

kung des menschlichen Serums fehlen uns ja bisher noch, weil wir nicht die Möglichkeit hatten, mit diesem kostbaren Medikament umfangreichere Versuche anzustellen.

Die Beschaffung größerer Mengen von menschlichem Normalserum macht Schwierigkeiten. Der Empfehlung einer solchen Behandlungsmethode und der Anwendung von Menschenserum kann aber nur das Wort geredet werden, wenn es gelingt, größere Mengen von Serum ohne Schädigung der Mitmenschen zu gewinnen. Dies waren bisher die Schwierigkeiten. Ich glaube diese in Zusammenarbeit mit den Anhaltischen Seruminstitut in Dessau überwunden zu haben. Bei jeder Entbindung wird bei der Ausstoßung der Plazenta eine größere Menge Blut, das retroplazentare Hämatom, ergossen. Dieses Blut muß aufgefangen und zu Heilzwecken verarbeitet werden.

Die Gewinnung dieses Blutes wird sich folgendermaßen leicht durchführen lassen:

Nach der Geburt des Kindes wird nach nochmaliger sorgfältiger Reinigung der äußeren Genitalien von Schleim und Blut ein besonders dafür von mir konstruiertes Auffanggefäß*) dicht an die Vulva gesetzt und die spontane Ausstoßung der Plazenta abgewartet. Das in der Zwischenzeit sich ergießende Blut fließt in das Gefäß. Nachdem die Plazenta geboren ist, wird sie mit sterilen Gummihandschuhen an der Nabelschnur hochgehoben, so daß das in den umgeschlagenen Eihäuten befindliche Hämatom in die Schüssel abläuft. Das Auffanggefäß endet in einer Flasche, in welche das Blut fließt. Die Flasche wird mit einem Stopfen geschlossen und dem Seruminstitut umgehend zur weiteren Verarbeitung übersandt. Die Gewinnung des Menschenserums erfordert also in der Entbindungsanstalt lediglich eine besondere Sorgfalt und peinlichste Asepsis bei der Geburt der Plazenta, welche in das besondere Auffanggefäß erfolgen muß.

Die ersten Versuche der Zusammenarbeit zur Gewinnung von Menschenserum auf diese Art ergaben sehr erfreuliche Resultate. Von 43 dem Seruminstitut zugeschickten Flaschen war der Inhalt bei 11, d. h. 25 Proz. unbrauchbar. Der Inhalt der übrigen war keimfrei und wurde weiter verarbeitet, so daß er schließlich als gebrauchsfähiges Menschenserum in unserer Klinik wieder verwandt werden konnte.

Die Frage der Keimfreiheit bei der Gewinnung des Menschenserums bedarf wohl noch einer kurzen Erörterung. Der Geburtskanal ist bei normaler Entbindung nach dem Durchtritt des Kindes mecha-

*) Auffangschale für Blut in der Nachgeburtsperiode nach H. Küstner. Alleinhersteller Fa. Arnoldi in Elgersburg i. Thür. — Die Gefäße werden wahrscheinlich Ende September ds. Js. lieferbar sein. Der Preis des Gefäßes liegt zur Zeit noch nicht fest.

nisch von einer großen Menge seines infektiösen Sekretes befreit, das Nachwasser und das erste abströmende Blut reinigt die Scheide weiter von infektiösem Material. Man kann daher den Geburtskanal nach der Entbindung als keimarm bezeichnen. Da das retroplazentare Blut meist in den umgestülpten Eisack sich ergießt, so kommt es praktisch bei Durchtritt durch die Scheide mit dieser gar nicht in Berührung. Außerdem wird das Serum nach seiner Gewinnung durch einen Bakterienfilter geschickt und in weiteren bakteriologischen Kontrollen auf Keimfreiheit geprüft; es sind also ärztlich keinerlei Bedenken gegen die Verabreichung dieses Serums an andere Kranke vorhanden.

