

1927. — ²⁶ *Liepmann*, Krieg und Kriminalität in Deutschland. Stuttgart 1930. — ²⁷ *Lindsey* u. *Evans*, Die Revolution der modernen Jugend. Stuttgart 1927. — ²⁸ *Meistring*, Z. angew. Psychol. **22**, 201 (1930). — ²⁹ *Moede*, Z. angew. Psychol. **34**, 494 (1930). — ³⁰ *Michel*, Mschr. Kriminalpsychol. **16**. — ³¹ *Oseretzky*, Z. Kinderforsch. **55**, 332 (1929). — ³² *Palmieri*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **12**, 592 (1928). — ³³ *Petrzilka*, Persönlichkeitsforschung und Differenzierung im Strafvollzug. Hamburg 1930. — ³⁴ *Raphael*, Amer. J. Psychiatry **3** (1924). — ³⁵ *v. Rohden*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **10** (1927). — ³⁶ *Saldana*, La criminologie nouvelle. Paris 1929. — ³⁷ *Saudek*, Experimentelle Graphologie. Berlin 1929. — ³⁸ *Seelig*, Mschr. Kriminalpsychol. **20**. — ³⁹ *Sieverts*, Die Wirkungen der Freiheitsstrafe und Untersuchungshaft auf die Psyche des Gefangenen. Hamburg 1929. — ⁴⁰ *Spranger*, Psychologie des Jugendalters. 1924. — ⁴¹ *Scheler*, Die Stellung des Menschen im Kosmos. Darmstadt 1928. — ⁴² *Schwarz*, Medizinische Anthropologie. Leipzig 1929. — ⁴³ *Stern*, E., Allgemeine Psychologie. Fortschr. Neur. **1**, 327 (1929). — ⁴⁴ *Többen*, Die Jugendverwahrlosung und ihre Bekämpfung. 1922. — ⁴⁵ *Többen*, Neuere Beobachtungen der zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilten und begnadigten Verbrecher. Leipzig 1927. — ⁴⁶ *Többen*, Untersuchungsergebnisse an Totschlägern. Berlin 1932. — ⁴⁷ *Vervaeck*, Rev. Droit pénal **1924**. — ⁴⁸ *Villinger*, Kriminalbiologie. In Fortschr. Neur. **1929**; **1931**; **1932**. — ⁴⁹ *Warstadt*, Z. Neur. **120** (1929). — ⁵⁰ *van Waters*, Youth in Conflict. New York 1926. (Deutsch. Jugend in Not. Berlin 1929.) — ⁵¹ *Wieser*, Die Verbrecherhandschrift. Kriminal. Abh. von Gleispach **1930**, H. 6. — ⁵² *Willemse*, Constitution Types in Delinquency. London 1932. — ⁵³ *Wolf*, E., Vom Wesen des Täters. Schriftenreihe „Recht u. Staat“ H. 87. Tübingen 1932. — ⁵⁴ *Wolff*, Z. Psychol. **110**, 113 (1930).

(Aus der Inneren Abteilung II des Hufeland-Hospitals, Berlin.
Dirigierender Arzt: Dr. *Felix Boenheim*.)

Der Einfluß der sozialen Lage auf den Gesundheitszustand der Wohlfahrtsempfänger.

Von
Dr. Franz Heimann.

Mehrere medizinische Zeitschriften^{1, 2} haben vor kurzem eine Umfrage bei einzelnen Klinikdirektoren und Vertrauensärzten über die gesundheitliche Lage der Arbeiter und Erwerbslosen veranstaltet. Übereinstimmend wird zum Ausdruck gebracht, daß Hungerödem, Avitaminosen und schwere Unterernährung in den Krankenhäusern nicht beobachtet werden. Dagegen häuften sich die Fälle, die in einem sehr schlechten Ernährungszustand waren. Unter der üblichen Krankenhauskost sollen die meisten Patienten in relativ kurzer Zeit erheblich an Gewicht zugenommen haben. Damit ist erwiesen, daß wieder ein schlechter Ernährungszustand, ähnlich wie im Kriege, existiert. Er ist nur durch die schlechte wirtschaftliche Lage zu erklären. Gesund-

heit und Wirtschaft sind zwei Faktoren, die innig miteinander verknüpft sind.

