

Über Kindesmord.

Von
Prof. Nippe, Königsberg i. Pr.

Bei der Bearbeitung des Kapitels „Kindesmord“ stößt man besonders häufig auf den Namen von Herrn Geheimrat *Ungar*, der jetzt seinen 80. Geburtstag feiert, und man wird besonders bei dieser Materie auf die Verdienste *Ungars* hingewiesen.

Im folgenden berichte ich über einige bemerkenswerte Vorgänge zu diesem Kapitel unter Berücksichtigung des Gesamtmaterials, das meinem Königsberger Institut seit April 1922 vorgelegen hat¹).

Wer an mehreren Orten Deutschlands als Gerichtsarzt wie der Verf. tätig war, weiß, daß sowohl in bezug auf die Häufigkeit wie in bezug auf die Art der Verübung dieses Deliktes Unterschiede bestehen, und das rechtfertigt weiterhin die Zusammenstellung eines umschriebenen Materials, wie das aus dem Königsberger Institut.

Zugrunde liegen dieser Zusammenstellung 78 Fälle, die in den vergangenen 7 Jahren bis zum Juni 1929 hier bearbeitet wurden. Etwa 20% konnten in dieser Arbeit mangels geeigneter Unterlagen nicht berücksichtigt werden. Die Zahl der vorgekommenen tatsächlichen oder vermuteten Kindesmordfälle ist also noch höher.

Vergleiche mit anderen Zusammenstellungen etwa mit der von *Borchers* „Erfahrungen über 92 gerichtsärztliche Sektionen neugeborener Kinder unter besonderer Berücksichtigung eines Falles von kongenitaler doppelseitiger Cystenniere“ in dieser Zeitschrift 1926 Bd. 8, S. 5, lassen sich aus mancherlei Gründen schwer ziehen, weil die Herkunft des Materials und Zusammenstellung dazu doch zu verschieden ist.

Statistisch ist eine Zunahme der Kindesmordfälle festzustellen. In den „Medizinischen Statistischen Nachrichten“, herausgegeben vom Preuß. Statistischen Landesamt, werden die Kindesmorde für sich nicht behandelt. Es findet sich dagegen in ihnen eine Zusammenstellung über Mord und Totschlag an Kindern im Alter bis zu einem Jahr, und im Jg. 9, H. 3, S. 184 steht der ohne weiteres zu unterstreichende Satz, daß bei Tötung

¹ Herr cand. med. *Anbuhl* wird das Material statistisch und in ausführlicher Weise noch besonders veröffentlichen. Für seine Mithilfe zu dieser Arbeit danke ich ihm auch hier.

der Säuglinge, insbesondere der unehelichen, veranlaßt durch die verschiedensten Gründe, bei den genannten Zahlen der Kindesmord wohl eine Hauptrolle spiele.

Obwohl der bekannte Geburtenrückgang in den letzten Jahren des Krieges und die jetzt noch anhaltenden außergewöhnlichen Umstände, unter denen das deutsche Volk in den Jahren nach dem Kriege lebt, berücksichtigt werden müssen, sind die aus den Medizinisch Statistischen Nachrichten entnommenen Zahlen im Hinblick auf den oben zitierten Satz bemerkenswert. Kinder bis zu einem Alter von 1 Jahr wurden gewaltsam getötet:

1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
130	112	108	128	132	138	124	124	203	267

In Wirklichkeit liegen die Zahlen selbstverständlich sehr viel höher. Diese Statistik erfaßt eben nur die sicheren Fälle. Der Geburtenrückgang der letzten Kriegsjahre, die Freude am Kind in den ersten Nachkriegsjahren und die dann bald einbrechende wirtschaftliche Not sprechen sich deutlich in diesen Zahlen aus, vielleicht deutlicher, als in den Zahlen der kriminellen Aborte.

Das Material aus dem Königsberger Institut umfaßt auch zu einem geringeren Prozentsatz Fälle von der ländlichen Umgebung, gelegentlich auch Fälle aus anderen Landgerichtsbezirken. Die häufigste Todesursache der reifen neugeborenen Kinder ist Ersticken durch weiche Bedeckungen. Dann folgt an Häufigkeit die Erstickung durch Erwürgen und akute Erstickung überhaupt.