Der Wert des Serums in therapeutischer Beziehung ist meines Erachtens ein sehr großer, da das Serum zweifellos als Serum von Schwangeren am Ende der Schwangerschaft außerordentlich viel Hormone enthält. Ueber die Fragen des verschiedenen Wertes des Serums des Menschen ist noch nicht viel bekannt, da bisher die Verwendung von Menschenserum nur im beschränktesten Umfange möglich war; aber wir müssen annehmen, daß die Wirkung des Normalserums, die durch Tierexperimente bereits als vorteilhaft erkannt worden ist, sicherlich zum Teil auf dem Hormongehalt beruht. Auch die Erfolge der Veterinärmedizin bei Infektionskrankheiten unserer Haustiere sprechen dafür, daß solche Zusammenhänge bestehen, ebenso in der Humanmedizin nach Zufuhr von unspezifischem Serum. Außer der Hormonwirkung wird zweifellos mit dem Serum, auch wenn es von der gleichen Tierart stammt, also beim Menschen mit Menschenserum ein Reiz gesetzt, denn Serum ist durch die Gerinnung des Blutes ein neuer Stoff geworden, der für den Organismus nicht mehr dem Blut gleichgesetzt werden kann. So ist sicherlich dem Normalserum der eigenen Art auch eine besondere Wirkung zuzuschreiben. Die Wirkung ist einmal eine hormonale und zweitens eine unspezifische Reizwirkung des körperfremden, besonders behandelten arteigenen Eiweißstoffes. Für besondere Fälle, bei denen eine intravenöse Verabreichung des Serums erwünscht wäre, könnte selbstverständlich die Blutgruppenzugehörigkeit des Serums bestimmt und das Serum darnach benannt und ausgegeben werden.

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn in anderen Anstalten die Behandlung beginnender fieberhafter Erkrankungen verschiedener Aetiologie mit Menschenserum in ausgiebigem Maße eingeleitet und durchgeführt würde. Der Vorteil einer solchen Behandlung läßt sich erst nach einiger Zeit übersehen, wenn es gelingt, die allzu häufige Verabreichung von Tierserum einzuschränken.

Soziale Medizin und Hygiene.

Aus dem städtischen Krankenhaus am Urban, Berlin.

(Aerztlicher Direktor: Prof. Dr. E. Gohrbandt.)

Ueber eugenische Sterilisationen bei Frauen.

Von Dr. W. Sehmisch, Oberarzt der gynäkologischen Abteilung.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sind an uns deutsche Aerzte **neue und große Aufgaben** herangetreten. Jeder deutsche Arzt wird — in welcher Form es auch immer sei — bei der Durchführung des Gesetzes mitarbeiten müssen. Schwerste Verantwortung wird damit übernommen, ganz besonders von denjenigen, die als letzte Instanz bei rechtskräftigem Beschluß die operative Unfruchtbarmachung des Erbkranken durchführen. Damit soll aber keineswegs gesagt sein, daß die technische Durchführung der Sterilisation das Schwierigste ist. Das rein Handwerksmäßige könnte jeder Durchschnittsoperateur leisten. Vielmehr muß ein ganzes „Vollarzttum“ (A. Meyer) verlangt werden, um die oft reichlich auftretenden Schwierigkeiten ärztlicher und nichtärztlicher Art voll und ganz zu meistern und so eine gute und feste Grundlage für die verständnisvolle Förderung des Gesetzes im ganzen Volk zu schaffen.

Jeder, der Unfruchtbarmachungen auf Grund des Gesetzes

ausführt, muß sein ganzes Können und seine ganze Kraft in den Dienst der Sache stellen. Nur mit größter Sorgfalt sowohl im Hinblick auf die Indikationsstellung zur Operation, als auch bei der Wahl der Operationsmethode und Technik kann zu Werke gegangen werden.

Die Wichtigkeit dieser letzten Punkte, ganz besonders bei Frauen, wird in allen einschlägigen Arbeiten betont. Hängt doch davon das Wohl und Wehe der uns anvertrauten Kranken ab.

