt wird. Sie müssen ihre Beobachtungen über die einzelnen Kranken täglich als Unterlage für den Arzt notieren . . . In welchem Raume in der Villa II die Pflegerinnen sich am Tage aufhielten, richtete sich nach den Umständen. Eine Vorschrift, dass regelmässig sich eine Pflegerin im Tagesraum aufhalten, und dass die Tür zur Spüle offenbleiben muss, besteht nicht.“

Die Oberin in der Nervenklinik Magdalene Ehrhardt sagt bei ihrer Vernehmung, gehört zu haben, dass am 15. und 16. 11. 1905 ausnahmsweise viele Pflegerinnen in der Villa II tätig waren, von denen jedoch einzelne bestimmte Kranke besonders zu pflegen hatten. Inwieweit diese besondere Pflege ihre Tätigkeit in Anspruch nahm, wisse sie nicht mehr, aber gewöhnlich hätten diese Pflegerinnen noch Zeit genug gehabt, auch bei der Beobachtung und Pflege der anderen Kranken zu helfen und seien dazu auch verpflichtet. Sie halten sich den Tag über ständig in der Villa auf, im Falle eines Urlaubs wird eine andere Pflegerin an die Stelle der Beurlaubten in die Villa hineingelegt, wenn es erforderlich ist. Ein bestimmter Raum, in dem sie sich Tags über aufhalten müssen, ist ihnen nicht angewiesen, sie halten sich eben da auf, wo sie nötig sind, vielfach auch in dem Tagesraum. Ob die Türen zu den einzelnen Zimmern offen stehen, das hängt von den einzelnen Kranken ab. Es kommt aber auch vor, dass der Arzt das Offenstehen der Türen anordnet, um eine bessere Beobachtung der Kranken herbeizuführen. In der Nacht findet ein eigentlicher Wachdienst in der Villa II nicht statt. Ich schlafe jedoch regelmässig dort. Gewöhnlich schläft mindestens

noch eine andere Pflegerin in der Villa und es hängt von den Umständen ab, wo sie ihr Bett aufstellt. Die übrigen schlafen anderswo. In der Nacht vom 15. zum 16. 11. schliefen nach den Büchern ausser mir die Pflegerinnen Sieck, Geier und Wilhelmi noch in der Villa. Nach Angabe der Pflegerinnen Dietz und Wilhelmi hat die eine auf dem Flur neben dem Schlafzimmer der Ehrhardt, die zweite in dem Zimmer für drei Kranke oder in dem hinteren Schlafsaal und die dritte bei einer Kranken geschlafen. Aus welcher Veranlassung damals die drei Pflegerinnen in der Villa schliefen, insbesondere ob dies auf ärztliche Anordnung geschehen ist, weiss die Zeugin nicht, doch werde die Pflegerin, die bei der Kranken schlief, es jedenfalls auf ärztliche Anordnung getan haben. — Hinsichtlich der Beschäftigung und Ausbildung der Pflegerinnen äussert sich die Zeugin gerade so wie Geheimrat Siemerling. — „Die Villa II ist eingerichtet für höchstens 12, 13 Kranke. Regelmässig sind dort zwei Pflegerinnen ständig beschäftigt, andere Pflegerinnen nur, wenn einer Kranken eine besondere Pflegerin zugewiesen wird. Sollten die beiden ständigen Pflegerinnen mit der Arbeit nicht fertig werden, dann schicke ich jenen noch eine oder zwei Pflegerinnen zur Hilfe. Seit wann die sechs Pflegerinnen in der Villa II tätig waren . . ., weiss ich nicht.“

Die Oberin Gerda Ehneroth, von Beruf Krankenpflegerin, trat im Juni 1905 als Pflegerin in der psychiatrischen und Nervenlinik ein und ist seit November 1905 Vorsteherin in den bei der psychiatrischen und Nervenlinik eingerichteten Abteilungen für weibliche Patienten angestellt gewesen in dieser ihrer Tätigkeit abwechselnd mit Frä. Ehrhardt. Bei ihrer am 28. 12. vor dem Staatsgerichte Stockholm erfolgten gerichtlichen Vernehmung gibt sie an, sich zu erinnern, dass die Frau S. eines Morgens im Monat November 1905 den Versuch gemacht habe, sich das Leben zu nehmen. Das Protokoll sagt ferner weiter: „Abgesehen von einigen Privatpflegerinnen, deren Zahl sie nicht angeben konnte, hatten, soweit Zeugin sich erinnert, zur fraglichen Zeit in dem ersten Stockwerk der Villa nur zwei Pflegerinnen Dienst getan, von denen die eine, Auguste Dietz, die Aufsicht über die ganze Station hatte, den Namen der zweiten Pflegerin hatte Zeugin nunmehr vergessen. Diese beiden Pflegerinnen, von denen, soweit Zeugin sich nunmehr erinnert, keine bestellt war, um eine bestimmte Patientin zu warten, hatten zur Obliegenheit gehabt, die sämtlichen Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, die Patienten zu bedienen mit dem Essen und ihnen die vorgeschriebenen Arzneien und Bäder zu geben, dagegen aber nicht, den Patienten Speise zuzubereiten. Die Arbeiten, die solcher-gestalt den fraglichen beiden Pflegerinnen oblagen, hatten indessen nach

Ansicht der Zeugen nicht den Umfang, dass diese gehindert wurden, die Aufsicht über die betreffenden Patienten auszuüben, da ein Teil der Patienten, die sich gewalttätigen Gemüts zeigten, von Privatpflegerinnen gewartet wurden . . .“

#### Gutachten.

In den uns vorgelegten Akten und Beiheften ist keine Angabe vorhanden, die die Annahme rechtfertigen könnte, dass die allgemeine Schulung des Pflegepersonals in der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel nicht in ausreichender Weise erfolgte, da seine Ausbildung nicht nur praktisch auf den Krankenabteilungen sondern auch alsbald nach dem Eintritt theoretisch durch einen besonderen von einem Arzte der Klinik geleiteten Unterricht stattfindet. Von den 6 Pflegerinnen, die die am 15. und 16. 11. 1905 tagsüber in der Villa II anwesend waren, waren 4 schon vor ihrem Eintritt in den Dienst der Klinik in anderen Krankenhäusern, von diesen wieder 3 auch in der Irrenpflege tätig gewesen und es liegt kein Grund vor, ihre Zuverlässigkeit zu bezweifeln. Zwei Pflegerinnen, Louise Sieck und Maria Geier, deren Eintritt in den Dienst der Klinik am 15. 6. bzw. 17. 10. 1905 erfolgt war, waren als solche auf Grund ihrer guten Zeugnisse, die sie in ihren früheren Dienststellungen erworben hatten, angenommen, hatten sich aber vor ihrem Eintritt in der Kranken- oder Irrenpflege noch nicht beschäftigt, was wir nach Lage der Sache insbesondere von der Maria Geier hervorheben müssen, da diese am 16. 11. erst 4 Wochen in einer ihr somit noch neuen unbekannten Tätigkeit sich befand und erst in der Ausbildung zur Pflegerin begriffen war. Ihre dadurch bedingte Unkenntnis mit den Schwierigkeiten ihrer verantwortlichen Stellung würde in Berücksichtigung der grossen Anzahl von Pflegerinnen, die tagsüber in der Villa II vorhanden waren, ärztlicherseits wohl als belanglos angesehen werden können, wenn die vorhandenen 6 Pflegerinnen ein gleiches gemeinsames Ziel in der Beaufsichtigung der 12 oder 13 kranken Damen gehabt hätten und dadurch eine gleichmässige Verteilung auf diese möglich gewesen wäre, da die Hilfspflegerin Geier dann den anderen 5 Pflegerinnen als Hilfe oder Stütze in der Verrichtung einfacher Abteilungsarbeiten gedient haben würde. Tatsächlich waren jedoch 4 Pflegerinnen (Wilhelmi, Sieck, Nowack und Swensen) als Privatpflegerinnen für je vier Kranke in Anspruch genommen und müsste auf ihre Dienste, wenn ihre Aufmerksamkeit von der Erfüllung der ihnen übertragenen Pflicht, von der sorgsamten Beobachtung und Beaufsichtigung der ihnen aus irgend einem Grund besonders zugewiesenen Kranken nicht abgelenkt werden sollte, für die gleichzeitige Erledigung einer anderen verantwor-

tungsvollen Tätigkeit verzichtet werden. Wir sagen „aus irgend einem Grunde“: entweder waren sie als Privatpflegerinnen aus ärztlichen Gründen je einer Kranken zugewiesen wegen deren schweren Erkrankung, dann durften sie auch im Interesse dieser Kranken ihren Beobachtungsplatz ohne Ablösung oder Stellvertretung nicht verlassen, oder sie waren als Privatpflegerin einer Kranken zugewiesen auf Wunsch von deren Angehörigen gegen besondere Entschädigung. In diesem Falle konnte und durfte die Auspruchnahme für eine anderweite, auf andere Kranke sich erstreckende Dienstleistung nur unter erfolgter Zustimmung der Angehörigen der betr. Kranken stattfinden, da diese wegen der von ihnen übernommene Zahlungsleistungen auch die volle Diensttätigkeit der Privatpflegerin für die betreffende Kranke wünschen und beanspruchen. Jedenfalls entzog es sich einer vorhergehenden näheren Bestimmung, wann und wie lange eine der Privatpflegerinnen die besondere Beaufsichtigung der einzelnen ihr zugewiesenen Kranken unterlassen und ihre Aufmerksamkeit auch der Beobachtung anderer Kranken zuwenden könne.

In der Villa II waren nach Angabe der beiden Oberinnen Ehrhardt und Ebneroth für 12 oder 15 Kranke regelmässig 2 Pflegerinnen beschäftigt, andere Pflegerinnen nur, wenn einer Kranken eine besondere Pflegerin zugewiesen wird. Die Oberin Ehrhardt gibt auch an, dass sie beiden ständigen Pflegerinnen, wenn sie mit der Arbeit nicht fertig werden konnten, noch eine oder zwei Pflegerinnen zur Hilfe schickte. Auch wir bezweifeln nicht, dass zwei ausgebildete Pflegerinnen für 4 einzelne Kranke im Stande sind, bei richtiger gleichmässiger Verteilung die Arbeiten in Villa II inkl. Beaufsichtigung von 9 Kranken erledigen zu können, in der Voraussetzung, dass unter diesen 9 Kranken nicht eine Kranke sich befindet, deren Krankheitszustand noch zu Befürchtungen Anlass geben kann und somit noch einer bestimmten und geregelten Beaufsichtigung bedarf, und hier erhebt sich die Frage, ob durch die am 15. 11. 1905 erfolgte Verlegung der Frau S. von der Beobachtungsstation in die Villa II den beiden Pflegerinnen neue und besondere Pflichten erwachsen.

Die Frau S. bedurfte nach ihrem Krankheitszustande, wie solcher aus den ärztlichen sowie auch aus den Aufzeichnungen der betreffenden Pflegerin in der Beobachtungsstation sich ergibt, bei ihrer Verlegung in die Villa II noch der besonderen Berücksichtigung und Beaufsichtigung; ihr Verhalten am 12. 11. nachmittags, einige Stunden vor der Aufnahme in die psychiatrische Klinik, die erst dreitägige ärztliche Beobachtung, die am 14. 11. wiederholt geäusserte Frage, ob sie nicht bald wieder nach Hause komme, die am 15. 11. noch sichtlich vorhandene depressive Stimmung, der noch bestehende Mangel an natür-

lichem Schlaf liessen Befürchtungen für die Zukunft nicht ausschliessen, wenn auch die Annahme eines bereits begonnenen Rekonvaleszenzstadiums bei ihr nicht unbegründet war. Vom ärztlichen Standpunkt musste es daher als mehr wie zweckmässig angesehen werden, das Pflegepersonal bezw. eine bestimmte Pflegerin in der Villa II auf die in ihrem Verhalten noch unsichere, in ihrer Stimmung wechselnde, psychisch noch nicht freie, bei dem etwaigen Eintritt von Angstzuständen zu Befürchtungen Anlass gebende Frau S. besonders aufmerksam zu machen und mit deren ausreichenden Beobachtung zu betrauen. Ob und inwieweit der geistige und körperliche Zustand der mit ihr in einem gemeinsamen Zimmer gebetteten beiden Kranken eine begründete Hoffnung auf eine Mitbeaufsichtigung der Frau S. aufkommen liess, entzieht sich der diesseitigen Beurteilung. Bei derartig Erkrankten wie Frau S. muss das Pflegepersonal, das bei der Verlegung einer Kranken von einer Abteilung auf eine andere sich ändert, auf die Bedenken und Befürchtungen hingewiesen werden, zu denen der Krankheitszustand und das Zustandsbild der Kranken noch Anlass geben, und wollen wir hervorheben, dass die P. Geier in Berücksichtigung ihrer erst kurzen und geringen Erfahrung in der Krankenpflege zu einer sorgsamsten, ausreichenden und verantwortlichen Beobachtung der Frau S. noch nicht als geeignet angesehen werden konnte, während die Pflegerin Dietz nach ihrer bereits längeren Erfahrung in der Irrenpflege ein volles Vertrauen verdiente. Wir dürfen dabei aber auch nicht unerwähnt lassen, dass die Frau S. die bedauernswerte Tat gerade während einer Zeit — morgens  $\frac{3}{4}$  9 Uhr — vorgenommen hat, wo das Pflegepersonal durch die Erledigung der Morgenarbeiten mit Arbeiten überhäuft und dessen Aufmerksamkeit durch die Fertigstellung der letzteren besonders in Anspruch genommen war.

Nach den vorstehenden Ausführungen geben wir unser Gutachten dahin ab, dass bei Berücksichtigung des in Villa II am 15. 11. 1905 anwesenden Pflegepersonals die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenlinik vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass bot, wenn nicht dem Pflegepersonal genauere Anweisung zu deren besonderen Beaufsichtigung und Beobachtung gegeben sein sollte.

gez.

Unterschrift.

Unter dem 11. 6. 1912 wurde ein Gutachten von der wissenschaftlichen Deputation eingefordert.

In einer schriftlichen Erwiderung vom 6. 5. 1912, gerichtet an den Universitätskurator führt Siemerling Folgendes aus:

Das Gutachten des Medizinalkollegiums geht von nicht zutreffenden Voraussetzungen aus. Wenn die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Villa vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass geboten hätte, wäre Frau S. überhaupt nicht von mir verlegt worden. Ich glaube mich genau zu entsinnen, dass ich die Verlegung erst nach reiflicher Ueberlegung unter Würdigung aller in Betracht kommenden Momente des Krankheitszustandes, der mir von der ersten Aufnahme her besonders gut bekannt war, angeordnet habe. Der weitere Verlauf hat gezeigt, dass ein Irrtum meinerseits vorgelegen hat. Die offene Abteilung hier in der Klinik ist naturgemäss gar nicht dazu da, um derartige Unglücksfälle zu verhüten.

Hätte bei mir die Befürchtung bestanden, dass die Frau S. für die Verlegung noch nicht ganz geeignet wäre, wäre die Ueberführung unterblieben.

Die Einrichtungen in der Villa und das Personal dort konnte ich als ausreichend erachten, um die Verlegung im therapeutischen Interesse vorzunehmen.

Es ist nicht richtig, wie im Gutachten ausgeführt ist, dass die 4 Pflegerinnen (Wilhelmi, Sieck, Nowack und Swensen) als Privatpflegerinnen für je 4 Kranke in Anspruch genommen waren und auf ihre Dienste für die gleichzeitige Erledigung einer anderen verantwortungsvollen Tätigkeit verzichtet werden musste. In der Vernehmung habe ich ausgeführt, dass die 4 Damen, mit Ausnahme der Frau E., die die Pflegerin Nowack zu beaufsichtigen hatte, einer dauernden Aufsicht oder Pflege nicht bedurften, so dass die Pflegerinnen Sieck, Wilhelmi und Swensen sich auch den anderen Kranken auf der Station widmen konnten. Die Pflegerin Wilhelmi z. B. weiss anzugeben, dass sie dieses auch wirklich getan hat.

Es geht aus den beigelegten Abschriften der Berichte über die einzelnen Kranken hervor, dass 3 der Damen keineswegs ständig ihre Pflegerin brauchten. Es war auch ausdrücklich angeordnet, dass diese Pflegerinnen sich an dem übrigen Dienst beteiligten.

Die Ansichten, wie sie das Medizinalkollegium bezüglich der Privatpflege vertritt, treffen auf die hier in der Klinik bestehenden Einrichtungen nicht zu. Wird auf Wunsch der Angehörigen bei schwerer Erkrankung einer Klassenpatientin eine dauernde Aufsicht für diese Kranke allein eingerichtet, dann wird nicht eine Pflegerin dazu bestimmt, sondern es werden 2 genommen, da ich es für ausgeschlossen erachte, dass eine Pflegerin allein längere Zeit, nicht einmal für die Dauer eines Tages, eine solche Beaufsichtigung leisten kann.

Wollen oder können die Angehörigen diese Kosten nicht tragen, dann lehne ich die Bewachung durch nur eine Pflegerin im Zimmer

allein ab. Die drei Damen L., K., P. hatten ihre besondere Pflegerin in erster Linie aus gesellschaftlichen Gründen. Es wird in solchen Fällen den Angehörigen auch bekannt gegeben, dass die Pflegerin nicht ganz ausschliesslich zur alleinigen Verfügung der Kranken steht, sondern zu den übrigen Dienstleistungen mit heran gezogen wird. Das Befinden der Damen L., K. und P. war in den Tagen des 15. und 16. Novembers 1905 ein solches, dass die Pflegerinnen, die ihnen zugeteilt waren, Zeit genug hatten, den übrigen Dienst mit zu versehen. Ich verweise auf die eingereichte Liste.

Das Medizinalkollegium geht also bei seinen Schlussfolgerungen von nicht zutreffenden Voraussetzungen aus, nicht 2 Pflegerinnen waren zur Verfügung, sondern 5.

Es ist keineswegs richtig, wie das Medizinalkollegium annimmt, dass es sich einer vorhergehenden näheren Bestimmung entzog, wann und wie lange eine der Privatpflegerinnen die besondere Beaufsichtigung der einzelnen ihr zugewiesenen Kranken unterlassen und ihre Aufmerksamkeit auch der Beobachtung anderer Kranker zuwenden konnte. Es war den Pflegerinnen sehr wohl bekannt und sie waren auch in diesem Sinne belehrt, dass sie an anderen dienstlichen Verrichtungen sich beteiligen mussten. Es ist ausdrücklich hervorzuheben, dass bei dreien der Damen nicht so sehr die besondere Beaufsichtigung, sondern überwiegend gesellschaftliche Gründe in Frage kamen, welche zur Stellung einer Privatpflegerin geführt hatten.

Das unter dem 17. Juli 1912 erstattete Gutachten lautet:

Euer Exzellenz

erstatten wir hierunter in Sachen Staatsfiskus gegen S. unter Rückgabe der Akten (2. B. 18 Hefte und 16 Schriftstücke) ehrerbietigst das erforderte Gutachten über die an uns gerichtete Frage, ob die Ueberführung der Ehefrau des Klägers aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenlinik vom 15. November 1905 vom ärztlichen Standpunkt aus keinem Bedenken unterlag, unter Berücksichtigung der Umstände, die sich aus der Beweisaufnahme und den Anlagen hinsichtlich der Sicherung und Ueberwachung der Kranken in den offenen Stationen und der Zuverlässigkeit, Schulung und Zahl der Pflegepersonen ergeben.

Der Sachverhalt ist folgender: Die in Frage kommende Patientin, Frau S., ist zweimal in der Kieler Nervenlinik in Behandlung gewesen. Das erste Mal vom 8. November 1903 bis 16. Dezember 1903, wo sie geheilt entlassen worden ist. Es hatte sich um eine mit Sinnesstörungen einbergehende ängstliche dämmerzustandartige Erregung

gehandelt, die bald abklang, so dass die Kranke 12 oder 13 Tage nach ihrer Aufnahme in die offene Abteilung verlegt werden konnte.

Selbstmordideen soll sie während dieser Erkrankung nicht geäußert haben (Bericht des Direktors der Klinik). Der Kieler Krankengeschichte ist folgendes aus der Zwischenanamnese zu entnehmen: Nach der Entlassung zeigte die Patientin ab und zu traurige Stimmungen, späterhin war sie immer guter Stimmung. In der Folgezeit hatte sie im Jahre 1904 zweimal kurz dauernde Anfälle. Der erste wird folgendermassen geschildert: Lag 2 Stunden besinnungslos, hatte Streit mit dem Bruder, wird erregt, legt sich hin mit geschlossenen Augen, ruft nach Mann und Kind. Am nächsten Tag wieder gut, macht eine Kaffeegesellschaft mit.

Zirka 2 Monate später, Mai 1904, Influenza. Hatte während derselben einen apathischen Zustand, völlig teilnahmslos. Alles zitterte an ihr. Schlaf war schlecht. Der Zustand ging nach 4 Tagen vorüber, dann wieder ganz gesund.

