

über die spezielle anthropologische Messung, über neu eingeführte Meßmethoden und neue Arbeitsgeräte. Nach einer Beschreibung der Instrumente, der Methode der Umrißzeichnung, der Photographie und des plastischen Nachbildungsverfahrens, gibt der Verf. eine eingehende Darstellung der Messungen am lebenden Menschen. Durch zahlreiche übersichtliche, technisch ausgezeichnete Abbildungen, werden die einzelnen Meßvorgänge erläutert und auch dem anthropologisch nicht geschulten Arzt verständlich gemacht. Eine besondere Bearbeitung hat der Verf. der Cranio- und Osteometrie gewidmet. Auch hier wird jede Methode bildlich dargestellt. Anweisungen für daktyloskopische Aufnahmen sowie für die Berechnung der Indices und ein ausführlicher Literaturnachweis vervollständigen das Buch. Für alle, die im Rahmen der Ähnlichkeitsdiagnose bei Zwillingen Untersuchungen durchzuführen haben, wird das vorliegende Buch nicht zuletzt durch sein ausgezeichnetes Bildmaterial eine willkommene Anleitung sein. Dazu ergänzt und vervollständigt es durch Einbeziehung der in jüngster Zeit eingeführten Methoden und Meßgeräte das Martinsche Lehrbuch und bietet so auch dem Fachanthropologen und -anatomem wesentlich Neues.

*Hofmann* (Berlin-Charlottenburg).

● **Palmieri, V. M.: Medicina forense per i legali.** (Gerichtliche Medizin für Juristen.) Bari: Luigi Macri 1938. 395 S.

Für die Hörer der juristischen Fakultät bestimmter Leitfaden, der nach den in Betracht kommenden Rechtsgebieten (Straf-, Zivil-, Kirchen- und Versicherungsrecht) gegliedert, einen guten Überblick über das gesamte Lehrgebäude der gerichtlichen Medizin vermittelt. Dem Buche sind 33 Abbildungen beigegeben, deren Wiedergabe leider nicht immer als mustergültig bezeichnet werden kann. *v. Neureiter* (Berlin).

### Gesetzgebung. Ärzterecht.

**Personenstandsgesetz. Vom 3. November 1937.** Reichsgesetzbl. I Nr 119, 1145 bis 1152 (1937).

Mit dem 1. VII. 1938 tritt das neue Gesetz in Kraft, es bringt ein Familien-, ein Geburten- und ein Sterbebuch für die Standesämter und Zeitschriften hiervon für die untere Verwaltungsbehörde. Jeder, dem ein Ebehindernis bei aufgebotenen Verlobten bekannt ist, ist zur Mitteilung an den Standesbeamten verpflichtet. Die Ehefähigkeit ist mindestens durch eine beglaubigte Abschrift aus dem Familienbuch und ein Ehetauglichkeitszeugnis für jeden Verlobten nachzuweisen. In das Familienbuch sind bei jeder Eheschließung ein- bzw. später nachzutragen u. a.: Namen, Beruf, Wohnort, Geburtsort und -tag, Staatsangehörigkeit, Reichsbürgerrecht, rassische Einordnung und Religionsbekenntnis der Eheschließenden, Tod und Scheidung sowie Änderung der Personalien der Ehegatten, Personalien der Eltern der Eheschließenden, Namen und Geburtsangaben der Kinder der Ehegatten und der unehelichen Kinder weiblicher Abkömmlinge sowie Abschlußvermerke, sobald Abkömmlinge durch Eheschließung ein neues Familienbuchblatt erhalten. Geburten sind binnen 1 Woche anzuzeigen, nicht sogleich angegebene Vornamen sind binnen Monatsfrist nachzumelden. Bei Totgeborenen oder in der Geburt Verstorbenen ist spätestens am folgenden Werktag Anzeige zu erstatten, hierbei erfolgt eine Eintragung nur in das Sterbebuch. Änderungen der Personalien werden dem Standesbeamten, der die Geburt eingetragen hat, zum Nachtrag gemeldet. Sterbefälle sind spätestens am folgenden Werktag zu melden. In das Sterbebuch ist die Todesursache zu vermerken, falls sie von einem Arzt bescheinigt worden ist. Alle Todeserklärungen werden im Berliner Standesamt I eingetragen, hier können auch im Ausland erfolgende Vorfälle bei deutschen Staatsangehörigen vermerkt werden. Lehnt ein Standesbeamter eine Eintragung ab, so kann er durch amtsgerichtliche Entscheidung dazu angehalten werden; Abänderungen abgeschlossener Eintragungen sind bei offenbaren Schreibfehlern mit Genehmigung der unteren Verwaltungsbehörde, sonst nur auf gerichtliche Anordnung zulässig. Zur Einsichtnahme in die Bücher sind auch die Gliederungen

der NSDAP. befugt. Das Gesetz enthält u. a. noch Bestimmungen über die Organisation der Standesämter, über Strafen und über Aufbewahrung der bisherigen Urkundsregister.

*Dornedden* (Berlin-Lichterfelde).