Seit Ende Juli 1934, also seit 1 Jahr, werden an unserer Abteilung Unfruchtbarmachungen aus eugenischer Indikation auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ausgeführt. Bisher wurden uns 150 Frauen und Mädchen zur Sterilisation überwiesen. Ueber die dabei gemachten **Erfahrungen** möchte ich heute berichten.

Bis auf wenige radikalere Eingriffe wurde bei fast allen Kranken die gleiche, weiter unten beschriebene Operationsmethode ange-

wendet. Der Zugang war im allgemeinen abdominal, nur in 7 Fällen vaginal.

Von den 150 Kranken kamen 73 aus Heilanstalten, 14 aus Arbeits- und Bewährungshäusern; alle übrigen waren nicht interniert. 35 mal waren die Anträge auf Unfruchtbarmachung freiwillig, 48 mal durch Anstaltsleiter, 27 mal vom Pfleger, Vormund oder Vater und 40 mal von einem Kreisarzt gestellt worden.

Bemerkenswert ist, daß von den 14 aus Arbeits- und Bewährungshäusern Ueberwiesenen, bei denen ausnahmslos wegen angebotenen Schwachsinn, größtenteils verbunden mit moralischer Haltlosigkeit, die Unfruchtbarmachung angeordnet war, alle eine Gonorrhoe, außerdem 2 noch eine Lues durchgemacht hatten. Anamnestisch konnte in allen übrigen Fällen nur noch 8 mal eine Go. gefunden werden.

Der Beschluß auf Unfruchtbarmachung war vom Erbgesundheitsgericht 66 mal wegen Schwachsinn, 49 mal wegen Schizophrenie, 28 mal wegen Epilepsie (z. T. mit Schwachsinn oder Schizophrenie), 5 mal wegen erblicher Taubheit und 2 mal wegen manisch-depressiven Irreseins gefaßt worden.

23 Kranke waren unruhig (7 Schwachsinnige, 16 Schizophrene), während alle sonstigen als ruhig bezeichnet werden konnten.

Unter 41 Frauen, die geboren oder abortiert hatten, befanden sich 27 Verheiratete und 14 Ledige, unter den letzteren eine 35 jähr. Schwachsinnige mit 10 Geburten und 4 Fehlgeburten.

Es ist ganz selbstverständlich, daß die Kranken einer eingehenden und gründlichen **Untersuchung**, nicht nur gynäkologisch, unterzogen werden. Die Feststellung der Operationsfähigkeit ist ja letzten Endes das Wichtigste.

Wir haben in allen Fällen, wo zur Klärung der Diagnose oder zur Vorbereitung zur Operation eine mehrtägige stationäre Beobachtung, bzw. Vorbehandlung erforderlich war, stets — zweimal sogar bis zu 15 Tagen — abgewartet. Es handelte sich dabei immer um geringfügige Leiden, da alle die Fälle, bei denen voranzusehen war, daß ein operativer Eingriff mit erhöhter Lebensgefahr verbunden sein würde, von vornherein abgelehnt wurden.

Eine bei der Aufnahme bestehende, bzw. während der Beobachtungszeit eintretende Menstruationsblutung wurde regelmäßig abgewartet. *Ottow* läßt sich ja, wie er schreibt, dadurch bei abdominalem Vorgehen nicht hindern. Größtenteils wird aber, wie aus einschlägigen Mitteilungen hervorgeht, im allgemeinen während der Periode der Eingriff nicht vorgenommen. Ein dadurch verlängerter Krankenhausaufenthalt muß dann eben in Kauf genommen werden. Wir operierten 10 mal wegen Menses später, einmal sogar erst nach 9 Tagen.

