

Zur Frage der juristischen Beurteilung der Rauschgiftsucht und ihrer Bekämpfung*.

Von

Dr. WALTHER AUER, Köln.

Die Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauchs, worunter wir hier die Alkaloidsuchten verstehen wollen, ist seit der Verkündung des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. 12. 29 (RGBl. I S. 215) mit seinen verschiedenen bis zum Jahre 1934 datierenden Veränderungen wesentlich gefördert worden. Jedoch haben die Jahre des zweiten Weltkrieges mit seinen verheerenden Schäden für alle europäischen Völker auch auf dem Gebiet der Rauschgiftsucht und ihrer Bekämpfung schwerste Rückschläge zur Folge gehabt. Durch den völligen Verlust der Souveränität des deutschen Reiches, die Aufgliederung in eine Reihe von Ländern, sowie die Auflösung der deutschen Rechtshoheit mußten erst völlig neue Rechtsgrundlagen geschaffen werden, um einen Wiederaufbau von Gesetz und Recht zu ermöglichen.

So sind wir auch heute noch an einer erfolgreichen Bekämpfung der Rauschgiftsucht weitgehend behindert, doch bestehen Aussichten, daß durch eine rationale Gesetzgebung und Rechtsprechung auf diesem Gebiet in naher Zukunft eine intensivere Wirksamkeit entfaltet werden kann.

Betrachten wir zunächst die derzeitige Rechtslage. Um die weitere Entwicklung der Gesetzgebung und Rechtsprechung zu begreifen und in ihrer Tragweite zu würdigen, sei von dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. 5. 49¹ ausgegangen. Nach der Verfassung des D. R. von 1871 (Art. 4, Nr. 15) hatte das Reich die Gesetzgebung über „Maßregeln der Medizinal- und Veterinär-Polizei“, nach der R.-Verf. von 1919 (Art. 7, Nr. 8) hatte es die Gesetzgebung über das Gesundheitswesen. Das Bonner Grundgesetz weist dem Bund aber nur diejenigen Sachgebiete zu, die aus übergeordneten Interessen dem Bund unbedingt zugewiesen werden müssen. Darunter wird aber nicht das gesamte Gesundheitswesen verstanden, sondern dieses ist zwischen Bund und Ländern aufgeteilt worden. Diese Aufteilung betrifft natürlich nur die Kompetenz hinsichtlich der Gesetzgebung, während die Ausführung den Ländern übertragen worden ist (Art. 83).

Das Grundgesetz bestimmt in Art. 74, Nr. 19, daß sich die konkurrierende Gesetzgebung auf den Verkehr mit Arzneien, Heil- und

* Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. MÜLLER-HESS, zum 70. Geburtstag gewidmet.

Betäubungsmitteln und Giften erstreckt. Das bedeutet, daß die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung haben, solange der Bund keine Vorschriften erlassen hat. Soweit aber der Bund nur gesetzgeberisch tätig wird, haben die Länder keine diesbezüglichen Befugnisse mehr (Art. 72, Nr. 1). Für die Rauschgiftbekämpfung ist zweifellos ein hohes Bedürfnis vorhanden, daß der Bund die Gesetzgebung an sich zieht, und zwar schon deswegen, weil ein solch umfassendes Gebiet wie die Rauschgiftfrage durch die Gesetzgebung einzelner Länder überhaupt nicht wirksam in Angriff genommen werden kann. Die Interessen verschiedener Länder müssen unter solchen Umständen auch aufeinander abgestimmt werden, damit eine Einheitlichkeit hinsichtlich verschiedener rechtlicher und wirtschaftlicher Fragen erstrebt werden kann.

Hierzu gehören aber die rechtlichen Maßnahmen auf dem Gebiet der Rauschgiftbekämpfung wegen ihrer internationalen Bedeutung in erster Linie, ferner der Arzneimittelverkehr als Gesamtheit vom Hersteller zum Verbraucher, der auf deutschem Gebiet nur zu einem geringen Teil gesetzlich geregelt ist. Was nun den Verkehr mit Betäubungsmitteln angeht, so ist das ehemalige deutsche Reich den internationalen Betäubungsmittelabkommen von 1912, 1925, 1931 beigetreten. Auf Grund der hiermit übernommenen Verpflichtungen wurde das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln, das Opiumgesetz² mit den dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen in Gestalt von Durchführungsverordnungen geschaffen. Zweck derselben war die Sicherstellung, daß alle suchterzeugenden Stoffe, auch alle Zubereitungen, nur für medizinische oder wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen.