Meine Erhebungen über den Gesundheitszustand betreffen Wohlfahrtspatienten, die die Poliklinik des Hufeland-Hospitals aufgesucht haben. Von 950 in der Zeit vom 1. Januar bis 31. August 1932 untersuchten Patienten wiesen eine Abmagerung 62 oder 6,5% auf*. Dabei waren wir bei der Anlegung des Maßstabes sehr kritisch und schieden alle Patienten als „unterernährt“ aus, bei denen wir eine Krankheit, wie Gastropse usw. erheben konnten, wenn der Befund auch noch so gering war.

Die Klagen waren neben einer beträchtlichen Gewichtsabnahme, Magen-Darmbeschwerden, die sich durch heftige und bohrende Schmerzen auszeichneten, Hungergefühl, Erbrechen und Schwindelanfälle, so daß die Patienten anfangs auf *Ulcus ventriculi* oder *duodeni* verdächtig erschienen. Die klinischen und röntgenologischen Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat. Für die Gewichtsabnahme konnte keine konsumierende Krankheit (Lues, Tuberkulose, Carcinom) oder eine Störung in der Funktion der endokrinen Drüsen nachgewiesen werden. Es handelte sich auch nicht um konstitutionell magere Menschen. Wir sahen nur das Mißverhältnis zwischen Größe und Gewicht. Für die poliklinischen Untersuchungen haben wir uns nach der von *Brugsch*³ modifizierten *Brocas* Formel gerichtet. Die *Brocas* Formel ist: Länge in Zentimetern — 100 = Gewicht in Kilogramm; für Größen über 165—175 cm gilt: Länge — 105 cm = Kilogramm, für Längen von 175—185 cm gilt: Länge — 110 cm = Kilogramm. Bei dieser Berechnung war es nicht selten, daß Untergewichte bis zu 20 kg vorkamen. Bei negativem Organbefund stellten wir daher die Diagnose *Inanition*, und zwar bei 29 Männern und 33 Frauen.

Die angeführten Gewichts differenzen können nur durch eine starke Unterernährung bedingt sein, d. h. bei einer unzureichenden calorischen Ernährung. Eine Verminderung der Nahrungszufuhr unter ein bestimmtes Maß kann nur kurze Zeit ohne Schaden ertragen werden. Aus dieser Diskrepanz müssen sich mit der Zeit krankhafte Erscheinungen als Folgen der Unterernährung ergeben. In einer solchen Zeit der mangelhaften Ernährung leben wir jetzt wieder, obgleich ein Mangel an Nahrungsmitteln in Deutschland nicht vorliegt. Es handelt sich vielmehr um eine falsche Verteilung und Aufspeicherung im Unterschied zur Zeit der Hungerblockade während des Krieges.

Die unzureichende Ernährung ist bedingt durch die geringen Unterstützungssätze, die die Wohlfahrtsempfänger erhalten. Im September galten folgende Richtsätze in der allgemeinen Fürsorge⁴:

* Bis zum 39. XII. 1932 wiesen von 1217 Patienten 77 eine Abmagerung auf oder 6,3%.

	Pro Monat	Pro Woche	Pro Tag
Für Alleinstehende	34.—	7,85	1,10
Für Ehepaare	51.—	11,75	1,65
Für jedes Kind unter 6 Jahren . .	11.—	2,55	0,35
Für jedes Kind im Alter von 6 bis 16 Jahren	13.—	3,00	0,40

Diese Unterstützungssätze sind weder Mindest- noch Höchstsätze, sondern lediglich Richtsätze. Die Festsetzung des im Einzelfalle tatsächlich erforderlichen Unterstützungsbetrages erfolgt jedesmal auf Grund einer genauen individuellen Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse. Man erkennt, daß die Sätze die Ernährungskosten nicht decken, zumal die Wohlfahrtsempfänger 30% der Unterstützung für die Miete verwenden müssen. Diese Sätze bedeuten weiter auch einen völligen Verzicht auf Neuanschaffungen und Instandhaltung von Kleidern und anderen Gebrauchsgegenständen. Nach den Berliner Wirtschaftsberichten betragen die Ernährungskosten für eine fünfköpfige Familie im Juli 78,31 RM, die Unterstützung 88 RM. Es bleiben also im ganzen 9,69 RM. zur Befriedigung aller anderen Bedürfnisse übrig. Dazu kommt, daß die Preisentwicklung vor allem bei den Fleischwaren eine steigende Tendenz im Groß- und Kleinhandel zeigt. Im Kleinhandel haben sich die Preise für Schweinefleisch seit Mitte Juni um 16—28% erhöht. Schweine- und Hammelfleisch sind jetzt wieder teurer als im Dezember 1931. Von den übrigen wichtigen Lebensmitteln sind Fische, weiße Bohnen, Eier und Kakao teurer geworden. Nach der Reichssteuerungsstatistik betragen die errechneten Ernährungskosten einer 5köpfigen Familie für Berlin am 10. VIII. 79,04 RM.