Unsere durchschnittliche **Beobachtungszeit** vor der Operation betrug 3 Tage. Wie *v. Mikulicz-Radecki* kürzlich mitteilte, beträgt an seiner Klinik diese Zeit etwa 4 Tage; er hält auch für jeden Fall eine mindestens 2tägige Temperaturkontrolle für unbedingt erforderlich. Daß vor dem Eingriff alle zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmittel in Anwendung gebracht werden, ist selbstverständlich; ich wies bereits eingangs darauf hin.

Die **Krankenhausverweildauer** im ganzen betrug im Durchschnitt 15,6 Tage (im Höchstdfall 54 Tage). Diese Zeit ist annähernd die gleiche, die *v. Mikulicz-Radecki* in der ersten Sammelstatistik über 6032 eugenische Sterilisationen bei der Frau mit 16 Tagen errechnet hat.

Für die **postoperative Nachbehandlung** benötigen wir nach Abzug der 3tägigen Beobachtungszeit im Durchschnitt 12,6 Tage. Wie bereits erwähnt, betrifft diese Aufstellung fast nur p. Laparotom. Sterilisierte, für die *Kleff* in seiner Arbeit 18,4 Tage angegeben hat.

Bevor ich nun auf das Operationsverfahren eingehe, möchte ich erst noch die von uns bei der Vorbereitung zur Operation gemachten Erfahrungen besprechen. Das um so eher, als wir in einem sehr hohen Prozentsatz **Nebenbefunde** feststellen konnten. Fanden wir doch in 36 Fällen krankhafte Veränderungen an den inneren Genitalien (Hydrosalpingitiden, Ovarialzysten, Myome und 1 Portio-Ca.). Außerdem mußte bei weiteren 7 Frauen nach früheren 1—4maligen Laparotomien mit Schwierigkeiten gerechnet werden.

Deshalb wurde überall da, wo auf Grund der gefundenen Veränderungen die Durchgängigkeit der Tuben zweifelhaft erschien, eine Hystero-Salpingographie zur Klärung herangezogen.

Aber nur einmal konnte von den 12 Röntgenuntersuchungen wegen mit an Sicherheit grenzender, wahrscheinlicher Sterilität Aussetzung des operativen Eingriffes beantragt werden.

Ferner wurden 17 Retroflexionen des Uterus, von denen 5 fixiert waren, diagnostiziert.

Wieweit die **Blutsenkungsgeschwindigkeitswerte** (*Westergren*) als ausschlaggebendes Kriterium bewertet werden können, ist nach unseren Erfahrungen manchmal recht schwer und auch nicht immer sicher zu entscheiden. In 58 Fällen waren die Senkungswerte erhöht; bei 43 Fällen sogar Werte von 10—104 mm in der ersten Stunde, 25—121 mm in der zweiten Stunde. Lediglich 3 mal stellten wir dabei chron. Adnexveränderungen fest, 1 mal eine Retrofl. fixata. Bei allen anderen 40 Frauen konnte auch von den Internisten kein Grund für die erhöhten Senkungswerte angegeben werden, auch nicht in dem einen Falle, der die höchste Senkungsgeschwindigkeit von 104/121 mm aufwies. Es handelte sich dabei um ein 25j. Mädchen (Schwachsinn), das während des letzten Vierteljahres angeblich wegen einer Zystitis und Pyelitis in ärztlicher Behandlung gestanden hatte. Bei der 11tägigen Beobachtung ließen sich aber keine Anhaltspunkte für irgendeine krankhafte Veränderung finden, so daß operiert wurde. Der Eingriff verlief bei normalem innerem Genitalbefund völlig komplikationslos und nach glatter Wundheilung wurde das Mädchen gänzlich beschwerdefrei am 11. Tage nach der Operation entlassen. Auch bei den übrigen Frauen mit erhöhter Blutsenkungsgeschwindigkeit waren bei der Operation die inneren Geschlechtsorgane nicht krankhaft verändert. Nur 2 mal bestanden außer den bereits bei der Untersuchung gefühlten Adnexverdickungen leichte Verwachsungen. Weder bei der Operation noch während der Nachbehandlung erlebten wir in diesen Fällen eine Komplikation.