Die praktische Bekämpfung der Rauschgiftsucht ist zu einem wesentlichen Teil durch die Gesundheitsämter durchzuführen, heißt es doch in § 3 I 1 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 34 (RGBl. I, S. 531)³, daß den Gesundheitsämtern die Durchführung der ärztlichen Aufgaben der Fürsorge für Sieche und Süchtige obliegt.

Auf den Inhalt des Opiumgesetzes sei im einzelnen nicht eingegangen. Es sei lediglich vermerkt, daß die nach dem Opiumgesetz dem früheren Reichsgesundheitsamt vorbehaltenen Aufgaben durch das Gesetz über die Errichtung eines Bundesgesundheitsamts vom 27. 2. 52⁴ dem Bundesgesundheitsamt und der Opiumstelle des Bundesgesundheitsamts, die jetzt von Kiel nach Koblenz verlegt wurden, übertragen worden ist.

Der Verkehr mit den dem Opiumgesetz unterstehenden Betäubungsmitteln ist durch die Verordnung über die Zulassung zum Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 1. 4. 30⁵ in der Fassung der Verordnungen vom 24. 1. 34⁶ und vom 18. 12. 34⁷, abgedruckt im Apotheker-Jahrbuch

1952, S. 175ff.⁸, geregelt. Bezüglich des Verkehrs mit Codein und Äthylmorphin (Dionin) und deren Salze ist die Verordnung über den Verkehr mit Codein und Äthylmorphin vom 24. 1. 34⁹ ergangen, ebenfalls in obengenanntem Jahrbuch veröffentlicht.

Die Beantragung von Bezugsscheinen zum Erwerb von Betäubungsmitteln, die der Bezugsscheinpflcht unterliegen, ist durch die Verordnung über Bezugsscheine für Betäubungsmittel vom 20. 2. 35¹⁰ geregelt.

Bei einigen Betäubungsmitteln bedarf es für verschiedene Zubereitungen keines Bezugsscheins. Diese Regelung ist durch die Verordnung über den Fortfall der Bezugsscheinpflcht bei Betäubungsmitteln vom 21. 9. 31¹¹ in der Fassung der Verordnung vom 30. 10. 34¹² getroffen.

Das Verzeichnis der bezugsscheinfreien Stoffe und Zubereitungen in der Fassung der Verordnung vom 31. 7. 43¹³ ist aus dem oben bereits erwähnten Apotheker-Jahrbuch 1952, S. 202, zu ersehen.

Die Meldepflicht über die Verarbeitung von Betäubungsmitteln ist durch die Verordnung über die Verarbeitung von Betäubungsmitteln vom 20. 2. 35¹⁴ geregelt.

Das Verschreiben und die Abgabe betäubungsmittel enthaltender Arzneien ist durch die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken (Btm. V—V) geregelt. Diese Verordnung ist im Medizinalbeamten-Kalender 1952, S. 210ff.¹⁵, abgedruckt. Es ist eine wichtige Anordnung mit grundlegenden Hinweisen für Ärzte und Apotheker. Abschnitt I regelt den Geltungsbereich der Verordnung, Abschnitt II den Umfang und die Form der Verschreibungen von Arzneien, die Betäubungsmittel enthalten. Darnach dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten, und zwar nur bei gegebener Begründung, diese Arzneien verschrieben werden. Mehr als ein Mittel, d. h. eine Arznei an einem Tage, ist nicht gestattet. Ferner ist die Verschreibung in Substanz verboten, weiter solche von Arzneien, die über 15% Morphinum usw. enthalten. Sonstige Einzelheiten ergeben sich aus den §§ 8—11 sowie für Cocain enthaltene Arzneien aus den §§ 12—18. Über Form und Inhalt der Verschreibung gibt § 19 noch genauere Hinweise. Abschnitt III regelt die Abgabe Betäubungsmittel enthaltender Arzneien in den öffentlichen Apotheken sowie in den behördlich genehmigten ärztlichen und den tierärztlichen Hausapotheken, während der letzte Abschnitt sich über das Inkrafttreten der Verordnung äußert und Übergangsbestimmungen enthält.

Die Verschreibung und Abgabe von Codein und Äthylmorphin, ihrer Salze und Zubereitungen, die nicht unter die Bestimmungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung fallen, ist durch die Polizeiverordnung über Äthylmorphin und Codein vom 18. 11. 42¹⁶ geregelt, die auszugsweise auch im Medizinalbeamtenkalender 1952, S. 221, abgedruckt ist.