In allen Fällen haben wir versucht, uns einen genauen Überblick über die tägliche Ernährung zu machen. In der Hauptsache wurden Brot, Kartoffeln, Margarine, Schmalz und Gemüse gegessen. Von Wurstwaren kamen nur die billigeren Sorten an einzelnen Tagen auf den Tisch. Fleisch wurde nur auf Fleischkarte bezogen, weil die Stadt Berlin alle 14 Tage für $\frac{1}{2}$ kg 20 Pfennig vergütet. Diese Ernährung enthält nicht die notwendige Menge von Eiweiß, ihre Einseitigkeit bedeutet eine Gefährdung der Gesundheit. Von *Tyszkas* Berechnungen über den Lebensmittelverbrauch bei Arbeitslosen ergeben, daß der Verbrauch an sämtlichen Nahrungsmitteln mehr oder weniger stark zurückgegangen ist. In einer früheren Arbeit berichtete ich gemeinsam mit Frau *Golke*⁵, daß nicht selten auf die erwerbslose Vollperson nur rund 1500 Calorien kommen. Auch bei Arbeitern, die noch im Produktionsprozeß stehen, ist der Verbrauch an hochwertigem Eiweiß stark zurückgegangen. Die Ernährung ist gekennzeichnet durch Verringerung der verbrauchten Menge, Verminderung der Qualität, geringe Vitaminmenge, Vitaminmangel bei Erwerbslosen und Rückgang der Eiweißzufuhr wie der Calorienzahl.

Da die Zahl der Patienten mit der Diagnose Unterernährung im Steigen ist, nahmen wir Kontrolluntersuchungen an erwerbslosen jugendlichen Männern und Frauen vor. Diese Jugendlichen sind vom Arbeitsamt für längere oder kürzere Zeit in Heimen untergebracht, damit sie dort in einzelnen Handwerken unterrichtet werden (Tischlerei, Schuhmacherei, Buchbinderei und Schneiderei). Sie erhalten dort Mittagbrot und an einzelnen Tagen der Woche auch Vesper.

Für viele war das Volksspeisungessen die einzige Mahlzeit am Tage. Für die Untersuchungen wählten wir als Vergleichszahlen die Werte von *Kaup*⁶, die er bei Jugendlichen aus München erheben konnte. Aus äußeren Gründen waren konstitutionsbiologische Untersuchungen bis jetzt nur einmal möglich. Da die Mehrzahl der Jugendlichen die Pubertätsentwicklung bereits beendet hatten, so lassen sich gewisse Schlußfolgerungen auch bei einmaliger Untersuchung ziehen. Im ganzen wurden 146 männliche und 48 weibliche Jugendliche untersucht*. Zur endgültigen Aufstellung der Tabelle wurden aber nur 123 männliche und 35 weibliche berücksichtigt, weil die Vergleichstabelle bei *Kaup* für Männer bis 170 cm und für Frauen bis 160 cm geht.

