

Mezger, Edmund: Kriminologische Grundlagen von Strafe und Sicherung im Strafrechtentwurf 1927. Z. Strafrechtswiss. 49, 171—185 (1928).

Kritische, zum größeren Teil ablehnende Betrachtungen einiger Bestimmungen des neuen Strafrechtentwurfs und Änderungsvorschläge. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Grunau, Theodor: Haftfähigkeit und Selbstverletzungen. Ärztl. Sachverst.ztg 34, 223—226 (1928).

Obschon die StrPrO. eine Unterbrechung der Strafhaft wegen lebensgefährlicher Krankheit nicht vorgesehen hat — § 455 StrPrO. bezieht sich seinem Wortlaut nach (Aufschub) eigentlich nur auf eine noch nicht angetretene Haftstrafe —, pflegen die Strafvollstreckungsbehörden doch bei entsprechenden Erkrankungen die Strafe zu unterbrechen, und zwar einmal, um der Justizverwaltung die Kosten für die Krankenhauspflege usw. zu ersparen, dann aber auch deshalb, weil fast alle Krankenhäuser die Aufnahme Gefangener verweigern, zum mindesten aber jede Verantwortung bezüglich eines Entweichens ablehnen. Diese Unterbrechungspraxis der Strafvollzugsämter stellt einen gewissen Anreiz für manche Gefangene dar, sich durch Selbstbeschädigungen haftunfähig zu machen. Diesen Gefangenen gegenüber verfolgt die Strafvollstreckungsbehörde die Tendenz, der Haftunfähigkeit mit allen Mitteln vorzubeugen. Sie überführt sie meist ohne Strafunterbrechung in das Krankenhaus, damit dort auf kürzestem Wege, d. h. durch Operation, der der Fortdauer der Haft im Wege stehende Zustand beseitigt werde. Nicht selten verweigern dann die Gefangenen den Eingriff in der Absicht, dadurch ihre Haftentlassung zu erzwingen. Daß sie in einem solchen Fall nach dem geltenden Recht zu einer Operation nicht gezwungen werden können, wird vom Verf. eingehend begründet. Allerdings besteht weder nach der StrPrO. noch nach dem amtlichen Entwurf eines Strafvollzugsgesetzes eine Pflicht zur Haftentlassung bei lebensgefährlichen Krankheiten, sondern nur die Möglichkeit einer solchen. Auch sieht der Entwurf einen Behandlungszwang nur vor bei Gefangenen, welche mit Ungeziefer oder übertragbaren Krankheiten behaftet sind und sich den zum Schutze anderer Personen notwendigen Maßnahmen widersetzen (§ 100). Verf. schlägt deshalb vor, diesen Behandlungszwang auf solche Gefangene auszudehnen, welche in der Absicht, die Vollstreckung der Strafe zu unterbrechen, eine Erkrankung oder Verletzung selbst herbeigeführt haben. *Müller-Hess* (Bonn).

Kriminelle und soziale Prophylaxe.

● **Muthesius, Hans: Die Wohlfahrtspflege auf Grund der Fürsorgepflichtverordnung und der Reichsgrundsätze. Systematische Einführung. 2. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1928. VIII, 131 S. RM. 3.90.