Hinsichtlich der Ankündigung und Beschriftung von Arzneien, die Betäubungsmittel enthalten und von den Apotheken in einer zur Abgabe an das Publikum bestimmten fertigen Packung abgegeben werden, ist die Verordnung über Ankündigung und Beschriftung von Betäubungsmittel enthaltenden Arzneien vom 14. 4. 30¹⁷ ergangen. Sie ist äußerst wichtig, klar und eindeutig und für den Arzt und den Apotheker in gleicher Weise bedeutsam. Sie ist auf Grund des § 7 des Opiumgesetzes vom 10. 12. 29 ergangen und regelt nach § 1 die Ankündigung und Beschriftung von Arzneien, die Betäubungsmittel enthalten und von den Apotheken in fertigen Packungen bezogen und abgegeben werden (also sog. Spezialitäten), und zwar auch solche, die nicht mehr als 0,2 g Morphium oder 0,1 g Cocain enthalten. Form und Fassung der Beschriftung und Ankündigung, ungekürzte und deutlich lesbare Wiedergabe, Angabe der Mengen und des Gesamtgewichts, auch in Teilmengen, werden vorgeschrieben. Dadurch werden Arzt und Apotheker in die Lage versetzt, ohne weiteres zu ersehen, welche Art und Mengen von Betäubungsmitteln in den Spezialitäten enthalten sind. Für den Arzt ist dieses besonders dienlich, um den Patienten vor einer Rauschgiftsucht zu bewahren, für den Apotheker aber, um die notwendigen Prüfungen leichter durchführen zu können.

Man sollte meinen, daß mit den hier nur kurz aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen, die durch eine Reihe von Verordnungen noch eine erhebliche Erweiterung erfahren haben, eine wirksame und allen Eventualitäten Rechnung tragende Rechtsgrundlage geschaffen worden ist. Die Praxis sieht aber leider anders aus und läßt erkennen, wie zahllos die Möglichkeiten sind, diese Bestimmungen zu umgehen und ihren Erfolg in Frage zu stellen. Ist aber ein Patient einmal suchtleidend geworden, dann müssen ganz andere Gesichtspunkte beachtet werden, um Rat und Hilfe zu schaffen.

Überblicken wir die Literatur der Nachkriegszeit zur Frage der Rauschgiftsucht und ihrer Bekämpfung, so sehen wir eine merkwürdige Übereinstimmung mit unseren Beobachtungen, die dahin gehen, daß auch die Zeit nach Beendigung des zweiten Weltkrieges eine erhebliche Zunahme der rauschgiftsüchtigen Menschen, darunter besonders der Medizinalpersonen, mit sich gebracht hat. Hierzu hat MÖLLER¹⁸ in einem ausführlichen Werk über Rauschgifte und Genußmittel eine eingehende Darstellung mit zahlreichen Beispielen gegeben. Das Buch gibt eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse dieser wichtigen Probleme, die sich an den Gebrauch von Genußmitteln und Rauschgiften knüpfen und je nach der rassischen, sozialen und ökonomischen Struktur der einzelnen Länder verschieden gestalten.

Aus der deutschen Literatur liegen seit der Beendigung des Krieges nicht viele Veröffentlichungen über dieses wichtige Thema vor. Eine

der eingehendsten stammt von MÜLLER-HESS¹⁹, der das ganze Problem der Rauschgiftsucht und ihrer Bekämpfung an Hand zahlreicher Beispiele dargestellt und versucht hat, ein klares Bild von der Verbreitung und den jeweiligen Verhütungsmaßnahmen in Deutschland zu geben. Die angeführte statistische Aufstellung erstreckt sich über kaum 2 Jahre, vom 10. 10. 49 bis 10. 7. 51 und umfaßt ein umfangreiches Material, nämlich 282 Personen. Hierbei fällt besonders auf, daß sich unter 133 Männern 66 Ärzte befinden, ferner daß von 107 Personen 22 Patienten Polamidon genommen haben. Einer erstmaligen Entziehungskur haben sich 118, einer wiederholten Kur 108 Patienten unterzogen. Besonders wichtig ist der Hinweis, daß eine Selbstentziehung, worüber man wiederholt in der Literatur Angaben finden kann, durchweg unmöglich ist, handelt es sich doch bei rauschgiftsüchtigen Menschen meist um haltlose Psychopathen, die diesem Laster verfallen. Die Geschichte kennt zahllose Beispiele dafür. Selbst mächtige Herrscher sind schon zu Sklaven von Rauschgiften geworden, hochbegabte Künstler, Wissenschaftler aller Art, aber auch zahllose Menschen aus anderweitigen Berufs- und Arbeitskreisen werden Opfer dieser Gifte. MÜLLER-HESS macht mit Recht eindringlichst darauf aufmerksam, daß mit den jetzigen gesetzlichen Bestimmungen eine wirksame und erfolgreiche Bekämpfung der Rauschgiftsucht nicht durchgeführt werden kann und fordert ein neues spezielles Gesetz mit der Möglichkeit, ohne bürokratische Schranken Entziehungskuren in dazu geeigneten geschlossenen Anstalten zu veranlassen. Auf diesen Punkt wird vom juristischen Standpunkt aus noch zurückzukommen sein.