Die zweite Aufnahme in die Kieler Klinik erfolgte am 12. November 1905, nachdem sie  $3\frac{1}{2}$  Wochen zuvor eine normale Geburt durchgemacht und bis zum Tage der Aufnahme ihr Kind gestillt hatte. Am 6. November wurde die Patientin anschliessend an die Abreise ihrer Mutter nachts sehr unruhig, hatte traurige Stimmungen, sagte, sie sei eine schlechte Frau, sie mache den Ihrigen Kummer und tue nichts. Sie ass gut, hatte angehaltenen Stuhl. Suizidgedanken hatte die Kranke zu Hause nicht geäußert, dagegen ist notiert: Unterwegs im Zug, Versuch aus dem Zuge zu springen. Der Mann macht bei der Aufnahme die Angabe, es seien dieselben Symptome wie vor 2 Jahren, nur milder.

Nach der Aufnahme in die Klinik ist notiert: Wird gegen Abend 8 Uhr von ihrem Mann zur Klinik gebracht. Geht ruhig auf die Abteilung. Zu Bett gebracht, verlangt sie fortwährend nach Hause, beruhigt sich jedoch bald, schläft auf Schlafmittel ziemlich gut.

Am 2. Tag ist notiert: Macht alle Augenblicke Anstalten, das Aerztezimmer — wohl bei der Untersuchung — zu verlassen. Behauptet, man halte sie nur zum Narren. Auf Befragen sagt sie, sie sei ganz gesund, sie möchte aufstehen und wolle nach Hause. Gibt zu, traurige Gedanken gehabt zu haben, ist gedrückter und weinerlicher Stimmung. Hat im ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da, beantwortet die meisten an sie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme, verhält sich gegen die Untersuchung ablehnend. Sie antwortet langsam, manchmal gar nicht. Isst mittags nichts, verlangt nachmittags ein Buch zu lesen.

Am 14. heisst es: Immer noch leicht gedrückter Stimmung, liegt ruhig zu Bett, hat noch immer in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes. Isst aber besser.



Am 15: Erscheint heute etwas freier. Fragt, ob sie nicht nach der Villa verlegt werden könne. Wird nachmittags dorthin verlegt, gibt ihrer Freude Ausdruck über die Verlegung und liegt dort ruhig zu Bett.

Am 16. geht sie nach dem Klosett und springt durch das Klosett-fenster aus dem ersten Stock auf den Hof und zieht sich dabei einen Wirbelbruch und eine Paraparese der Beine mit Blasenlähmung zu.

Ueber das Motiv äussert sie sich am Abend der Tat, sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben. Sie sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen. Späterhin äussert sie gesprächs-weise, sie habe sich in der Baracke schon stets wohl gefühlt und keinerlei Selbstmordgedanken gehabt. Als sie nach der Villa — offene Abteilung — verlegt wurde, habe sie sich zunächst gleich geängstigt vor einer Mitpatientin. Da sei ihr mit einem Male der Gedanke gekommen, sich das Leben zu nehmen. Sie hätte es aber nicht ausführen können, weil zu viel Menschen im Zimmer waren. Sie habe dann in der Nacht vom 15. zum 16. November ohne trübe Gedanken geschlafen und auch morgens sei ihr gut gewesen, auch auf das Klosett sei sie noch ohne Selbstmordgedanken gegangen. Hier habe sie das Fenster geöffnet, um hinauszusehen. Da sei ihr plötzlich der Gedanke gekommen, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden.

Am 8. 3. 1906 wurde die Patientin von der Psychose geheilt entlassen. Die Rückenmarkerscheinungen gingen allmählich zurück und Dr. Flatau berichtet, dass er sie bei einem späteren Besuch in bester Stimmung auf dem Rade vom Schwimmen oder Baden nach Hause gekommen, angetroffen habe.

Im Januar 1908 erhob der Gatte der Frau S. Klage auf Schadenersatz für die Folgen des Unfalls. Es sei ein Verschulden der Anstaltsbeamten darin zu erblicken, dass die Kranke nach wenigen Tagen in die offene Abteilung überführt worden sei.

Die als Zeugen vernommenen Dr. Flatau und Geheimrat Siemerling gaben beide an, dass sie bei der Verlegung im Hinblick auf die stattgehabte Besserung die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen hielten. Die Verlegung ist auf Anordnung des Leiters der Klinik selbst erfolgt.

Die in der Angelegenheit gehörten Sachverständigen kommen zu keinem einheitlichen Urteil.

Der Leiter der psychiatrischen Klinik in Leipzig, Geheimrat Flechsig, fasst sein Gutachten dahin zusammen, dass der Zustand der Frau S. zur Zeit der Verlegung kein derartiger war, dass man es unbedingt als gefährlich erachten musste, sie aus der Ueberwachungsstation in ein offenes Haus zu überführen. Ein zuverlässiges Wartepersonal voraus-

gesetzt, könne die Behandlung derartiger Patienten in einer offenen Abteilung kaum prinzipiellen Bedenken unterliegen.

Der Physikus Dr. Erman in Hamburg kommt zu dem Resultat, dass der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers am 15. 11. 1905 als ein derartiger erscheinen musste, dass begründete Bedenken vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen. Nach seiner Ansicht musste die Kranke in einem gesicherten Raum oder unter Ueberwachung gehalten werden, aus dem allgemeinen Grunde, weil bei derartigen melancholischen Kranken ein unvermuteter Selbstmordversuch immer in der Möglichkeit liege, und zweitens, weil Frau S. wenige Tage zuvor den Versuch gemacht habe, aus dem fahrenden Eisenbahnzuge zu springen. Der Aufenthalt der Frau S. in der Klinik sei noch zu kurz gewesen, ihr geistiger Zustand habe sich in den ersten vier Tagen des Aufenthaltes noch zu wenig geändert, um die Gefahr des Selbstmordversuches als nicht mehr naheliegend ausschliessen zu können.

Die Differenzen dieser Gutachten gab Veranlassung, das Votum des Medizinal-Kollegiums der Provinz Westfalen anzurufen. Diese gab sein Gutachten dahin ab, dass die Ueberführung der Frau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Klinik nach dem Krankheitszustand der Frau S., sowie nach den Einrichtungen der Villa nicht frei von begründeten Bedenken war, dass diese Ueberführung jedoch bei sonst zuverlässigem und gut geschultem Pflegepersonal vom ärztlichen Standpunkt aus zulässig erscheinen konnte und grundsätzlichen Bedenken kaum unterlag. Insofern in diesem Gutachten die Unbedenklichkeit der Ueberführung in die offene Station von der Zuverlässigkeit und Schulung des Pflegepersonals abhängig gemacht werde, wurden zunächst gerichtliche Erhebungen nach dieser Richtung angestellt. Das Ergebnis dieser Feststellungen führte das Medizinal-Kollegium in einem zweiten Gutachten zu dem Schlusse, dass bei der Berücksichtigung des in der Villa II anwesenden Pflegepersonals die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenlinik vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass bot, wenn nicht dem Pflegepersonal genauere Anweisung zu deren besonderen Beaufsichtigung und Beobachtung gegeben sein sollte.

Gegen dieses Gutachten machte der Leiter der Kieler Klinik geltend, dass das Gutachten des Medizinal-Kollegiums von nicht zutreffenden Voraussetzungen ausgehe. Die Verlegung nach der offenen Abteilung sei angeordnet worden, weil eine Suizidgefahr nicht für vorliegend erachtet worden sei. Hätten Bedenken bestanden, so hätte eine Verlegung in die offene Abteilung überhaupt nicht stattfinden dürfen.

## Gutachten.

Die von dem Medizinal-Kollegium diskutierte Frage, ob das Personal auf der offenen Abteilung hinsichtlich der Selbstmordverhütung die nötige Sicherheit gewährte, kann ausser Betracht gelassen werden, nachdem seitens des Direktors der Kieler Klinik ausdrücklich darauf hingewiesen worden ist, dass, wenn die Kranke suizidverdächtig war, eine Verlegung nach der offenen Station überhaupt nicht in Frage kommen konnte. Es handelt sich also lediglich darum, ob der klinische Direktor in Erwägung der ihm bekannten Vorgänge berechtigt war, bei der Kranken S. eine Suizidgefahr für nicht bestehend zu halten.

Der klinische Sachverhalt ergibt, dass bei Frau S. periodische psychotische Zustände mit depressiver Affektlage bestanden haben. Mit Recht wird von dem ersten Begutachter, Geheimrat Flechsig, darauf hingewiesen, dass es sich bei der Erkrankung der Frau S. nicht um eine Erkrankung von gleichmässig melancholischem Charakter gehandelt habe. Es tritt in den verschiedenen Krankheitszuständen der Frau S. eine ausgesprochene Beeinflussbarkeit durch äussere Momente, vor allem affektiver Art hervor. Dieser Umstand, dann die traumhafte Bewusstseinslage während der Depressionszustände und das Auftreten von Ohnmachten und Delirien anschliessend an einen Wortwechsel mit dem Bruder, weist auf eine psychogene-hysterische Komponente hin. Bei dem Ausbruch der ersten, wie der zweiten Erkrankung scheinen neben dem puerperalen Prozess noch affektive Momente, Besuch einer Verwandten, Abreise der Mutter von auslösender Bedeutung gewesen zu sein. Auch die Aufhellung des ersten in der Kieler Klinik durchgemachten traumhaften Zustandes schliesst sich an Aenderungen äusserer Verhältnisse, die Verlegung nach der Villa und insbesondere den Besuch des Mannes an.

Diese Feststellungen sind wichtig, weil sie zeigen, dass eine schematische Behandlung des Falles nach dem Schulbilde der Melancholie, wie sie in dem Gutachten des Hamburger Kreisphysikus Herrn Dr. Erman zum Ausdruck kommt, nicht geboten war. Nach dem, was der klinische Direktor aus der Vorgeschichte seiner Patientin und seinen früheren Erfahrungen an ihr wusste, war es wohl gerechtfertigt, wenn er besonderen Wert darauf legte, möglichst bald durch ihre Milieuveränderung eine günstige Einwirkung auf den Krankheitszustand auszuüben.

Ohne die Angabe des Mannes, dass die Frau bei der Fahrt nach Kiel aus dem Coupé zu springen versucht habe, würden in den anamnестischen Daten keine Anhaltspunkte dafür zu gewinnen gewesen sein, an der Zweckmässigkeit der Massnahme der Verlegung zu zweifeln. Weder während der früheren Erkrankung, noch während der krankhaften Zustände, welche die Kranke zu Hause durchgemacht hatte, sind

Suizidabsichten ausweislich der Akten in Erscheinung getreten. Auch eine familiäre, hereditäre, suizidiale Tendenz fehlt, wie mit Recht in dem Gutachten der Leipziger Klinik hervorgehoben wird.

Die Frage, ob in der Angabe des Mannes, dass seine Frau aus dem Zuge zu springen versucht habe, ein zwingendes Moment erblickt werden musste, die Verlegung ins offene Haus so kurze Zeit nach der Einlieferung zu unterlassen, würde vielleicht zu bejahen sein, wenn es sich um den erstmaligen Aufenthalt in der Klinik gehandelt hätte. So aber standen dem Leiter der Klinik die Erfahrungen über den Verlauf der letzten Erkrankung zur Seite und wenn es sich auch als irrtümlich erwies, so konnte er doch nach Antezedentien des Falles mit einem gewissen Recht zu der ärztlichen Ueberzeugung gelangen, dass der Vorfall während der Eisenbahnfahrt lediglich als eine durch die besondere Situation der Verlegung nach der Klinik bedingte episodische, psychogene Steigerung der Erregung aufzufassen sei und dass eine Suizidgefahr, nachdem die Kranke in die gleichmässige Umgebung der Klinik verbracht und tatsächlich eine gewisse Aufhellung des traumhaften Zustandes eingetreten war, nicht vorlag.

Wir geben deshalb unser Gutachten dahin ab, dass nach den besonderen Umständen und bei der besonderen Art der bei Frau S. vorliegenden Erkrankung der Massnahme der Verlegung nach der offenen Station, obwohl der Erfolg der Erwartung nicht entsprach, nach der klinischen Erfahrung die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden kann.

gez. Kirchner, Dr. v. Olshausen, Rubner, Moeli, Heubner,  
gez. Ohrt, Kraus, Gaffky, Bier, v. Schjerning,  
gez. Dr. Saenger, Dr. Krohne, Bonhoeffer.

Am 29. 10. 1912 wurde folgendes Urteil verkündet:

Im Namen des Königs!

In Sachen des Königlich Preussischen Staatsfiskus, vertreten durch den Kurator der Universität Kiel,

Beklagten und Berufungsklägers,

— Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Justizrat Dr. Abraham und  
Dr. Kähler in Kiel —  
gegen den

Redakteur E. S. in I.,

Kläger und Berufungsbeklagten,

— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. Stahmer in Kiel —  
wegen Schadenersatzes

hat der II. Zivilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Kiel auf die mündliche Verhandlung vom 29. 10. 1912 unter Mitwirkung des Senatspräsi-

dentem, Geh. Oberjustizrates Schmid, der Oberlandesgerichtsräte Geh. Justizrates Dr. Brandt, Dr. Marwitz und Löhmann, sowie des Landrichters Frormann für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Königlichen Landgerichts, II. Zivilkammer in Kiel, vom 23. 2. 1910 dahin abgeändert:

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, doch wird dem Kläger nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Hinterlegung von 450 M. abzuwenden.

#### Tatbestand.

Der Beklagte hat gegen das vorbezeichnete Urteil Berufung eingelegt und beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat den Inhalt des angefochtenen Urteils nebst den darin in Bezug genommenen Beweisverhandlungen und der Krankheitsgeschichte der Frau S. vorgetragen. Er hat die Würdigung der rechtlichen und tatsächlichen Verhältnisse durch das Landgericht als unrichtig bezeichnet und hat geltend gemacht, dass zwischen Dr. Erman und dem Professor Siemerling hinsichtlich der Beurteilung seelischer Zustände grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten beständen. So habe Dr. Erman im Jahre 1902 bescheinigt, dass eine Frau Walkhoff aus Hamburg geisteskrank sei, während ihre Untersuchung in der Kieler Nervenkllinik, in der sie sich vom 25. 11. bis 21. 12. 1912 befunden habe, weder Geisteskrankheit noch Geistesschwäche ergeben habe.

Der Beklagte hat ferner bestritten, dass der Leiter der Nervenkllinik oder deren sonstige Angestellte seine verfassungsmässig berufenen Vertreter seien, hat aber erklärt, er wolle nicht bestreiten, dass der erstere befugt sei, selbstständig Kranke in die Anstalt aufzunehmen und die Verpflegungskosten festzusetzen. Er ist endlich der Ansicht, dass der Leiter der Klinik, soweit für die Behandlung der Frau S. seine Beziehungen zum Beklagten in Frage ständen, in Ausübung der öffentlichen Gewalt gehandelt habe. Dass Beklagter bei der Auswahl der behandelnden Aerzte die erforderliche Sorgfalt beobachtet habe, könne nicht zweifelhaft sein.

Der Kläger hat beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und eventuell ihm nachzulassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung abzuwenden.

Er hält die Ausführung des angefochtenen Urteils für zutreffend und hat den Inhalt seines Schriftsatzes vom 10. 6. 1910 (Bl. 171 d. A.) vorgetragen.

Gemäss dem Beweisbeschluss vom 28. 6. 1910 (Bl. 175, 184 R.) hat  
4. 10.

das Königliche Medizinalkollegium in Münster auf Grund der Akten ein ausführlich begründetes Gutachten dahin abgegeben, dass die Ueberführung der Frau S. in die offene Station am 15. 11. 1905 nach ihrem Krankheitszustande sowie nach den Einrichtungen der Villa nicht frei von begründeten Bedenken

gewesen sei, dass diese Ueberführung jedoch bei sonst zuverlässigem und gut geschultem Pflegepersonal vom ärztlichen Standpunkt aus habe zulässig erscheinen können.

Der Kläger hat dieses Gutachten bemängelt und hat angegeben, welches Pflegepersonal im November 1905 in der Villa vorhanden war und welche Aufgaben dieses zu verrichten hatte. Auch hat er an einer Zeichnung die Lage der einzelnen Räume in der Villa erläutert. Es wird deswegen auf den vorgetragenen Inhalt des Schriftsatzes vom 3. 3. 1911 und auf die Zeichnung Bl. 104 verwiesen. Der Beklagte hat die Behauptungen über das Pflegepersonal bestritten und davon abweichende Angaben gemacht, auf die wiederum der Kläger erwidert hat. Es wird wegen der beiderseitigen Behauptungen in dieser Beziehung auf die vorgetragenen Schriftsätze vom 23. 3., 2. und 15. 6. 1911 Bezug genommen.

Gemäss dem Beweisbeschluss vom 27. 6. 1911 wurden die darin benannten Zeugen vernommen und es wird auf ihre vorgetragenen Aussagen verwiesen. Es wurde ein fernerer Gutachten des Medizinalkollegiums in Münster eingeholt, das dahin ging, bei Berücksichtigung des vorhandenen Pflegepersonals böte die Ueberführung der Frau S. in die offene Anstalt zu Bedenken Anlass, wenn nicht dem Pflegepersonal genauere Anweisung zu deren besonderen Beaufsichtigung und Beobachtung gegeben worden sei.

Der Beklagte hat dieses Gutachten bemängelt und geltend gemacht, dass die Ueberführung der Frau S. in die offene Station von Prof. Siemerling überhaupt nicht angeordnet worden wäre, wenn diese Ueberführung vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass geboten hätte. Er hat auch im übrigen die Aeusserung des Prof. Siemerling vom 6. 5. 1912 vorgetragen.

Es wurde sodann nach dem Beweisbeschluss vom 11. 6. 1912 ein Obergutachten der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eingeholt. Auf den vorgetragenen Inhalt dieses Gutachtens und der beiden Gutachten des Königlichen Medizinalkollegiums wird verwiesen.

Der Kläger hat das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation bemängelt und dazu den Inhalt seines Schriftsatzes vom 22. 10. 1912 vorgetragen. Er hat es ferner für unzulässig erklärt, dass die Wissenschaftliche Deputation die Aeusserung des Prof. Siemerling vom 6. 5. 1912 berücksichtigt hat.

#### Gründe.

Da nach der eigenen Erklärung des Beklagten der Leiter der Kieler Nervenanstalt kraft seiner Stellung befugt ist, selbständig über die Aufnahme von Kranken zu entscheiden und die Verpflegungskosten festzusetzen, so ist er der verfassungsmässig berufene Vertreter des Beklagten bei der Aufnahme und Behandlung der Kranken. Es handelt sich dabei um eine Tätigkeit, die auf privatrechtlichem Gebiete liegt und bei der eine Ausübung der öffentlichen Gewalt nicht in Frage kommt. Der Beklagte haftet demnach für ein Verschulden des Geheimrats Siemerling bei der Behandlung der Frau S. nicht nur nach § 278 B.G.B., soweit der Schadensersatzanspruch auf mangelhafte Erfüllung des mit dem Kläger abgeschlossenen Vertrages gestützt wird, sondern

auch nach §§ 31, 89 B.G.B., soweit der Schaden ausserhalb des Vertrages verursacht ist.

Es kann jedoch dahingestellt bleiben, inwieweit die erhobenen Ansprüche vertraglicher und inwieweit sie ausservertraglicher Natur sind, ebenso welche Partei die Beweislast für das behauptete Verschulden trifft, denn es muss auf Grund des Gutachtens der Wissenschaftlichen Deputation angenommen werden, dass Prof. Siemerling nicht schuldhaft gehandelt hat, als er Frau S. in die offene Anstalt verlegen liess. Dieses Gutachten berücksichtigt die Vorgeschichte der Frau S. und die Erfahrungen, die bei ihren früheren krankhaften Zuständen gemacht wurden, und kommt dabei zu dem Ergebnis, dass nach den besonderen Umständen und bei der besonderen Art der bei Frau S. vorliegenden Krankheit ihrer Verlegung nach der offenen Station nach der klinischen Erfahrung die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden könne. Die Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation sind allerdings nicht sämtlich Psychiater, aber sie sind Autoritäten der medizinischen Wissenschaft und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass sie, auch soweit sie nicht Psychiater sind, die Fähigkeit besitzen, die Richtung eines Gutachtens über die ihnen hier vorgelegte Frage zu beurteilen. Mit Unrecht wirft auch der Kläger dem Gutachten vor, dass es die Mangelhaftigkeit der Anlage der Anstalt selbst unberücksichtigt gelassen hat. Die Wissenschaftliche Deputation hat das Gutachten mit Rücksicht auf den Sachverhalt erstattet, der sich ihr aus den Akten ergab, und es ist selbstverständlich, dass sie dabei auch die Beschaffenheit der Villa, in die Frau S. verlegt wurde, berücksichtigt hat, insbesondere da in dem am Anfang des Gutachtens wiedergegebenen Beweisbeschluss die Berücksichtigung der Anlagen hinsichtlich der Sicherung und Ueberwachung der Kranken besonders gefordert ist. Ihr Gutachten kann deshalb nur dahin verstanden werden, dass der Verlegung der Frau S. in die offene Anstalt, so wie sie am 15. 11. 1905 war, die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden könne.