Nach einer Übersicht über den Umfang des Reichsfürsorgeverbands (R.-F.-V.) bespricht Verf. als erster die Leistungen der Fürsorge, indem er auf ihre Ziele und Aufgaben, auf ihre verschiedenen Arten und auf das Maß der Fürsorge näher eingeht. Weiterhin befaßt er sich mit den Lasten der Fürsorge sowie deren Verteilung auf die Träger der Fürsorge. Dabei werden eingehend die die Fürsorge durchführenden Stellen gewürdigt und kurz die Beziehungen zu den Trägern der freien Wohlfahrtspflege gestreift. Ausführlich wird auf die Zuständigkeit für den Hilfsbedürftigen, vor allem hinsichtlich der Kostenverteilung eingegangen. Sehr eingehend setzt sich der Verf. mit dem Verhältnis der öffentlichen Fürsorge zu anderen Fürsorgeleistungen, vor allem zur Versorgung und zur Sozialversicherung auseinander. In diesem Zusammenhang werden auch die privatrechtlichen Fürsorgeansprüche behandelt und vor allem die Rechtsbehelfe angeführt, die der Fürsorge gegeben sind, um für ihre Hilfsbedürftigen solche privaten Unterhaltsleistungen herbeizuführen oder verausgabte Fürsorgekosten erstattet zu bekommen. Die Pflicht des Hilfsbedürftigen zur Arbeit, zum Gehorsam, zur Zurückzahlung sowie sein Recht auf Fürsorgeanspruch und auf Schutz sind weitere Gebiete, die der Verf. im Zusammenhange darstellt und mit einem Überblick über die Organisationen der Hilfsbedürftigen beschließt. Der letzte Abschnitt bringt interessante Rückblicke und Ausblicke, eine Würdigung der Tendenz zur Vereinheitlichung der Fürsorgemaßnahmen sowie zu Gruppierungen und schließt mit dem warnenden Hinweis auf die vor allem bei der öffentlichen Fürsorge bestehende Gefahr, Fälle zu erledigen statt Menschen zu behandeln.

Többen (Münster).

Juarros, César, und Maria Soriano: Der heutige Stand der Erziehung anormalen Kinder. Siglo méd. Bd. 81, Nr. 3888, S. 649—655. 1928. (Spanisch.)

Offizielles Referat vor der pädagogischen Sektion des 4. spanischen Kongresses für Kinderheilkunde. Die Verf. stellen unter Heranziehung von Erfahrungen aus der ganzen Welt, die im Original nachgelesen werden müssen, folgenden Plan für eine zweckentsprechende Lösung der Frage der anormalen Jugendlichen auf: I. Prophylaxe: Propaganda für Eugenik, Gesundheitszeugnisse vor der Ehe, Begünstigung der Frühehe, Schwangerenschutz, Schutz des Neugeborenen, sexuelle Aufklärung, Schutz des Kindes, Behandlung von Eltern, die ihre Kinder in irgendeiner Weise infizieren könnten. — II. Frühzeitige Erkennung der Anormalität: Aufklärung vor Eltern, Ärzten und Lehrern. — III. Diagnose: Einrichtung von Beratungsstellen mit folgenden Unterabteilungen: a) Ambulatorien, b) pädagogische Beratungsstellen für die Eltern, c) Beobachtungsdienst (Schulen, geeignete Familien, Kliniken bzw. angegliederte Internate), d) statistische Büros, e) Überwachungsdienst, Verstaatlichung der Fürsorge und Schutzüberwachung, f) Sorge für Aufklärung, Organisation von Kursen für Ärzte, Eltern und Lehrer. — IV. Behandlung: a) Anormale, die in ihrer Familie bleiben können: 1. Sonderklassen für pädagogisch Zurückgebliebene, Sprachdefekte, Hörschwache und Sehschwache. 2. Sonderschulen für einfach Oligophrene, O. mit sensorischen Defekten (Blinde, Taube, Stumme), O. mit ethischen Defekten, psychopathische O., O. mit motorischen Erscheinungen, O. mit körperlichen Krankheiten (Tuberkulose usw.). — b) Anormale, die nicht in der Familie bleiben können: 1. Unterbringung in anderen Familien (bei Milieuschäden). 2. Besondere Internate (für moral insanes). 3. Psychiatrische Hospitäler (für psychopathische Anormale). 4. Sanatorien (für Anormale mit körperlichen Krankheiten). 5. Spezialkliniken für Anormale, die einer Sonderbehandlung bedürfen. — V. Berufsausbildung: a) Handwerksbetriebe, b) landwirtschaftliche Betriebe. — VI. Spätere Unterbringung: a) Schutzkolonien für Anormale, die sich selbst ernähren können, b) staatlich dotierte Werkstätten und Kolonien für teilweise Arbeitsfähige, c) Asyle für Hilflose. *E. Krapf.*

Rosenbund, Lucie: Zur Entwicklung verwahrloster und gefährdeter Kinder unter dem Einfluß heilpädagogischer Heimerziehung und Beratung. (*Psychiatr. Poliklin., Univ. u. Städt. Kinderheim „Siebenmühlental“, Heidelberg.*) Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 34, H. 3, S. 321—339 u. H. 4, S. 431—460. 1928.