**Steinwallner: Ehegesundheitspflege und Eheverbote in auswärtigen Ländern.** Dtsch. Ärztebl. 1937 II, 985—990.

Es werden nach einer kurzen Einleitung über die bestehenden Gesetze (Vereinigte Staaten, Canada, Mexiko, Schweizer Kantone, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland, Estland) und die Entwürfe (Polen, England, Island, Cuba, Japan) zur Unfruchtbarmachung Erbkranker die Eheverbote in zahlreichen auswärtigen Ländern behandelt. Gesetzliche Bestimmungen bestehen in Dänemark, Norwegen, Schweden, Island, Estland, Lettland, Finnland, Bulgarien, Portugal und in den meisten europäischen Ländern, weiterhin in den Vereinigten Staaten, Mexiko, Panama, Bolivien, Argentinien, Brasilien, Chile, Ekuador, Nikaragua, Peru, Salvador, Venezuela, Ontario und in der Südafrikanischen Union. Dazu kommen Einzelbestimmungen und Entwürfe in zahlreichen anderen Ländern. Der wertvolle Überblick zeigt, daß das Ausmaß und die Zielsetzung der Ehegesundheitsgesetzgebung sehr verschieden ist. Durchgreifende Regelungen sind neben Deutschland nur in einigen nordamerikanischen Bundesstaaten, Mexiko, Panama, Island, Estland, Finnland und Schweden vorhanden, während China, Japan, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Litauen, Rumänien, Ägypten, Siam und Paraguay überhaupt noch keine Regelungen getroffen haben. *Haag.*

**Mäkelä, Väinö: Die Sterilisations- und Kastrationsgesetzgebung Finnlands.** Arch. Rassenbiol. 31, 420—450 (1937).

Der vorliegende Beitrag gibt in überaus anschaulicher Weise aus der Feder eines Mitglieds der finnischen Medizinaldirektion einen Überblick über die Sterilisations- und Kastrationsgesetzgebung. Rassehygienische Gesichtspunkte finden sich in Finnlands Gesetzen bereits seit langer Zeit. Schon nach dem Kirchengesetz von 1686 wurde eine Verlobung auch gegen den Willen der Verlobten aufgelöst, wenn einer von beiden an einer ansteckenden und unheilbaren Krankheit litt. Diese Bestimmung wurde im Laufe der späteren Jahre teils abgeändert, teils erweitert. Eine Sterilisation aus rassehygienischen oder sozialen Gründen ist indessen erst durch das am 13. VI. 1935 verkündete Gesetz für zulässig erklärt worden. Von einer Wiedergabe der zahlreichen kritischen und vergleichenden Ausführungen des Verf. muß hier leider abgesehen werden; die wichtigsten Bestimmungen des finnischen Gesetzes, das sowohl die Sterilisation als auch die Kastration kennt, sind folgende: Freiwillige Sterilisation nur bei rechtlich Handlungsfähigen; zwangsweise Sterilisation bei Schizophrenen, manisch-depressiven Psychopathen oder anderen an einer als vererbbar festgestellten Geisteskrankheit Leidenden, deren Intelligenzstufe höchstens der eines Vierzehnjährigen entspricht. Bei der zwangsweisen Sterilisierung werden sowohl eugenische als soziale Gründe berücksichtigt, die eugenischen an erster Stelle; bei der freiwilligen Sterilisation sind nur eugenische Gründe von Bedeutung. Der Antrag bzw. das Gesuch auf Sterilisation wird von rechtlich Handlungsfähigen selbst gestellt, bei anderen Kranken vom Gesundheitsamt oder Anstaltsleiter. Ehegatte und Vormund sind ohne Antragsrecht und werden nur befragt. Die Sterilisation wird erlaubt bzw. angeordnet von der Medizinaldirektion, gegen welchen Beschluß innerhalb von 30 Tagen beim Obersten Gerichtshof Beschwerde eingelegt werden kann. Die Sterilisation, deren Vollziehung an keine Altersgrenze gebunden ist, ist innerhalb 1 Jahres nach Rechtskraft des Beschlusses vorzunehmen. Das medizinische Verfahren dabei und das Krankenhaus werden von Fall zu Fall von der Medizinaldirektion vorgeschrieben. Über die Operation und den späteren Verlauf ist binnen 1 Monat an die Medizinaldirektion zu berichten. Die Sterilisation nach medizinischen Indikationen ist im Gesetz nicht erwähnt und daher frei; es besteht dafür auch keine Anzeigepflicht. Die Kastration wird aus kriminaltherapeutischen (-politischen) Gründen vorgenommen, und zwar dann, wenn jemand durch rechtskräftiges Urteil eines Verbrechens oder eines Versuches zu einem Verbrechen schuldig