Die Untersuchungen vollzogen sich in der Weise, daß die Messungen und Wägungen vormittags stets am unbedeckten Körper vorgenommen wurden. Die Messungen wurden mit dem von *Martin* angegebenen Anthropometer ausgeführt. Zum Wiegen wurde eine Personenwaage mit Laufgewichtsordnung verwandt. Die Berechnung der Lebensjahre erfolgte nach der Formel $n \pm 6$, teilte also die zur Untersuchung kommenden Jugendlichen nach Ganzjahresklassen. Infolge der kleinen Zahl von 123 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts haben wir die Berechnung des arithmetischen Mittels und der mittleren Abweichung in den einzelnen Jahresklassen nicht vorgenommen. Deshalb ist in der endgültigen Tabelle nur die durchschnittliche Abweichung oder der Oszillationsexponent angegeben, der die durchschnittliche Abweichung der Einzelzahlen vom Mittelwert ist. Sie wurde berechnet, indem man die Abweichungen der verschiedenen Einzelwerte vom Mittelwert bildet, die Abweichungen addiert und die Summe durch die Zahl der Einzelwerte dividiert. Die Tabelle zeigt weiter die Beziehungen zwischen Größe und Gewicht. Wir haben für jede Ganzjahresklasse, nach Geschlechtern getrennt, die Addition der Größenabweichungen vorgenommen, die sich aus dem Vergleich zwischen Ist- und Sollgröße ergibt. Das Istgewicht wurde mit dem von *Kaup* errechneten Alterssollgewicht in Beziehung gebracht. Ein Vergleich des Istgewichtes mit dem Längensollgewicht war bei diesen Untersuchungen nicht notwendig, weil die Größenschwankungen sowohl beim männlichen wie weiblichen Geschlecht nach vollendetem 17. Lebensjahr nur noch Bruchteile von Zentimetern betragen. Eine Berechnung des Gewichtes bezogen auf das Längensollgewicht gibt ein falsches Bild, da es sich in vorliegenden Fällen um Jugendliche mit abgeschlossener Pubertät handelt, nach der das Längenwachstum nur noch ganz geringe Steigerungen innerhalb der einzelnen Jahresgruppen erfährt.

* Für die Überlassung der Daten bei den weiblichen Jugendlichen möchte ich auch an dieser Stelle Herrn Stadtschularzt Dr. *Alterthum*, Berlin-Weißensee, danken.

Tabelle 1.
Über den Ernährungszustand erwerbsloser jugendlicher Männer.

Anzahl der Fälle	Alter	Durchschnitt des Größendefizites	Durchschnitt des Körpergewichtes	Index P : L ²	Kaup-Index P : L ²
18	21	— 8,00 cm	— 6,69 kg	2,19	2,22
26	20	— 5,66 „	— 4,07 „	2,17	2,18
31	19	— 4,33 „	— 3,24 „	2,06	2,12
20	18	— 5,08 „	— 1,90 „	2,10	2,06
10	17	— 6,04 „	— 3,90 „	1,99	1,99
8	16	— 3,03 „	— 3,48 „	1,98	1,96
3	15	+ 3,42 „	+ 11,26 „	2,27	1,87
7	14	— 4,53 „	— 0,78 „	1,85	1,78

Tabelle 2.
Über den Ernährungszustand erwerbsloser jugendlicher Mädchen.

Anzahl der Fälle	Alter	Durchschnitt des Größendefizites	Durchschnitt des Körpergewichtes	Index P : L ²	Kaup-Index P : L ²
3	20	— 6,33 cm	— 9,16 kg	2,05	2,25
6	19	— 12,30 „	— 9,01 „	2,22	2,25
7	18	— 2,71 „	— 4,04 „	2,09	2,21
8	17	— 4,84 „	— 4,41 „	2,11	2,16
3	16	— 6,18 „	— 6,54 „	1,62	2,08
8	15	— 2,20 „	+ 3,25 „	2,04	1,90

Aus beiden Tabellen ist ersichtlich, daß bis auf die 15jährigen Knaben sich 13 Minusvarianten bei Erhebung der Größe ergeben. Das Körpergewicht zeigt 12 Minusvarianten und 2 Plusvarianten. Die Plusvarianten bei den Knaben sind auf eine bestehende *Dystrophia adiposo-genitalis* zurückzuführen. Neben der starken Korpulenz fanden sich *Mammae spuriae*, eine Unterentwicklung des Penis sowie Herabsetzung der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung. Der Durchschnitt des Größendefizites und des Körpergewichtes verlaufen in ihrer Abweichung vom Normalwert in keiner regelmäßigen Kurve (Fehler der kleinen Zahl). Er hält sich bei den Knaben zwischen — 3 bis — 8 und bei den Mädchen zwischen — 12 und bis — 2 cm. Das gleiche trifft für das Körpergewicht zu. Beim Vergleich unseres Index, der sich aus dem Verhältnis von Gewicht zur Länge ins Quadrat ergibt, mit den von *Kaup* gefundenen Indexwerten zeigt sich, daß in beiden Tabellen unsere Werte 8mal unter denen von *Kaup* liegen, 5mal darüber und 1mal gleich ist.