Es liegt einmal an der Art unseres Materials, des Leichenmaterials bei Kindesmordfällen wohl überhaupt begründet, daß die Leichen der Neugeborenen häufig schon faul zur Sektion gelangen. Zum anderen liegt es an dem hier noch immer bestehenden, reichlich langsamen Anordnen der gerichtlichen Leichenöffnung, daß manche Feststellungen, die von Erheblichkeit sind, infolge der eingetretenen Fäulnis nicht mehr getroffen werden können.

Da die Erfahrung lehrt, daß z. B. die so sehr typischen und zur Beurteilung wichtigen Konjunktivalpetechien unter Umständen schon nach wenigen Tagen Leichenlagerung undeutlich werden, um nur eins von vielen Momenten heranzuziehen, muß auch gerade das hier eben Gesagte erneut zu der Forderung Veranlassung geben, daß die *sanitäts-polizeiliche Sektion* in Deutschland Einführung bekommt.

Eine langsame Erstickung, also eine Erstickung, die sich über 10 Minuten und länger hinzieht, läßt Erstickungsblutungen im allgemeinen ausbleiben. Ich habe über diese Frage noch nicht veröffentlichte Versuche an kleinen Affen in Erlangen während des Krieges machen können, von denen ich 3 Versuche kurz hier mitteile.

Die langsame Erstickung unter der Bettdecke oder dadurch, daß ein Körperteil der Mutter auf den Kindskopf gelangt, hinterläßt im allgemeinen keine anatomisch greifbaren Veränderungen, also keine Spuren der angewendeten Gewalt. So erscheint mir das Ergebnis der 3 Versuche immerhin beachtenswert. Die Affen mußten aus anderen Gründen getötet werden. Die Art der Tötung war für das Ergebnis der anderen Versuchsreihe, der die Affen dienten, unerheblich.

Tier 1 bekam die Trachea unterbunden. Es traten die typischen Erstickungssymptome auf, die terminalen Atembewegungen erloschen nach 5 Minuten, die Herztätigkeit kurz darauf. Der Sektionsbefund war für die akute Erstickung, wie wir sie beim Menschen kennen, charakteristisch. Es waren Konjunktivalblutungen ohne stärkere Stauung in den Augenbindehäuten vorhanden. Die Lungen waren groß, gebläht, blutreich, nicht ödematös. Am Lungenüberzug und an dem gestauten Herzen am Epicard fanden sich zahlreiche Petechien. Das Blut war flüssig.

Tier 2 wurde unter eine größere Glasglocke einer Luftpumpe gesetzt, dann wurde die Glocke langsam evacuiert. Nach 15 Minuten ohne vorherige Unruhe, ohne daß Anzeichen von Dyspnoe auftraten, schlief das Tier in hockender Stellung ein, den Kopf in die Arme gelegt. Die Atmung blieb weiter ruhig, die Atemzüge gleichmäßig, wurden nur im Verlaufe des weiteren Evacuierens schwächer und erloschen langsam nach weiteren 20 Minuten. Es traten keine Krämpfe auf, keine terminalen Atemzüge. Der Tod trat unter langsamem Fallen auf die Seite ein. Die Herztätigkeit war nach Beendigung des Versuches und sofortiger Herausnahme des Tieres, nachdem die Atmung aufgehört hatte, ebenfalls erloschen. Die Sektion ergab flüssiges Blut, keinerlei Stauungszeichen, kein Lungenödem, Fehlen jeglicher Capillarblutungen der serösen Häute einschl. der Konjunktiven.

Der Versuch mit Tier 3 verlief ganz ähnlich. Hier wurde nur an Stelle der langsam evakuierten Luft unter Kontrolle des Manometers, so daß Atmosphärendruck unter der Glasglocke herrschte, in kleinen Mengen Wasserstoff in die Glasglocke geleitet. Das Tier verhielt sich wie Tier 2. Auch hier ergab die Sektion keine anatomischen Veränderungen, insbesondere keine Ekchymosen.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, aus den genannten Versuchen an dieser Stelle eine andere Schlußfolgerung zu ziehen, als daß experimentell das Ausbleiben von Erstickungsblutungen bei der langsamen Erstickung hier am Affen bewiesen worden ist. Die entsprechenden Erfahrungen beim Menschen, insbesondere beim Neugeborenen, werden somit bestätigt.