erkannt worden ist, welches beweist, daß er einen in bezug auf Stärke und Richtung unnatürlichen Geschlechtstrieb besitzt und schwerwiegender Grund zu der Befürchtung besteht, daß er deswegen für eine andere Person gefährlich ist. Notwendig zur Vornahme der Kastration ist bei der freiwilligen ein ärztliches Gutachten, bei der zwangsweisen außerdem der in der Sache über das Verbrechen ergangene Gerichtsbeschluß. Während die formale Abwicklung der Kastration wie bei der Sterilisation vor sich geht — auch hier gibt es zur Durchführung keine unmittelbaren Zwangsmaßnahmen —, ist die Kastration an die untere Altersgrenze von 21 Jahren gebunden. Der Verf. kommt abschließend zu dem Ergebnis, daß Finnland das Recht der Volksgemeinschaft auf Verhütung erbkranken Nachwuchses vorsichtig und behutsam ohne direkte Zwangsmittel durchführt, während Deutschland sicher und zielbewußt vorgeht. *H. H. Burchardt* (Berlin).

**MacLean, R. R., and E. J. Kibblewhite:** Sexual sterilization in Alberta. Eight years experience, 1929 to May 31, 1937. (Sterilisierung in Alberta. Erfahrungen aus 8 Jahren, von 1929 bis 31. Mai 1937.) (*Prov. Ment. Hosp., Ponoka.*) *Canad. publ. Health J.* 28, 587—590 (1937).

Das Sterilisierungsgesetz von Alberta wurde am 31. III. 1928 erlassen, die ersten Fälle von Unfruchtbarmachung fielen in das Jahr 1929. Von 1929—1931 wurden 1008 Fälle (501 Männer und 507 Frauen) entschieden. Die Unfruchtbarmachung wurde in 516 Fällen (181 Männer und 335 Frauen) durchgeführt. Von den 181 operierten Männern litten 73 an Geisteskrankheit oder leichter geistiger Störung, 104 an Geisteschwäche (ohne Geisteskrankheit oder Epilepsie). 4 Männer wurden aus sonstigen Gründen (Epilepsie, erwiesener Trägerschaft für ein Erbleiden bei persönlicher Gesundheit) unfruchtbar gemacht. Von den 335 Frauen litten 107 an Geisteskrankheit usw. und 223 an Geisteschwäche. 5 Frauen wurden aus sonstigen Gründen unfruchtbar gemacht. Der „Eugenic Board“ hielt 86 Sitzungen ab. Die Unfruchtbarmachungen wurden mit wenigen Ausnahmen in der Chirurgischen Abteilung der Landesirrenanstalt Ponoka vorgenommen. Die Unfruchtbarmachung war dort kostenlos. Entgegen der allgemein verbreiteten Annahme (von den Gegnern der Unfruchtbarmachung verbreitet. Ref.) zeigte sich bei den Unfruchtbar gemachten kein Hang zu sexuellen Ausschweifungen oder zur Prostitution. Bei 2 Frauen trat im Anschluß an die Unfruchtbarmachung der Tod ein. Todesursache war in dem einen Fall Bronchopneumonie, in dem anderen Peritonitis. Bei einem Manne wurde ein Versager festgestellt und die Operation wiederholt. *H. Linden* (Berlin).

**Kaplan, Ira I.:** Sterilization by irradiation. (Unfruchtbarmachung durch Bestrahlung.) (*Div. of Cancer, Dep. of Hosp. a. Radiation Therapy Dep., Bellevue Hosp., New York.*) *Amer. J. Obstetr.* 34, 507—512 (1937).

Kurze Zusammenfassung einschlägiger Arbeiten zu einem Referat bei einem Gynäkologenkongreß betreffend Indikation und Technik der Strahlenbehandlung. Nichts Neues. *Sandera* (Solingen).

**Schaub, Eduard:** Über die Unfruchtbarmachung wegen schweren Alkoholismus aus dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. (*Psychiatr. u. Neurol. Klin., Med. Akad., Düsseldorf u. Prov. Heil- u. Pflgeanst., Grafenberg.*) Düsseldorf: Diss. 1936. 35 S.

Der Verf. untersucht 36 Beschlüsse von Erbgesundheitsgerichten bzw. -obergerichten in der Frage der Unfruchtbarmachung wegen chronischem Alkoholismus und kommt zu dem Schlusse, daß sich keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte der Beurteilung ergeben hätten. Es werde besonders die Belastung, die Rückfälligkeit und der soziale Abstieg berücksichtigt, aber auch das Verhalten im Kriege — das recht ungleich bewertet werde — und die äußeren Umstände würden in Betracht gezogen. Schließlich bringt er noch die Zahlen der zur Unfruchtbarmachung Angezeigten bzw. der beschlossenen, abgelehnten und durchgeführten Unfruchtbarmachungen in den Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflgeanstalten vom 15. März 1934 bis 31. März 1936 und errechnet für den chronischen Alkoholismus 2,45% der Gesamtzahl. *Plachetsky*.

**Struppler, Theodor: Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken und psychisch Abnormen.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) Arch. f. Psychiatr. **107**, 240—247 (1937).