Auffallend sind auch verschiedene anderweitige Angaben in der Literatur zur Polamidonsucht. Auch das Krankengut der Beratungsstelle für Suchtkranke beim Gesundheitsamt Köln gibt zu der besorgniserregenden Beobachtung Anlaß, daß gerade die Polamidonsucht eine wichtige Komponente im Gesamtrahmen der Rauschgiftsucht bedeutet. Gehen wir von dem Jahre 1948 aus, wo nach Beendigung des 1. Teils des Wiederaufbaus wieder eine systematische Erfassung der Suchtkranken begonnen hat, so sehen wir, daß sich von Jahr zu Jahr die erfaßten Fälle von Rauschgiftsucht merklich gesteigert haben. Im Jahre 1949 ist die Zahl des Jahres 1948 bereits um 50 %, im Jahre 1950 um 70 % und im Jahre 1951 um 100 % überschritten worden. In diesem Zusammenhang sind auch die Fälle von Polamidonsucht angestiegen, und zwar wiederum besonders bei Medizinalpersonen. Hierzu seien nur einige Beispiele kurz aufgeführt:

Fall 1. Praktischer Arzt, 30 Jahre alt, stellte sich im vergangenen Jahre auf Veranlassung seiner Frau freiwillig beim Amtsarzt mit der Angabe vor, polamidonsüchtig zu sein. Er schildert im einzelnen seine Abhängigkeit von Polamidon, wovon er zuletzt täglich 20 cm³ genommen habe. Anlaß seien Beschwerden nach einer 1937 erlittenen Schädelbasisfraktur, mit Splitterverletzung in der Hypo-

physengegend und nachfolgendem hypophysären Diabetes. Nach Abschluß aller Vorbereitungen wurde Patient für eine Mindestdauer von 3 Monaten in Anstaltspflege eingewiesen, hatte typische Entziehungserscheinungen, sowie er auch die euphorischen Merkmale während der Einnahme des Polamidons charakteristisch schilderte. In der Anstalt mehrfache Täuschungsversuche. Die ursprüngliche Zusicherung eines mindestens 3monatlichen Aufenthalts erwies sich als zwecklos, da Patient nach 5 Wochen von seiner Frau nach Hause abgeholt wurde.

Fall 2. Nervenarzt, 34 Jahre alt, berichtet an den Amtsarzt auf einer offenen Postkarte, er müsse wiederholt Pervitin, Eukodal und Polamidon wegen gelegentlicher Koliken einnehmen, und bittet um nachträgliche Genehmigung dieser Verordnungen ad usum proprium. Auf Veranlassung der Kripo Untersuchung durch den Gerichtsarzt durchgeführt. Frühere Schädelverletzung mit pyknoleptischen Anfällen. Nierensteckschuß. Zahlreiche Injektionsstellen an beiden Unterarmen. Vor Durchführung der verabredeten Kontrolle und Entziehungskur von Köln nach unbekannt verzogen.

Fall 3. Praktischer Arzt, 32 Jahre alt, auf Antrag der OStA. Arnsberg während seines Kölner Aufenthalts in Landesheilanstalt wegen Rauschgiftsucht untergebracht. Nahm Pervitin, Isophen, Polamidon, Cliradon und Dromoran. Einlösung der Rezepte in verschiedenen Städten lange Zeit vorgenommen, auch mit Hilfe seiner Frau. Vorläufige Unterbringung gemäß § 126 a StPO. Spätere Anordnung gemäß § 42b, 51 I StGB. laut Beschluß der Großen Strafkammer des Landgerichts Arnsberg vom 9. I. 51. Leider zu früh entlassen worden, kurz darnach wieder rückfällig.