Im weiteren werde ich aus meinem Material eine Reihe einzelner Momente besprechen, die, wie ich aus Erfahrung weiß, immer wieder besondere Schwierigkeiten bereiten oder die durch seltenes Vorkommen mitteilenswert sind. Zum letzteren gehört schon ein Fall, wie er von *Ungar* zuerst beschrieben worden ist: Das Auftreten von *Petechien in der Trachea*.

Bei meiner Beobachtung handelte es sich um ein 54 cm langes, ganz besonders kräftig entwickeltes Neugeborenes mit dem Leichengewicht von 5500 g. Es war dieses unter der Bettdecke durch die Nabelschnur mit der in der Gebärmutter zurückgebliebenen Nachgeburt stundenlang im Zusammenhang gewesen. Von der Mutter war Ohnmacht in und nach der Geburt behauptet worden. Die Sektion ergab die Zeichen ganz allgemeiner Blutstauung und auch die Zeichen des akuterer Erstickungstodes, insbesondere von Konjunktival- und anderen Petechien, dar-

unter eben auch reichlich in der Luftröhre. Die Verhandlung ergab, daß das Neugeborene von der Mutter schließlich in Bauchlage und unter den Druck des mütterlichen Oberschenkels gebracht worden war. Wie hier im einzelnen das Auftreten der an und für sich doch außerordentlich seltenen trachealen Petechien zustande gekommen ist, ist schwer zu deuten. Am ehesten sind diese trachealen Blutungen wohl als reine Stauungsblutungen aufzufassen, Blutungen also aus Präcapillaren oder noch etwas größeren Gefäßchen, und nicht als reine Capillarblutungen.

3 zunächst fragliche Tötungen ehelicher Kinder sollen noch erwähnt werden, die sich in das Material medizinisch zwanglos einreihen.

Fall Dz./1925 betrifft ein Ersticken angeblich im Schlafe unter sicherem Ausschluß von Ohnmacht. Das reife Kind hatte gelebt. Es mußte langsame Erstickung als Todesursache angenommen werden. Als Motiv für vorsätzliche Tötung kam die Tatsache in Betracht, daß das Kind einem ehebrecherischen Verhältnis entstammte. Die Mutter hat rund einen Monat nach der Geburt Selbstmord verübt.

Fall Rad./1925 ist ein Beispiel der hier aber auch anderswo in Deutschland gelegentlich vorkommenden Art, dem Neugeborenen Schnaps, in diesem Falle Rum, einzuflößen. Die Menge des eingeflößten Alkohols war zu groß, um lediglich beruhigend damit einwirken zu wollen. Über das Motiv ist nichts bekannt geworden. Durch Zeugen festgestellte Würge Merkmale, die vorhanden gewesen sein sollen, konnten an dem 6 Wochen nach dem Tode exhumierten Kinde nicht sicher festgestellt werden, dagegen eine Blutung im linken Kopfnickermuskel, umschrieben in seinem vorderen inneren Rand, die nicht als postmortal entstanden aufgefaßt werden konnte.

Fall Neu./1923, der zur Untersuchung gelangte, betraf einen Tentoriumriß, so daß ein Verschulden nicht angenommen werden konnte.

Die Fälle von *Tentoriumrissen* sind unter meinem Material beträchtlich, fast 10%. Es wird hier prinzipiell so seziert, daß die große Hirnsichel mit einem Bügel aus Stirn-, Seitenwandbeinen und Hinterhauptschuppe stehen gelassen wird. Ich habe vor dem Krieg dabei von einem *Korbhenkelschnitt* gesprochen. Zum mindesten sollte in den *Vorschriften für das Verfahren der Gerichtsärzte* eine Bestimmung aufgenommen werden, daß bei der *Sektion Neugeborener* nach Abziehen der Kopfschwarte auf *der einen Kopfseite ein Fenster* vor Entfernen des Schädeldaches *angelegt* wird. Es gelingt auf die Weise unter Erhaltung des Gehirns, sich immerhin davon schon ein Bild zu machen, ob Blutungen in den weichen Häuten vorhanden sind, die dann zu besonders vorsichtigem Vorgehen und Erhalten des Hirnzelttes mit der großen Sichel in situ bei der Sektion Veranlassung sein müssen. Es wird dagegen noch häufig gefehlt.