Den Psychopathen kommt praktisch nur bei einer ganz fest umrissenen Gruppe eine eugenische Bedeutung zu. Es handelt sich um Sippen Schwerkrimineller. Die weiblichen Angehörigen dieser Sippen lassen sich zwar, bei gleich schlechten Erbanlagen, nicht direkt auf Grund der Kriminalität erfassen, wie es für die männlichen Angehörigen der Fall ist. Sie wären es aber auf Grund ihrer erwiesenen Zugehörigkeit zu einer solchen Sippe, wenn sich auf Grund eingehender Untersuchung feststellen läßt, daß sie die gleiche erblich bedingte Charakterabnormität wie ihre schwerkriminell gewordenen männlichen Verwandten besitzen. Die soziale Bedeutung dieser Gruppe psychisch abnormer Frauen deckt sich im wesentlichen mit derjenigen der Schwachsinnigen. Vielfach ist ohnehin eine Belastung mit Schwachsinn vorhanden. Die Bedeutung der Gruppe liegt in ihrer sozialen Unbrauchbarkeit und ihrem hohen Anteil an der Prostitution. Wenn es sich nicht um Prostituierte handelt, ist meist eine erhebliche Fruchtbarkeit festzustellen, der auch deshalb eine besondere Wichtigkeit zukommt, weil gleichfalls der Geschlechtspartner meist minderwertig ist. Eine Ausdehnung eugenischer Maßnahmen über den oben gekennzeichneten Kreis hinaus erscheint Verf. nicht zweckdienlich. Gerade bei der Psychopathie ist die Abgrenzung vom Normalen oft schwierig.

H. Linden (Berlin).

**Riedel, Heinz: Psychopathie und Ehegesundheitsgesetz.** (*Geneal. Abt., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, München.*) Arch. Rassenbiol. **31**, 295—316 (1937).

Verf. hält auf Grund seiner Untersuchungen ein Eheverbot für Psychopathen auf Grund des § 1, Abs. 1, Buchstabe c des Ehegesundheitsgesetzes für durchaus berechtigt. Neben die Tatsache, daß die Psychopathen meist nicht in der Lage sind, eine auf sittlicher Grundlage ruhende dauernde Lebensgemeinschaft zu führen und die Ehe mit ihnen keine Gewähr für sinnvolle Aufzucht- und Erziehungsmöglichkeiten der Nachkommen bietet, tritt noch die Tatsache, daß die Nachkommenschaft schwerer Psychopathen sich gegenüber der Durchschnittsbevölkerung in auffälligem Umfange wiederum aus Psychopathen bzw. abnormen Persönlichkeiten zusammensetzt. Von den vom Verf. untersuchten Fällen scheiterte in über 30% die Ehe. 50,9% aller männlichen und 26,5% aller weiblichen Probanden wurden kriminell. Unter den Kindern fanden sich bei den männlichen 5mal mehr Kriminelle und bei den weiblichen 3mal mehr als bei der Durchschnittsbevölkerung. Überhaupt bestand die Nachkommenschaft zu Dreiviertel aus abnormen Persönlichkeiten. Die Erwartung, das psychopathische Erbteil durch Paarung abnormer Persönlichkeiten mit unauffälligen Partnern neutralisieren oder auslöschen zu können, ist eine doppelseitige Illusion. Erstens bevorzugen Psychopathen ohnehin einen Menschen ihres Schlages als Ehepartner. Zweitens finden sich auch bei Heirat eines wirklich unauffälligen Partners immer noch über 3mal soviel abnorme Persönlichkeiten in der Nachkommenschaft wie bei der Durchschnittsbevölkerung, darunter etwa doppelt soviel Psychopathen wie bei Ehe zwischen 2 normalen Personen zu erwarten gewesen wäre.

H. Linden (Berlin).

**Preiser: Vorschläge zu Maßnahmen auf dem Gebiete der Strafverfolgung der Abtreibung.** Mschr. Kriminalbiol. **28**, 545—557 (1937).

Zu einer möglichst völligen Ausrottung der Abtreibung werden folgende Maßnahmen empfohlen: Gründung einer Reichszentralstelle zum Kampfe gegen die Abtreibung; Spezialausbildung der Dezernenten für Abtreibungssachen; Spezialdezernate für Abtreibungssachen bei den Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichten; Vorbildung der Laienrichter, die bei den für die Aburteilung gewerbsmäßiger Abtreibungen zuständigen Gerichten tätig sind; sorgfältige Auswahl der Sachverständigen; frühzeitige Heranziehung der Sachverständigen; Rechtsbelehrung der Sachverständigen durch den Richter; Anzeigepflicht für den Arzt, die schon dann einzusetzen hat, wenn er irgendwie den Verdacht einer Abtreibung geschöpft hat; zentrale Sammlung aller

Ermittlungen; sofortige Verhaftung der Beschuldigten; Durchprüfung der Patientenbücher; Unterbindung der Zusammenarbeit zwischen Abtreiber und Zutreiberinnen; Buchführungspflicht auch für Nichtärzte. *v. Neureiter* (Berlin).