Die klinische Untersuchung ergab in 3 Fällen einen Herzklappenfehler und 4mal das Vorhandensein einer Kyphoskoliose. Die Kontrolluntersuchungen dieser Erwachsenen in Heimen haben also keinen Unterschied zu den in der Poliklinik erhobenen Befunden ergeben, obwohl bei den Jugendlichen für eine gewisse Zeit eine regelmäßige und bessere Ernährung bestand. Die Schäden, die wir bei den Mädchen

und Knaben feststellten, führen wir auf 3 Faktoren zurück. Der Krieg mit seiner Hungerblockade, die Inflation und die jetzige Wirtschaftskrise müssen als ursächliches Moment angeschuldigt werden, wobei man natürlich berücksichtigen muß, daß nicht alle Altersklassen gleichmäßig davon betroffen werden. Die Arbeitslosigkeit schwankte entsprechend dem Alter zwischen 3 Jahren und einigen Monaten. Die 14-jährigen waren nach der Schulentlassung als Lehrlinge nicht untergekommen. Die Unterstützungssätze bei den Jugendlichen richten sich nach den durch Notverordnung erlassenen Vorschriften. Einzelne bezogen Arbeitslosenunterstützung; andere erhielten die Sätze der allgemeinen Fürsorge; ein großer Teil bekam keine Unterstützung, weil die Eltern unterhaltsverpflichtet waren. Berücksichtigt man, daß manche der Jugendlichen bei einer Arbeitslosenunterstützung von rund 9 RM. pro Woche für eine Schlafstelle durchschnittlich 5 RM. bezahlen mußten, so bleibt für die Mahlzeiten und die notwendigen kulturellen Bedürfnisse fast nichts übrig. Noch schlimmer bestellt ist die Versorgung bei den Jugendlichen, die Erwerbslosenhilfe oder gar nur Wohlfahrtsunterstützung erhalten.

Bei der festgestellten chronischen Unterernährung besteht jedoch eine weitere Gefahr darin, daß außer der Gewichtsabnahme mit der Zeit sich auch Insuffizienzerscheinungen an den inneren Organen, besonders am Regulationssystem, den endokrinen Drüsen, bemerkbar machen. Wir erwähnen die paradoxe Hungerfettsucht (*Bauer, Curschmann, Lichtwitz*), die auf eine Unterfunktion der Schilddrüse zurückzuführen ist, und die hypophysäre Asthenie, die in den letzten Jahren besonders unter der ärmeren Bevölkerung an Häufigkeit zugenommen hat. Wir gebrauchen den Ausdruck Asthenie statt Kachexie, um auszudrücken, daß es sich nicht um einen progredienten Prozeß handelt. *Boenheim*⁷ hat bei den unterernährten Patienten nachweisen können, daß der Grundumsatz bei einzelnen starke Erniedrigungen bis zu —38% aufwies.

Therapeutisch sind die subjektiven Beschwerden bei Unterernährung, die kein pathologisches Substrat aufweisen, schwer zu bekämpfen. Wir haben in allen diesen poliklinischen Fällen Ernährungszulagen verschrieben und gleichzeitig durch Verabfolgung von Nährpräparaten, wie Plasmon oder Promonta, zu helfen versucht. In einzelnen Fällen gelang es uns, das Körpergewicht um einige Pfunde zu heben. Wenn auch die Zahl der Untersuchungen klein ist, so verschaffen sie uns doch einen Überblick der Verhältnisse von den Patienten, die in einer Poliklinik heute betreut werden. Die alleinige Berücksichtigung der somatischen Diagnose ohne Beachtung der sozialen Struktur gibt ein falsches Bild. Wir sind deshalb so ausführlich auf den Faktor der Ernährung eingegangen, weil er neben der Wohnung der wichtigste Faktor im Leben des Menschen ist. Aus einer Wohnungsstatistik an 1050 Patienten ersahen wir, daß 73% der Befragten in ungenügenden Wohnräumen

leben. Die mangelhaften und unhygienischen, besonders die feuchten Räume, spielen oft eine wesentliche Rolle für die Entstehung von krankhaften Symptomen wie Blässe der Haut, Blutarmut, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit.