Hervorheben möchte ich den *Fall Nau./1929*, der deswegen bemerkenswert ist, weil er zu den ganz seltenen Fällen gehört, wo es zu Tentoriumrissen gekommen ist, die mit der Geburtseinwirkung auf den sich konfigurierenden Kopf *nichts* zu tun haben. Nach Geständnis der Mutter hatte diese das neugeborene, Laute von sich gebende und Bewegung zeigende Kind mehrfach mit dem Kopf gegen einen Zaun geschlagen. Es fand sich bei der Sektion im Bereich des linken Seitenwandbeins, von dessen Höcker ausgehend, eine unregelmäßig und gezackt verlaufende Bruchlinie, bis in die häutige Verbindung zum Felsenbein reichend. In der Nachbarschaft waren die Gewebe durchblutet. Weiter waren Knochensprünge im Bereich der Hinterhauptschuppe vorhanden, hier starke extradurale Blutungen. Die Blutungen im Bereich der weichen Hirnhäute waren verhältnismäßig nur gering. Beiderseits war das Hirnzelt am oberen Blatt um 3—4 mm vom Rande aus eingerissen. Es fanden sich Blutungen zwischen den Hirnzeltblättern. Da auch kleinere Sprünge auf der rechten Schädelseite vorhanden waren, sind diese Tentoriumrisse hier auf die grobe Gewaltanwendung zurückzuführen.

Gelegentlich können solche Hirnzelttrisse in bezug auf die Schuldfrage differentialdiagnostisch erhebliche Schwierigkeiten bereiten, die unter Umständen nur durch Aufklärung der äußeren Verhältnisse oder durch ein Geständnis beseitigt werden können: Das Dienstmädchen *Poe./1927*, deren Schwangerschaft bekannt war, hatte heimlich geboren, jedoch dann das Kind in Gegenwart eines anderen Mädchens angeblich als tot in festes Packpapier eingewickelt und in eine verschließbare Waschkommode gelegt. Die Sektion ergab neben Erstickungsblutungen in den Augenbindehäuten usw. mäßig starke Blutungen aus einem Tentoriumriß, so daß die Frage, was nun die Todesursache sei, ob das Kind noch lebend durch das Einwickeln und Legen in die verschlossene Kommode gestorben war oder an der Geburtsschädigung und den Hirnzelttrissen, bis zum Geständnis in der Verhandlung zweifelhaft blieb. In der Verhandlung bekundete die Zeugin und dann auch die Kindesmutter selbst einwandfrei, daß das Kind beim Einwickeln die Arme und Beine noch bewegt hatte. Verurteilung.

Auch *Fall N./1926* bereitete beim Vorliegen von Tentoriumrissen und fraglicher Selbsthilfe in der Geburt für die Schuldfrage zunächst beträchtliche Schwierigkeiten. Das Kind war reif, die Nabelschnur abgerissen. Am Hals fanden sich ausgedehnte Würgemerkmale, weiter an den typischen Stellen Erstickungsecchymosen. Die Lungen waren voll lufthaltig. Die Mutter gab an, sie habe, weil die Geburt nicht vorgegangen sei, das Kind am Kopf oder Hals herausgezogen. Die Sektion ergab umfangreiche Hirnzelttrisse und ausgedehnte Blutungen im Bereich der weichen Häute. Diese Blutungen waren so beträchtlich,

daß ein Absterben des Kindes noch während der Entbindung dadurch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit oder wenigstens Möglichkeit erklärt war. Andererseits unterschied sich die Anordnung der Würgemale nicht von der von Fällen echten Erwürgens eines Neugeborenen. Im Gutachten habe ich hier ausgeführt, man könne bei dieser Sachlage das Vorliegen von Selbsthilfe und Entstandensein der Würgespuren dadurch nicht ausschließen. Das Verfahren ist daraufhin eingestellt worden.

Auch sonst bereitet die Behauptung der *Selbsthilfe* in der Geburt unter Umständen gutachtliche Schwierigkeiten: So war diese in *Fall Sch./1925* behauptet worden. Hier waren bei einem reifen Kinde, welches 4 Tage nach der Geburt gestorben war, bei der Sektion typische Lungenquetschungsherde ohne Rippenbrüche vorhanden, mikroskopisch beginnende Lungenentzündungen. Am Hals fanden sich mehrere leicht gebogene, etwa 1 cm lange, oberflächliche Abschürfungen, unblutig. Dagegen umfangreiche Blutaustretungen unter der Brusthaut. Die Kratzeffekte am Hals waren mit der Konkavität kopfwärts angeordnet. Hier wurde unter Berücksichtigung des sonst völlig normalen Geburtsverlaufs und der normalen Kindeslage, die aus der Anordnung der Kopfgeschwulst erschlossen werden konnte, Selbsthilfe für die beschriebenen Verletzungen abgelehnt. Es kam zur Verurteilung.