**Mueller, B.:** Die Gefährdung der Verkehrsteilnehmer durch gesundheitlich ungeeignete Kraftfahrer im Rahmen der gegenwärtig gültigen gesetzlichen Bestimmungen. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Göttingen.*) Münch. med. Wschr. 1937 I, 214—217.

Da Kraftwagenunfälle, die durch Krankheitszustände des Fahrers veranlaßt waren, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Verkehrsunfälle verschwindend selten seien, könne von einschneidenden gesetzgeberischen Maßnahmen (Wiedereinführung einer amtsärztlichen Untersuchung aller Kraftfahrer, Nachuntersuchung im höheren Lebensalter, Meldepflicht für Ärzte, die einen kranken Kraftfahrer behandeln) abgesehen werden. Ein Arzt, der in Ausübung seines Berufes Kenntnis von gesundheitlichen Störungen eines Kraftfahrers habe, sei berechtigt und moralisch (aber nicht gesetzlich) verpflichtet, in geeigneter Weise einer Behörde (etwa dem Gesundheitsamt) hiervon Mitteilung zu machen, wenn es ihm nicht gelungen sei, den Kranken durch Zureden zu bewegen, die Führung des Wagens aufzugeben. Ein Fahrer, der trotz eines bestehenden Krankheitszustandes — sofern er sich dieses Zustandes bewußt ist — handelt fahrlässig, wenn er den Wagen weiterführt. Dabei braucht es nicht zu einem Unfall gekommen zu sein, sondern das Führen des Kraftwagens stellt an sich bereits einen Verstoß gegen die Bestimmungen der RStrVO. dar, der mit Geldstrafe geahndet werden kann. *Jungmichel* (z. Zt. Greifswald).

**Velhagen, K.:** Anforderungen an das Sehorgan in den öffentlichen und staatlich kontrollierten Diensten. (*Univ.-Augenklin., Halle a. d. S.*) Med. Welt 1937, 1634 bis 1636.

Unter Zugrundelegung der H.Dv. (Heeresdienstvorschrift) 252 betreffend der Augenuntersuchungen gibt Verf. die genauen Einzelbestimmungen für die Anforderungen an das Sehorgan bei den öffentlich und staatlich kontrollierten Diensten. Bei den vielfach sehr verschiedenen Anforderungen ist es für den untersuchenden Arzt unbedingt erforderlich, zu wissen, 1. bei welchen Dienststellen überhaupt Vorschriften vorhanden sind und wo er sie finden kann, 2. bei welchen Dienststellen Nachuntersuchungen stattfinden (Flieger, Eisenbahn, Schifffahrt und Kleinbahnen) und 3. bei welchen Augenkrankheiten eine Verschlimmerung zu erwarten ist. Zum Schluß stellt Verf. die Ausarbeitung eines Systems zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der Vorschriften in Aussicht. *Henneberg* (Ulm).

**Grzywo Dąbrowski, W.:** Die Organisierung der gerichtsärztlichen Sachverständigkeit in Polen. *Czas. sąd-lek.* 2, 182—188 (1937) [Polnisch].

Dąbrowski empfiehlt nachstehende Änderung der polnischen Organisation der ärztlichen Sachverständigentätigkeit: 1. Bei allen Kreisgerichten sollen ständige Gerichtsärzte angestellt werden, die zuvor nach entsprechendem Studium eine Spezialprüfung abgelegt haben. Diesen Ärzten muß verboten werden, sich mit ärztlicher Privatpraxis und schon besonders mit Ausstellung von Privatgutachten zu befassen. In Universitätsstädten sollen Professoren und Dozenten der gerichtl. Medizin sowie auch Assistenten der gerichtsärztlichen Institute kontraktmäßig als gerichtliche Sachverständige angestellt werden. 2. Als zweite Instanz sollen in Universitätsstädten gerichtlich-medizinische Ratkammern errichtet werden, die aus dem Vorstand des gerichtsärztlichen Institutes als Vorsitzendem und aus 2 ständigen Gerichtsärzten als Beisitzern bestehen sollen. Bei Bedarf müssen noch Spezialärzte zugezogen werden. Diese Ratkammern sollen ein Aufsichtsorgan für gerichtsärztliche Gutachten bilden, von dessen Ausspruch eine Berufung an die gerichtlich-medizinische Oberratskammer zulässig ist. Die Oberratskammer soll aus 5 ständigen Mitgliedern, darunter aus 2 Professoren der gerichtl. Medizin bestehen. Diesen Mitgliedern müßte zugleich die Pflicht obliegen, angehende Gerichtsärzte bei ihrer Spezialprüfung zu examinieren. *L. Wachholz.*