Um zu zeigen, wie schwierig die Verhältnisse bei kranken Wohlfahrtsempfängern liegen, möchte ich noch über Diabetiker berichten, die die Poliklinik aufsuchen. Sie werden uns durch den Wohlfahrtsarzt zur ärztlichen und fürsorgerischen Betreuung überwiesen. Es handelt sich um 82 Diabetiker aller Grade, vom leichtesten Diabetes mellitus bis zur Grenze eines präkomatösen Zustandes. Die diätetische Versorgung dieser Patienten ist sehr schwierig, weil sie sich von den geringen Unterstützungssätzen nicht ausreichend ernähren, geschweige denn eine Zuckerdiät einhalten können. In fast jedem Falle ist es notwendig, Pflegezulagen zu verschreiben. Dabei mag es noch dahingestellt bleiben, ob die Patienten die verordnete Kost einhalten und nicht die Sonderzulagen auf die Familie verteilt werden. Bei den Wohlfahrtsempfängern ist es unmöglich, die ungünstigen Faktoren, die für das Schicksal des Diabetikers oft maßgebend sind, fernzuhalten. *Umber*⁸ hat vor einiger Zeit den Vorschlag gemacht, den wirtschaftlich notleidenden Diabetikern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine klinisch und fürsorgerisch geschulte Diabetesschwester mit Rat und Tat zur Seite zu stellen, die darauf achten soll, daß die Zubereitung der Kost in richtiger Weise geschieht und dem Patienten auch Wege zur Beschaffung der Nahrungsmittel weist. Wir halten die Durchführung dieses Vorschlages bei unseren Patienten für unmöglich. Wir glauben, daß durch Errichtung von Diätküchen im Anschluß an die Krankenhäuser eine bessere Versorgung möglich ist. Bei dieser Art würde auch die ärztliche Kontrolle des einzelnen Patienten eine intensivere sein. Bis jetzt kontrollieren wir bei den Patienten in mittelschweren und schweren Fällen den Blut- und Urinzucker 1—2mal in der Woche, in leichten Fällen alle 8—14 Tage. Bei den Wohlfahrtsärzten, bei denen sich die Kranken vorher in Behandlung befanden, waren solche Kontrollen unmöglich. Hinzu kommt, daß eine nicht unter Kontrolle durchgeführte Insulinbehandlung den Arzneimittelaufwand der Kommunen stark belastet. Die Erfolge der diätetischen und medikamentösen Behandlung hängen zu einem großen Teil von den sozialen Umständen ab. Wir befinden uns mit dieser Ansicht über die Diabetiker in Übereinstimmung mit *Lyon*⁹. Die Wichtigkeit einer sozialfürsorgerischen Diagnose, d. h. die Beachtung der Lebensverhältnisse des Diabetikers neben der klinischen und besonders die Bedeutung wirtschaftlicher, sozialer Einflüsse auf den Krankheitsverlauf, hat er in den Vordergrund gestellt. Eine nach ökonomischen Gesichtspunkten durchgeführte Behandlung stößt auf große Schwierigkeiten, weil die Lebensmittelpreise zur Zeit

eine steigende Tendenz aufweisen. Auf irgendein Kostschema, wie es in Krankenhäusern üblich ist, sich bei Wohlfahrtspatienten festzulegen, ist unmöglich. Deshalb kann die Diabetesschwester nur in einem eng begrenzten Rahmen arbeiten im Gegensatz zu einer Diätküche.