Unbegründet ist auch der weitere vom Kläger gemachte Vorwurf, dass das Gutachten die Mangelhaftigkeit des vorhandenen Pflegepersonals nicht berücksichtigt. Denn es geht davon aus, dass die Verlegung der Frau S. in die offene Anstalt überhaupt nicht in Frage gekommen wäre, wenn ein Selbstmordverdacht vorgelegen hätte, und untersucht deshalb nur die Frage, ob Prof. Siemerling berechtigt war, eine Selbstmordgefahr für nicht bestehend zu halten. Dazu war die Wissenschaftliche Deputation auch durchaus berechtigt, da Geheimrat Siemerling in seinem eidlichen Zeugnis vom 27. 6. 1908 ausgesagt hat, er hätte bei der Ueberführung der Frau S. die Gefahr eines Selbstmordversuchs für ausgeschlossen gehalten. Für die im Gutachten beantwortete Frage aber war die Beschaffenheit des Pflegepersonals offenbar unerheblich.

Geheimrat Siemerling hat sich, wie sein eidliches Zeugnis vom 27. 6. 1908 ergibt, bei der Ueberführung der Frau S. in die Villa von denselben Gesichtspunkten leiten lassen, wie die Wissenschaftliche Deputation. Man kann deshalb mit Rücksicht auf den späteren Ausgang wohl sagen, dass er sich

damals in einem Irrtum befunden hat, nicht aber, dass er bei seiner Anordnung nicht alle Umstände sorgfältig erwogen und deshalb schuldhaft gehandelt hat. Dass er dabei den Versuch der Frau S., sich auf der Fahrt nach Kiel aus dem Eisenbahnwagen zu stürzen, berücksichtigt hat, ergibt sein Zeugnis.

Hiernach hat Prof. Dr. Siemerling die ihm obliegende Verpflichtung zur sachgemässen ärztlichen Behandlung der Frau S. erfüllt und die Klage war deshalb unbegründet, mag sie auf den Vertrag oder auf vertragliches Verschulden gestützt sein.

gez. Schmidt. Brandt. Marwitz.  
gez. Löhmann. Frommann.

Auf die eingelegte Berufung entschied am 18. 3. 1913 das Reichsgericht:

Im Namen des Reichs!

In Sachen des Redakteurs E. S. in I., Klägers und Revisionsklägers,  
— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Justizrat Dr. Bitter in Leipzig —  
wider

den Preussischen Fiskus, Beklagten und Revisionsbeklagten,  
vertreten durch den Kurator der Universität Kiel,  
— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Geh. Justizrat Boyens in Leipzig, —  
hat das Reichsgericht, III. Zivilsenat, auf die mündliche Verhandlung vom 18. 3. 1913, unter Mitwirkung: des Präsidenten Meyn, der Reichsgerichtsräte v. Romeick, Dr. Strecker, Mansfeld, sowie der Oberlandesgerichtsräte Kress, Oegg und Dr. Gunkel, für Recht erkannt:

Das Urteil des II. Zivilsenats des Königlich Preussischen Oberlandesgerichts zu Kiel vom 29. 10. 1912 wird aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den I. Zivilsenat des Berufungsgerichts zurückverwiesen.

Die Entscheidung über die Kosten der Revisionsinstanz wird dem Endurteil vorbehalten.

Von Rechts wegen.

Tatbestand.

Im Jahre 1903 war die Ehefrau des Klägers an „melancholischer Verstimmlung“ erkrankt und in der psychiatrischen Klinik der Universität Kiel untergebracht, von wo sie als geheilt entlassen wurde. Am 12. 11. 1905 brachte der Kläger sie wiederum in die Klinik. Unterwegs versuchte sie aus dem Eisenbahnzug zu springen, der Leiter der Klinik, Prof. Siemerling, erhielt hiervon Kenntnis. Sie wurde zunächst in der Beobachtungsstation, aber schon am 15. 11. auf Anordnung jenes Leiters in der offenen Station, der sog. Villa, untergebracht. Hier machte sie am Morgen des 16. 11. einen Selbstmordversuch. Sie sprang aus dem Fenster des im Obergeschoss befindlichen Klosetts und verletzte sich schwer. Der Kläger findet ein Verschulden darin, dass die



Kranke schon am 15. 11. in die offene Station verlegt und dass diese nicht mit den gehörigen Sicherheitseinrichtungen versehen sei, und verlangt Schadenersatz. Das Landgericht hat den Klageanspruch dem Grunde nach für berechtigt erklärt, das Oberlandesgericht die Klage abgewiesen. Gegen das in der Entscheidung näher bezeichnete Berufungsurteil hat der Kläger Revision eingelegt. Er hat den Sachverhalt vorgetragen, die oberlandesgerichtlichen Entscheidungsgründe verlesen und die Revision mit den Ausführungen seines Schriftsatzes vom 20. 1. 1913 begründet. Sein Antrag geht dahin,

das angefochtene Urteil aufzuheben und nach seinem Berufungsantrage zu erkennen, im Falle der Zurückweisung die Sache an einen anderen Senat des Berufungsgerichts zurückzuverweisen.

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

#### Entscheidungsgründe.

Die Revision ist begründet.

1. Der Kläger nimmt den Beklagten zunächst wegen Verschuldens des Leiters der Klinik als eines verfassungsmässig berufenen Vertreters auf Ersatz des durch dies Verschulden entstandenen Schadens in Anspruch. Das Verschulden findet er in der Anordnung, dass die erst am 12. 11. 1905 in der Beobachtungsstation aufgenommene Kranke schon am 15. 11. in die Villa verlegt sei, obwohl deren Einrichtungen, wie dem Leiter der Klinik bekannt gewesen ist, nicht danach angetan gewesen seien, die Gefahr der Kranken für Leib und Leben auszuschliessen. Ob ein Verschulden vorliegt, ist eine vom Richter zu entscheidende Rechtsfrage. Die von dem Berufungsgericht getroffene Entscheidung lässt nach ihrer Begründung Raum für die Vermutung, dass ihr eine rechtsirrtümliche Auffassung des Begriffs der Fahrlässigkeit zugrunde liege. Jedenfalls hat das Berufungsgericht bei Verneinung der Rechtsfrage nicht den gesamten zur Begründung der Verschuldensbehauptung vorgebrachten Streitstoff gewürdigt. Es entnimmt die tatsächlichen Unterlagen für diese Verneinung lediglich dem Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, ohne zu beachten, dass dieses Gutachten das Klagevorbringen und das Ergebnis der vorangegangenen Beweisaufnahme nicht erschöpfend verwertet. Diese Verschuldensfrage hätte einer weiteren Erklärung durch das Oberlandesgericht bedurft. Mit Recht vermisst die Revision in dem für die Berufungsentscheidung massgebend gewordenen Obergutachten ein genügendes Eingehen auf den Inhalt der übrigen Gutachten, namentlich das Gutachten des Medizinalkollegiums in Münster. Wenn das Obergutachten die Möglichkeit eines zum Selbstmordversuche führenden plötzlichen Stimmungswechsels, den nach dem vorgetragenen Krankenberichte noch am 13. und 14. 11. bei der Kranken vorhandenen traumhaften Zustand, ihre eigenen, im Krankenberichte dargestellten Angaben über ihre Gedanken, schon am 15. — nach der Verlegung in die Villa — Selbstmord zu verüben, für das Bestehen eines Selbstmordverdachtes nicht in Betracht zieht, so durfte doch das Berufungsgericht bei Beurteilung der Verschuldensfrage diese Tatumstände nicht unerwogen lassen.

Dagegen geht der Revisionsangriff fehl, es seien die Behauptungen über die Geeignetheit der Deputation für Abgabe des Obergutachtens nicht genügend gewürdigt. Die Tauglichkeit eines Sachverständigen für die Erstattung von Gutachten einer bestimmten Art ist Sache der dem Tatsachenrichter zustehenden, einer Nachprüfung im Revisionsverfahren nicht unterliegenden Beweiswürdigung. Diese ist im vorliegenden Falle insoweit ausreichend begründet.

Mit Recht aber macht die Revision geltend, das Obergutachten und danach der über die Frage des Verschuldens urteilende Berufsrichter liessen ausser acht, dass für ein Verschulden des Klinikleiters nach dem Klagvorbringen nicht nur in Betracht komme, ob er ohne Fahrlässigkeit annehmen konnte, die Ehefrau des Klägers sei nicht mehr selbstmordverdächtig, sondern auch, ob er mit der Möglichkeit eines Irrtums hätte rechnen müssen. Die Ausführungen des Oberlandesgerichts lassen die Prüfung vermissen, ob der Leiter der Klinik, auch wenn er sie nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmassregeln zu treffen verpflichtet war, namentlich mit Rücksicht auf die behaupteten, ihm bekannten Mängel in der Einrichtung der Villa. Die Feststellung übrigens, dass der Prof. Siemerling bei der Ueberführung der Kranken sich von der Ueberzeugung habe leiten lassen, es bestehe keine Selbstmordgefahr mehr, ist nicht zu beanstanden. Sie beruht auf seinem eidlichen Zeugnis, wonach er zur Zeit seiner Anordnung die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen gehalten haben will. Nur auf diese Aussage stützt das Berufungsgericht seine Feststellung; ob das Gutachten auch die Aeusserung Siemerling's gegenüber dem Universitätskurator berücksichtigt, ist daher ohne Bedeutung.

Ob der Prof. Siemerling ohne Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zu jener Ueberzeugung gelangen konnte, das ist die zu entscheidende Frage. Für sie war von Wichtigkeit, was der Kläger über frühere Selbstmordversuche seiner Ehefrau unter Beweisangebot und über die Kenntnis des Klinikleiters von ihnen behauptet hatte.

So sprach doch vor allem der Vorfall in der Eisenbahn, mag er auch der Erregung über die Fortschaffung von Hause in die Klinik zuzuschreiben sein, für das Selbstmordvorhaben. Er hatte am 12. 11. stattgefunden, am 15. 11. schon, nachdem inzwischen stete Ueberwachung in der Beobachtungsstation die Wiederholung der Ausführung solchen Vorhabens ausgeschlossen hatte, erfolgte die Verlegung in die offene Station. Das aus der Kürze dieser Zwischenzeit sich ergebende Bedenken musste das Berufungsgericht zu einer umfassenden Aufklärung bestimmen.

Ob die Kranke ein- oder zweimal versucht hatte, aus dem Zuge zu springen, war selbst bei der Auffassung des Obergutachtens von der Bedeutung des Vorfalles in der Eisenbahn nicht gleichgültig. Der zweimalige Versuch verrät eine besondere Energie des Selbstvernichtungswillens. Zwar nicht für den zweimaligen Versuch, aber für die Mitteilung davon an den Leiter der Klinik ist Beweis — durch dessen Zeugnis — angetreten, er wäre zu erheben gewesen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass so gut wie die Erregung über die Fortschaffung in die Klinik zu so energischer Betätigung des Selbstmord-

willens im Eisenbahnzuge, so die Erregung über die Festhaltung in der Klinik zum Selbstmordversuche dort führen konnte und dass die Feststellung zweimaligen Versuchs auch geeignet wäre, eine andere Auffassung auch bei der sachverständigen Deputation zu begründen. Diese verwertet zwar gegen das Bestehen der Selbstmordgefahr die Verbringung in die gleichmässige Umgebung der Klinik — wovon sich übrigens auf der Reise gerade die Kranke gefürchtet haben soll — und den Eintritt einer „gewissen“ Aufhellung des traumhaften Zustandes. Es steht aber dahin, ob sie diesen Umständen gegenüber jener Selbstmordenergie dieselbe entscheidende Bedeutung würde beigemessen haben.

Unrichtig ist in dem vorgetragenen Schriftsatze vom 22. 10. 1912 bemerkt, das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation übersehe, dass der Kläger seinerzeit der Anstaltsleitung auch mitgeteilt habe, seine Frau habe bei ihrer ersten Erkrankung (1903) verschiedentlich versucht, zuhause aus dem Fenster zu springen. Das Gutachten übersieht es nicht, denn vor seiner Erstattung war die Behauptung, soweit die Akten ergeben, noch niemals aufgestellt. Allein die Revision rügt auch nicht, dass das Gutachten die Behauptung übersehe, sondern dass das Berufungsgericht die nach Massgabe des Schriftsatzes aufgestellte Behauptung nicht gewürdigt hat. Die Behauptung konnte jedenfalls nicht ohne weiteres als unerheblich behandelt werden. Das Obergutachten begründet seine Verneinung der Selbstmordgefahr u. a. mit der Erwägung, dass weder bei der früheren Erkrankung, noch während der krankhaften Zustände, welche die Ehefrau des Klägers zuhause durchgemacht hatte, Selbstmordabsichten in Erscheinung getreten seien. Nun hat der Professor Siemerling eidlich als Zeuge bekundet, der Kläger habe — abgesehen von dem Eisenbahnvorfalle — bei der Einlieferung 1905 erwähnt, dass seine Frau „auch keine Selbstmordideen an den Tag gelegt“ habe. Damit ist aber noch nicht widerlegt, dass sie 1903 solchen Gedanken gehabt, und dass der Kläger 1903 dem Anstaltsleiter davon Mitteilung gemacht hat. Jedenfalls hat in dieser Hinsicht das Berufungsgericht keinerlei Feststellungen getroffen. War aber die Behauptung erheblich, so hätte auf Bezeichnung der Beweismittel hingewirkt werden müssen. Die auf Verletzung des § 139 der Zivilprozessordnung gestützte Revisionsrüge ist begründet. Welcher Wert dem etwaigen Beweisergebnis gegenüber auf die aus dem Krankheitsberichte von 1903 ersichtlichen derzeitigen eigenen Angaben des Klägers zu legen ist, wird das Berufungsgericht zu prüfen haben.

II. Der Klageanspruch stützt sich aber nicht nur auf ein bei der Anordnung der Ueberführung begangenes Versehen des Anstaltsleiters, sondern auch darauf, dass der Schaden verursacht sei durch die auf ein Verschulden verfassungsmässig berufener Vertreter des Beklagten zurückzuführende Mangelhaftigkeit in den Einrichtungen der Villa. Zutreffend macht die Revision geltend, dass das Berufungsgericht diesen mit Beweiserbieten vertretenen Klagegrund überhaupt nicht berücksichtigt. Es ist geeignet, ganz unabhängig von einem den Anstaltsleiter bei einer Anordnung etwa treffenden Verschulden, den Klageanspruch zu begründen.

Auch wenn der Anstaltsleiter ohne Fahrlässigkeit den Selbstmordverdacht bei den Anstaltskranken für völlig ausgeschlossen hält und halten darf, so muss doch immerhin mit der Möglichkeit eines Irrtums gerechnet werden. Auf diese Möglichkeit hin werden, soweit es sich mit dem Heilzwecke vereinigen lässt, die Einrichtungen der offenen Station mit den erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen versehen sein müssen. Der Beklagte nimmt die zum Teil hilflosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er ist dafür verantwortlich, dass sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch für die Gefahr der Selbstbeschädigung soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzwecks zu treffenden Massnahmen es zulassen. Es fragt sich, warum es in der offenen Station, in der die Ehefrau des Klägers untergebracht wurde, an den geeigneten Sicherheitsvorkehrungen gefehlt hat. Wenn es richtig ist, dass gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so ist nicht einzusehen, weshalb die Fenster des Klosetts im Obergeschoss nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet waren, dass das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen konnte. Auch ist nicht ersichtlich, welche Umstände der Anwendung der äusseren Vorsicht, gerade auch in Ansehung der Ueberwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts, hinderten. Regelmässig liegt die Annahme eines Verschuldens nahe, wenn Sicherheitsmassregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich ist.

Nach diesen Richtungen hin bedarf das Parteivorbringen der eingehenden Prüfung durch das Berufungsgericht. Je nach deren Ausfall wird sich ergeben, ob der Beklagte selbst dann schadensersatzpflichtig ist, wenn die Anordnung der Ueberführung in die offene Station zum 15. 11. als schuldhaft nicht angesprochen zu werden braucht.

gez. Meyn. Romeick. Strecker. Mansfeld.  
Kress. Oegg. Gunkel.

Das Urteil ist in der öffentlichen Sitzung vom 22. 4. 1913 verkündet und in das am 8. 5. 1913 ausgehängte Verzeichnis eingetragen.

gez. Beyer.  
Gerichtsschreiber.

Unter dem 14. 7. 1913 erging folgender Beweisbeschluss:

I. Es soll Beweis erhoben werden

A. auf Anstehen des Klägers

1. darüber, dass der Kläger, als er am 12. 11. 1905 seine Ehefrau in die Königliche Psychiatrische und Nervenkllinik in Kiel brachte, dem Zeugen mitgeteilt hat, sie habe bei der Eisenbahnfahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen;
2. dass der Kläger, als er im Jahre 1903 seine Ehefrau bei ihrer ersten Erkrankung der Nervenkllinik zuführte, dem Zeugen als Anstaltsleiter mitgeteilt hat, dass seine Ehefrau verschiedentlich versucht habe, zuhause aus dem Fenster zu springen,

- durch das Zeugnis des Prof. Dr. Siemerling in Kiel,  
3. darüber, dass in anderen, modern eingerichteten Nervenanstalten Fenster in völlig unauffälliger Weise angebracht sind, welche ein Herausspringen unmöglich machen,

durch das Zeugnis des Anstaltsleiters Dr. Lienau in Hamburg;

B. auf Anstehen des Beklagten

darüber, dass besondere Sicherungsvorkehrungen in der sog. offenen Station nicht getroffen, insbesondere die Fenster nicht so eingerichtet werden konnten, dass ein Herausschlüpfen unmöglich war, weil die Kranken nicht an die Art ihrer Krankheit erinnert werden sollen und zur Förderung des Heilzweckes erforderlich erschien, alles Auffällige in der Umgebung der in der offenen Station untergebrachten Kranken zu vermeiden, dass aus demselben Grunde (bzw. weshalb?) davon abgesehen wurde, die Kranken beim Aufsuchen des Klosetts zu überwachen,

durch das Zeugnis des Prof. Dr. Siemerling in Kiel.

Bei seiner am 16. 12. 1913 stattgehabten Vernehmung gab Dr. Glasow, der 1905 Assistenzarzt in der Nervenlinik gewesen war, an, er könne sich nicht mehr darauf besinnen, was Kläger damals über seine Frau gesagt habe.

Dr. Lienau gab bei seiner Vernehmung am 23. 11. 1913 in Hamburg folgendes an:

Meine Anstalt zerfällt in eine geschlossene und eine offene Abteilung. In der geschlossenen Abteilung sind die Fenster so verschlossen, dass es für einen Kranken unmöglich ist, sich aus dem Fenster zu stürzen. In der offenen Abteilung sind dagegen irgendwelche Sicherheitsmassregeln für diesen Fall nicht getroffen. Die Fenster lassen sich leicht öffnen. Soweit es sich um Drehfenster handelt, sind die Zwischenräume zwischen dem Drehposten und der Verkleidung der Fensteröffnungen derartig breit, dass ein Mensch ohne Mühe hindurchkommen kann. Die offene Abteilung macht durchaus den Eindruck eines Hotels. Grössere Sicherheitsmassregeln als in einem solchen sind nicht getroffen. Allerdings befindet sich die offene Abteilung im Hochparterre.

In der geschlossenen Abteilung ist das grosse Mittelfenster — aus dickem Glas — fest verriegelt, so dass ein Öffnen desselben unmöglich ist. Seitwärts befinden sich Drehflügel, die jedoch ein Hinausspringen nicht ermöglichen. Die Kranken empfinden jedoch sehr bald, weshalb die Fenster derartig eingerichtet sind und regen sich darüber auf. Deswegen werden diese Fenster in der offenen Abteilung vermieden.

Zeuge Geh. Med.-Rat Siemerling gab bei seiner Vernehmung am 10. 1. 1914 an: Zum Beweisthema A 1 und 2 weiss ich aus eigener Erfahrung nichts. Ich kann nur Bezug nehmen auf die Krankheitsgeschichte, die für die in Betracht kommenden Jahre 1905 und 1903 von den damaligen Assistenzärzten sehr eingehend aufgenommen worden ist. Ich überreiche diese Krankheitsgeschichte für die in Betracht kommende Zeit in beglaubigter Abschrift.

Als Assistenzarzt im November 1905 war Dr. Flatau tätig. Ich entsinne mich bezüglich des Jahres 1905 noch persönlich, dass ich nicht den Eindruck hatte, dass die Patientin selbstmörderische Absichten hegte.