**Peterssen, W., und W. Schmitz: Über das Recht zur Sektion.** Med. Welt 1937, 1791—1793.

Den getrennten Stellungnahmen der beiden Verff. lag folgende Anfrage zugrunde: „Darf man ohne weiteres einen Patienten, der im Krankenhaus ad exitum kommt, sezieren? Ist die Einwilligung etwaiger Angehöriger notwendig oder bedarf es zur Verhinderung der Sektion lediglich des Einspruchs der Angehörigen, auf die der Krankenhausarzt nicht hinzuweisen braucht? Bestehen irgendwelche Unterschiede zwischen reinen Privatpatienten und solchen, die Angehörige irgendwelcher Krankenkassen sind?“ Während Schmitz zu dem Ergebnis kommt, daß Obduktion und Anatomierung selbst bei Widerspruch der Hinterbliebenen strafrechtlich grundsätzlich nicht geahndet wird — selbstverständlich können daraus berufsgerichtliche Weiterungen entstehen —, ist Petersen folgender Auffassung: Eine Leichenöffnung gegen den Willen der verfügungsberechtigten Personen greift in das gesetzlich geschützte Pietätsempfinden ein und ist daher grundsätzlich rechtswidrig; das überwiegende Interesse, das die Wissenschaft aber an einer Leichenöffnung häufig hat, gibt einen Unrechtsausschließungsgrund, der nur dann fehlt, wenn die Sektion rein wissenschaftlichen Interessen dient und eine praktische Auswertung der Resultate im Dienste der Allgemeinheit nicht beabsichtigt ist und nicht vorliegt; das gilt sowohl für Privat- als auch für Kassenpatienten. Beide Verff. sind sich einig, daß eine gesetzliche Regelung der Materie zur Ausschließung der derzeitigen Unsicherheitsfaktoren ebenso notwendig ist wie eine Aufklärung der Allgemeinheit über die vom medizinischen Standpunkt erforderlichen Sektionen mit ihren absolut pietätvollen Eingriffen in die Interessensphäre der hinterbliebenen Angehörigen. *Hans H. Burchardt (Berlin).*

**Messner, S.: Die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses.** Dtsch. Ärztbl. 1937 II, 1075—1078.

Die ärztliche Schweigepflicht hat sich nach den geltenden neuen Rechtsgrundsätzen insofern aufgelockert, als an alten Rechtssätzen nicht starr festgehalten wird. Aber es bleibt nach der neuen Reichsärzteordnung vom 13. XII. 1935 dabei, daß ein Arzt bestraft wird, der unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei Ausübung seines Berufs anvertraut oder zugänglich gemacht worden ist. Gesetzlich ist aber nunmehr festgelegt, daß der Täter straffrei ist, wenn er ein ihm anvertrautes oder zugänglich gewordenes Geheimnis zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder sittlichen Pflicht oder sonst zu einem nach gesundem Volksempfinden berechtigten Zweck offenbart und wenn das bedrohte Rechtsgut überwiegt. Diese Begriffe stehen auf dem Boden rassebiologischen Rechtsempfindens. Alle gesetzlich vorgeschriebenen Meldungen sind nicht unbefugt; sonst aber muß alles geschehen, um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und damit das Ansehen des ärztlichen Standes zu erhalten. Im einzelnen beschäftigt sich Verf. im vorliegenden Aufsatz mit den vorgeschriebenen Meldungen des Arztes bezüglich der Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und zur Ausstellung des Ehefähigkeitszeugnisses. Noch folgendes wird hervorgehoben: Erfährt der Arzt von gemeingefährlichem Abtreibungsunwesen, so erfordert es das Wohl der Gesamtheit, daß er Anzeige erstattet, ebenso wenn er in seinem Beruf Kenntnis davon erhält, daß sich auf verantwortungsvollen Posten, z. B. als Lokomotivführer, Autochauffeur, Luftschiffer, Personen mit Krankheiten befinden, die erfahrungsgemäß zu Bewußtseinsstörungen führen. Der Arzt hat auch die Pflicht, den anderen Verlobten oder dessen Eltern zu benachrichtigen, wenn ein geschlechtskranker Verlobter entgegen ärztlicher Warnung seine Eheabsichten nicht aufgeben oder aufschieben will. *G. Ilberg (Dresden).*

**Schläger: Lumbalpunktion ohne Genehmigung. Luminalinjektionen durch Krankenschwestern. Schriftliche Anordnungen am Krankenbett.** Münch. med. Wschr. 1937 II, 1358—1359.