Verf. hat 20 zum Teil schon verwahrloste, zum Teil schwergefährdete Kinder untersucht, die den tiefen Schichten der Heidelberger Altstadtbevölkerung entstammen. Die Gleichheit der äußeren Verhältnisse läßt die Verschiedenheiten und Besonderheiten der Kinder in allen übrigen Punkten deutlich hervortreten und gibt zugleich die Möglichkeit, die Beziehungen der persönlichen Umwelt klarzustellen. Die Kinder genossen alle Heimerziehung im städtischen Kinderheim „Siebenmühlental“. In diesem Heim finden Kinder beiderlei Geschlechts in noch schulpflichtigem Alter Aufnahme. Sie besuchen die Volksschule und bleiben so in Berührung mit dem freien Leben und der Bevölkerung des ländlichen Vorortes. Es wird ihnen grundsätzlich eine so weitgehende Freiheit gewährt, als sich mit einer wirklichen Heimerziehung vereinbaren läßt. Die Dauer dieser Heimerziehung schwankte zwischen 6 Monaten und 7 Jahren. — Die Verfasserin gibt hierauf Charakterbilder der einzelnen Kinder, unter denen sich eine Geschwisterschar von 3 Knaben und 3 Mädchen, 2 sehr verschiedene Brüderpaare, 9 einzelne Knaben und 1 Mädchen befinden. Bei dieser Darstellung gibt sie ein vollständiges Bild der einzelnen Persönlichkeiten, indem sie deren Entwicklung von verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet: Einflüsse der Umwelt, Wirkungen der Erziehung, Beziehungen zwischen Anlage und Außenbedingungen. 13 wohlgezeichnete ausgesprochen psychisch abnorme Typen bilden die Mehrzahl unter den Kindern. Die übrigen sind Fälle von einfacher Debilität oder nicht als psychopathisch anzusprechende Spielarten der Norm. Bei 16 Kindern, mit Ausnahme also der schwer antisozial Veranlagten, hatte die Heimerziehung befriedigenden Erfolg. Es konnte beobachtet werden, wie allmählich die schädlichen Einflüsse der früheren Umwelt überwunden wurden und die Entwicklung des Charakters eine Wendung zur sozialen Einfügung, zur größeren Lebensfreude und inneren Freiheit und zu einem mit bewußter Selbstbeherrschung verbundenen Selbstgefühl nahm. Bei manchen Kindern wurde diese jedoch durch erneute ungünstige Einwirkungen nach der Entlassung wieder gefährdet.

Die Heimerziehung zeigt, daß verwahrloste und milieugeschädigte Kinder einander nicht etwa ähnlicher werden, sondern daß sich vielmehr jedes in seiner Art in möglichster Freiheit unter dem Schutze und den Forderungen des Gemeinschaftslebens entwickelt. Die ihnen durch die Verwahrlosung aufgeprägten gemeinsamen Züge äußeren Verhaltens sollen durch die Heimerziehung fortfallen und dann die persönliche Besonderheit deutlich erkennbar werden.

Többen (Münster).

Krenberger, S.: Selbstmorde und Entweichungen von Kindern und Jugendlichen. Eos Jg. 20, H. 4, S. 122—123. 1928.