Von vornherein konnten von den hier bearbeiteten 150 uns zur Unfruchtbarmachung Ueberwiesenen, 10 Frauen von der Operation ausgeschlossen werden. Während 9 mal wegen akut-entzündlicher Adnextumoren, hochgradigster Unruhe bei Schizophrenie und auch wegen fortgeschrittener Schwangerschaft einstweilige Aussetzung des Eingriffes erfolgen mußte, wurde 1 mal bei einer 45-J. mit beginnendem Klimakterium die röntgenologische Kastration durchgeführt.

Die übrigen 140 Kranken wurden operiert. Und zwar stellen diese eine einheitliche Gruppe dar, da sie fast alle per. Lap. sterilisiert wurden und abgesehen von ganz wenigen Ausnahmen, bei allen der gleiche Eingriff an den Eileitern zur Anwendung kam. Ein 3—4 cm langes Tubenstück wurde vom Uterusabgang an nach Abklemmung reseziert, die Stümpfe unterbunden. Nach Ueberrichtung des uterinen Stumpfes erfolgte nochmalige Deckung dieser Naht mit Lig. rotundum oder Blasenperitoneum. Der freie Tubenstumpf wurde unter das Lig. rotundum versenkt. Im allgemeinen genügte ein 5—6 cm langer, suprasymphysärer Querschnitt, der selbstverständlich bei den vereinzelt radikaleren Eingriffen nach Bedarf erweitert werden mußte.

Bei der **Operation** selbst kamen nun außer den bereits erwähnten und vor der Operation beobachteten 36 Nebenbefunden, bzw. zu erwartenden Komplikationen noch weitere 20 krankhafte Veränderungen zur Feststellung. Es handelte sich dabei größtenteils um Verwachsungen an den inneren Genitalien, nur 4 mal um weiche, bis fingerdicke Hydrosalpingitiden.

War zu erkennen, daß sich ohne wesentliche Erschwerung die erkrankten Partien beseitigen ließen, dann wurde radikaler vorgegangen. So wurden 4 mal Ovarialzysten exstirpiert, 10 mal die erkrankten Eileiter doppelseitig, 6 mal einseitig entfernt; wegen Uterus myomatosus wurde 1 mal supravaginal amputiert, 1 mal 1 Myomknoten enukleiert. Außerdem führten wir bei dem bereits erwähnten Portio-Ca. nach Klarstellung und mit Einverständnis des Vormundes eine vaginale Totalexstirpation des Uterus aus. Gleichzeitig mit weggenommen wurde in 3 Fällen der chron.-entzündlich veränderte Wurmfortsatz.¹⁾

¹⁾ Die Erlaubnis, erkrankte Teile wegnehmen zu dürfen, wurde übrigens in all den Fällen, wo Komplikationen zu erwarten waren, vorher eingeholt.

Zur Betäubung gebrauchten wir bis auf eine Lumbalanästhesie ständig die Aethernarkose. Eingeleitet wurde früher mit Evipan intravenös, in letzter Zeit ausschließlich mit Recidon per Klysmata. Wir haben mit dieser Kombination — Recidon-Basisnarkose und Aether — wie v. Mikulicz-Radecki, der gerade diese Methode für die Durchführung eugenischer Sterilisationen wärmstens empfiehlt, gute Erfahrungen gemacht. Neben einer nicht unwesentlichen Aetherersparnis kamen Exzitationszustände bei Beginn der Inhalationsnarkose kaum noch vor, ganz abgesehen davon, daß man den Kranken die Angst und Aufregung kurz vor der Operation völlig ersparen konnte.

Soweit sich nun aus den bisher erschienenen Veröffentlichungen über eugenische Sterilisationen bei der Frau ersehen läßt, ist bei der Bearbeitung dieses Gebietes schon sehr viel und Gutes geleistet worden. Manche Frage ist allerdings noch ungeklärt und ich denke dabei vor allem an die der besten und sichersten Operationsmethode, die wir unbedingt für Lebens- und Erfolgssicherheit verlangen müssen. Auf die zahlreich vorgeschlagenen Operationsmethoden — nach Naujoks sollen es nahezu 100 verschiedene Arten und Modifikationen sein — will ich hier nicht näher eingehen. Das hierüber erschienene Schrifttum dürfte genügend bekannt sein; es sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen.