**Bargen, von: Lumbalpunktion ohne Genehmigung, Lumbalinjektionen durch**

**Krankenschwestern, schriftliche Anordnungen am Krankenbett.** Münch. med. Wschr. 1937 II, 1479—1480.

Drei Gerichtsentscheidungen, die im Original nachzulesen sind. I. Bei der Lumbalpunktion ohne Genehmigung der Eltern kam das Gericht zu der Entscheidung, daß dem Arzt eine Fahrlässigkeit in der Erforschung des wirklichen Willens des Vaters zur Last falle. II. Am Krankenbett wurde vom Arzt zur Vorbereitung der Lumbalpunktion eine Luminalinjektion in der Weise angeordnet, daß dieser die auf 7 Teilstriche, d. h. 0,7 ccm Luminal lautende Verordnung mündlich an die vertretende, als sehr zuverlässig und tüchtig bekannte Lehrschwester gab, damit sie diese an die Stationsschwester, welche die Injektion vornehmen und die Punktion vorbereiten sollte, weitergebe. Unglücklicherweise verhörte sich die Lehrschwester, schrieb 7 ccm auf einen Zettel und gab die Verordnung weiter, und die Stationsschwester hat dem Kinde 7 ccm Luminal injiziert. Nach der gegen den Arzt erhobenen Anklage war ein Verschulden des Arztes darin gesehen worden, daß er die Einspritzung nicht genau überwacht habe. Über die Notwendigkeit, derartige Anordnungen am Krankenbett schriftlich niederlegen zu lassen, sind die Sachverständigen auseinandergegangen. Verf. führt aus, daß Fahrlässigkeit im strafrechtlichen und zivilrechtlichen Sinne sich nicht decken. Während die zivilrechtliche Fahrlässigkeit die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt darstellt, so daß für den Grad der Umsicht und Sorgfalt die üblichen Anforderungen des Verkehrs einen Maßstab geben und die Erfahrungen des Verkehrs als Grundlagen für die Beurteilung der Gefährlichkeit eines Verfahrens benutzt werden dürfen, handelt im strafrechtlichen Sinne fahrlässig, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist. Der Unterschied gegenüber der zivilrechtlichen Fahrlässigkeit liegt darin, daß nicht nur objektiv vom Durchschnittsmaß der ordentlichen Berufsgenossen auszugehen ist, sondern neben den Umständen des Falles die persönlichen Verhältnisse des Handelns zu berücksichtigen sind. Es wären also nach Verf. Zweifel darüber berechtigt, ob die Voraussetzungen einer strafrechtlichen Fahrlässigkeit hier gegeben sind, da diese nicht nur ein unvorsichtiges Handeln, sondern auch die Vorhersehbarkeit des eingetretenen Erfolges durch den Täter verlangt. v. Barga bringt den Text des Urteils, das wegen der Wichtigkeit für viele Ärzte hektographiert ist und von diesem (Gr. Str.-K. 3, Hamburg) erhalten werden kann.

*Nippe* (Königsberg i. Pr.).

**Kirschner, M.: Soll der Magen jedes unvorbereiteten Kranken vor einer Narkose ausgehebert werden?** (*Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.*) Chirurg 9, 833—835 (1937).

Die Ausführungen des Verf. gipfeln in der Feststellung, daß eine Magenausheberung vor einer Narkose nicht absolut sicher eine völlige Entleerung des Magens erreicht, daß sie aber andererseits auch den Kranken nicht unerheblicher Gefahren (Aspiration usw.) aussetzt. Aus diesem Grund könne die Magenausheberung vor einer Narkose (zumal einer Kurznarkose) bei unvorbereiteten Kranken nicht als eine grundsätzliche ärztliche Pflicht erachtet werden, und es könne ihre Unterlassung nicht nur nicht als schuldhaftes ärztliches Versäumnis, sondern die Vornahme der Magenausheberung sogar als ein Kunstfehler erachtet werden.

Die behandelte Frage ist nicht nur für den praktischen Arzt von großer Wichtigkeit, insbesondere für den mit Inhalationsnarkosen arbeitenden Facharzt, sondern sie hat unseres Erachtens auch eine große gerichtlich-medizinische Bedeutung. (Es scheint fast, als ob diese kleine Abhandlung ihre Entstehung einem praktischen Gerichtsfall verdankt.) Nicht sehr überraschend ist es, daß der Verf. den von ihm sog. „Sachverständigen des grünen Tisches“, nämlich „den Physiologen und vor allen Dingen den Pathologen und den gerichtlichen Medizinern“ die Berechtigung zu einer gutachtlichen Äußerung in dieser Frage abstreitet. Fast sollte man meinen, daß der Verf. mit dieser Kategorie von Kollegen schlechte Erfahrungen gemacht hat, und es ist nur einigermaßen versöhnlich die Feststellung, daß er auch den „Klinikern gereifteren Alters“ die Eignung zu einer Gutachtertätigkeit in dieser Frage sozusagen abspricht. Kirschner geht von der sicher jedem Gutachter geläufigen Tatsache aus, daß selbstverständlich die Verhältnisse des praktischen Arztes und des Poliklinikers andere sind,