Kindliche Selbstmörder werden von vielen Autoren in die psychopathische Konstitution eingereiht. Solche Kinder sind durch Frühreife, Abweichungen auf affektivem Gebiete, Häufung dissozialer Eigenschaften, durch Neigung zum Lügen, zum Diebstahl und zum Vagieren gekennzeichnet. Der Selbstmord wird häufig als Ausweg aus Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten angesehen. Aber auch Milieuschäden, insbesondere Vorwürfe und Mißhandlungen durch die Eltern oder andere Personen können der Anlaß zum Selbstmord werden. Bei den Entweichungen spielt die Angst vor Strafe im Sinne einer überwertigen Idee oft eine entscheidende Rolle. — Als vorbeugende Maßnahme gegen Selbstmorde und Entweichungen Jugendlicher kommt, abgesehen von eugenischen Maßnahmen, in erster Linie die Besserung der Lebensbedingungen weiter Volksschichten in Frage. Passende Pflege und Erziehung muß rechtzeitig einsetzen. Unverdiente Strafen und Zurücksetzungen sind zu vermeiden. Dagegen ist verständnisvolles Einfühlen in das Seelenleben der Kinder und Jugendlichen von allen Lehrern und Erziehern zu fordern. *Többen* (Münster i. W.).

Prinzing: Selbstmordhäufigkeit in Deutschland und außerdeutschen Staaten in den letzten Jahren. Reichs-Gesundheitsbl. Jg. 3, Nr. 26, S. 412—415. 1928.

Die Zunahme der Todesfälle durch Selbstmord kann in einer Reihe von Staaten nicht bezweifelt werden. Zur richtigen Beurteilung der Selbstmordziffern müssen die Ziffern verschiedener Jahrzehnte berücksichtigt werden. In Deutschland zeigte sich schon in den letzten Jahren vor dem Kriege eine Zunahme. Nach dem Kriege blieb die Ziffer zunächst klein, ging während der Inflationszeit zurück und stieg erst mit der Einführung der festen Währung beträchtlich an. Da 1925 die Änderung eingeführt wurde, daß Ortsfremde bei den Todesursachen nicht mehr mitgezählt werden, fällt ein Vergleich mit früheren Jahren für die letzte Zeit fort. Durch die Gewohnheit vieler Selbstmörder, nicht ihre Heimat, sondern einen fremden Ort zur Ausführung zu wählen, wird die Ziffer kleiner. In Wirklichkeit wurde die Höchstziffer der Selbstmorde 1926 erreicht und ging 1927 wieder etwas zurück. Die Zunahme ist nicht überall gleich. Beträchtlich häufiger als vor dem Kriege ist der Selbstmord in Sachsen, Hannover, Westfalen, Hamburg und Mecklenburg-Schwerin. Dauernd besteht der Unterschied zwischen protestantischen und katholischen Landesteilen. Die Schweiz, Österreich, Ungarn und die Tschechoslovakei zeigen ebenfalls in den letzten Jahren eine beträchtliche Zunahme ihrer schon immer hohen Selbstmordzahlen. Nach dem Kriege hat die Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht mehr zugenommen als beim männlichen. Während vor dem Kriege die Zunahme bei beiden Geschlechtern in allen Lebensaltern mit Ausnahme des von 60—70 Jahren erheblich war, zeigt sich besonders in den Inflationsjahren die größte Zunahme in den beiden höchsten Altersklassen, die auch 1924 und 1925 bei den 60—70jährigen nicht zurückgeht. Das gleiche zeigt sich bei den Frauen. Keine Zunahme der Selbstmorde zeigen Frankreich, Belgien und die Niederlande. Die Ursache der Zunahme muß in der Hauptsache in wirtschaftlichen Schwierigkeiten gesucht werden. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß auch der Selbstmord infolge von Alkoholismus wieder viel häufiger geworden ist. Er ist von 40 im Jahre 1919 auf 343 im Jahre 1925 gestiegen. Da indes vor dem Kriege die Zahl der Selbstmorde durch Alkoholismus viel größer war (1913 = 608), so kann die Erhöhung der Selbstmordhäufigkeit hierdurch nicht erklärt werden.

Spiecker (Beuthen).

Hartwich, Georg: Fürsorge für Geschlechtskranke auf dem Lande und ihre Förderung durch den Kreisarzt. Mitt. d. Dtsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 26, Nr. 5, S. 53—56. 1928.