Fall 4. Frauenarzt, durch zahlreiche Betäubungsmittelrezepte bei der Musterung verschiedener Apotheken auffällig geworden. Hat in den Apotheken auch Schulden gemacht. Beschränkung auf eine Apotheke ohne Erfolg. Einweisung in eine Anstalt auf Grund des PVG. §§ 14 und 15. Nach dem Gutachten der Nervenlinik an einer Psychose erkrankt. Nach Abklingen der Psychose sofortige Entlassung verlangt. Daher durch Verfügung eingewiesen. Es ist aber sicher zu erwarten, daß das Landesverwaltungsgericht seiner Entlassung zustimmt, sobald die psychotischen Merkmale abgeklungen sind, trotzdem von einer Entziehung noch nicht die Rede sein kann.

Fall 5. Ärztin, 42 Jahre alt, Internistin, durch Kriminalpolizei zur Anzeige gekommen. Die Kripo in Hameln hat Rezepte dieser Ärztin über erhebliche Mengen von Betäubungsmitteln, nämlich Pervitin, Isophen, Polamidon, in einer Apotheke von Bad Pyrmont vorgefunden. Beschränkung auf eine Nachbarapotheke im Bereich der Praxis. Bisher noch keine Einweisung.

Fall 6. Praktischer Arzt, 55 Jahre alt, schon vor Jahren bei der Musterung von Apotheken durch den Kreisarzt auffällig geworden. Seit Jahren hohe Mengen von Rauschgiften verschiedener Art für Patienten verschrieben und für sich behalten. Durch Gerichtsbeschluß in Landesheilanstalt untergebracht, jedoch vorzeitig entlassen worden. Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens zu keinem formellen Abschluß gekommen. Patient ist vor kurzem verstorben.

Fall 7. Praktischer Arzt, seit 20 Jahren mit schnell zunehmendem Hang zur Sucht mit Betäubungsmitteln in Berührung gekommen, Entziehungskur wiederholt zugesagt, jedoch auf andere Mittel wie Dolantin und Polamidon umgestellt. Wegen strafrechtlicher Belange inhaftiert, in geschlossene Anstalt überwiesen, nach genau 3 Monaten wieder entlassen. Bereits 2 Monate später wieder rückfällig.

Fall 8. Arzt, 45 Jahre, ohne Praxis, ist in seinen Nachbarapotheken durch zahlreiche Opiatrezepte aufgefallen, ohne jemals ein anderes Rezept vorgelegt zu haben. Entziehungskur wurde in einem Krankenhaus ohne geschlossenen Anstaltscharakter durchzuführen versucht. Anstaltsunterbringung abgelehnt. Verfahren läuft noch.

Fall 9. Ärztin, 45 Jahre, erstmalig vor 6 Jahren auffällig, erst 2 Jahre später nach verschiedenen vergeblichen anderweitigen Versuchen wegen strafbarer Handlungen auf Anordnung der Staatsanwaltschaft der Nervenklinik Köln überwiesen. Dort vielerlei Täuschungsversuche. Inzwischen wegen Verstoßes gegen § 218 StGB. straffällig geworden. Approbationsentziehung beantragt. Abermals in Landesheilanstalt für etwa 3 Monate. Wegen angeblich mangelnder weiterer Begründung des Anstaltsaufenthaltes entlassen worden. Von einer erfolgreichen Entziehung wird man aber keineswegs sprechen können. Praxis ruht zur Zeit. Approbation bisher noch nicht entzogen.

Fall 10. Facharzt, 67 Jahre, sehr angesehen, mit außergewöhnlich guter Praxis, erstmalig schon vor 20 Jahren aufgefallen. Mehrfach in Entziehungsanstalten, stets relativ schnelle Erholung und Wiederaufnahme seiner Praxis. Ebenso schnell wieder rückfällig, über immer längere Zeiten hinaus, sozialer Abstieg bis zur völligen Verwahrlosung, Antrag auf Entmündigung gestellt, der aber bei allen formellen Schwierigkeiten und infolge geschickter Verteidigung immer noch nicht zum Beschluß geführt hat. Approbationsentziehung ebenfalls noch nicht erfolgt. Zunehmender physischer und psychischer Abbau. Jetzt in einem Altersheim auf Kosten der Allgemeinheit. Patient hat ziemlich alle vorkommenden Alkaloide, einschließlich Polamidon, in großen Mengen zu sich genommen.