Die Frage über die Entstehung von *Schädelbrüchen* und insbesondere solchen der Seitenwandbeine wird im allgemeinen in unserer Literatur dahin beantwortet, daß durch Sturzgeburten insbesondere in den Knochenstrahlen der genannten Knochen Schädelbrüche, also ohne Verschulden der Mutter, vorkommen können. Nach den hier vorliegenden Erfahrungen muß jede Fissur auch des Seitenwandbeines, mehr noch aber die der Stirnbeine oder der Hinterhauptschuppe Veranlassung sein, auf absichtliches Beschädigen des Kindes zu fahnden. Wiederholt habe ich mich gutachtlich dahin ausgesprochen (z. B. *Fall Br./1926*, *Fall Schu./1928*), daß selbst ein einfacher Bruch eines Seitenwandbeins ohne Dislokation der Knochenfragmente und ohne Impression für das Vorliegen von Kindesmord Annahme sein müßte und daß daher die weitere Untersuchung durchzuführen sei. Und ich habe dann schließlich, sei es durch Geständnis der Mutter, sei es durch Aufdecken anderer Umstände mit meiner Auffassung recht behalten. In einem Falle sprachen zunächst andere Umstände für das Entstehen einer derartigen wenig umfangreichen Fissur durch Sturzgeburt zu ebener Erde und gegen das Vorliegen des Verschuldens der Mutter am Tode. Als dann auf meine Anregung trotzdem die Untersuchung auf Kindesmord weiter durchgeführt wurde, wurde zunächst behauptet, das Kind wäre aus größerer Höhe von einer Bodenluke ohne Verschulden der Mutter nach unten gestürzt. In der Hauptverhandlung legte die Kindesmutter ein

Geständnis ab, daß sie das Kind durch einen Schlag auf den Kopf und Ersticken durch weiche Bedeckungen getötet habe.

Die Beurteilung kleinerer Brüche in den Kopfknochen in den Fällen, wo diese Brüche durch das Aufschlagen des Kopfes bei der Sturzgeburt entstanden sein sollen, macht um so größere Schwierigkeiten, je weniger frisch die Kindesleiche zur Sektion vorliegt. Es kommt dann nicht nur zu dem bekannten Wandern der Erscheinungen der Kopfgeschwulst, sowohl der Blutungen in der Kopfschwarte wie der sulzigen Durchtränkung, als auch zu allgemeinerer Durchtränkung mit aus den Gefäßen austretendem Blut. In einigen Fällen hatte ich den Versuch gemacht, durch histologische Untersuchungen am entkalkten Knochen aus der Nachbarschaft der Knochensprünge über ein vitales Entstehen dieser Knochensprünge Sicherheit zu erlangen. Doch sind diese Untersuchungen damals von mir abgebrochen worden, weil ich nicht zu einem Resultat kam. Einmal sind die Schädeldachknochen des Neugeborenen an und für sich blutreich und dann färben sich die einzelnen roten Blutkörperchen an und für sich auch an den etwas fauler gewesenen Präparaten ganz gut. Doch kommt es in solchen Fällen zu einer gleichmäßigen Durchtränkung mit Blut, die eine reine Leichenerscheinung darstellt, so daß ich aus diesen Gründen zu einem sicheren Ergebnis nicht gelangt bin. Das gleiche gilt auch für die in der Nachbarschaft von intravital entstandenen Knochensprüngen in der Kopfschwarte vorhandenen Blutaustritte und die extraduralen. Hat man die Kindesleiche frisch, so vermißt man selbst bei kleinen Schädeldachbrüchen Blutaustritte nie. Insbesondere sind dann am Ort der Risse vorhandene kleine, extradurale Blutungen für intravitales Entstehen besonders charakteristisch, während die Blutungen in der Kopfschwarte auch in frischen Fällen gelegentlich differentialdiagnostisch in genannter Hinsicht nicht benutzt werden können, weil sie sich an Stellen einer Kopfgeschwulst oder eines Kopfhämatoms befinden.