Ein Nutzen der Mitwirkung des Kreisarztes in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ergibt sich nach Hartwichs Ansicht daraus, daß das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sich zwar mit der Fürsorge für die Geschlechtskranke, nicht aber mit der Gefährdetenfürsorge befaßt. Um die hier vorliegende Lücke der Fürsorge auszufüllen, erhebt sich die Frage, ob nicht die charitative Organisation versage und eine regelrechte Disposition der Fürsorgearbeit herbeizuführen sei. Gerade in der aufklärenden Arbeit nach dieser Richtung liege auf dem Lande, wo sehr viele Gefährdete nicht erfaßt werden, eine würdige Aufgabe für den Kreisarzt, dem im Rahmen des Gesetzes z. B. d. G. nicht immer genügende Mitwirkung gesichert sei. Er kann, wie H. ausführt, nicht Leiter der Gesundheitsbehörde sein, weil letztere von der Kommune bestellt wird, diese aber nicht durch zwangsweise Wahl des Kreisarztes in der Anstellung ihrer Beamten beschränkt werden darf. Die Gesundheitsbehörde hat in der B. d. G. andere Aufgaben als in der sonstigen Seuchenbekämpfung, die mehr verlangt als die Verpflichtung des Kranken, sich behandeln zu lassen und die Vorschriften des ihm vom Arzt ausgehändigten Merkblattes zu befolgen. Der Kreisarzt ist sachverständiger Arzt, die Gesundheitsbehörde nur verwaltende Instanz (? Ref.). Einmischung des Kreisarztes in die Anordnungen der Gesundheitsbehörde würden nur zu Reibungen mit deren Facharzt führen, falls der Kreisarzt nicht durch freiwillige Wahl seitens der Kommune dieser Facharzt wird. Das wäre, selbst wenn er nicht fachärztlich ausgebildet ist, vielleicht zweckmäßiger als die Leitung der Gesundheitsbehörde durch einen nicht verwaltungstechnisch geschulten Facharzt. Wo Fachärzte fehlen, ist immer Heranziehung des Kreisarztes als entscheidender Sachverständiger anzustreben. Die Sachverständigentätigkeit müßte sich, wie H. durch ein Beispiel begründet, erstrecken auf Mitwirkung bei dem Meldewesen bzw. der Vorprüfung der erfolgten Meldungen, bei Vernehmungen und bei Untersuchungen. Im Meldewesen ist zu berücksichtigen, daß eigentlich immer zwei Kranke in Betracht kommen, der Angesteckte (H. geht immer von der Annahme eines, nicht einer Angesteckten aus) und die Ansteckungsquelle. Letztere ist gefährlicher als der etwa wegen Wegbleibens aus der Behandlung gemeldete Kranke; sie hat ja durch dessen Ansteckung ihre Gefährlichkeit bewiesen. Der Leiter der Gesundheitsbehörde werde, meint H., die Forderung der Ärzte, daß möglichst ein Arzt es sein solle, übersehend, oft eines Arztes als Ratgeber bedürfen und dieser Arzt brauche ja nicht der Arzt der Gesundheitsbehörde zu sein. H. erörtert dann ausführlich die sich für den Kreisarzt als Sachverständigen oder auch Gutachter ergebenden Möglichkeiten; er behandelt aber auch den Fall, daß er zunächst ganz aus der Gesundheitsbehörde ausgeschaltet sei. Dann darf er nicht, wie es an manchen Orten von seiten der Polizei geschieht, grollend bei Seite stehen, sondern muß versuchen, dem Geschäftsbetrieb der Gesundheitsbehörde näher zu treten durch kritische Prüfung der vorliegenden Gesundheitszeugnisse, der Vollständigkeit stattgefundenen Vernehmungen, der Zwangsbehandlung und ihrer Durchführung mit Krankenhausinternierung, der Verfolgung von Gruppenansteckungen, namentlich in ländlichen Bezirken, wenn der behandelnde Arzt, weil die Patienten regelmäßig zur Behandlung kommen, keinen Anlaß zu weiterem Vorgehen hat (? Ref.). Weitere Gelegenheiten zum Zugreifen bieten nach H.s Vorschlägen die Ansteckung von sich prostituierenden Fabrikarbeiterinnen vom Land, vielleicht auch die zwangsweise Untersuchung von in mehrere Alimentationsprozesse verwickelten Burschen. Es muß der Kreisarzt die sich passiv verhaltenden Polizeibehörden wieder vorwärtstreiben. *Flesch* (Hochwaldhausen).