Aus begreiflichen Gründen sind deshalb bestehende Unklarheiten im Hinblick auf den einzuschlagenden, in jeder Beziehung besten operativen Weg, auch nicht durch neue, erst in letzter Zeit bekanntgegebene Methoden zu beseitigen gewesen.

Nur ausgiebige Erfahrungen und äußerst kritische Beurteilung können hier eine Klärung bringen. Einen großen Schritt vorwärts bedeutet deshalb die kürzlich bekanntgegebene Sammelstatistik v. Mikulicz-Radecki, der sich auf Grund der eingehenden Bearbeitung dieses großen Materials für verpflichtet hält, „eines der in der Statistik genannten Verfahren als das beste zu bezeichnen“ und er hat den Mut, wie er schreibt, „sich für die Exstirpation des intramuralen Tubenabschnittes zu entscheiden“.

Schrifttum:

Kleff: Operative Erfahrungen bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Zbl. Gynäk. 1935, Nr. 29. — A. Meyer: Klinische Erfahrungen mit der eugenischen Sterilisierung. Med. Klin. 1935, Nr. 1. — Ders.: Bemerkungen zur Klinik der eugenischen Sterilisierung. Zbl. Gynäk. 1935, Nr. 27. — v. Mikulicz-Radecki: Sammelstatistik über eugenische Sterilisierungen bei der Frau und sich daraus ergebende Richtlinien. Zbl. Gynäk. 1935, Nr. 30. — Naujoks: Gynäkologische Eingriffe aus eugenischer Indikation. Med. Welt 1934, Nr. 21. — Naujoks u. Boeminghaus: Die Technik der Sterilisierung und Kastration. 1934 erschienen bei Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart. — Ottow: Zur Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau. Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr. 15. — Scheff-zeck: Zit. nach Geller. Zbl. Gynäk. 1935, Nr. 4.

Verschiedenes.

Aus meiner Gerichtsmappe.

Meineid? und Fehlurteil in einem Alimentationsprozeß.

Von A. Döderlein, München.

Auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig habe ich in einem ausführlichen Vortrag (Arch. Gynäk., Bd. 137) Stellung gegen Zangemeisters Auffassung des „offenbar unmöglich“, (BGB § 1717) genommen und seinen Standpunkt in den Gutachten in Alimentationsprozessen als irrig und für die gerichtlichen Urteile gefährlich bezeichnet. Zum weiteren Beweis dieser meiner gegenteiligen Einstellung als Sachverständiger gebe ich im folgenden einen Fall wieder, in dem wahrscheinlich ein Meineid der Kindsmutter und ein Gutachten Zangemeisters m. E. zu einem Fehlurteil des Gerichtes geführt haben. Möge es künftigen Gutachtern eine Warnung sein!

Im vorliegenden Prozeß handelte es sich um die Kernfrage, ob es möglich oder nicht möglich ist, daß bei einer von der Konzeption ab gerechneten **Schwangerschaftsdauer von 226 Tagen** ein reifes Kind zur Welt kommen konnte.

Der erste Gutachter Kreisarzt Dr. H. H. erklärte es als „unmöglich“.

Das Gutachten Zangemeisters dagegen lautete:

Nach Beschluß wird von mir ein Gutachten über den Beweissatz unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. H. und des Zeugnisses der Hebamme B. verlangt. Es handelt sich um die Frage, ob ein Beischlaf vom 2. Mai 1920 zur Empfängnis des Kindes geführt haben kann, welches am 14. Dezember 1920 geboren worden ist.