Gelegentlich sieht man Knochensprünge ohne Blutaustritte. Dann sind diese Knochensprünge mit Sicherheit erst mehrere Stunden nach dem Tode des Kindes entstanden. Ich hebe das hervor im Hinblick auf mir mehrfach vorgekommene Irrtümer seitens weniger geschulter Obduzenten.

Schwierigkeiten erwachsen häufiger bei der Beurteilung des Verhaltens der *Nabelschnur*. Mehrfach habe ich dabei Täuschungen von Ärzten und Hebammen erlebt, die entweder ein Abgeschnittensein zunächst annahmen, während die Nabelschnur abgerissen war, oder umgekehrt.

In der Literatur spielt die Frage des Verblutens aus der Nabelschnur eine Rolle. An dem hier bearbeiteten Material ist die Frage des Verblutens aus selbst verhältnismäßig kurz abgeschnittener, nicht unterbundener oder unterbundener Nabelschnur, deren Unterbindung sich

löste, nicht zu klären gewesen. Wohl verfüge ich über Fälle, die an ein derartiges Vorkommen denken lassen, doch genügte regelmäßig eine Reihe anderer Erklärungen, um den Tod des Neugeborenen auf natürliche oder gewaltsame andere Vorkommnisse zurückzuführen.

In einer Arbeit von Börschmann „Über die kriminelle Bedeutung der Luftembolie bei Neugeborenen“ (Vjschr. gerichtl. Med. 1911, II. Suppl. H., S. 48) wird die Möglichkeit erörtert, daß von einer abgerissenen Nabelschnur eine tödliche Luftembolie des Neugeborenen ausgegangen sein könnte. Einen beweisenden Fall einer Luftembolie von der Nabelschnur aus haben wir nicht. Diese *negativen* Feststellungen in bezug auf *Verblutung oder Luftembolie von der Nabelschnur* aus sind doch von beträchtlicher *prinzipieller* Bedeutung.

Die in allen Fällen wesentliche Prüfung des Verhaltens des am Kinde befindlichen Nabelschnurendes und, wenn das — selten genug — möglich war, des placentaren Endes ergab, daß die Bedeutung des *Abgeschnitten-* oder *Abgerissenseins* der *Nabelschnur* jedoch für die Aufklärung, ob ein Kindesmord vorgelegen hat oder nicht, nicht überschätzt werden darf. Wiederholt ist es vorgekommen, daß die bei dem Geburtsvorgang abgerissene Nabelschnur von der Mutter noch abgeschnitten wurde, mit und ohne nachherige Unterbindung. Wiederholt sind auch sichere Kindesmordfälle vorgekommen, wo die Nabelschnur primär von der Mutter auch in der bei den Hebammen üblichen Art am Kindeskörper abgeschnitten worden ist.

Von weiteren Einzelheiten sei noch erwähnt, daß ein Fall einer Kindestötung, für welche der § 217 StGB. zutreffen würde und in welchem durch eine Giftuntersuchung das *Einverleiben* eines *Giftes* bewiesen ist, nicht vorgekommen ist. Ferner konnte nur einmal mit Sicherheit im Laufe der Untersuchung erhoben werden, daß, bevor ein Kind durch Tötung seitens der unehelichen Mutter beseitigt wurde, *Abtreibungsversuche* während der Schwangerschaft vergeblich vorgenommen worden waren. Ein Fall *wiederholten Kindesmordes* durch die gleiche Mutter ist nicht vorgekommen. Diese beiden letzten Feststellungen, an einem größeren Material getroffen, zwingen zu kriminalpsychologischen Erwägungen nach mancherlei Richtung hin. Wurde der Entschluß zur Tötung, wie das so oft behauptet wird, von der Täterin tatsächlich erst gewissermaßen in letzter Minute gefaßt? oder erfahren Gutachter und Richter so wenig und so wenig Wahres in diesen Kindesmordfällen?