Schmidt, H.: Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die neueste Reichsgesetzgebung. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. 41, Nr. 11, S. 262—277. 1928.

Zwar bildet das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten keine endgültige Festlegung aller zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erforderlichen Maßnahmen, doch ein im allgemeinen gutes Programm, zu dessen Durchführung allerdings noch mannigfaltige Vorbedingungen zu schaffen sind. Den Anforderungen, welche die ja zum Teil auch in forensischer Hinsicht bedeutsame Diagnostik und Beurteilung der Ansteckungsfähigkeit stellt, wird vorerst der praktische Durchschnittsarzt nicht gerecht werden können; überaus wichtig ist daher die in der preußischen Ausführungsanweisung des Gesetzes enthaltene Bestimmung zur Errichtung ausreichender öffentlicher Beratungsstellen. Anzustreben sind die unentgeltliche Vornahme bezüglicher diagnostischer Untersuchungen durch die Medizinaluntersuchungsämter, die zur Erfüllung der Gesetzesbestimmungen erforderliche umfassende Volksaufklärung, ein fester umschriebenes Behandlungsrecht, das bisher nur Minderbemittelten eingeräumt ist, die Unterstützung der Gemeinden und Gemeindeverbände zur Erfüllung ihrer Aufgaben durch Staat und Sozialversicherungsträger sowie die Verallgemeinerung der in Berlin den Beratungsstellen erteilten Ermächtigung zur Austellung von Wohlfahrtsscheinen. Für die Behandlung kommen in den Großstädten vor allem Fachärzte und auf dem Lande die praktischen Ärzte in Frage, zu deren Unterstützung allerdings eine Erweiterung des Tätigkeitsbereichs der wegen der Wahrung der Diskretion nur in größeren

Städten möglichen Beratungsstellen erwünscht wäre. Die Ausscheidung der Ordnungspolizei aus der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist zu begrüßen. In Preußen ist die Durchführung des Gesetzes den Stadt- und Landkreisen als Selbstverwaltungsangelegenheit übertragen worden. Da die §§ 4, 9 und 10 des Gesetzes eine Vermischung polizeilicher und fürsorglicher Aufgaben der Gesundheitsbehörden enthalten, bedeutet die Übernahme der gesetzlichen Pflichten durch die Gemeinden im Vergleich zu der bisher üblichen Verteilung der gesundheitlichen Aufgaben eine weitere Abtretung der Exekutive durch den Staat auf die Gemeinden und Gemeindeverbände. Vielleicht wäre die kommunale Mitwirkung zweckmäßiger auf die fürsorgliche, konsultative und volksbelehrende Tätigkeit der Beratungsstellen beschränkt geblieben. Im Reichsgesetz fehlt eine Regelung, durch welche die Gesundheitsbehörde die der Attestierung zu unterwerfenden Personen planmäßig zu ermitteln vermag, ferner eine Handhabe zur Bestrafung derer, die sich im Krankenhaus dem durch das Gesetz ermöglichten Behandlungszwang in unbotmäßiger Weise widersetzen. Die Bestimmungen des Gesetzes über die Strafbarkeit ansteckungsgefährlicher Personen bei Ausübung des Beischlafes und der Eingehung einer Ehe sowie über die Verbote der Behandlung durch Nichtärzte bilden ein gutes Mittel zur Volkserziehung und Bekämpfung der Kurpfuscherei jeder Art, nur fehlt leider eine Kennzeichnung der verbotenen Formen des Anerbietens einer Krankenbehandlung und ein zur Verhinderung der bei Tripper häufigen Selbstbehandlung erforderliches Verbot (Rezeptzwang) für die Abgabe von Arzneimitteln zur Behandlung Geschlechtskranker. Die den Ärzten nur bei vorzeitigem Behandlungsabbruch und besonderer Übertragungsgefahr auferlegte Meldepflicht dürfte ausreichen. In dem Falle, daß der Arzt jemand vor dem Verkehr mit einer ihm als geschlechtskrank bekannten Person zu warnen bestrebt ist, wird er im Sinne des Gesetzes zweckmäßigerweise die Gesundheitsbehörde mit der Warnung beauftragen. Wichtig wäre wohl noch die Einfügung einer Bestimmung zum Schutz von Pflegekindern gegen geschlechtskranke Pflegeeltern, die Errichtung von Spezialerziehungsheimen sowie Ammenuntersuchungs- und -vermittlungsstellen. Zugestimmt werden kann der ausdrücklichen Freigabe des Vertriebs von Verhütungsmitteln, sofern dieser Sitte und Anstand nicht verletzt.