Zur Klarstellung hebe ich hervor, dass die Krankheitsvorgeschichte nicht von mir, sondern von den Assistenzärzten, und zwar für 1905 von Dr. Flatau und 1903 von Dr. Glasow herrührt.

Zu B. des Beweisbeschlusses: Bei der Behandlung der Geisteskranken ist man jetzt im allgemeinen dazu übergegangen, offene Stationen zu errichten und dort die Kranken, soweit es mit ihrem Zustand vereinbar ist, unterzubringen, damit sie die Empfindung haben, nicht unter einem Zwange zu stehen und weil hieraus eine Förderung des Heilzweckes zu erwarten ist. Aus demselben Grunde wird auch alles Auffällige in der Umgebung der in der offenen Station untergebrachten Kranken vermieden. Es werden keine besonderen Sicherungsvorkehrungen getroffen, insbesondere die Fenster so eingerichtet, dass sie einfach geöffnet werden können. Würden besondere Vorkehrungen getroffen, so würde das die Kranken ängstigen und ihrer Heilung abträglich sein. Aus demselben Grunde wird auch in den Anstalten, insbesondere der meiner Leitung unterstellten, davon abgesehen, die Kranken ständig zu überwachen, insbesondere auch sie beim Aufsuchen des Klosetts zu überwachen.

Aus demselben Grunde sieht man auch davon ab, Sicherungsvorkehrungen an den Fenstern etwa in der Weise anzubringen, dass diese sich in horizontaler Lage öffnen lassen. Weil nämlich die Kranken misstrauisch und erkennen würden, dass die Einrichtung vom Normalen abweicht.

Der streitige Fall hat in unserer Anstalt keine Veranlassung dazu gegeben, irgendeine Aenderung in der Lage oder Einrichtung der offenen Station vorzunehmen.

Unsere Anstalt ist nach dem Muster der Hallenser Anstalt gebaut. Auch dort ist die offene Station zum Teil im ersten Stockwerk untergebracht. Ich habe kein Bedenken daraus entnommen, die in gleicher Weise eingerichtete Anstalt zu übernehmen. Dass die Gefahr eines Unfalls dadurch abgeschwächt wird, dass die offene Station im Parterre eingerichtet ist, versteht sich wohl von selbst. Das Parterre in unserer Anstalt ist richtiger gesagt Hochparterre. Darunter belegen sind noch Wohnräume, in welchen Dienstpersonal untergebracht ist.

Ich füge noch hinzu, dass in England die Anstalten, wie ich mich durch Augenschein überzeugt habe, gerade so eingerichtet sind, insbesondere offene Stationen auch im ersten Stock haben. Ebenso habe ich eine rheinische Privatanstalt besichtigt, in welcher die Einrichtung dieselbe ist. Ferner ist mir bekannt, dass auch öffentliche Anstalten die offene Station zum Teil im ersten Stockwerk haben.

Am 5. 3. 1914 erging folgender Beweisbeschluss: Die Kgl. Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in Berlin soll ersucht werden, mit Rücksicht auf die im Urteil des Reichsgerichts vom 18. 3. 1913 (Bl. III J. a) erhobenen Ausstellungen, insbesondere unter näherer Berücksichtigung des Inhalts der übrigen Gutachten, ein Gutachten darüber zu erstatten:

1. ob im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles, insbesondere den aus der Krankheitsgeschichte ersichtlichen Zustand der Frau S., es als ein Verstoss gegen die anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft anzusehen ist, dass Prof. Dr. Siemerling am 15. 11. 1905 ihre Ueberführung in die offene Station angeordnet hat, ohne für eine besondere Beaufsichtigung Sorge zu tragen;

2. ob die Beschaffenheit der offenen Station, insbesondere mit Rücksicht darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet war und besondere Anweisungen für die Beobachtung und Bewachung der Kranken nicht getroffen waren, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung einer Kranken von der Art der Frau S. zu stellen sind.

Die wissenschaftliche Deputation erstattete unter dem 14. 6. 1914 folgendes Gutachten:

Gutachten<sup>1)</sup>.

Eurer Exzellenz erstatten wir hierunter in Sachen Staatsfiskus gegen S. das erforderliche Ergänzungsgutachten über die Frage

1. ob im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles insbesondere dem aus der Krankengeschichte ersichtlichen Zustand der Frau S. es als ein Verstoss gegen die anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft anzusehen ist, dass Professor Dr. Siemerling am 15. 11. ihre Ueberführung in die offene Station angeordnet hat, ohne für besondere Beaufsichtigung zu sorgen;

2. ob die Beschaffenheit der offenen Station insbesondere mit Rücksicht darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet war und besondere Anweisung für die Bewachung und Beobachtung der Kranken nicht getroffen waren, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung von Kranken von der Art der Frau S. zu stellen sind.

Wir haben uns am 12. 7. 1912 in derselben Sache gutachtlich dahin geäussert, dass nach den besonderen Umständen und bei der Art der bei Frau S. vorliegenden Erkrankung, der Massnahme der Verlegung nach der offenen Station, obwohl der Erfolg der Erwartung nicht entsprach, nach der klinischen Erfahrung die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden kann.

Im einzelnen wird auf den Inhalt dieses Gutachtens verwiesen. Gegen die daraufhin von dem Oberlandesgericht als Berufungsinstanz erfolgte Abweisung der Klage wurde Revision eingelegt. Vom Reichsgericht wurde die Revision für begründet erklärt, das Urteil des Oberlandesgerichtes aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den I. Zivilsenat zurückverwiesen. Die Ent-

---

1) Dieses Gutachten ist veröffentlicht in Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. Folge. Bd. 49. H. 2.

scheidungsgründe des Reichsgerichts vermissen in unserem Gutachten ein genügendes Eingehen auf den Inhalt der übrigen Gutachten, namentlich der Gutachten des Medizinalkollegiums. Das Obergutachten lasse ausser acht, dass für ein Verschulden des Klinikleiters nach dem Klagvorbringen nicht nur in Betracht komme, ob er ohne Fahrlässigkeit annehmen konnte, die Ehefrau des Klägers sei nicht mehr selbstmordverdächtig, sondern auch ob er mit der Möglichkeit eines Irrtums habe rechnen müssen. In den Ausführungen des Oberlandesgerichtes werde die Prüfung vermisst, ob der Leiter der Klinik, wenn er die Kranke nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmassregeln zu treffen verpflichtet war, namentlich mit Rücksicht auf die behaupteten, ihm bekannten Mängel in der Einrichtung der Villa.

Die Feststellung, dass Professor Siemerling bei der Ueberführung der Kranken sich von der Ueberzeugung habe leiten lassen, es bestehe keine Selbstmordgefahr mehr, sei nicht zu beanstanden. Zu entscheiden sei aber die Frage, ob Professor Siemerling ohne Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zu jener Ueberzeugung gelangen konnte. Es habe doch vor allem der Vorfall in der Eisenbahn, möge er auch der Erregung über die Fortschaffung von Hause in die Klinik entsprungen sein, für das Selbstmordvorhaben gesprochen. Dieser habe am 12. 11. stattgehabt und am 15. schon, nachdem inzwischen stete Ueberwachung in der Beobachtungsstation die Wiederholung der Ausführung solchen Vorhabens ausgeschlossen habe, sei die Verlegung in die offene Station erfolgt. Das aus der Kürze dieser Zwischenzeit sich ergebende Bedenken hätte das Berufungsgericht zu einer umfassenden Aufklärung bestimmen müssen. Ob die Kranke ein- oder zweimal versucht habe, aus dem Zuge zu springen, sei selbst bei der Auffassung des Obergutachtens von der Bedeutung des Vorfalles in der Eisenbahn nicht gleichgiltig. Der zweimalige Versuch verrate eine besondere Energie des Selbstvernichtungswillens. Es hätte damals der Beweis dafür angetreten werden sollen, dass dem Leiter der Klinik von einem solchen zweimaligen Versuche — wie ihn der Kläger behauptet — Mitteilung gemacht worden sei. Es sei nicht ausgeschlossen, dass so gut wie die Erregung über die Fortschaffung in die Klinik zu so energischer Betätigung des Selbstmordwillens im Eisenbahnzuge, so die Erregung über die Festhaltung in der Klinik zum Selbstmordversuche dort habe führen können und dass die Feststellung zweimaligen Versuchs auch geeignet sein könnte, eine andere Auffassung auch bei der sachverständigen Deputation zu begründen. Diese verwerte zwar gegen das Bestehen der Selbstmordgefahr die Verbringung in die gleichmässige



Umgebung der Klinik — wovon sich übrigens die Kranke auf der Reise gefürchtet haben sollte — und den Eintritt einer „gewissen“ Aufhellung des traumhaften Zustandes. Es stehe aber dahin, ob sie diesen Umständen gegenüber jener Selbstmordenergie dieselbe entscheidende Bedeutung würde beigemessen haben.

Das Obergutachten begründe seine Verneinung der Selbstmordgefahr u. a. mit der Erwägung, dass weder während der früheren Erkrankung, noch während der krankhaften Zustände, welche die Ehefrau des Klägers zu Hause durchgemacht habe, Selbstmordabsichten in Erscheinung getreten seien.

Es hätte deshalb von seiten des Berufsrichters zu der neuerlichen Behauptung des Klägers, Frau S. habe seinerzeit bei ihrer ersten Erkrankung verschiedentlich versucht, zu Hause aus dem Fenster zu springen, auf Bezeichnung der Beweismittel hingewirkt werden müssen. In zweiter Linie stützt sich der Klaganspruch mit Recht darauf, dass die Einrichtungen der Villa mangelhaft seien. Der Anstaltsleiter habe mit der Möglichkeit des Irrtums rechnen müssen. Auf diese Möglichkeit hin würden, soweit es sich mit den Heilzwecken vereinigen lasse, die Einrichtungen der Villa mit den erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zu versehen sein. Der Beklagte nehme die zum Teil hilflosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er sei dafür verantwortlich, dass sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch gegen die Gefahr der Selbstbeschädigung soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzweckes zutreffenden Massnahmen es zulassen. Es frage sich, warum es in der offenen Station, in der die Ehefrau des Klägers untergebracht wurde, an den geeigneten Sicherheitsvorkehrungen gefehlt habe. Wenn es richtig sei, dass gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so sei nicht einzusehen, weshalb die Fenster der Klosetts im Obergeschoss nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet seien, dass das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen könne. Auch sei nicht ersichtlich, welche Umstände die Anwendung der äussersten Vorsicht, gerade in Ansehung der Ueberwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts hinderten. Regelmässig liege die Annahme eines Verschuldens vor, wenn Sicherheitsmassregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich sei.

Nach diesen Richtungen bedürfe das Parteivorbringen der eingehenden Prüfung durch das Berufungsgericht. Je nach deren Ausfall werde sich ergeben, ob der Beklagte selbst dann noch Schadenersatz-

pflichtig sei, wenn die Anordnung der Ueberführung in die offene Station zum 15. 11. als schuldhaft nicht angesprochen zu werden brauche. In dem neuen Berufungsverfahren wurde entsprechend den Entscheidungsgründen des Reichsgerichts Beweis erhoben,

A. 1. darüber, dass der Kläger, als er am 12. 11. 1905 seine Ehefrau in die Königliche psychiatrische und Nervenlinik in Kiel brachte, dem Zeugen mitgeteilt hat, sie habe bei der Eisenbahnfahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen;

2. dass der Kläger, als er im Jahre 1903 seine Ehefrau bei ihrer ersten Erkrankung der Nervenlinik zuführte, dem Zeugen als Anstaltsleiter mitgeteilt hat, dass seine Frau verschiedentlich versucht habe, zu Hause aus dem Fenster zu springen;

3. darüber, dass in andern modern eingerichteten Nervenanstalten Fenster in völlig unauffälliger Weise angebracht sind, welche ein Herausspringen unmöglich machen;

B. darüber, dass besondere Sicherungsvorkehrungen in der sogenannten offenen Station nicht getroffen, insbesondere die Fenster nicht so eingerichtet werden konnten, dass ein Herausschlüpfen unmöglich war, weil die Kranke nicht an der Art ihrer Erkrankung erinnert werden solle und es zur Förderung der Heilzwecke erforderlich erschien, alles Auffällige in der Umgebung der in der offenen Station untergebrachten Kranken zu vermeiden, dass aus demselben Grunde — beziehungsweise weshalb — davon abgesehen wurde, die Kranke beim Aufsuchen des Klosetts zu überwachen. Die zu 1. und 2. vernommenen Zeugen Dr. Glasow und Professor Siemerling konnten aus eigener Erinnerung über die neuerlichen von S. aufgestellten Behauptungen nichts angeben. Professor Siemerling überreichte die beglaubigte Abschrift der Krankengeschichte über die beiden Aufenthalte der Frau S. in der Klinik nebst den von dem Mann, der Mutter der Patientin und dem einweisenden Arzte gegebenen anamnestischen Daten.

Diese Krankengeschichte hat uns schon bei der ersten Begutachtung vorgelegen. Es ergibt sich aus der nach den Angaben S. niedergeschriebenen Anamnese nichts über einen zweimaligen Versuch aus dem Zuge zu springen. Der in Betracht kommende Schlusspassus der Anamnese des Mannes sei hier nochmals wiederholt: „Ist noch ganz gut. Stuhlgang schlecht. Keine Suizidgedanken. Unterwegs unruhig, Versuch aus dem Zuge herauszuspringen. Ref. meint, es seien dieselben Symptome, wie vor zwei Jahren, nur milder. Heute Weinen und ausnehmend traurig. Behauptet, sie sei ganz gesund“.

Was die von dem Gatten S. behauptete Suizidgefährlichkeit seiner Frau während der ersten Erkrankung im Jahre 1903 und die Mitteilung

davon an die Aerzte der Kieler Klinik anlangt, so findet sich in dem ausführlichen Aufnahmeattest des Dr. med. H. kein Hinweis darauf. Er begründet die Aufnahmebedürftigkeit der Frau S. lediglich damit, dass es zu Hause an geeigneter Pflege mangle und eine Heilung in einer Nervenheilanstalt mehr Erfolg verspreche. Die recht ausführliche Anamnese des Mannes, die ein anschauliches Bild von dem Verhalten der Kranken bei ihrer ersten Erkrankung gibt, erwähnt, dass die Kranke zuweilen sehr abweisend gewesen sei, dass sie dem Mann einmal eine Tasse aus der Hand geschlagen habe, dass die Nächte meist sehr unruhig gewesen seien; es ist aber nirgends ein Versuch, aus dem Fenster zu springen, erwähnt. Es heisst vielmehr ausdrücklich, Selbstmordideen hat Patientin nie geäussert. Auch die von der Mutter im Jahre 1903 gegebene Anamnese enthält nichts über Suizidabsichten; dagegen machte sie eine im Hinblick auf die in unserem früheren Gutachten zum Ausdruck gebrachte Aeusserung wichtige Angabe, dass ihre Tochter früher aus geringen Anlässen meistens infolge Aergers Anfälle bekommen habe, in denen sie sich auf die Erde warf, mit den Händen um sich schlug und die Umgebung scheinbar nicht kannte.

Auch die Krankengeschichte des damaligen Aufenthaltes enthält keinen Hinweis auf Suizidabsichten der Kranken. Die Patientin berichtet in ihrer retrospektiven Betrachtung der Erkrankungszeit während der Rekonvaleszenz wohl davon, dass ihr alles merkwürdig vorgekommen sei, dass sie geglaubt habe, alle sollten umgebracht werden und ähnliches, aber nichts davon, dass sie selbst in irgend einer Weise Hand an sich habe legen wollen.

Es sei aus der Krankengeschichte von 1903 noch hervorgehoben, dass die Kranke am Tage vor der Verlegung nach der Villa und auch nach der Verlegung noch nicht zu einer sicheren Orientierung über die Personen ihrer Umgebung und über den Ort ihres Aufenthalts gelangt war.

Zu der 3. Frage des Beweisbeschlusses äussert sich Dr. Lienau als Zeuge dahin, dass seine Anstalt in eine geschlossene und eine offene zerfalle. In der geschlossenen Abteilung seien die Fenster so verschlossen, dass es für einen Kranken unmöglich sei, sich aus dem Fenster zu stürzen. In der offenen Abteilung seien Massregeln für diesen Fall nicht getroffen. Die Fenster lassen sich leicht öffnen, die offene Abteilung mache durchaus den Eindruck eines Hotels. Grössere Sicherheitsmassregeln als in einem solchen seien nicht getroffen. Allerdings befinde sich die offene Abteilung im Hochparterre. Drehfensterflügel würden auf der offenen Abteilung vermieden, weil die Kranken bald den Zweck bemerkten und sich darüber erregten.

Zu B. des Beweisbeschlusses bemerkt der als Zeuge vernommene Professor Dr. Siemerling, dass man bei der Behandlung Gemütskranker allgemein dazu übergegangen sei, offene Stationen zu errichten, und die Kranken, soweit es mit ihrem Zustande vereinbar sei, dort unterzubringen, damit sie die Empfindung haben, nicht unter einem Zwange zu stehen und weil hieraus eine Förderung des Heilzweckes zu erwarten sei. Sicherheitsmassregeln werden aus demselben Grunde vermieden, auch von einer Ueberwachung beim Aufsuchen des Klosetts werde abgesehen. Es solle in der offenen Abteilung vermieden werden, dass die Kranken misstrauisch und ängstlich gemacht würden. Dass die offene Abteilung im ersten Stock untergebracht sei, teile sie mit anderen öffentlichen und privaten Anstalten.

#### Gutachten.

Zu Frage 1. Die vom Berufungsgericht angestellten neuen Erhebungen haben die in Beweis gestellte Behauptung, dass die Frau S. auf der Fahrt nach Kiel zweimal versucht habe, aus dem Zuge zu springen, dass vor der ersten Erkrankung die Kranke mehrmals aus dem Fenster zu springen versucht habe, nicht bestätigt.

Was zunächst die Krankengeschichte der Klinik über die erste Erkrankung anlangt, so enthält der Teil, welcher die Angaben des Klägers, der Mutter der Patientin und des einweisenden Arztes wiedergibt, unter den zahlreichen Einzelheiten, die er bringt, nichts von den Versuchen, aus dem Fenster zu springen oder anderen ähnlich zu bewertenden Vorgängen. Die Notiz „Selbstmordideen hat Patientin nie geäussert“ spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass in dieser Richtung gefragt worden ist, und es ist bei der im übrigen sachverständig und eingehend aufgenommenen Anamnese anzunehmen, dass, wenn so wichtige Punkte, wie Selbstmordversuche durch Sturz aus dem Fenster erwähnt worden wären, diese auch zur Registrierung gekommen wären.

Wie die Anamnese, so enthält auch die Krankengeschichte des ersten Aufenthaltes keinen Hinweis auf Selbstbeschädigungsversuche oder auf Selbstmordabsichten der Kranken.

Auch die katamnästischen Angaben der Patientin in der Rekonvaleszenz enthalten nichts davon, dass sie suizidale Gedanken während der Erkrankung gehabt hätte.

Bemerkenswert ist, dass der psychische Zustand der Kranken auch zur Zeit der damaligen Verlegung auf die offene Villa noch keineswegs völlig frei war, da sie noch nicht zu einer sicheren Orientierung über Ort und Person gelangt war.

Die eigentliche Rekonvaleszenz stellte sich damals, wie wir schon

in unserem früheren Gutachten ausgeführt haben, im Anschluss an die Verlegung und den Besuch des Mannes ein. Auch für die zweite aufgestellte Behauptung, dass die Frau S. auf der Fahrt zweimal versucht habe, aus dem Zuge zu springen, ist durch die Vernehmung kein Beweis erbracht worden. Die den Bericht des Klägers wiedergebende Anamnese enthält wieder die Notiz, dass zu Hause keine Suizidideen geäußert worden sind, dass die Kranke unterwegs unruhig geworden sei und aus dem Zug herauszuspringen versucht habe; ein zweimaliger Versuch wird nicht erwähnt. Der Tenor der Anamnese, die wohl wie üblich die Äußerungen des Referenten chronologisch wiedergibt und direkt hinter „unterwegs unruhig, Versuch aus dem Zuge zu springen“ fortführt, „Ref. meint, es seien dieselben Symptome wie vor zwei Jahren, nur milder“, scheint darauf hinzuweisen, dass der Kläger damals bei der Angabe der Anamnese diesem Vorfall eine weniger erhebliche Bedeutung beigelegt hat, als später.