Das in Betracht kommende Kind, welches am 14. Dezember 1920 geboren wurde, war nach den Beobachtungen der Hebamme B. vollkommen reif, denn es hatte eine Länge von 52 cm, außerdem sprachen die Beschaffenheit der Nägel, der Haut und das Verhalten des Kindes beim Trinken für völlige Reife.

Im Durchschnitt braucht eine Frucht vom Reifegrad des in Betracht kommenden Kindes eine Tragezeit vom Tage der Empfängnis ab gerechnet, welche etwa 280 Tage beträgt. Es ist aber bekannt, daß Kinder mit dem gleichen Reifegrad auch nach wesentlich kürzerer Tragezeit zur Welt kommen.

Als äußerste Grenze, d. h. als kürzeste Tragezeit, nach welcher ein solcher Reifegrad erreicht wird, muß eine Zeitdauer von 220 Tagen gelten.

Ich schließe mich darin dem Gutachten des Dr. H. an, das als wahrscheinliche Empfängniszeit die erste Hälfte des März in Betracht kommt, jedoch kann ich Dr. H. darin nicht beipflichten, daß

er es als unmöglich bezeichnet, daß das betreffende Kind aus einer Beiwohnung vom 2. Mai 1920 stammt. Denn die Zeitdauer vom 2. Mai bis 14. Dezember 1920 beträgt 226 Tage, also noch etwas mehr als nach unseren heutigen Kenntnissen als unterste Grenze für die Entwicklungszeit eines derartigen reifen Kindes angenommen werden muß.

Es ist deshalb zwar recht unwahrscheinlich, aber durchaus nicht als absolut unmöglich zu bezeichnen, daß die in Frage stehende Empfängnis am 2. Mai 1920 stattgefunden hat.

Es folgte nun ein Gutachten von Bumm:

Nach Einsichtnahme der Akten gebe ich mein Gutachten dahin, daß das am 14. Dezember 1920 geborene, 52 cm lange und reife Kind unmöglich durch einen Beischlaf vom 2. Mai 1920 erzeugt worden sein kann. Voraussetzung ist dabei, daß die Angaben der Hebamme richtig sind, das Kind richtig 52 cm lang war und auch die anderen Zeichen der Reife an sich trug. Es kommt evtl. vor, daß schon nach 250 Tagen Tragezeit Kinder mit dem Zeichen der Reife geboren werden. Daß dies aber auch nach einer Tragezeit von nur 226 Tagen eintreten kann, habe ich nie erlebt und halte auch die wenigen Fälle derart, auf welche sich das Gutachten von Prof. Zangemeister bezieht, für durchaus nicht sicher erwiesen und beweiskräftig.

Mein Gutachten lautet:

Dem Ersuchen um Erstattung eines Gutachtens über den mutmaßlichen Zeugungstermin des am 14. Dezember 1920 geborenen Kindes A. N. in K. komme ich im folgenden nach:

Für ein am 14. Dezember 1920 reif am Ende der Schwangerschaft geborenes Kind errechnet sich nach wissenschaftlicher Erfahrung der Zeugungstermin auf Mitte März 1920 und die Kindsmutter müßte kurze Zeit vorher, also in der ersten Hälfte März, zum letzten Male vor der Schwangerschaft ihre Periode gehabt haben. Leider ist über diesen wichtigen Punkt in den mir zur Verfügung gestellten Akten nichts enthalten und auch auf eine direkte Anfrage darüber konnte ich keine Auskunft erhalten.

Es ist dies deshalb bedauerlich, weil der Gesetzgeber in § 1717 des B.G.B. absichtlich als Wortlaut für die Sachverständigenentscheidung in Alimentationsgutachten den Ausdruck gewählt hat: „Den Umständen nach offenbar unmöglich.“ Eine absolute Sicherheit aus einem einzigen Zeichen ist überhaupt nicht zu geben und ich halte es deshalb für falsch, wenn in den vorliegenden Gutachten einzeln und allein die Frage dem Urteil zugrunde gelegt wurde, inner-