Bei den Erhebungen des Gesundheitszustandes an den jugendlichen Erwerbslosen forschten wir danach, ob im Laufe der Arbeitslosigkeit kriminelle Handlungen begangen worden waren. In keinem Falle war eine strafbare Tat nachzuweisen. Nur in 2 Fällen wurden wir wegen fürsorglicher Betreuung eines älteren und eines jüngeren Patienten, die die Poliklinik aufsuchten, befragt. Beide waren angeklagt durch zwei bzw. drei selbständige, zum Teil fortgesetzte Handlungen an den gleichen Personen unter 14 Jahren, unzüchtige Handlungen vorgenommen bzw. diese zur Verübung oder Duldung unzüchtiger Handlungen verleitet zu haben. Es handelte sich um ein Verbrechen gegen die § 176 Abs. 1, Ziff. 3 und § 74 des StrGB. Der ältere war zu 7 Monaten Gefängnis, der jüngere zu 1 Monat Gefängnis verurteilt worden. Die soziale Anamnese bei dem älteren, 25jährigen, ergab, daß er mit 14 Jahren die Schule mit Beendigung der ersten Klasse verlassen hatte. Danach lernte er $2\frac{1}{4}$ Jahre als Posamentierer, gab aber diese Stelle auf, weil seine Eltern und er der Ansicht waren, daß er in diesem Berufe keine Beschäftigung finden würde. In den folgenden 6 Jahren fand er lediglich Aushilfsstellen, meist als Flaschen-spüler in Brauereien, die insgesamt einen Zeitraum von 8 Monaten ausfüllten. Zu schwerer Arbeit war er wegen eines Leistenbruches und einer Magensenkung bei stark reduziertem Ernährungszustand unfähig. Er lebt mit seiner Mutter und 2 Brüdern zusammen. Der älteste Bruder ist kriegsbeschädigt, der zweite arbeitslos, die Mutter herzleidend und fast immer bettlägerig. Der Vater ist an einer Gesichtsrose gestorben. Wegen eines Nervenleidens war er monatelang in einer Nervenheilanstalt interniert. Der 4köpfigen Familie steht nach Abzug der Miete für den Lebensunterhalt eine Summe von 128 RM. zur Verfügung. Psychisch ist der Angeklagte ein scheuer, stiller, depressiver Mensch, der unter seiner körperlichen Schwäche, insbesondere unter seinem Leistenbruch schwer leidet und sich durch ihn als so diffamiert empfindet, daß er nicht den Mut aufbringt, Beziehungen zu einer Partnerin anzuknüpfen. Eine kurze Zeit hatte er eine Freundin. Dies war seine beste Zeit, die aber durch Befürchtungen über mangelnde Potenz getrübt wurde. Nachdem sie ihn verlassen hatte, gab er alle Hoffnungen auf, je wieder eine richtige Sexualpartnerin zu finden und wandte sich deshalb von Gleichaltrigen ab. Beobachtungen zweier kleiner Mädchen, die miteinander sexuelle Handlungen ausführten, erregten ihn so, daß er zu jenen strafbaren Handlungen kam, die ihm die obenerwähnte Anklage und Verurteilung eintrugen.

Ein 14-jähriger, von seinen Lehrern als sehr intelligent und begabt geschilderter Bursche, hat sich die gleichen unzuchtigen Handlungen zum Teil an den gleichen Mädchen zuschulden kommen lassen. Er wird mit 1 Monat Gefängnis bestraft. Seine Familiensituation ist folgende: Voreheliches Kind, erzogen durch den Stiefvater. Sexuelle Aufklärung erfolgt frühzeitig durch seine Kameraden. Er scheute, sich mit seinen sexuellen Schwierigkeiten an die Eltern zu wenden. Von seinem Freunde, dem um 10 Jahre älteren, schon erwähnten Angeklagten, erfuhr er verschiedene Tatsachen aus dem Sexualleben und sah, wie er jene Spielereien mit den minderjährigen Mädchen trieb, die sich nicht wehrten und die bei einer späteren Gelegenheit Objekte seiner sexuellen Handlungen wurden. Auch hier geschah es mit vollem Einverständnis der Mädchen.