Für den Leiter der Klinik lag die Beurteilung des Zustandes der Frau S. zur Zeit der Verlegung in die Villa also unter Zugrundelegung der Krankengeschichte folgendermassen: Es war ihm bekannt, dass Frau S. unter ganz ähnlichen Erscheinungen zwei Jahre zuvor erkrankt, von dieser Erkrankung auf der offenen Villa genesen war, nachdem sie zuvor etwa 11—12 Tage auf der Wachstation seiner Klinik gelegen hatte. Die Genesung war damals sehr schnell anschliessend an die Verlegung und den Besuch des Mannes eingetreten. Suizidale Tendenzen hatten damals keine Rolle gespielt. Auch in der Zwischenzeit hatten bei den leichteren Anfällen trauriger Verstimmung zu Hause keine Selbstmordtendenzen bestanden, ebensowenig im Beginn der zweiten Erkrankung. Nach der Schilderung war das Bild zur Zeit der zweiten Erkrankung im wesentlichen dasselbe wie damals. Es bestand für ihn, als die Kranke um Verlegung nach der Villa bat, die Frage: Ist nach dem Bericht des Mannes, dass die Frau unterwegs auf der Fahrt nach Kiel aus dem Zuge springen wollte, ein länger dauerndes Bleiben auf der Wachstation erforderlich wegen der darin zum Ausdruck kommenden Selbstmordtendenz? oder war er berechtigt, den bei der Kranken bewährten Heilfaktor der Verlegung nach der offenen Villa schon jetzt eintreten zu lassen? Zu dieser Frage ist zunächst folgendes zu sagen. Wir haben schon in unserem früheren Gutachten darauf hingewiesen, dass es sich bei der Erkrankung der Frau S. nicht um ein Schulbild der Melancholie gehandelt hat und dass die Beweisführung des Kreisphysikus Dr. Erman nicht als zwingend erachtet werden kann, der eine Bewachung der Kranken, beziehungsweise ein Verbleiben in einem gesicherten Raum als notwendig erachtete, 1. weil ein unvermuteter

Selbstmordversuch bei derartigen Kranken immer in der Möglichkeit liege und 2. im besonderen bei Frau S., weil sie kurz zuvor, nämlich am 12. 11. bereits den Versuch gemacht habe, aus dem fahrenden Eisenbahnzug zu springen.

Demgegenüber ist auf die Tatsache, die jedem psychiatrisch Erfahrenen bekannt ist, hinzuweisen, dass die Mehrzahl melancholischer Depressionen und zwar auch solcher mit Suizidideen de facto in offenen Sanatorien behandelt wird, und dass es in sehr vielen Fällen eine erhebliche Schädigung des Gesundheitszustandes bedeuten würde, wenn solche besonnenen depressiv Erkrankten einer geschlossenen Anstalt überwiesen würden. Ein Schematismus derart, dass jeder depressiv Erkrankte, der gelegentlich Suizidideen hat, sofort scharf überwacht oder einer geschlossenen Anstalt überwiesen werden müsste, würde therapeutisch verfehlt und eine undurchführbare Grausamkeit sein. Es ist Sache der sachverständigen Beurteilung, im Einzelfall die Suizidgefahr und die Notwendigkeit der Behandlung in der geschlossenen Anstalt abzuschätzen. Auch die Tatsache, dass eine Kranke einige Tage zuvor einen Versuch aus dem fahrenden Eisenbahnzug zu springen gemacht, erlaubt an sich nicht hierin ohne weiteres den Ausdruck bewusster und dauernder Selbstmordabsicht zu sehen und die Frage von vornherein im Sinne der Notwendigkeit entsprechender Ueberwachung zu beantworten. Der Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung ist eine von den Angehörigen, wie von den urteilsfähigen Patienten so schwer empfundene Massnahme, dass der Klinikleiter schon aus diesen Gründen zu der sorgfältigsten Prüfung der Notwendigkeit des Aufenthalts verpflichtet ist. Es wäre psychiatrisch als ein oberflächliches Vorgehen zu verurteilen, lediglich deshalb, weil vor drei Tagen unter äusserlich wesentlich anders liegenden Umständen ein vielleicht als Selbstmordabsicht aufzufassender Vorfall sich abgespielt hat, sich dieser Prüfung zu entziehen. — Wir haben in unserem früheren Gutachten schon darauf hingewiesen, dass bei Frau S. die Verhältnisse tatsächlich insofern besonders lagen, und eine solche Prüfung besonders nahelegten, weil eine psychogene hysterische Komponente in dem Krankheitsbilde unverkennbar ist. Dieser hysterische Einschlag ergibt sich aus der schon in unserem früheren Gutachten erwähnten Neigung der Patientin, auf affektive Erlebnisse, z. B. einen Wortwechsel mit dem Bruder, mit ohnmachtsartigen Anfällen und Delirien zu reagieren. Es ergibt sich weiter aus der Angabe der Mutter der Frau S., dass die Patientin aus geringen Anlässen infolge Aergers Anfälle bekam, in denen sie sich zur Erde warf, um sich schlug, die Umgebung nicht zu kennen schien, dabei aber hörte, was gesprochen wurde. Weiter spricht für einen solchen

hysterischen Einschlag die eigenartige traumhafte Benommenheit, wie die angesprochene Beeinflussbarkeit der Kranken während ihrer beiden Depressionszustände. Die Aufhellung der ersten in der Kieler Klinik durchgemachten Erkrankung schliesst sich an die Verlegung nach der Villa und an den Besuch des Mannes an; bei dem Ausbruch der ersten Erkrankung, wie auch bei der zweiten, sind affektive Momente, Besuch einer Verwandten, Abreise der Mutter von Einfluss auf die Gestaltung der Erkrankung.

Das Vorhandensein eines solchen hysterischen Temperamentes ist für die praktische Beurteilung des Falles in dreifacher Hinsicht wichtig. 1. lag darin für den behandelnden Arzt ein Hinweis für die Beurteilung der Affektintensität der Depression. Der hysterische Affekt pflegt, wie sich eben aus der Beeinflussbarkeit durch äussere Umstände ergibt, kein nachhaltiger und kein sehr tiefgehender zu sein. Die Suizidgefahr spielt hier erfahrungsgemäss eine ganz untergeordnete Rolle, ja es kann sogar therapeutisch geboten sein, Suizidäusserungen zu ignorieren. 2. Das Vorhandensein hysterischer Symptome konnte mit Recht zu der Auffassung führen, wie wir in unserem Gutachten schon ausführten, in dem Versuch aus dem Zuge zu springen, eine psychogene paroxysmale Steigerung zu sehen, der für die Dauerbeurteilung des Falles keine wesentliche Bedeutung zukam. 3. machte es das Vorliegen hysterischer Symptome und der Nachweis der Abhängigkeit der Intensität der Krankheitserscheinungen von der Umgebung dem Arzte besonders zur Pflicht, einer in dieser Hinsicht günstigen Gestaltung der äusseren Umgebung seine Aufmerksamkeit zu widmen.

Die Berücksichtigung dieser drei Punkte konnte unseres Erachtens den Klinikleiter bei Erwägung der Verlegungsfrage mit Recht zu der Entscheidung bringen, die Verlegung nach der offenen Station vorzunehmen, umsomehr, als er bei der ersten Erkrankung den therapeutisch günstigen Einfluss beobachtet hatte. Eine Suizidgefahr hielt er nicht für vorliegend, da er berechtigt war, in dem Vorfall im Zug eine paroxysmale hysterische Affektreaktion auf die mit der Verlegung nach der Klinik verbundene Erregung zu erblicken, und weil der Verlauf der früheren Erkrankung und der in der Zwischenzeit sich abspielenden leichten psychischen Störungen keine Anhaltspunkte für Suizidneigung boten. Das sich aus der Kürze der Zwischenzeit zwischen dem Vorfall auf der Reise und der Verlegung ergebende Bedenken, auf das die Reichsgerichtsentscheidung hinweist, braucht für den Klinikleiter nicht zwingend zu sein. Er konnte sich auf die Kenntnis des früheren Verlaufes, seine damaligen, wie der Erfolg zeigte, zutreffende Beurteilung des Falles und auf die anerkannte klinische Erfahrung beziehen, dass

im allgemeinen derartige hysterisch-depressive Erkrankungen in ihrem Grundcharakter bei wiederholtem Auftreten sich nicht ändern, wenigstens nicht in der Altersphase, in der sich die Kranke befand.

Gegenüber dem weiteren Einwand des Reichsgerichts, der Klinikleiter hätte sich sagen müssen, dass ebenso wie die Erregung über die Fortschaffung in die Klinik, auch die Festhaltung in der Klinik zum Selbstmord führen konnte, ist zu bemerken, dass das Verhalten der Kranken in der Klinik zu einer solchen Auffassung keine Veranlassung gab. Es unterschied sich symptomatologisch nicht von dem Verhalten bei der früheren Erkrankung. Auch ist für die Auffassung des Klinikleiters auf die Erfahrung zu verweisen, dass ganz ausserordentlich häufig gerade bei solchen hysterisch-psychopathisch veranlagten Individuen mit der Vollendung der Einlieferung in die Klinik die vorher bestehende Angst und Abwehrreaktion schnell abklingt. Es ist deshalb auch kein Widerspruch, wie die Reichsgerichtsentscheidung zu glauben scheint, wenn in unserem Gutachten von einem beruhigenden Einfluss des Aufenthalts in der Klinik die Rede ist, obwohl sich die Kranke auf der Reise gerade vor der Verbringung dahin gefürchtet haben sollte. In unserem früheren Gutachten haben wir für die Berechtigung des Klinikleiters zu seiner Massnahme noch den Eintritt einer gewissen Aufhellung des traumhaften Zustandes angeführt. Wenn in der Kritik der Reichsgerichtsentscheidung, dass das Wort „gewissen“ in Anführungszeichen gesetzt wird, zum Ausdruck gebracht werden soll, dass es eben doch noch keine vollständige Aufhellung gewesen ist, so sei darauf hingewiesen, dass auch bei der ersten Verlegung auf die Villa die Orientierung der Kranken noch beirrt war, und dass diese mit der hysterischen Grundverfassung in Zusammenhang stehende Bewusstseinsstrübung gerade ein Symptom war, dessen Beseitigung durch die von der Patientin gewünschte Verlegung auf die Villa mit Recht erwartet werden konnte.

Zu der Frage, ob der Leiter der Klinik, auch wenn er die Kranke nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und nicht mehr zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmassregeln zu treffen verpflichtet war, ist folgendes zu sagen.

Da Prof. Siemerling nach seiner Aussage die Kranke nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und unseres Erachtens nach Lage der ihm zur Verfügung stehenden Daten berechtigt war, sie nicht mehr für selbstmordverdächtig zu halten, so lässt sich die Frage dahin formulieren, ob er befugt war, die Möglichkeit eines Irrtums für so unwahrscheinlich zu halten, dass er bei Verlegung auf die offene Station auf Sicherheitsmassregeln verzichten durfte. Von dem Medizinalkollegium ist diese Frage verneint worden im Hinblick auf die Vorgänge vor der



Aufnahme, auf die erst dreitägige Beobachtung, die am 15. noch vorhandene depressive Stimmung und den noch bestehenden Mangel an natürlichem Schlaf. Das Medizinalkollegium lässt dabei ausser Betracht, dass für den klinischen Direktor zu der dreitägigen Beobachtung die Kenntnis der früheren Erkrankung und das ihm bekannt gewordene Verhalten der Patientin in der Zwischenzeit hinzukam, und beachtet weiterhin überhaupt nicht die hysterische Komponente in dem Zustandsbilde der Kranken. Gerade diese Komponente liess eine andere Beurteilung der depressiven Stimmung und der Schlafstörung zu und berechtigte den Prof. Siemerling aus den mehrfach angeführten Gründen, den depressiven Symptomenkomplex den übrigen Behandlung erfordernden krankhaften Erscheinungen unterzuordnen. Er durfte deshalb die Möglichkeit eines Irrtums für sehr gering halten. Mit einer gewissen Möglichkeit des Irrtums über den psychischen Zustand ist aber bei der Unzulänglichkeit menschlicher Erkenntnis selbstverständlich immer zu rechnen. Es kann aber nicht die Aufgabe sein, dieses Bewusstsein der Unvollkommenheit menschlicher Erkenntnis an die Spitze der ärztlichen Massnahmen zu stellen. Ein erfolgreiches ärztliches Handeln ist in manchen Fällen in der Psychiatrie ebensowenig ohne ein gewisses Wagnis denkbar wie in der Chirurgie. Die Möglichkeit eines Irrtums in der Beurteilung der Selbstmordgefahr muss unter Umständen zurückgestellt werden dürfen gegenüber den Erwartungen, die in therapeutischer Hinsicht von einer ärztlichen Massnahme gehegt werden. Gerade bei Erkrankungen, bei denen psychische Einflüsse für den Verlauf einschneidende Bedeutung haben, also überall wo hysterische und andere psychogene Einschlüsse vorhanden sind, stellt die Behandlung nicht selten den Klinikleiter vor ein gewisses Risiko. Der ungünstige Einfluss, den der Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung oder überhaupt das Bewusstsein einer besonderen Ueberwachung auf die Erkrankung ausüben kann, kann für den Arzt die Nötigung erhalten, frühzeitiger, als er sonst vielleicht täte, die Verlegung auf die offene unüberwachte Abteilung vorzunehmen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine solche Entscheidung nur von einem Psychiater, dem eine grosse Erfahrung auf dem Spezialgebiet zur Seite steht, getroffen werden kann. Es ist deshalb mit Recht üblich, dass in den psychiatrischen Kliniken die Verlegung von der geschlossenen nach der offenen Abteilung nur von dem Direktor selbst oder dem Oberarzt in seiner Vertretung angeordnet wird. Dieser Forderung ist hier entsprochen worden. Der Direktor selbst hat die Verlegung angeordnet, wie die Zeugenaussagen ergeben. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es einen Unterschied bedeutet, ob ein in jahrzehntelanger spezialistischer Erfah-

rung erprobter Klinikleiter eine solche Anordnung trifft oder ein Arzt mit geringer Spezialerfahrung. Dem ersteren wird, wenn Fahrlässigkeit auszuschliessen ist — und diese darf nach der sorgfältigen Führung der Krankengeschichte hier ausgeschlossen werden — eine Berücksichtigung von vielfältigen Erfahrungen von vornherein zuzuerkennen sein, welche dem weniger Sachverständigen abgehen. Es liegt hier nicht anders als in der Chirurgie. Eine misslungene Operation, die von der Hand eines Fachchirurgen ausgeführt, berechtigt sein kann, kann, wenn von einem nicht oder weniger Sachverständigen ausgeführt ein Verschulden bedeuten, wenn der Operateur sich sagen musste, dass die technischen Anforderungen über seine Erfahrungen hinausgehen.

Im vorliegenden Falle durfte der Direktor der Klinik auf Grund der Spezialkenntnis des Falles und der langjährigen klinischen Erfahrung, die ihm in der Behandlung solcher Fälle zur Seite stand, die Möglichkeit eines Irrtums hinsichtlich der Selbstmordgefahr für so geringfügig halten gegenüber den Vorteilen, die er von der offenen Behandlung erwartete, dass er sie vernachlässigen durfte. Die Anordnung einer Sonderbewachung auf der offenen Station würde gerade den Heilerfolg, der bei der von psychogenen Einflüssen abhängigen Kranken durch die Verlegung auf die offene Station erzielt werden sollte, in Zweifel gesetzt haben. Der Klinikleiter durfte sich bei seiner Beurteilung des Falles mit der Beaufsichtigung begnügen, wie sie auf einer solchen Station durch das Zusammenliegen mit einer anderen Kranken, durch das auf der Station vorhandene Pflegepersonal und die ärztlichen Besuche gegeben ist.

2. Die Frage, ob die Beschaffenheit der offenen Station, mit Rücksicht darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet war und besondere Anweisungen für die Bewachung und Beobachtung der Kranken nicht getroffen wurden, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung von Kranken von der Art der Frau S. zu stellen sind, ist dahin zu beantworten, dass die offene Station zur Behandlung selbstmordverdächtiger Kranken an sich überhaupt nicht in Betracht kommen soll. Es ist darin der Aeusserung des Prof. Siemerling, wie wir schon in unserem früheren Gutachten sagten, zuzustimmen, dass er, wenn er bei der Kranken mit der Möglichkeit eines Suizids hätte rechnen müssen, sie überhaupt nicht auf die offene Station legen durfte. Weil wir diese Ansicht vertreten, lag für uns kein Grund vor, in eine Prüfung der vom Medizinalkollegium diskutierten Frage einzutreten, ob das Wartepersonal und die Sicherungsvorrichtungen eine ausreichende Ueberwachung der offenen Station gewährleisten. Die Gründe, aus denen Professor Siemerling mit der Möglichkeit eines Suizids und eines

Irrtums seiner Beurteilung nicht zu rechnen brauchte, sind oben dargelegt.

Die Frage, ob lediglich auf die allgemeine Möglichkeit hin, dass Irrtümer in der Beurteilung der Suizidgefährlichkeit von Kranken möglich sind, die Einrichtung der offenen Station mit Sicherungsvorkehrungen zu versehen seien, ist in Betrachtung der Heilzwecke der offenen Station zu verneinen. Die Gründung offener Stationen an psychiatrischen Kliniken und Heilanstalten ist ein notwendiges Ergebnis der therapeutischen Erfahrungen über die Bedeutung der Zwangsmassregeln in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Es kann als ein durch die Erfahrungen des letzten Jahrhunderts gesicherter Satz gelten, dass mit der zunehmenden Beseitigung der Zwangsmassregeln aus der Therapie der Geisteskrankheiten die Heilerfolge hinsichtlich der Heilung und Sozialisierung Geisteskranker besser geworden sind. Es hat sich notwendig erwiesen, in einzelnen Fällen von psychischer Erkrankung von einer geschlossenen Behandlung im Interesse der Heilung überhaupt abzusehen. Es gibt Kranke, bei denen unter dem Einfluss der geschlossenen Behandlung und dauernden Ueberwachung die Neigung zu Fluchtversuchen, zu Selbstbeschädigungen und Suizidversuchen geradezu hervorgerufen wird. Weiterhin gibt es eine grosse Anzahl psychischer Erkrankungszustände, für welche zwar eine psychiatrische Behandlung geboten, aber der Aufenthalt in der geschlossenen Anstalt nicht erforderlich, ja unter Umständen als direkt schädlich kontraindiziert ist. Es gehört hierher die grosse Zahl der sogenannten Grenzzustände, Zwangsneurosen, leichte manisch-depressive Zustände, hysterische und andere psychopathische Konstitutionen. Bei allen solchen Kranken ist unter Umständen mit dem episodischen Auftreten ausgesprochener psychischer Störungen zu rechnen. Die Mehrzahl dieser Kranken würde ebenso wie ihre Angehörigen zur Einleitung der notwendigen Behandlung sich nicht bestimmen lassen, wenn nur die geschlossene Abteilung für die Behandlung in Betracht käme.

Die offenen Stationen haben sich auch als notwendig erwiesen für manche in der Rekonvaleszenz befindliche psychische Kranke. Gerade ihre Behandlung zeigt häufig den Wert der offenen Station augenfällig, wenn eine Rekonvaleszenz, die unter dem Einfluss des geschlossenen Regimes nicht vorwärts gehen will, durch Verlegung auf die offene Station rasche Fortschritte macht.

Bei dem äusseren Ausbau der offenen Stationen ist, auch das hat die Erfahrung gelehrt, an die Spitze zu stellen die grosse Empfindlichkeit des Publikums gegen alles, was nach Freiheitsbeschränkung oder Geisteskrankenbehandlung aussieht. Gerade bei den hier in Betracht kommenden

Kranken und häufig auch bei ihren Angehörigen pflegt aus psychologisch einleuchtenden Gründen diese Empfindlichkeit besonders stark entwickelt zu sein. Nur eine den gewohnten und natürlichen Wohnverhältnissen entsprechende Unterbringung ist geeignet, gesundheitsschädigende Erregungen zu vermeiden und die therapeutischen Interessen zu fördern. Es ist deshalb allerorten, wo offene Stationen eingerichtet sind, mit Recht davon abgesehen worden, Tür- und Fensterverschlüsse mit besonderer Sicherung und offene nicht verschliessbare Klosetträume anzulegen.

Es ist kein Zweifel, dass durch die Einrichtung der offenen Stationen für die Aerzte eine erhebliche Erschwerung und eine Vermehrung der Verantwortlichkeit erwachsen ist gegenüber der Zeit, wo man die psychisch Kranken mehr oder weniger wahllos auf der geschlossenen Abteilung hielt. Der Arzt muss eine sehr viel eingehendere Kenntnis der einzelnen Patienten haben, um ein Urteil über die Verlegungsfähigkeit zu haben. Dass diese Nötigung zu eingehender Kenntnisnahme von dem Geisteszustande rückwirkend von günstigem Einfluss für die therapeutischen Massnahmen ist, ist selbstverständlich. Tatsächlich ist keineswegs etwa eine Zunahme der Selbstmorde oder Selbstmordversuche in den mit solchen offenen Abteilungen versehenen Heilanstalten zu verzeichnen. Es würde sonst nicht die Ansicht aller sachverständigen Kreise einheitlich dahin gehen, dass eine Beibehaltung der offenen Stationen unbedingtes Erfordernis einer sachgemässen psychiatrischen Therapie ist.