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß in einer großen Zahl mit Erfolg *verheimlichter Schwangerschaften* die Kinder durch das angewendete Schnüren und derartige Manipulationen in der Entwicklung nicht gestört worden sind, sondern durchaus die regelrechte Länge und sonstige Entwicklung dargeboten haben. Sonst ist zur *Beurteilung* der *Reife* an der Leiche fraglich getöteter Neugeborener aus mehreren Gründen

die Länge, aber nicht das Gewicht zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für nicht mehr frisch aufgefundene Kindesleichen, gilt bis zu einem gewissen Grade jedoch auch bei frischen Leichen Neugeborener, bei welchen die gerichtsarztliche Erfahrung hier in Ostpreußen beweist, daß reife Kinder selten weniger als 50 cm, häufiger mehr als 50 cm Länge erreichen. Gegenüber der Länge spielen alle anderen Reifezeichen nur eine sekundäre Rolle. Selbstverständlich müssen sie trotzdem genau und zwar jedesmal unter Berücksichtigung des Einzelfalles beachtet werden.

Bei einer Begutachtung eines Neugeborenen gemäß § 1 *BGB.* ist von mir dessen *Gelebthaben* bejaht worden, weil Arzt und Hebamme die Herztöne des scheinot geborenen Kindes, welches auch bald darauf verstorben ist, extrauterin bejaht haben. Der Fall ist auch so entschieden worden. Es wäre denkbar, daß unter analogen Umständen einmal die Beschuldigung eines Kindesmordes erhoben wird, etwa derart, daß ein Kind in Zeugengegenwart geboren wird, scheinot ist, von der Mutter gewissermaßen für alle Fälle noch irgendwie derart behandelt wird, daß, wenn es gelebt hätte, daran hätte sterben müssen. Der oben beschriebene Fall *Poe./1927* kann bis zu einem gewissen Grade hierher gerechnet werden.

Wenn das auch eine Konstruktion ist, für die ich über einen genau übereinstimmenden Fall von Kindestötung nicht verfüge, so ist andererseits doch die Behauptung, daß das Kind nach der Geburt nicht gelebt hätte, bekanntermaßen außerordentlich häufig in Kindesmordprozessen. Bei makroskopisch nicht möglichem oder ungenügendem Ergebnis der Untersuchung, ob ein Neugeborenes dann gelebt hat, wurde in einer Reihe von Fällen wieder zur histologischen Lungenprobe geschritten, die, wie das *Ungars* großes Verdienst ist, einmal die Schädigung durch die Geburt, durch Aspiration von Fruchtwasserbestandteilen und Geburtsschleim bei Fett- und anderen Färbungen an Gefrier- und Gelatine-schnitten ergibt und die, wie auch hier nochmals zum Ausdruck gebracht werden soll, durch den Nachweis am eingebetteten Präparat von zahlreicher entfalteten Bronchiolen, wie ich gezeigt habe, ein *Gelebthaben* festzustellen erlaubt.

Überblicke ich mein Material und meine sonstigen einschlägigen Erfahrungen, so ist besonders hervorzuheben, daß die Fälle unaufgeklärter Kindestötung im ganzen doch außerordentlich beträchtlich sind. Es muß angenommen werden, daß es viel häufiger vorkommt, daß die Kindesleiche gefunden wird, aber nicht die dazugehörige Mutter, als daß die Mütter eruiert werden, die geboren und das Kind getötet haben und wo die Kindesleichen nicht oder nicht rechtzeitig gefunden werden. In meinem Material ist es nur in einem Fall gelungen (Fall *Rie./1923*), durch die Untersuchung ganz kurz nach der Entbindung

festzustellen, daß ein reifes oder nahezu reifes Kind ausgetragen worden war. Die Kindesleiche wurde in einer Dungsgrube dann erst viele Monate später gefunden.

Diese Erfahrungen und vor allem die Tragik, die vielfach über dem Geschehen eines Kindesmordes liegt, müssen jeden, der sich, sei es als Arzt oder Jurist, mit solchen Fällen zu beschäftigen hat, zu der alten Forderung von *Ungar* bringen, das Verheimlichen von Schwangerschaft und Geburt unter Strafandrohung zu stellen. In gar manchem Fall, wo Verdacht auf Schwangerschaft bei der Umgebung bestand, dem nur nicht weiter nachgegangen wurde, würde dann ein weiteres Verheimlichen der Schwangerschaft und Geburt unterlassen werden, die Kindestötung unterbleiben. Diese Zeilen sollen also auch dazu beitragen, daß in dem neuen deutschen Strafgesetz diese alte *Ungarsche* Forderung ihre Verwirklichung findet.