als wie die in einer großen Klinik. Die langen Auseinandersetzungen des Verf. darüber, daß eine Magenausheberung immerhin keinen harmlosen Eingriff darstellt, daß sie weder zu einer völligen Entleerung großbrockigen Mageninhaltes führt, noch daß sie auch absolut gefahrlos wäre (Aspiration bei der Ausheberung!), können wir selbstverständlich alle unterschreiben und ebenso ist es wohl begreiflich, daß eine Magenspülung vor einer geplanten Narkose für den Patienten nicht gerade „eine angenehme Prozedur“ darstellt. Daß diese Erwägung und das Bedenken, sich dadurch bei der Klientel unbeliebt zu machen, maßgebend sein soll für eine Vornahme oder Unterlassung einer Magenspülung, leuchtet aber Ref. gar nicht ein; denn das Heil des Kranken muß doch das oberste Gesetz ärztlichen Handelns bilden, auch in solchen Fällen. Da bei Inhalationsnarkosen bekanntlich das Erbrechen häufiger eintritt, wenn es auch bei vollem Magen keine regelmäßige Erscheinung (zumal bei Kurz- oder Rauschnarkosen) sein soll, so wird man doch wohl, wenn irgend möglich unter solchen Umständen dann die intravenöse Narkose lieber anwenden, zumal wenn man die Gefahren der Magenausheberung so hoch einschätzt, wie es bei K. der Fall zu sein scheint. Die beiden wichtigsten Punkte bei der forensischen Begutachtung erwähnt Verf. nur so beiläufig; es ist 1. die Frage an den Patienten, wann und was er das letztmal als Mahlzeit zu sich genommen habe, um eben ein gewisses Urteil darüber zu haben, ob der Magen schon als leer anzunehmen ist oder nicht. Wenn dabei K. meint, daß man oft von Kranken absichtlich oder unabsichtlich falsche Auskunft bekommt und man daher das Fragen unterlassen könne, so ist demgegenüber zu halten, daß eben doch der Arzt seine Pflicht getan hat und sich über das Gefahrenmoment der Narkose zu vergewissern suchte. Wenn durch die Täuschung des Patienten dann ein Aspirationsschaden entsteht, dann ist jedenfalls die Hauptschuld bei dem Patienten und nicht bei dem Arzt zu suchen. Der 2. wichtige Punkt, der bei jeder Beurteilung in foro im Brennpunkt des Interesses steht, ist aber der: Ist der Eingriff unmittelbar dringend oder kann man ruhig einige Stunden warten, bis die vom Patienten zugegebene Nahrungsaufnahme keine Störung der Narkose mehr erwarten läßt. Uns scheint dies der Brennpunkt der Frage insofern zu sein, als natürlich bei lebensnotwendigen und dringlichen Operationen ganz andere Gesichtspunkte maßgebend sind, als wenn es sich um einen Fall handelt, bei dem man gut mehrere Stunden warten kann und gerade diese Frage übergeht der Verf. und meint, „sie solle hier nicht angeschnitten werden“! — Bei aller Anerkennung der Bedenken des als Chirurg so anerkannten Verf. muß ich doch sagen, daß wir vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus seine Stellung nicht teilen können, wenigstens nicht ich — selbst auf die Gefahr hin, als nichtkompetenter „Sachverständiger vom grünen Tisch“ vom Verf. abgetan zu werden. Ich erachte es als eine unbedingte Pflicht des Arztes, bevor er eine Inhalationsnarkose ausführt, sich darnach zu erkundigen, in welchem Umfang und wann der Patient Nahrung zu sich genommen hat. Nach dieser Auskunft kann und darf er sich richten. Ist aber sicher oder auch nur wahrscheinlich, daß noch im Magen eine wesentliche Menge von Nahrungsbestandteilen vorhanden sein wird, so muß er in all den Fällen, in welchen keine dringliche Operation vorliegt, sondern wo ruhig noch einige Stunden gewartet werden kann, Inhalationsnarkose und Eingriff aufschieben. Setzt er sich über diese Forderung der Gewissenhaftigkeit hinweg, und es stirbt der Patient durch Erbrechen in der Narkose oder nach dieser, so handelt es sich um eine grobe Fahrlässigkeit, um ein schuldhaftes ärztliches Versäumnis und ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung wird die Folge sein.

Merkel (München).

### **Vererbungswissenschaft und Rassenhygiene.**

**Eickstedt, Egon Frhr. v.:** Geschichte der anthropologischen Namengebung und Klassifikation (unter Betonung der Erforschung von Südasien). I. Beginn und erste Blütezeit. (*Anthropol. Inst., Univ. Breslau.*) Z. Rassenkde 5, 209—282 (1937).

Historischer Überblick über die älteren Rassengliederungen und die ältere Erforschungsgeschichte der Südasiaten. Göllner (Berlin).

**Eickstedt, Egon Frhr. v.:** Geschichte der anthropologischen Namengebung und Klassifikation (unter Betonung der Erforschung von Südasien). II. TI. Niedergang und Wiederaufstieg. (*Anthropol. Inst., Univ. Breslau.*) Z. Rassenkde 6, 36—96 u. 151—210 (1937).

In der ersten Hälfte des 2. Teils seiner umfassenden Arbeit über rassensystematische Fragen gibt der Verf. eine sehr begrüßenswerte Zusammenfassung und Übersicht der Rassengliederungen der letzten 100 Jahre, angefangen von Prichard und Retzius bis zur jüngsten Zeit. Die zweite Hälfte der Arbeit geht besonders auf die Ergebnisse der Deutschen Studien-Expedition (1926—1929) ein, die zur Klärung der Auffassungen über die rassistischen Verhältnisse Indiens wesentlich beigetragen hat. Die in erster Linie den Fachanthropologen interessierende Arbeit zeigt aber auch dem Fernstehenden,