Die Erfahrung, dass eine Zunahme der Selbstmorde in den psychiatrischen Kliniken und von Psychiatern geleiteten Anstalten trotz der freien Behandlung nicht zu verzeichnen ist, ist wichtig im Hinblick auf die in Laienkreisen und auch in der Reichsgerichts begründung zum Ausdruck kommende Anschauung von der Unberechenbarkeit psychischer Kranker. Gewiss kommen bei Geisteskranken auch dem Psychiater unerwartete Stimmungsschwankungen, unberechnete Impulsivhandlungen vor, — der vorliegende Fall ist ja gerade ein Beispiel dafür — aber es ist durchaus die Regel, dass die psychiatrische Erfahrung und die Analyse der im Einzelfall vorliegenden Krankheitssymptome die Verlaufsprognose, soweit die Frage, ob offene oder geschlossene Behandlung indiziert ist, in Betracht kommt, richtig stellen lässt. Die Unberechenbarkeit der psychisch Kranken ist mit dem zunehmenden Fortschreiten der Kenntnis der Klinik der Geisteskranken geringer geworden, und sie ist — das zeigen die Erfahrungen — zur Zeit keineswegs so erheblich, dass die Behandlung in offenen Abteilungen als verfrühter und gefährlicher Versuch zu bezeichnen wäre. Es wäre im Interesse der weiteren

Entwicklung der psychiatrischen Therapie bedauerlich, wenn vereinzelte aus der Unvollkommenheit menschlicher Erkenntnis hervorgegangene Unglücksfälle dazu führen würden, eine erprobte Behandlungsweise durch eine den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht werdende Prononanzierung des Sicherheitsstandpunktes gegenüber dem Heilzweck zu behindern.

Es ist auch gegenüber dem Bedenken, dass die offene Abteilung im ersten Stock eingerichtet ist, dass das Klosettfenster wenigstens hätte so eingerichtet werden sollen, dass ein Durchschlüpfen einer Person hätte verhindert werden können, der Standpunkt der klinischen Erfahrung geltend zu machen, dass wirkliche Sicherungsmassregeln auf die offene Abteilung nicht gehören, weil diese sonst ihren Zweck verfehlt und dass halbe Sicherungen nichts nützen. Wird tatsächlich infolge eines ärztlichen Irrtums oder einer Fahrlässigkeit ein suizidgefährlicher Kranker auf die offene Station verlegt, so kann er sich beim Sprung aus dem offenen Parterrefenster allerdings weniger leicht eine schwere Schädigung zufügen, als wenn er aus dem ersten Stock herausspringt, aber er wird andererseits auf der offenen Abteilung zahlreiche andere Möglichkeiten, sein Leben zu gefährden, finden. Dasselbe gilt von dem Klosettfenster. Ist das Fenster verschlossen, so bleibt dem Kranken, indem ihm der Impuls erwacht, die Erhängungsmöglichkeit im Klosett, es bleiben ihm die vielen nicht verschlossenen Fenster und vieles andere.

Halbe Sicherungen haben, abgesehen davon, dass sie leicht den notwendigen Eindruck der freien Behandlung wieder zerstören können, erfahrungsgemäss das Bedenken, dass sie geeignet sind, falschen Vorstellungen über die Selbstmordsicherung auf einer gewissen Laxheit in der Auswahl der für die offene Station geeigneten Kranken Raum zu geben, während es gerade von besonderer Wichtigkeit ist, dass für den Arzt bei der Auswahl der Kranken keine Unklarheit darüber besteht, dass durch die baulichen Verhältnisse der offenen Station eine Sicherung gegen Selbstmord oder Selbstbeschädigung nicht gegeben ist und nicht gegeben sein soll.

Wir geben deshalb unser Obergutachten dahin ab,

1. dass es im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles, insbesondere den aus der Krankengeschichte ersichtlichen Zustand der Frau S. nicht als Verstoß gegen die anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft anzusehen ist, dass Professor Dr. Siemerling am 15. November ihre Ueberführung in die offene Station angeordnet hat, ohne für besondere Beaufsichtigung zu sorgen,

2. dass die Beschaffenheit der offenen Station auch im Hinblick darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet ist und besondere An-

weisungen für die Bewachung nicht getroffen waren, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung von Kranken von der Art, wie sie der klinische Direktor — allerdings irrtümlich — bei der Frau S. als vorliegend erachten durfte, zu stellen sind.

gez. Kirchner, Rubner, Moeli, Orth, Kraus, Bumm, Bier,  
Heffter, Dr. Saenger, Krohne, Strassmann, Bonhoeffer,  
Hildebrand, Loeffler.

Am 29. 10. 1914 wurde folgendes Urteil verkündet:

Im Namen des Königs!

In Sachen des Königlich Preussischen Staatsfiskus, vertreten durch  
den Kurator der Universität Kiel,

Beklagten und Berufungsklägers,

— Prozessbevollmächtigte: Justizrat Dr. Abraham und Dr. Köhler  
in Kiel —

gegen den

Redakteur E. S. in I.

Kläger und Berufungsbeklagten,

— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. Stahmer in Kiel —  
wegen Schadenersatzes

hat der erste Zivilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Kiel auf  
die mündliche Verhandlung vom 22. 10. 1914 unter Mitwirkung des  
Oberlandesgerichtspräsidenten Wirklichen Geheimen Oberjustizrats  
Kirchner und der Oberlandesgerichtsräte Lüders, Löhmann, Dr.  
Kirschstein, Dr. Bruck für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil der zweiten Zivil-  
kammer des Königlichen Landgerichts in Kiel vom 23. 2. 1910 dahin  
abgeändert:

Der Kläger wird mit der erhobenen Klage abgewiesen und verur-  
teilt, die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Dies Urteil ist vorläufig vollstreckbar, jedoch wird dem Kläger  
nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung von  
1200 M. — eintausendzweihundert Mark — abzuwenden.

#### Tatbestand.

Die Ehefrau des Klägers wurde am 12. 11. 1905, weil sie vorüber-  
gehend geisteskrank war, in die Königliche Psychiatrische Nervenklinik  
der Universität Kiel gebracht, wo sie bereits im Jahre 1903 behandelt  
war. Sie hat hier am 16. 11. 1905 morgens einen Selbstmordversuch  
gemacht, indem sie sich aus dem Fenster des Klosetts auf der im  
ersten Stockwerk der sogenannten Villa befindlichen offenen Station

hinausstürzte, wodurch sie schwere Verletzungen sich zuzog. Der Ehemann der Verletzten nimmt den Preussischen Staatsfiskus für die Folgen der entstandenen Verletzung in Anspruch, indem er behauptet, es liege ein Verschulden des Anstaltsleiters, des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Siemering vor, der die Kranke nicht habe auf die offene Station legen dürfen, und es liege eine mangelhafte Einrichtung dieser zum Aufenthalt von Geisteskranken bestimmten Räumlichkeiten vor, insbesondere indem nicht einmal im Klosett die Fenster so eingerichtet seien, dass ein Hinausstürzen unmöglich sei.

In erster Instanz ist die Klage dem Grunde nach für berechtigt erklärt worden. Gegen dies am 23. 3. 1910 zugestellte Urteil ist durch einen am 16. 4. 1910 beim Oberlandesgericht eingereichten Schriftsatz Berufung eingelegt. Hierauf ist in der zweiten Instanz in Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abgewiesen worden, dieses Urteil ist aber im Wege der Revision vom Reichsgericht aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den jetzt erkennenden Senat des Berufungsgerichts zurückverwiesen.

In der weiteren Verhandlung hat der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen, während vom Kläger der Antrag gestellt ist, die Berufung zurückzuweisen und für den Fall der Zurückweisung der Berufung dem Kläger nachzulassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung abzuweisen.

Das angefochtene Urteil nebst der Krankengeschichte von 1903 und 1905 (Blatt 73 und Blatt 48—55, Band I) und dem Krankheitsattest des Dr. H. vom 7. 11. 1903 sowie der erstinstanzlichen Beweisaufnahme ist vorgetragen und wird hierauf verwiesen.

Der Beklagte hat erklärt, es werde bestritten, dass der Leiter der Klinik verfassungsmässig berufener Vertreter des Fiskus sei, es solle aber nicht bestritten werden, dass er berechtigt sei, selbständig über die Aufnahme und Entlassung der Kranken zu entscheiden und die Verpflegungskosten festzusetzen. Bei der Auswahl der behandelnden Aerzte sei die erforderliche Sorgfalt angewendet.

Vom Anstaltsleiter sei im vollen Umfange die erforderliche Sorgfalt angewendet, auch sei die Anstalt sachgemäss und entsprechend den Vorschriften wie den Ergebnissen der Praxis und der Wissenschaft gemäss eingerichtet, sodass keinerlei Verschulden vorliege. Wenn die Ueberführung der Frau S. in die offene Station vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass gegeben hätte, so wäre sie überhaupt nicht veranlasst worden.

Das Pflegepersonal sei völlig ausreichend und durchaus zuverlässig gewesen. Dass demselben besondere Anweisung zu einer speziellen Be-

aufsichtigung der Frau S. in der offenen Station gegeben sein, könne nicht behauptet werden. Im übrigen sind hinsichtlich des Pflegepersonals die in den Schriftsätzen vom 23. 3. und 15. 6. 1911 enthaltenen Behauptungen aufgestellt und die in den beiden überreichten Uebersichten (I. 73) enthaltenen Angaben gemacht; hierauf wird verwiesen.

Vom Kläger sind die Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils für zutreffend erachtet. Seine Frau habe zur Zeit des Selbstmordversuchs einer sorgfältigen Ueberwachung durch ein gut geschultes und instruiertes Pflegepersonal bedurft, wie sich dies aus dem Gutachten von Prof. Flechsig, von Dr. Erman und des Medizinalkollegiums in Münster ergebe. Demgegenüber sei der Wissenschaftlichen Deputation die geringere Autorität beizumessen. Diese bestehe aus Vertretern aller Zweige der medizinischen Wissenschaft und aus Verwaltungsbeamten und es könne daher im vorliegenden Fall nur der psychiatrische Referent in Betracht kommen. Dagegen gehörten dem Medizinalkollegium in Münster der Direktor der dortigen Provinzial-Irrenanstalt, ein praktischer Arzt, ein Geheimer Regierungs- und Medizinalrat und der Kreisarzt, der zugleich Medizinalassessor sei, an; Flechsig sei eine anerkannte Autorität auf dem Gebiete der Psychiatrie und Dr. Erman ein angesehener Gerichtsarzt.

Wenn Frau S. nicht mehr als suizidverdächtig angesehen sei, so hätte doch die Möglichkeit eines Rückfalls und insbesondere eines Irrtums berücksichtigt werden müssen und man habe daher nicht jede Vorsicht ausser Acht lassen dürfen. Zu einer solchen Vorsicht habe auch eine vertragsmässige Pflicht vorgelegen gegenüber dem Kläger, der sie in die Anstalt gebracht habe, weil er sie zu Hause nicht habe überwachen können. Prof. Siemerling habe Frau S. sicher nicht in dem Bewusstsein in die Villa gelegt, dass dort auf Ueberwachung nicht zu rechnen sei, sondern in der irrtümlichen Annahme, dass die Ueberwachung dort eine ausreichende sei.

Das Pflegepersonal sei nicht ausreichend gewesen, insbesondere sei auch eine besondere Beobachtung der Frau S. nicht angeordnet. Hinsichtlich des Pflegepersonals sind die im klägerischen Schriftsatz vom 2. 6. 1911 aufgeführten Behauptungen vorgetragen sowie die Skizze (Blatt 204) vorgelegt; hierauf wird verwiesen.

Der Kläger habe bei der Aufnahme im Jahre 1905 dem Arzte Dr. Flatau gegenüber erklärt, seine Frau habe auf der Fahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen, und zwar einmal durch Öffnen der Tür, und dann durch den Versuch, in das Klosett zu flüchten, mit der offenbaren Absicht, dort den Versuch zu erneuern. Ausserdem habe der Kläger gelegentlich der ersten Einlieferung seiner



Frau im Jahre 1903 dem aufnehmenden Arzte Dr. Glasow berichtet, seine Frau sei während der Nächte häufig plötzlich nach dem Fenster gelaufen, und er habe die Fenster mit Tischen verbarrikadiert aus Besorgnis, sie werde zum Fenster hinausspringen. Auch werde behauptet, dass die Aerzte hiervon dem Prof. Siemerling Mitteilung gemacht haben. Ueber diese Angaben werde dem Beklagten der Eid zugeschoben, soweit nicht dem Kläger der richterliche Eid anvertraut werde, warum in erster Linie gebeten werde.

Auch sei die Anlage selbst mangelhaft; der Fehler bestände vor allem darin, dass sich die Räumlichkeiten ein Stockwerk hoch über einem hochgelegenen Erdgeschoss befänden und dass das Fenster im Klosett ungesichert und so gross sei, dass ein Hinausspringen möglich sei. In der einsamen Klosettzelle sei ein weitgeöffnetes Fenster geeignet, geradezu zu einer selbstmörderischen Affekthandlung anzureizen.

Da die meisten Klosetts nur schmale oder hochgelegene Fenster oder nur Luftklappen haben, so könne es die Patienten nicht beunruhigen, wenn sie auf der Anstalt im Klosett kein weitgeöffnetes Fenster vorfinden.

Ein Mangel der Anstalt liege auch darin, dass nur die Wahl zwischen dem Wachsaa! mit allen seinen abschreckenden Erscheinungen und der offenen Abteilung im oberen Stock bestehe. Habe man in der geschlossenen Abteilung keine anderen geeigneten Räume, so dürfe man keine Patienten aufnehmen, die gerade aus dem Grunde hineingebracht seien, weil man sie zu Hause nicht genug überwachen könne.

Die klägerische Ehefrau sei noch nicht wieder vollständig geheilt, sie leide seit dem Sturz an periodischen Lähmungserscheinungen in den Beinen, Beweis: Gutachten Sachverständiger.

Der Beklagte hat bestritten, dass 1903 von Selbstmordabsichten der Frau S. etwas mitgeteilt und dass vom Kläger angegeben sei, seine Frau habe auf der Fahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen und erklärt, dass es auf den zugeschobenen Eid nicht ankommen werde, eventuell werde eine Erklärung hierüber, die ohne nähere Instruktion nicht erfolgen könne, bis zur Aufforderung zur Erklärung durch das Gericht vorbehalten.

Die Einrichtungen der Klinik entsprächen in jeder Beziehung den modernen Anforderungen, seien auch so eingerichtet, dass man in jeder Beziehung der verschiedenen Eigenart der Kranken bei der Behandlung gerecht werde.

Die abweichenden Behauptungen der Gegenseite sind vom Beklagten bestritten.

Die zweitinstanzliche Beweisaufnahme, wie sie sich aus den Protokollen vom 18. 10. 1911 und 28. 12. 1911 (Bd. 2, Blatt 30), 24. 2. 1912, 23. 10. und 16. 12. 1913 und 10. 1. 1914, sowie aus den zweimaligen Gutachten des Medizinalkollegiums in Münster und der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin ergibt, ist vorgetragen und wird hierauf verwiesen.

Der Kläger hat noch ausgeführt, das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation beruhe auf einem fundamentalen Fehler, indem es als wesentlichen Faktor in Prof. Siemerling's Erwägungen die für ihn gar nicht existierende „hysterische Komponente“ einstelle, die erst bei der Beweisaufnahme 1913/14 entdeckt sei. Ausserdem operiere das Gutachten mit einer unzutreffenden Parallele, indem es sage, dass Prof. Siemerling davon habe ausgehen können, die Entwicklung des Falles sei derjenigen des Jahres 1903 entsprechend. Tatsächlich habe Prof. Siemerling 1903 den Fall anders beurteilt, er habe die Patientin damals erst nach 12 Tagen in die offene Anstalt gelegt.

Vom Beklagten wird die Richtigkeit dieser Ausführungen bestritten.

#### Gründe.

Die formell zulässige Berufung ist sachlich begründet.

Der Klaganspruch ist darauf gestützt, dass Prof. Dr. Siemerling, der Leiter der Klinik, schuldhaft gehandelt hat, als er am 15. 11. 1905 die Ueberführung der Frau S. in die offene Station anordnete, und ferner, dass die offene Station mangelhaft für den Aufenthalt Geisteskranker eingerichtet sei, und hierdurch eine Haftung des Staates wegen schuldhafter Unterlassung gegeben sei.

Der Prof. Siemerling ist, wie unstreitig ist, als Anstaltsleiter zur Aufnahme und Entlassung der Kranken, sowie zur Festsetzung der Verpflegungskosten selbständig befugt. Er ist hiernach berufen, durch die ihm übertragenen Obliegenheiten den Staat, der die Klinik betreibt, Eigentümer der Anstaltsräume ist, und den Anstaltsleiter wie die übrigen Beamten angestellt hat, auf Grund der massgebenden Vorschriften der Verwaltungsorganisation bei der Aufnahme und Behandlung der Kranken zu vertreten. Der Staat haftet daher für ein Verschulden des Prof. Siemerling nicht nur soweit der Klaganspruch auf mangelhafte Vertragserfüllung (ein zwischen den Parteien abgeschlossener Dienstvertrag) gestützt wird gemäss § 278, sondern auch insoweit ausservertragliches Verschulden in Frage kommt, auf Grund der §§ 31, 89 B.G.B.

Die Frage der Beweislast, die hiernach verschieden sein kann, mag hier dahingestellt bleiben, es erübrigt sich, wenn durch die stattgehabte

Beweisaufnahme ein ursächliches Verschulden festgestellt ist oder sich das Nichtvorhandensein eines Verschuldens ergeben hat.

Es fragt sich zunächst, ob Prof. Siemerling ein Verschulden — es kann sich hier nur um Fahrlässigkeit handeln — zur Last fällt, indem er Frau S. am 15. 11. 1905 auf die offene Station, in die sogenannte Villa verlegte.

Die Ueberführung der Kranken, die während der ersten Tage sich in der Ueberwachungsstation befand, in die offene Station war eine wichtige Anordnung, sie ist dementsprechend von dem Anstaltsleiter selbst vorgenommen, und zwar in Uebereinstimmung mit dem Wunsche der Frau S., die bereits 2 Jahre vorher einige Wochen in der Anstalt war, und bei der sich damals die Ueberführung in die offene Station als sehr vorteilhaft für den Heilungsprozess erwies. Bei diesem ersten Aufenthalt der Kranken in der Anstalt sind irgendwelche Neigungen zum Selbstmord (sog. Suizidgedanken) nicht hervorgetreten. Auch in dem ärztlichen Antrag auf Ueberweisung, der vom Hausarzte verfasst ist und den Krankheitszustand eingehend schildert, ist derartiges nicht erwähnt, und bei der Aufnahme in die Anstalt selbst wird in der Krankengeschichte als Angabe des Ehemannes, also des jetzigen Klägers, berichtet: „Suizidgedanken hat Patientin nie geäußert.“ Nun wird vom Kläger behauptet, er habe dem aufnehmenden Arzte Dr. Glasow gegenüber, von dem die Krankengeschichte stammt, bei der Aufnahme von Selbstmordversuchen gesprochen, die die Kranke zu Hause vorgenommen habe, und Dr. Glasow habe dies dann auch dem Anstaltsleiter mitgeteilt. Dr. Glasow weiss hierüber nichts mehr zu bekunden, es ist erklärlich, dass er sich nach 10 Jahren eines solchen Vorganges nicht mehr entsinnt. Vom Kläger ist hierüber dem Beklagten der Eid zugeschworen, das Gericht erachtet aber die Eideszuschreibung als unzulässig. Schon der Umstand, dass in der eingehenden Darstellung des Dr. H. von solchen, doch sehr wesentlichen Tatumständen nichts gesagt ist, lässt die Behauptung als höchst unwahrscheinlich erscheinen. Es kommt aber hinzu, dass in der eingehenden Erörterung bei der Aufnahme mit dem Ehemann, wie die vorliegende Krankengeschichte ergibt, über die Frage des Vorliegens selbstmörderischer Gedanken gesprochen ist und dazu klar und unzweideutig als Ergebnis vermerkt ist, dass Selbstmordideen nicht geäußert sind. Es scheint ausgeschlossen, dass hier bei einem solchen wichtigen Punkte eine unrichtige Beurkundung vorliegt und das Gericht hat daher keine Bedenken, die klägerische Behauptung als widerlegt anzusehen. Zur Vervollständigung sei auch noch darauf hingewiesen, dass der Kläger in diesem Prozess erst in zweiter Instanz in dem nach Erstattung des ersten Gutachtens der Wissenschaftlichen

Deputation eingereichten Schriftsatz vom 22. 10. 1912 mit einer derartigen Behauptung gekommen ist. Es kann daher unerörtert bleiben, ob überall die Eideszuschreibung rechtlich zulässig ist, denn der Assistenzarzt Dr. Glasow, dem der Kläger die Mitteilung gemacht haben soll, war nicht Vertreter des Fiskus im Sinne des § 445 Z.P.O. und beim Mangel eines Beweises hierfür schwebt die weitere Behauptung, dass Dr. Glasow diese Mitteilung an den Anstaltsleiter weitergegeben habe, völlig in der Luft, abgesehen davon, wieviel durch solche im Jahre 1903 gemachte Mitteilung für die allein wesentliche Kenntnis dieser Tatsache im November 1905 erwiesen ist, also nach einem Zeitraum von 2 Jahren, in dem dem Anstaltsleiter ausserordentlich viele Krankengeschichten erzählt worden sind, so dass er sich der Einzelheiten, soweit sie nicht schriftlich niedergelegt sind, schwerlich entsinnen konnte.