Auch von verschiedenen anderen Seiten wird über die Polamidonsucht berichtet. Es sei nur auf die schon erwähnte instruktive Arbeit von MÜLLER-HESS verwiesen, in welcher Verfasser 22 Patienten mit Polamidonsucht unter 107 Patienten aufführt. Ferner hat KRAEMER²⁰ 4 Fälle von Polamidonsucht bei Ärzten beschrieben. Im allgemeinen sind seine Schilderungen etwas wenig charakteristisch, insofern als die typischen Erscheinungen eines Suchtleidens nicht rein zutage getreten sein sollen. Eine ausgesprochene Euphorie sei nicht beobachtet worden und auch die Entziehungserscheinungen seien nicht mit den üblichen Qualen und Beschwerden verbunden gewesen. Ähnlich äußert sich PICK²¹ in der Beantwortung seiner Frage, ob es eine Polamidonsucht wirklich gibt. Jedenfalls stimmen seine Beobachtungen im ganzen mit diesen Schilderungen überein. Man sollte es also künftig unterlassen, Mitteln die Möglichkeit der Suchtgefährdung abzusprechen, die aus der Reihe der hypnotischen oder analgetischen Reihe stammen. Man erweckt sonst nur gefährliche Illusionen. Inzwischen sind weitere Fälle einwandfreier Polamidonsucht bekannt und dargestellt worden. Auch die chemische Einordnung gibt demgemäß kein genügendes Kriterium für eine Beurteilung der Gefährlichkeit dieses oder jenes Mittels im Einzelfall ab.

Wir ziehen daraus die Schlußfolgerung, daß die nur der Rezeptpflicht unterstehenden Arzneien wie Polamidon und Cliradon und Dromoran unbedingt der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung zu unterstellen sind, wie bereits wiederholt angekündigt worden ist. Ferner ist wichtig, die Propaganda für ein narkotisches Mittel niemals so zu gestalten, als ob eine Rauschgiftsucht ausgeschlossen werde.

Eine wesentliche Ursache, warum die Zahl der Suchtleiden noch weiter angestiegen ist, ergibt sich daraus, daß nach dem Zusammenbruch

der Armee gewaltige Vorräte von Betäubungsmitteln aus Wehrmachtbeständen beiseite geschafft werden konnten und heute noch nicht aufgebraucht sind. Im illegalen Handel spielen sie jedenfalls noch eine erhebliche Rolle. Man verfolge nur die Presse. Nachrichten aus den verschiedensten Gegenden, besonders aus den Grenzgebieten, werden immer wieder bekanntgegeben, und zwar noch bis in die letzten Tage hinein. So heißt es in westdeutschen Tageszeitungen im Januar dieses Jahres, daß eine ganze Rauschgiftbande an der deutsch-schweizerischen Grenze in die Falle gegangen, die aus der Bundesrepublik Morphinum nach der Schweiz und Italien geschmuggelt hatten. Der deutschen und italienischen Polizei seien 2750 g Rauschgift in die Hände gefallen. Weitere Rauschgifthändler sollen in Mailand festgenommen worden sein. Am 7. 2. 53 wurde bekanntgegeben, daß der Polizei in verschiedenen Städten des Rheinlands eine Rauschgiftbande in die Hände gelaufen sei, die 4 kg Opiumpulver zum Preis von 200000 DM angeboten habe. Das gesamte Opium stamme aus alten Wehrmachtbeständen.

Eine weitere Ursache der erschreckenden Zunahme der Rauschgiftsucht nach dem Kriege ist darin zu suchen, daß die pharmazeutische Industrie Präparate in den Handel gibt, bei denen erst später die Suchtgefahr erkannt wird. Auch Schlafmittel werden häufig mißbräuchlich benutzt. Das Morphinum als solches ist hinsichtlich seiner Bedeutung hinter anderen Präparaten wie Eukodal, Dolantin, Dilaudid, Polamidon, Dicodid, Pantopon, Cliradon, Paracodin, weit zurückgetreten. Sehr groß ist die Zahl der weckmittelsüchtigen Kranken. Pervitin ist das bekannteste Mittel dieser Art. Unter den Schlafmitteln ist das Phanodorm zu erwähnen, das bei dem dafür Veranlagten zur Sucht führen kann, so daß er es auch tagsüber in größeren Dosen bis zu 12 und 15 Tabletten nimmt. Häufig zeigen die hier bekannten Fälle gleichzeitig nebeneinander eine Sucht nach Schlaf- und nach Weckmitteln. Morgens fühlt sich der Suchtleidende unlustig, matt und abgespannt und nimmt zur Anregung Pervitin, im Laufe der Zeit natürlich in schnell zunehmenden Mengen, gegen Nachmittag und Abend werden dann Präparate, die den Erregungszustand und die Aufpeitschung dämpfen sollen, genommen.