Fassen wir zusammen: Es handelt sich um zwei proletarische Jungen von 14 und 25 Jahren, die wegen unzuchtiger Handlungen an Personen unter 14 Jahren zu Gefängnisstrafen verurteilt werden. Schon die oberflächliche Beobachtung durch das Jugendamt und die Familienfürsorge ergibt, daß beide in schweren seelischen Konflikten stehen, der eine in den Bedrängnissen der Pubertät, denen er ohne eine führende und behütende Persönlichkeit ausgesetzt ist, der andere in einer Neurose, charakterisiert durch Mutlosigkeit, Depression, Minderwertigkeitsgefühle, als deren Anlaß er selbst jenen ungenügend behandelten Leistungsbruch ansieht. Im ersten Falle wurde vom Gericht die Zuziehung eines Psychiaters aus Geldgründen abgelehnt, im zweiten Falle wurde nach dem Urteil eines Arztes gar nicht gefragt. Hätten die 2 bzw. 3 Mädchen ihren 16. Geburtstag hinter sich gehabt, so wären die gleichen Handlungen nicht strafbar gewesen. Man darf nicht vergessen, daß Proletarierkinder infolge des engen Zusammenwohnens mit Erwachsenen alle Einzelheiten des Sexuallebens mit ansehen müssen, so daß sie ihre kindliche Unbefangenheit sehr viel früher als ihre bürgerlichen Altersgenossen verlieren. Es ist fraglich, ob sie überhaupt je in dem üblichen Sinne Kinder sind, Kinder, d. h. unbefangen, unbelastet, vor dem Ernst des Lebens bewahrt. Es ergibt sich daraus die Frage, was man mit der Gefängnisstrafe erreichen will, selbst bei Zubilligung der Bewährungsfrist. Die seelischen Konflikte, die zur Tat geführt haben, kann sie nicht beseitigen; deshalb glauben wir, daß nur eine psychische Betreuung die Schuldigen gesunden läßt, weil sonst mit einer Wiederholung solcher Handlungen zu rechnen ist. Aus diesem Grunde schlagen wir vor, daß in jedem Falle von Sexualverbrechen ein psychiatrischer Sachverständiger bestellt wird, um die soziale und psychologische Situation zu klären.

An 220 Fällen habe ich versucht, ein Bild der sozialen Lage zu geben. Ich bin mir bewußt, daß diese Zahl keine repräsentative im Sinne der Statistik ist. Ich wollte nur einen Überblick geben über die Kranken,

die unsere Poliklinik aufsuchen, und glaube, daß Untersuchungen des Einzelarztes, der nicht die gesammelten statistischen Werte zu bearbeiten hat, auch wertvoll sind.

Literaturverzeichnis.

- ¹ Med. Welt **1932**, Nr 26. — ² Dtsch. Krk.kasse **1932**, Nr 28; 29; 30; 32. — ³ *Brugsch*, Die Biologie der Person. — ⁴ Amtsblatt der Stadt Berlin **1932**. — ⁵ *Golke* u. *Heimann*, Z. Gesdh.fürs. u. Schulgesdh.pfl. **7**, H. 1. — ⁶ *Kaup*, Verhandlungsbericht über die 5. Sportärztetagung in Köln 1928. — ⁷ *Boenheim*, Unveröffentlichte Versuche. Dtsch. med. Wschr. **1932**, Nr 34. — ⁸ *Umber*, Dtsch. med. Wschr. **1932**, Nr 8. — ⁹ *Lyon*, Sozialmedizinische Grundlagen der Zuckerkrankheit. Verlag Karger 1932.

Elektronenröhre als Funkenerzeuger beim spektrographischen Nachweis kleinster Metallmengen.

Von

C. Goroney, Königsberg i. Pr.

(Manuskript nicht eingegangen.)

(Aus dem Gerichtlich-Medizinischen Institut der Universität München.
Vorstand: Prof. Dr. *Merkel*.)

Untersuchungen über die Erbllichkeit der Augenfarbe, der Haarfarbe und der Haarform vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus.

Von

Priv.-Doz. Dr. B. Mueller.

I. Fragestellung.

In der vererbungswissenschaftlichen Literatur wird allgemein angegeben, daß sich die krause und wellige Haarform gegenüber der schlichten, die dunkle Haarfarbe gegenüber der hellen und die braune Augenfarbe gegenüber der hellen dominant verhält. Hieraus ergibt sich für den gerichtlichen Mediziner die Fragestellung, ob die *Dominanz eine so vollständige ist*, daß man die Haarform, die Haarfarbe und die Augenfarbe zum Ausschluß der Vaterschaft gemäß §§ 1591, 1717 und 1720 BGB. heranziehen kann. Wir fragten uns: gibt es kraus- oder wellhaarige Kinder, bei denen nicht mindestens einer der Eltern gleichfalls krause oder wellige Haare besitzt, gibt es dunkelhaarige Kinder, bei denen nicht mindestens einer der Eltern gleichfalls dunkelhaarig ist, und