Auch in der Anamnese des zweiten Falles (November 1905) heisst es: „Keine Suizidgedanken“, es ist aber hinzugesetzt: „Unterwegs unruhig. Versuch aus dem Zuge zu springen“. Wenn jetzt der Kläger, auf dessen Angaben hin dies damals aufgenommen ist, behauptet, er habe bei der Aufnahme von 1905 mitgeteilt, dass seine Frau während der Eisenbahnfahrt zweimal versucht habe hinauszuspringen, so bietet die Niederschrift hierfür keinen Anhalt, widerlegt es aber doch nicht. Professor Siemerling, wie der ebenfalls hier als Zeuge vernommene Dr. Glasow wissen über die Frage nichts zu sagen. Das Berufungsgericht ist bei Prüfung der Sachlage zu der Ueberzeugung gelangt, dass es unwesentlich für die Beurteilung des Falles ist, ob der Kläger bei der Aufnahme seiner Frau von einem ein- oder zweimaligen Versuch der Kranken, sich aus dem Zuge zu stürzen, gesprochen hat. Einmal behauptet er selbst gesagt zu haben, sie habe das erste Mal versucht, durch Oeffnen der Tür aus dem Zuge zu springen und sodann versucht, nach dem Klosett zu flüchten, in der offenbaren Absicht, dort den Versuch zu erneuern. Diese Schilderung lässt einen sicheren Schluss darauf, ob die Kranke bei dem Versuch ins Klosett zu kommen, tatsächlich eine Selbstmordabsicht verfolgt hat, nicht zu. Angenommen aber man will hierin auch einen Selbstmordversuch sehen, so ist nicht abzusehen, wie der Umstand, dass sie auf derselben Fahrt zweimal kurz nacheinander sich hinauszustürzen versucht, einen Beweis für die Ernstlichkeit und Energie der Selbstmordabsicht bieten sollte, denn beide Versuche unter denselben Verhältnissen und Eindrücken — Reise nach Kiel zur Ueberführung in die Anstalt — vorgekommen, also als Ausfluss desselben Affekts zu betrachten. Der Normierung des Eides für den Vertreter des Beklagten würden im übrigen auch hier die oben erörterten Bedenken entgegenstehen.

Die Möglichkeit eines plötzlichen unerwarteten Stimmungswechsels ist an sich nicht in Abrede zu stellen, zumal nach dem Krankenbericht vom 14. und 15. 11. die Aengstlichkeit und Depression der Frau S. noch keineswegs völlig gehoben war. Allein es erscheint die Aussage von Professor Dr. Siemerling unbedenklich glaubwürdig, dass er ernstlich die Frage erwogen hat, ob noch Selbstmordgedanken vorhanden oder zu befürchten seien, und dass er auf Grund sorgsamer Erwägung unter Berücksichtigung aller Umstände zur Verneinung gekommen ist. Hierin kann in Uebereinstimmung mit den gutachtlichen Ausführungen der Wissenschaftlichen Deputation eine Fahrlässigkeit, also ein Ausserachtlassen der im Verkehr erforderlichen, einem Anstaltsleiter obliegenden Sorgfalt nicht gefunden werden. Professor Siemerling wusste, dass vor zwei Jahren gerade die Verlegung in die Villa als ein sehr wesentlicher Heilfaktor gewirkt hatte und er ging von der in der psychiatrischen Wissenschaft vielfach vertretenen und in der Praxis in vielen Anstalten praktisch zur Anwendung gebrachten Ansicht aus, dass die Behandlung aller dazu geeigneter Kranker in der offenen Station zu empfehlen sei und das Beste für die Förderung des Gesundungsprozesses verspreche. Die Wissenschaftliche Deputation weist in ausführlicher Begründung darauf hin, dass man es bei Frau S. nicht mit einem Schulbild der Melancholie zu tun hatte, und dass auch bei melancholischen Depressionen eine Behandlung in offenen Stationen in vielen Fällen und durchaus angezeigt erscheint. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Frau S. ein hysterischer Einschlag — eine psychogene hysterische Komponente, wie das Gutachten sich ausdrückt — unverkennbar vorlag und daraus weiter gefolgert, dass die Affektintensität der Depression bei der Kranken rasch abklingt, dass der Versuch, sich aus dem Zuge zu stürzen, als Steigerung des Affektes ohne Dauerbedeutung ist, und dass gerade die Abhängigkeit der Affekterscheinungen von der Umgebung den Arzt veranlassen musste, eine möglichst günstige und der Kranken zusagende Gestaltung der äusseren Umgebung herbeizuführen. Ganz ähnlich spricht auch schon Professor Flechsig in seinem Gutachten von hysterischen Anfällen, denen die Frau S. ausgear, von ihrer Neigung zu Affekthandlungen und meint, dass die Diagnose auf Melancholie nicht haltbar sei.

Wenn der Kläger meint, dass das hier betonte hysterische Temperament erst durch die neuerliche Beweiserhebung „entdeckt“ sei und für Professor Siemerling ohne jede Bedeutung war, so ist dies völlig unhaltbar. Das Krankheitsbild ist durch die Beweisaufnahme in dieser Richtung in keiner Weise verschoben. Dem Anstaltsleiter standen die wesentlichen Unterlagen, die jetzt für die Beurteilung des Falles heran-

gezogen werden, auch schon 1905 zu Gebote, soweit es sich nicht um zeitlich spätere Ereignisse handelte, sie ergeben sich aus der Krankengeschichte, den ihm gemachten Mitteilungen und der eigenen Beobachtung der Kranken. Also die Art des Krankheitsbildes war dem Professor Siemerling völlig bekannt und er ist auf Grund dieses Erkenntnis zu demselben Ergebnis gelangt, welches die Wissenschaftliche Deputation unter genauer Bezeichnung der hierfür sprechenden Momente als richtig bezeichnet.

Wenn ferner vom Kläger hervorgehoben wird, dass hierbei von einer unrichtigen Parallele ausgegangen sei, indem immer auf die Ueberführung in die offene Station im Jahre 1903 und deren günstigen Erfolg hingewiesen, dabei aber übersehen werde, dass die Ueberführung erst nach 12—13tägiger Beobachtung in der Ueberwachungsstation erfolgt sei, jetzt aber schon nach 3 Tagen, so kann auch dies als zutreffend nicht anerkannt werden. Der zweifellos vorhandene bedeutende Zeitunterschied ist nicht verkannt worden, im übrigen liegen aber beide Fälle ausserordentlich ähnlich, wie denn auch der Kläger bei der Aufnahme seiner Frau 1905 meint, es seien dieselben Symptome wie vor 2 Jahren, nur milder. Die Erfahrung, dass die Verlegung in die Villa so guten Erfolg gehabt hatte, lag vor und konnte somit den Anstaltsleiter wohl berechtigen, jetzt schon bei kürzerer Beobachtungsdauer zu diesem Mittel zu greifen. Es ist richtig, dass die Kranke damals keineswegs schon frei von beängstigenden Eindrücken war, sie war aber auch 1903, als sie in die offene Station kam, noch nicht ordentlich orientiert über ihre Lage, wie der Krankenbericht vom 20. 11. 1903 (am 20. 11. erfolgte die Verlegung) ergibt, sie war also damals noch keineswegs klar. Im Jahre 1905 hatte sich, wie Professor Siemerling bekundet hat, ihr Krankheitszustand wiederum sehr schnell gebessert, sie war sehr bald ruhig geworden und hatte insbesondere keine Anzeichen, die auf Selbstmordideen hindeuteten, gezeigt. Der Krankenbericht vom 15. 11. 1905 besagt, dass sie „etwas freier“ erscheine. Es lag also alle Veranlassung vor, den Gesundungsprozess weiter zu fördern und hierzu erschien die Verlegung in die offene Station als das geeignete Mittel. Es ist also keineswegs richtig, dass der Vergleich mit 1903, wie der Kläger meint, zu einem entgegengesetzten Schluss haben führen müssen. Die Angaben der Kranken, die am Tage nach dem Unfall geäußert sind und dahin gehen, sie habe nicht leben wollen, weil sie nicht wert sei, zu leben, besagen darüber, wodurch sie zur Ausführung des Selbstmordversuchs veranlasst ist, für die hier interessierende Frage nicht und die Erzählung der Schwester Gerda gegenüber ist erst im Januar 1906, also lange nachher erfolgt; es handelt sich nur um eine gelegentliche Äusserung,

dem Arzt gegenüber hat sie damals jede Auskunft verweigert. Gibt ihre Erzählung, was nicht nachprüfbar ist, das Stimmungsbild der Kranken vom 15.—16. 11. richtig wieder, so beweist dies — wie es schon der Unfall vom 16. 11. selbst tut —, dass in der ärztlichen Beurteilung der Kranken ein Irrtum obgewaltet hat und sie tatsächlich nach der Aufnahme in die Anstalt wie insbesondere nach der Verlegung in die Villa noch Selbstmordgedanken zugänglich war, die bei günstiger Gelegenheit sofort im Affekt zur Ausführung gebracht wurden. Keineswegs erfolgt aber hieraus etwas dafür, dass sie sich andauernd mit solchen Gedanken getragen, etwa gerade aus diesem Grunde gewünscht hat, in die Villa überzusiedeln, sie hat, wie sie angibt, in der Nacht vom 15. auf 16. 11. ohne trübe Gedanken geschlafen und ihr ist am nächsten Vormittag, als sie auf dem Klosett das Fenster öffnete, um hinauszusehen, plötzlich der Gedanke gekommen, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden.

Die Möglichkeit eines solchen Irrtums des Arztes wird von keiner Seite in Abrede gestellt, sie beruht in der Unzulänglichkeit der menschlichen Erkenntnis, die besonders bei der Beurteilung der Seelenvorgänge eines anderen und zumal eines geistig erkrankten Individuums nicht verkannt werden kann. Allein Professor Siemerling betont bereits, dass derartige Möglichkeiten nicht die Behandlung Geisteskranker beherrschen dürfen, sonst würde man aus dem strengen Ueberwachungsstadium, wo die Gefahr einer Selbstbeschädigung durch die Einrichtung der Räume und die fortgesetzte Ueberwachung möglichst ausgeschlossen wird, nicht herauskommen, sondern dass man mit der Erfahrung zu rechnen habe, dass die freiere Behandlung der Kranken ganz wesentlich zu ihrer Gesundheit beiträgt und dass die Gefahr derartiger durch das Fehlen einer strengen Ueberwachung und Abgeschlossenheit begünstigten Selbstmordgedanken nicht grösser ist, als bei der geschlossenen Stationsbehandlung, da das Gefühl der Freiheit zur Kräftigung und Gesundung und damit zum Widerstand gegen derartige krankhafte Anwandlungen erheblich beiträgt.

Während das Medizinalkollegium in Münster die Frage verneint, dass der Anstaltsleiter bei der Unterbringung der Frau S. auf die offene Station auf Sicherungsmassregeln verzichten konnte und zwar mit Rücksicht auf das Krankheitsbild aus der Zeit vom 12.—15. November, betont die Wissenschaftliche Deputation mit Recht, dass die Erkenntnis der vor der Aufnahme liegenden Vorgänge und die Eigenart der krankhaften Veranlagung hinzukommt, deren Gesamtkennntnis dem klinischen Leiter auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen berechnete, die Möglichkeit eines Irrtums für so gering zu halten, dass diese entfernte Möglichkeit

gegenüber den Vorteilen, die in therapeutischer Beziehung von dem Aufenthalt in der offenen Station verwertet werden dürften, zurücktreten dürfte und müsste. Eine Sonderbewachung auf der offenen Station, wie sie das Medizinalkollegium in Münster für erforderlich erachtet, würde gerade den Heilerfolg bei den von psychischen Einflüssen abhängigen Kranken wieder völlig in Frage stellen und so dürfte der Arzt sich auf das durch die Ueberführung gesteigerte Wohlbefinden der Kranken und auf die sich aus dem Zusammensein mit anderen Personen, durch das Pflegepersonal und die ärztlichen Besuche ergebende Beaufsichtigung verlassen.

Nun wird zwar unter Berufung auf die übrigen Gutachten die Richtigkeit des von der Wissenschaftlichen Deputation erstatteten Gutachtens vom Kläger beanstandet und besonders hervorgehoben, dass sich aus der Zusammensetzung dieses Kollegiums für dessen Gutachten eine geringere Autorität ergebe als für die anderen. Wenn es auch richtig ist, dass die Mehrzahl der Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation keine Psychiater sind, so besteht doch kein Zweifel, dass sie sämtlich die Fähigkeit besitzen, die Richtigkeit eines Gutachtens über die ihnen hier vorgelegte Frage zu beurteilen. Es besteht daher kein Bedenken, dem von der Wissenschaftlichen Deputation erstatteten Gutachten, das sich in Veranlassung der vom Reichsgericht angeregten Zweifel und Bedenken erneut sehr eingehend mit den in Betracht kommenden Fragen befasst hat und seine Ansicht in überzeugender Weise begründet hat, zu folgen. In wesentlichen Punkten stimmt das Gutachten mit den Ausführungen des Geheimrats Flechsig überein, der aber weniger weit geht und meint, dass das Krankheitsbild die Verlegung, ein zuverlässiges Wartepersonal vorausgesetzt, nicht unbedingt als gefährlich erscheinen liess. Wenn der Sachverständige Dr. Erman zu einer strikten Verneinung der Frage kommt, ob die geschehene Verlegung der Frau S. in die offene Station vom ärztlichen Standpunkt aus zulässig war, so ist hervorzuheben, dass dieser allzu einseitig Gewicht darauf legt, dass die Krankheit sich als melancholische Verstimmung äusserte und diese depressive Störung noch nicht genügend beseitigt war, ohne die übrigen Begleitumstände und Erwägungen, die für den dirigierenden Arzt entscheidend waren, genügend zu würdigen. Dagegen betont bereits das Medizinalkollegium die neuropsychopathische Belastung und die nervöse Konstitution der Kranken erklärt, dass unter den obwaltenden Umständen zwar eine Verlegung auf die offene Station nicht frei von Bedenken sei, aber doch im Interesse der Kranken für zulässig erscheinen könne. Das Medizinalkollegium schränkt dies aber dahin ein, dass ein ausreichendes, gut geschultes Pflegepersonal vor-



handen sein müsse, es entnimmt aus der Beweisaufnahme, dass solches vorhanden war, meint aber, dass ferner erforderlich sei, dass das Personal mit Rücksicht auf den Krankheitszustand der Frau S. noch besonders mit einer ausreichenden Beobachtung und Beaufsichtigung dieser Kranken unter Hinweis auf die vorliegenden Befürchtungen zu beauftragen gewesen sei. Eine derartige Anweisung ist, wie der Beklagte selbst angibt, nicht gegeben worden, sie war aber auch nach der auf das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation gestützten Ueberzeugung des Gerichts, wie bereits erörtert ist, nicht erforderlich. Wesentlich ist in dieser Beziehung vor allem der Punkt, dass Professor Siemerling zur Zeit der Verlegung die Gefahr eines Selbstmordversuchs für ausgeschlossen hielt und daher ihren Aufenthalt in der offenen Station für zulässig und für die Förderung des Gesundungsprozesses für geboten hielt.

Es erscheint daher auch bei erneuter Prüfung und unter Berücksichtigung der vom Reichsgericht aufgeworfenen Frage in Uebereinstimmung mit dem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation die Annahme berechtigt, dass dem Anstaltsleiter bei der Verlegung der Frau S. in die Villa eine Fahrlässigkeit nicht zur Last fällt. Hierbei ist auch noch darauf hinzuweisen, dass hinreichendes Pflegepersonal vorhanden war, wenn man mit Professor Siemerling davon ausgeht, dass eine besondere Bewachung der Frau S. durch eine Wärterin nicht erforderlich war. Uebrigens hätte eine solche Beaufsichtigung die Tat nicht hindern können, da die Kranke auf dem Klosett allein war, wenn ihr nicht etwa die Wärterin auch dorthin gefolgt wäre, worin aber eine derartige starke Art der Bewachung zu finden wäre, dass dadurch der Kranken geradezu das Gefühl der Freiheitsbeschränkung aufgedrängt und der beabsichtigte Heilerfolg auf das ernstlichste gefährdet würde.

Es erhebt sich aber noch die zweite Frage, ob die offene Station etwa mangelhaft eingerichtet war und durch diese Mängel die Ausführung der Tat ermöglicht ist. Ist in der Einrichtung, wie sie die Sicherheit der sich dort aufhaltenden Geisteskranken nach den Erfahrungen der Praxis und der Erkenntnis der Wissenschaft fordert, etwas vernachlässigt, das für den eingetretenen Unfall ursächlich war, so lag ein Verschulden der verfassungsmässig berufenen Vertreter des Fiskus vor, die dafür zu sorgen hatten, dass die zur Aufnahme gemütskranker Personen bestimmte Anstalt sich in ordnungsmässigem Zustande befand.

Ist man Anhänger einer im wesentlichen geschlossenen Anstaltsbehandlung Geisteskranker in allen Stadien des Krankheitsverlaufes, so war die Einrichtung der Villa naturgemäss unzureichend. Allein

die Wissenschaftliche Deputation führt aus und befindet sich damit nicht nur mit Prof. Siemerling und vielen Stimmen der Literatur im Einklang, sondern auch anscheinend im wesentlichen mit den Ansichten des Geheimrats Flechsig und des Medizinalkollegiums in Münster, dass die geschlossene Anstaltspflege in vielen Fällen völlig versagt und es sich als notwendig herausgestellt hat, für manche Fälle psychischer Erkrankung und besonders für Behandlung in der Rekonvaleszenz hiervon abzusehen, da hierdurch die Heilung beeinträchtigt, ja sogar häufig geradezu gehindert wird. Charakteristisch ist, dass im vorliegenden Fall die Kranke selbst, wie dies nach der Bekundung des Prof. Siemerling überaus häufig geschieht, auf die Verlegung auf die offene Station gedrängt hat und zwar augenscheinlich nicht etwa weil sie dort leichter eine Gelegenheit zum Selbstmord finden werde, sondern weil ihr dort der Aufenthalt in jeder Beziehung angenehmer und zusagender erschien. Selbstverständlich konnte dies die Entschliessung des Anstaltsleiters nur insofern beeinflussen, als er sah, dass auch die Kranke sich aus der Veränderung Gutes versprach und er hiervon eine günstige Einwirkung auf das psychische Befinden der Kranken erwarten dürfte. Es heisst denn auch in der Krankengeschichte: „Freute sich, wieder in Villa II zu sein“. Die Wissenschaftliche Deputation betont, dass aus den angeführten Gründen allgemein davon abgesehen wird, in der offenen Station besondere Tür- und Fensterverschlüsse und offene nicht verschliessbare Klosetträume anzulegen, es wird hervorgehoben, dass trotz der freien Behandlung eine Zunahme der Selbstmorde in den psychiatrischen Kliniken erfahrungsgemäss nicht zu verzeichnen ist und dass die Unberechenbarkeit der psychisch Erkrankten, wenn auch unerwartete Stimmungsschwankungen vorkommen können, mit der fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnis geringer geworden ist, so dass keineswegs die Aufnahme in derartige offene Anstalten als unzulässig angesehen werden kann. Mit halben Sicherungsmassregeln ist nichts getan, sie nutzen nicht der Wohlfahrt der Kranken, denen immer in offenen Stationen vielfach Gelegenheit bleibt, einen unerwarteter Weise erwachenden Selbstmordgedanken zur Ausführung zu bringen, sondern sie gefährden den regelmässig misstrauischen Kranken gegenüber den verfolgten Heilzweck in erheblichem Masse, wenn sie ihn gar nicht vereiteln. In der Villa befand sich die erste und zweite Klasse im oberen Stockwerk und es war im Klosett ein grosses, frei zu öffnendes Fenster vorhanden. Diese Umstände waren wesentlich zur Ausführung der Tat und die Schwere der eingetretenen Folgen und hierin sieht der Kläger die Mangelhaftigkeit der Einrichtung. Allein es wird nicht nur von Prof. Siemerling bekundet, dass solche Einrichtungen sich in vielen

derartigen mustergültigen Anstalten finden, sondern auch die Wissenschaftliche Deputation erklärt, dass hiergegen nichts einzuwenden sei, dass dies eben die Folgen des Systems sind, dessen Zweckmässigkeit in der Praxis erprobt und in der Wissenschaft anerkannt ist, woran auch derartige Einzelercheinungen, so bedauerlich sie sind, nichts ändern können. Die offene Station soll in dem Kranken den Eindruck erwecken, als ob er von jeder Ueberwachung und jedem Zwange frei sei, und leistet gerade hierdurch für die erstrebte Gesundung der sich dort aufhaltenden Kranken, deren Auswahl naturgemäss mit grösster Sorgfalt vorgenommen werden muss, die besten Dienste, so dass, trotz solcher Einzelfälle, die Beibehaltung derartiger offener Stationen ein unbedingtes Erfordernis sachgemässer therapeutischer Behandlung Geisteskranker ist.