Die Suchtkranken werden dem Amtsarzt in den meisten Fällen durch die Apothekenmusterungen bekannt. Hierbei werden nicht nur die Rezepte genau durchgesehen und mit den Betäubungsmittelbüchern verglichen, sondern auch der Umschlag an Alkaloiden bewertet und in die Prüfung einbezogen. Die Apothekerschaft vermeidet es gern, sich irgendwelche Unannehmlichkeiten zuzuziehen und arbeitet im ganzen gut mit den Amtsärzten zusammen. In unklaren Fällen setzt sich der Apotheker mit dem Amtsarzt in Verbindung, der dann von sich aus unter Diskretion die weitere Prüfung vornimmt. Häufig wenden sich aber auch Familienangehörige, vor allem die Ehefrau, die sich in ihrer Not nicht mehr zu helfen wissen, an das Gesundheitsamt.

Der Kokainismus ist nach dem Kriege in Köln noch nicht einwandfrei beobachtet worden, wenn auch einzelne Fälle sich der Kontrolle zu entziehen verstehen. Auch das in der Presse wiederholt erwähnte Marihuana aus der amerikanischen Zone ist hier nur in einem einzigen Falle bekanntgeworden, der in der Karnevalszeit des vergangenen Jahres aus der amerikanischen Zone zureiste und schon kurze Zeit nach der wegen einer interkurrenten Erkrankung erfolgten Einlieferung in die Klinik gestorben ist. Marihuana-Zigaretten, eine andere Bezeichnung für Haschisch-Zigaretten, haben in den USA. schon vor Jahrzehnten eine große Rolle gespielt. Es ist seinerzeit festgestellt worden, daß in den Nachkriegsjahren sich in New-Orleans der Verbrauch von Haschisch explosionsartig ausgebreitet hat. Genauer hierüber beschreibt MÖLLER in seinem bereits erwähnten Buch über Rauschgifte an verschiedenen Stellen. Es erübrigen sich hier weitere Ausführungen.

Die wichtigste Frage der Bekämpfung ist vom juristischen Standpunkt aus gesehen die rechtzeitige Entziehung des Suchtkranken ohne rechtliche Komplikation. Hier bestehen durch verschiedenartige medizinische und juristische Auffassungen erhebliche Schwierigkeiten. Der übliche Weg geht ja dahin, zunächst die Suchtkranken in ärztliche Betreuung zu nehmen, sie regelmäßig in den Sprechstunden zu untersuchen und zu beraten. Injektionsspuren am Körper, Veränderungen an den Pupillen, Nachweis von Alkaloiden im Urin mit den üblichen Methoden, dann die psychiatrische Exploration, führen gewöhnlich zur richtigen Diagnose.

In der Praxis der Gerichte wird die Rauschgiftsucht der Trunksucht gleichgestellt. Daher ist auch hier theoretisch eine Entwöhnung gegen den Willen des Kranken mit Hilfe der Entmündigung möglich, wenn der Kranke nicht selbst so viel Einsicht besitzt, daß er von sich aus einer Entziehungskur zustimmt. Nach durchgeführter Kur muß aber der Amtsarzt oder Gerichtsarzt in Anbetracht der erheblichen Rückfallgefahr dauernd Fühlung mit dem Kranken behalten.

Wird ein Kranker straffällig, was in einem merklichen Prozentsatz der Fälle ist, einmal um sich in den Besitz des Rauschgiftes zu setzen z. B. durch Rezeptfälschungen oder andere strafbare Handlungen, dann aber auch in Auswirkung der charakterlichen Entartung mit zunehmendem Verlust der ethischen Haltung, dann kann das Gericht nach Anhörung des ärztlichen Sachverständigen die Unterbringung in einer Heil- und Pflgeanstalt zur Entziehung anordnen.

De jure haben wir es vorwiegend mit sozial- oder gesundheitspolitischen Gründen zu tun, während die strafrechtlichen Fälle in foro erledigt werden. Die sich anschließenden Folgen von Suchtleiden sind auf allen Rechtsgebieten ganz erheblich. Wenn man auf Grund psychiatrischer

Auffassung die Sucht als eine seelische Störung auffaßt, dann bewirkt sie, daß sämtliche Rechtsfolgen sich durch die Wirkung der Sucht erklären und rechtfertigen lassen. Der Rausch bewirkt eine Verminderung der Verstandes- oder zum mindesten der Willenskräfte, die bis zu einer Lähmung führen kann und diese Wirkung verursacht eine zivil- und strafrechtliche Unverantwortlichkeit für die im Rauschzustand vorgenommenen Handlungen.