Dornedden (Berlin-Lankwitz).

Gaupp: Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk und ihre Bekämpfung. (47. Dtsch. Ärztetag, Danzig, Sitzg. v. 29.—30. VI. 1928.) Ärztl. Vereinsbl. 57, 66-79 (1928).

Eingehendes Referat über das gesamte Gebiet unter Berücksichtigung folgender wissenschaftlicher Thesen: I. Uneingeschränkte Indikationsfreiheit für den Arzt bei Zurückschraubung des Substanzverbrauches auf ein Minimum. II. Substanzverschreibung ärztlich überflüssig. III. Kokain kann außer in der Chirurgie (Augen-, Hals-, Nasenerkrankungen) durch Lokalanästhesie ersetzt werden. IV. Bei Überschreitung der Maximaldosis soll nur Morphin verschrieben und besonders mit schriftlicher Aufzeichnung der Ärzte verordnet werden. V. Opiate sind keine Schlafmittel! VI. Im Prinzip gehört die Spritze nur in die Hand des Arztes. VII. Bei Husten, Codein oder Dionin verschreiben. VIII. Einleitung einer baldigen Entziehungskur muß „suspremalex“ bei der Behandlung des Morphinisten sein. Bei Hinausschiebungen des Kurbeginns sollte sich der Arzt an eine zu errichtende neutrale Kommission von Sachverständigen wenden können (Ref. empfiehlt bis dahin Protokollierung in Gegenwart eines Facharztes und Übersenden des Protokolls an den zuständigen Kreisarzt). IX. Genaues Rezeptieren mit Angabe genauer Personalien. Aus der pragmatischen Entwicklung des Vortrags seien folgende praktische Erwägungen benannt: 1. Eucodal, Eumecon und Trivalin sind überflüssig. 2. Prinzipiell ist jeder Süchtige entziehbar. 3. Eine Entziehung ohne Zwang gibt es nicht. 4. Bis jetzt gibt es noch keine Approbationsentziehung für morphinistische Ärzte. 5. Die Anwendung des § 51 StGB. bei Diebstahl, Urkundenfälschung morphinistischer Kranken muß in jedem Einzelfall exakt geprüft werden. 6. In den § 6 BGB. müßte in Ziffer 3 ein Zusatz gemacht werden „... infolge von Trunksucht oder anderen Rauschgiftsuchten“. 7. Unheilbare und geistig geschädigte Fälle müssen als Geisteskranke Gegenstand öffentlicher Fürsorge werden. 8. KDB. ist nach Behebung des schmerzhaften Grundleidens bei evtl. Rückfällen abzuerkennen.

Leibbrand (Berlin).

Verletzungen. Gewaltvoller Tod aus physikalischer Ursache.

Walcher, K.: Über den Nachweis traumatischer Weichteilblutungen an der Leiche und dessen praktische Bedeutung. (Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.) Z. Med.-beamte 41, 351—358 (1928).

Unter Zugrundelegung von 5 einschlägigen Sektionsbeobachtungen macht Verf.