Das Berufungsgericht kommt auf Grund der vorstehenden Erwägungen zu der Ueberzeugung, dass eine unzweckmässige oder mangelhafte Einrichtung der Anstaltsräume, die dem Beklagten zur Last zu legen wären, nicht vorliegt.

Es ergibt sich hieraus, da der Klageanspruch sich in beiden Richtungen als unbegründet herausgestellt hat, in Stattgebung der Berufung Abweisung der Klage.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 91, die Vollstreckbarkeitseraus §§ 708, 713 der Zivilprozessordnung.

gez. Kirchner, Lüders, Löhmann, Kirschstein,  
gez. Bruck.

Das war der Ausgang dieses 7 Jahre währenden Prozesses, der viel Lehrreiches enthält: Von vorn herein habe ich mich auf den Standpunkt gestellt und diesen auch in den entsprechenden Vernehmungen zum Ausdruck gebracht, dass die Verlegung in die offene Abteilung ohne besondere Beaufsichtigung nur für solche Patienten in Frage kommt, bei denen nach Lage der ganzen Sache ein Verdacht auf Selbstmord oder Selbstbeschädigung ausgeschlossen ist. Auf Grund der allgemeinen Erfahrung über die oft sehr auffällige Abhängigkeit mancher psychischen Symptome von äusseren Eindrücken und ihrer starken Beeinflussbarkeit durch diese und auf Grund der besonderen Kenntnis des Falles, die mir durch die frühere Behandlung noch erleichtert wurde, erteilte ich nach Erwägung aller in Betracht kommenden Momente die Anordnung, Frau S. in die offene Abteilung zu verlegen. Die starke Abhängigkeit des psychischen Verhaltens von äusseren Einflüssen war schon das erste Mal aus der Anamnese und bei der Beobachtung deutlich geworden. Ohne weiteres habe ich stets zugegeben, dass ich mich in diesem Falle

geirrt habe, der Erfolg erzielte nicht die beabsichtigte Wirkung. Bei dieser Sachlage erschien eine schnelle Beendigung des Prozesses nicht aussichtslos, aber die weitere Verhandlung belehrte eines Anderen.

Von meinen persönlichen Empfindungen während des Verlaufs der Verhandlungen brauche ich hier kein Wort zu verlieren, jeder mit seinem Beruf vertraute Arzt weiss, welche Bedeutung den Begriffen „Fahrlässigkeit“ und „Verschulden“ inne wohnt, ja, man wird ohne weiteres voraussetzen können, dass bei dem Leiter einer Klinik das Verständnis für diese Begriffe ganz besonders entwickelt ist. Aber man hüte sich, in solchen Erwägungen einen Schutz vor etwaiger Klage suchen zu wollen. Die Haftung des Arztes für die dem Patienten durch schuldhaft Behandlung zugefügten Schädigungen ist in allen Rechten anerkannt und zwar hat der Arzt dabei einzustehen nicht blos für Vorsatz, was sich von selbst versteht, sondern auch für Fahrlässigkeit. Verschiedene Abhandlungen von juristischer Seite — ich nenne nur E. Rabel, E. Zitelmann, Ebermayer, M. Rümelin — belehren in eingehender Weise über die Haftpflicht des Arztes.

Der mitgeteilte Fall illustriert die Verantwortlichkeit, welche dem Arzt bei seinen Verordnungen obliegt, in ihrer ganzen Schwere und lässt die dem Irrenarzt obliegende Pflicht für Beaufsichtigung und Bewachung der ihm anvertrauten Kranken Sorge zu tragen in ihrer ganzen Bedeutung hervortreten.

Gelegentlich eines besonderen Falles — ein ausserhalb der Klinik beschäftigter Kranker fügte einem Schutzmann eine geringe Verletzung zu — beschäftigt sich Aschaffenburg mit der Verantwortlichkeit des Irrenarztes, erwähnt auch die Aufmerksamkeit über selbstmordsüchtige Kranke als einer gesetzlich verlangten Aufmerksamkeit. Garnier bespricht die zivilrechtliche Verantwortlichkeit der Irrenanstaltsdirektoren in Frankreich für den Schaden, der von den Anstaltsinsassen angerichtet wird. Im wesentlichen handelt es sich darum, ob der Anstaltsdirektor als ein Auftraggeber im Sinne des betreffenden Paragraphen dem Wärter gegenüber angesehen werden soll oder nicht, weil sich im ersteren Falle auch eine Verantwortlichkeit für den Direktor ergeben würde, wenn ein durch Unachtsamkeit eines Wärters entwichener Geisteskranker Jemandem einen Schaden zufügt.

Mit der Verantwortlichkeit des Irrenarztes in Fällen von Selbstmord beschäftigt sich Christian. Ein Melancholiker mit Verfolgungsideen, der schon einmal 1881 krank war, nach 7 Monaten gesund wurde, erkrankte 1891 von neuem, genas nach 10 Monaten. 1898 dritter Anfall, schwerer als die früheren. Bei seiner Aufnahme in Charenton sehr ängstlich. Bei einem Spaziergang warf er sich unter das Rad eines

mit Holz beladenen Wagens, sofortiger Tod. Vorher hatte er keine Selbstmordgedanken geäußert. Die Tat wird als eine plötzliche impulsive Handlung angesehen. Die gerichtliche Klage auf Schadenersatz wurde abgewiesen. Christian teilt das Urteil in einem weiteren Falle mit (*Le Temps*, 30. mars 1900). Hier hatte das junge Mädchen die Pflegerin zurückgestossen, sich im Klosett eingeriegelt und am Fensterkreuz erhängt.

Der Arzt wurde zu 10000 Frank verurteilt. Im Urteil wird hervorgehoben, dass der Vater des jungen Mädchens den Arzt auf das Gefährliche des Klosettverschlusses hingewiesen habe.

Reichel teilt einen Fall mit von Selbstmordversuch einer Patientin, in dem der Arzt zur Schadenersatzpflicht verurteilt wurde. Klägerin war gemütskrank und litt an Lebensüberdruß. Ihre Mutter verbrachte sie deshalb 1909 in die Nervenheilanstalt des Beklagten. Man bewachte sie sorgfältig. Im April 1910 hatte sich ihr Zustand anscheinend gebessert. Man gestattete ihr, eines Tages allein in den Garten zu gehen. Sie benutzte den unbewachten Augenblick, stürzte sich in Suizidabsicht vom Treppengeländer des 2. Stockwerkes auf den unteren Hausflur, erlitt dadurch mehrere Schenkelbrüche und trug dauernde Verunstaltung davon.

Klage auf 60000 Kr. Schmerzensgeld und sonstigen Schadenersatz. Zivillandesgericht Wien wies ohne Beweiserhebung ab. Auf Berufung erfolgte Aufhebung und Zurückverweisung in die erste Instanz. — Gutachten des Prof. Wagner von Jauregg-Wien: Selbstmorde zu verhüten ist Hauptaufgabe der Anstalt, sie absolut auszuschliessen, ein Ding der Unmöglichkeit. Das Raffinement der Selbstmordlustigen ist enorm. Völlig sichere Gewähr würde nur dauernde Narkose gewähren, die natürlich sinnlos wäre. Man muss sich also auf möglichst genaue Bewachung beschränken. In Bezug auf die Intensität dieser Ueberwachung einen Unterschied zwischen freiwillig und zwangsweise internierten Patienten zu machen (wie Beklagter meinte) ist unangängig. — Prof. Elzholz-Wien begutachtete im gleichen Sinn. — Darauf Verurteilung dem Grunde nach (unter Vorbehalt der Bezifferung des Schadens). Gründe: Das Personal des Beklagten, für dessen Verhalten Beklagter einzustehen hat, hat schuldhaft gehandelt. Vorübergehende oder anscheinende Besserung schloss die Pflicht fortgesetzter Ueberwachung nicht aus. Klägerin hätte ihr Zimmer nur in Begleitung von Wartepersonal verlassen dürfen. Eigenes Mitverschulden der Klägerin ist ausgeschlossen, da sie zurechnungsunfähig war. — Berufung verworfen durch Urteil des Oberlandesgerichts Wien vom Oktober 1916.

In welchem Umfange derartige Schadenersatzansprüche gegen Aerzte geltend gemacht werden, habe ich aus der mir zugänglichen Literatur

nicht entnehmen können. Ich bin überzeugt, dass die meisten derartigen Prozesse nicht zur öffentlichen Kenntnis gelangen.

Die Verhinderung der Suizidaltendenz psychisch oder nervös Kranker gehört mit zu den höchwichtigsten und vornehmsten Aufgaben des Arztes. Ueberblickt man die Anschauungen der Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, so geht aus allen Auslassungen hervor, dass wir die Frage, ob Suizidien immer zu vermeiden sind, mit einem Nein beantworten müssen. Selbst die beste psychiatrische Anstalt gewährt keine absolute Garantie für die Verhütung von Selbstmorden und Selbstverstümmelungen von Geisteskranken. Es ist heute derselbe Standpunkt, wie er bereits in einer interessanten Diskussion anlässlich eines Vortrags von Edel über das Suizidium in Irrenanstalten in der Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 28. 6. 1889 zum Ausdruck kommt. Es ist ein ideales, leider bisher nicht erreichtes Ziel, was Placzek vorschwebt, wenn er im Kapitel 3 seines Buches „Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung“ schreibt: „Gern gebe ich zu, dass, so lange Menschen die Obhut führen, trotz sorgsamster Anstaltsdisziplin infolge menschlicher Schwäche kein absoluter Schutz gegeben ist, die Selbstmordabsichten nicht immer zu vereiteln sein werden. Es muss aber bei der bewundernswerten Aufwärtsentwicklung unseres Irrenanstaltswesens der Höhepunkt kommen, wo ein suizidaler Kranker in der Anstalt auch wirklich geborgen ist, der Arzt nicht mehr mit suizidalen Zwischenfällen zu rechnen braucht“.

Es liegt in der Natur der vielgestaltigen komplizierten Verhältnisse, welche beim Zustandekommen eines Selbstmordes in Aktion treten, dass eine rechtzeitige Unterdrückung nicht immer möglich ist. Von verschiedenen Autoren werden auch eingehende Hinweise gegeben auf die mehr oder weniger stark entwickelte Selbstmordneigung bei den einzelnen Formen der Störungen, vor allen werden auch die Affekthandlungen der Hysterischen betont, die zuweilen so impulsives Gepräge haben, dass ein vielleicht gar nicht beabsichtigter Effekt zustandekommt. Jeder mit diesen Kranken vertraute Arzt wird Beispiele aus eigener Erfahrung anführen können. Der vorliegende Fall ist ein ganz besonders beredtes Beispiel für die grosse praktische und therapeutische Bedeutung, welche dem Einschlag einer hysterischen Komponente im Krankheitsbilde zukommt.

Was die Häufigkeit der Selbstmorde in den Anstalten betrifft, so differieren darüber, wie es begreiflich ist, die Angaben. Nach der Mitteilung von Edel in dem erwähnten Vortrag (1889) variiert die Zahl der Selbstmorde in einigen Anstalten (Königsflutter, Erlangen, Winnethal, Heppenheim) von 2 bis 7 auf 1000 Kranke. Die Verschiedenheiten

werden sich ungezwungen aus den örtlichen Umständen erklären lassen: je mehr frische Kranke eine Anstalt aufnimmt, desto intensiver wird sich bei akut Erkrankten der Selbstmordtrieb äussern und zur Geltung bringen. Edel verzeichnete in seiner Anstalt in den Jahren 1885—1890 auf 1200 Kranke 4 Selbstmorde.

Nach einer Zusammenstellung von Wickel aus Irrenanstaltsberichten 1911—1913 sind auf 50—60000 Kranke 38 Selbstmorde gekommen, also 0,63—0,76 auf Tausend.

Nach einer Zusammenstellung von Grunau sind in den Jahren 1875 bis 1900 in den öffentlichen Anstalten Preussens 865189 (462133 m., 403056 w.) Fälle verpflegt worden, in den Privatanstalten sind in derselben Zeit 150667 männliche und 118733 weibliche Verpflegungsfälle vorgekommen. Bei allen Verpflegungsfällen zusammen 1115828 (602673 m., 513155 w.) kommen auf 100 männliche 85,15 weibliche. Geendet durch Selbstmord haben in den Anstalten 448 (303 m., 145 w.), das sind 0,40 auf Tausend. Beachtenswert ist, dass diese Zahl weit unter dem Durchschnitt zurückbleibt, wie er sich für die ganze Bevölkerung in Preussen berechnet, nämlich für den Selbstmord auf 0,8 pM.

Nach einer Zusammenstellung von Benham aus den Irrenanstalten in England und Wales während der 12 Jahre von 1890—1902 waren 201 Selbstmordfälle (126 M., 75 Fr.) bei 788000 Kranken zu verzeichnen. In Anstalten 135 Selbstmordfälle, darunter 51 Fälle, in denen ein schuldhaftes Versehen nachgewiesen wurde.

In der Kieler Klinik fallen auf 18984 Aufnahmen (11881 m., 7103 w.) in den Jahren 1902—1918 9 Selbstmorde, also 0,47 auf Tausend. Der letzte Fall ereignete sich bei den Frauen 1914, bei den Männern 1915.

Im Einzelnen mag ja die Häufigkeit der Selbstmorde in den Anstalten Verschiedenheiten aufweisen, im Ganzen lehrt die Statistik, dass die Selbstmordfälle in den Anstalten nicht zu-, sondern abgenommen haben und das zu einer Zeit, in der sich die Behandlung der Kranken immer freier entwickelt hat.

Edel erwähnt in seinem Vortrage, dass in mehreren Fällen ein gerichtliches Verfahren gegen ihn eingeleitet worden ist. Auch Jastrowitz berichtet über ein solches Verfahren in zwei Fällen, er vertritt die Anschauung, dass die Erhebung derartiger Klagen in Privatanstalten häufiger als in öffentlichen statthat. Zur Beurteilung, ob diese Auffassung auch jetzt noch zutreffend ist, fehlen mir die Unterlagen.

Es ist zu begrüßen, dass in unserem Falle das Gericht den mittelalterlichen Standpunkt abgewiesen hat, den Erman in seinem Gutachten vertritt. Es gereicht mir zur Genugtuung, dass das Gericht der freien

Behandlung der Kranken voll und ganz hat Gerechtigkeit widerfahren lassen. Bei genauerer Prüfung aller einschlägigen Verhältnisse habe ich mich auch nicht entschliessen können, bei den baulichen Einrichtungen der Klinik etwas zu ändern. Das Bestreben ist unablässig darauf gerichtet, ein möglichst zuverlässiges und geschultes Personal heranzuziehen.

Die unverkennbaren Wohltaten der freien Behandlung möchte ich auf keinen Fall entbehren und ich befinde mich da in Uebereinstimmung mit allen Aerzten, welche zu dieser Frage Stellung genommen haben. Die Forderung ist und bleibt, der Eigenart der Kranken gerecht zu werden und ihnen das Mass von Freiheit zu gewähren, das ihr Zustand verträgt und das ihnen zur Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich ist.

Ich gebe Gross vollkommen Recht, wenn er es nicht für angebracht hält, den gesamten Anstaltsbetrieb nur vom Standpunkt der Selbstmord- und Entweichungsmöglichkeiten zu betrachten. „Dadurch erhält dieser Betrieb leicht etwas Misstrauisches und Argwöhnisches, Unfreies und Verantwortungsscheues, welches im Ganzen genommen dem Wohle der Kranken mehr schaden kann, als ein gelegentliches, auch sonst nicht mit absoluter Sicherheit vermeidbares Unglück.“

Ich ziehe das Gefühl der grösseren Verantwortlichkeit, wie es mit der freien Behandlung der Kranken verknüpft ist, dem Bewusstsein vor, sie durch allzu strenge Bewachung in ihrer Gesundheit und in ihrer Heilung zu schädigen.

#### Literaturverzeichnis.

1. Aschaffenburg, Ueber die Verantwortlichkeit des Irrenarztes. Zeitschr. f. Psych. Bd. 26. S. 72. u. 249. (Disk).
2. Becker, Die sozial-ärztlichen Aufgaben in der Irrentherapie. Berlin.
3. Becker, Werner, Gewaltsame Todesarten in Irrenanstalten. Medico. 1911. 1 u. 8. III.
4. Benham, Harry A., Some remarks on suicide in Public Asylums. The Journ. of Ment. Sc. 1903. XLIX. p. 447.
5. Chomse, Irene, Zur Pflege Suizid-Verdächtiger. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1909. Dez. S. 344 u. 359.
6. Christian, J., Responsabilité des directeurs et médecins des établissements d'aliénés en cas suicide de l'un de leurs pensionnaires. Ann. méd. psych. Vol. 58. p. 435.
7. Damaye, H., Idée de suicide latente ou spontanée chez une confuse. Rev. de Psych. 1907. p. 5. T. XI. No. 6. p. 245.
8. Ebermayer, Zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Leipzig 1908. H. 4. G. Thieme.



9. Edel, Das Suizidium in Irrenanstalten und § 222 des St.G.B. Zeitschr. f. Psych. 1891. Bd. 47. S. 422.
  10. Fröhlich, Zur Prophylaxe des Selbstmordes. Der Amtsarzt. 1914. Nr. 5. S. 140.
  11. Garnier, Paul, Sémiologie et traitement des idées de suicide. Gaz. des hôp. 1900. No. 118.
  12. Garnier, S., L'article 1384. De Code civil et la responsabilité des directeurs méd. d'asyles d'aliénés. Ann. méd. psych. 1899. No. 3. Nov. et Dec.
  13. Gross, A., Allgemeine Therapie der Psychosen. Handb. d. Psych. Allgemeiner Teil. Abt. 4. S. 104.
  14. Gruhle, H. W., Die sozialen Aufgaben des Psychiaters. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 13. S. 287.
  15. Grunau, Ueber Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preussischen Irrenanstalten von 1895—1900. Halle. Marhold. 1905.
  16. Hasse, Ueber Selbstmord in Irrenanstalten. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41. S. 297.
  17. Hoche, Ueber die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung von Geisteskranken in die Irrenanstalt. Halle. Marhold. Alt'sche Sammlung.
  18. Mackowitsch, G., Die psychische Analyse des Selbstmordes und Selbstmordversuches bei verschiedenen Psychosen. J. D. Jena 1913.
  19. Navrat, Der Selbstmord, eine sozial-ärztliche Studie. Wien. klin. Rundschau. 1907. Nr. 3—17. S. 39, 55, 267.
  20. Placzek, Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig 1919. Verlag von G. Thieme.
  21. Proseroff, L., Suicidia der Geisteskranken in Krankenhäusern. Psych. d. Gegenwart. 1911. S. 377.
  22. Rabel, Ernst, Die Haftpflicht des Arztes. Leipzig 1904. Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihres wissenschaftlichen Interesses. Veröffentlichung Nr. 10.
  23. Reichel, H., Selbstmordversuch einer Anstaltspatientin; Haftpflicht des Anstaltsinhabers. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1917. Bd. 23. S. 30.
  24. Rümelin, Max, Das Verschulden in Straf- und Zivilrecht. Tübingen 1909. Mohr (P. Siebeck). — Haftung im klinischen Betrieb. Tübingen 1913. Mohr (P. Siebeck).
  25. Unger, Max, Der Selbstmord in der Beurteilung des geltenden Deutschen Bürgerlichen Rechts. Berlin 1913. Verlag Carl Hegemann.
  26. Viellon, Suicide et folie. Annales médico-psychol. 1913. Vol. 17. p. 28, 55, 239. (Anf. in Bd. 16).
  27. Wickel, Karl, Die Art des Selbstmordes von Geisteskranken in Irrenanstalten. Die Irrenpflege. 1913. Nr. 6. S. 135.
  28. Zitelmann, Ernst, Die Haftung des Arztes aus ärztlicher Behandlung (aus der D. M. W.). Leipzig 1908. G. Thieme.
-