Die Sucht macht den Kranken einerseits schutzbedürftig, andererseits aber auch für seine Familie und für seine Umwelt gefährlich. Das BGB. wendet in den hier in Betracht kommenden Fällen (§§ 104, 105, 106, 114) den Ausdruck Geschäftsfähigkeit, d. h. die Fähigkeit zur Vornahme von Rechtshandlungen aller Art an. In bezug auf solche Geistesstörungen, die nur vorübergehender Art sind, bestimmt § 105 II BGB., daß eine Willenserklärung im Zustand vorübergehender Störung der Geistestätigkeit nichtig ist. Von großer Bedeutung ist die Sucht für das Fortbestehen der Handlungsfähigkeit. Die Entziehung der Handlungsfähigkeit, d. h. die Entmündigung im Sinne des § 6 BGB., kommt aber bei Süchtigen nur sehr selten in Betracht. Wie immer wieder in der Literatur beschrieben und ante forum beobachtet wird, findet diese Vorschrift bei Suchtkranken keine Anwendung, d. h. sie werden nicht wegen ihres Suchtleidens entmündigt, sondern erst bei nachweisbar auftretenden Graden von Geistesschwäche, die die Kranken außerstande setzt, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen. Dieser Nachweis ist außerordentlich schwer zu führen, besonders wenn die erste Entziehung überstanden ist, sich der Kranke wieder leistungsfähig fühlt und sich mehr oder weniger geschickt zu verteidigen versteht. Daher ist auch die ausreichend lange Unterbringung in einer Landesheilanstalt gegen den Willen des Kranken durchweg mit unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden.

So versteht es sich von selbst, daß die Behörden heute nicht ohne weiteres eine Anstaltseinweisung eines Suchtkranken verfügen, daß vielmehr hierzu noch andere Voraussetzungen vorhanden sein müssen. Vielmehr verlangt das Recht, daß die Sucht entweder eine Gefahr für den Kranken selbst oder für seine Umgebung mit sich gebracht hat. Eine Mißachtung dieser Voraussetzungen von seiten der Verwaltungsbehörden legt die Gefahr eines willkürlichen Vorgehens immer wieder nahe. Daher wird oft mit diesen Maßnahmen viel zu lange gewartet und dadurch ein rechtzeitiges Eingreifen hinausgeschoben. Auch der Kostenpunkt spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Hinsichtlich des Familienrechts sei nur kurz auf die Vorschriften des § 1299 BGB. (Zurücktreten vom Verlöbniß), der §§ 1304 I und 1325 BGB. (Nichtigkeit der Ehe), sowie des § 1334 BGB. (Irrtum oder Täuschung über persönliche Eigenschaften eines Ehepartners) verwiesen.

Ferner kommen hier die einschneidenden Maßnahmen der Vormundschaftsbehörde in Betracht, die von amtswegen zum Schutz der Kinder ergriffen werden können. Der Kinderschutzgedanke verlangt von amtswegen ein Eingreifen zum Schutz der Kinder im Sinne der §§ 1666f, 1680 und 1684 BGB. Je nach Schwere des Falles wird die Behörde die geeigneten Maßnahmen treffen, nämlich den Entzug der elterlichen Gewalt bzw. die Wegnahme und die Versorgung der Kinder.

Zum Obligationenrecht sei nur mit einem Satz auf den § 827 BGB. verwiesen, wonach derjenige, welcher sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, wodurch die freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen, für einen zugefügten Schaden nicht verantwortlich gemacht werden kann. Hat er sich durch Rauschgifte in einen solchen Zustand versetzt, dann muß er beweisen, ob er ohne Verschulden in den Zustand hineingeraten ist. Anderenfalls kommen die Bestimmungen über Fahrlässigkeit in Betracht. Der übermäßige Genuß von Rauschgiften ist strafrechtlich in zweifacher Hinsicht von Bedeutung. 1. wegen der Verminderung oder des Ausschlusses der geistigen Fähigkeiten, 2. wegen der sozialen Gefährlichkeit der Suchtkranken. Ausgehend davon, daß eine strafrechtliche Verantwortung für ein mit Strafe bedrohtes Handeln nur dann besteht, wenn dieses gewollt ist, müssen also bestimmte geistige Fähigkeiten, d. h. die Zurechnungsfähigkeit, vorausgesetzt werden. Es ist dieses die Fähigkeit eines Menschen, das Unrecht seiner Tat einzusehen und seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen. Im Strafgesetzbuch wird die Unzurechnungsfähigkeit berücksichtigt, wie sie im § 51 I StGB. niedergelegt ist. Darnach genügt, daß entweder der Verstand oder der Wille durch eine im Gesetz angegebene Ursache zur Zeit der Tat so stark beeinträchtigt war, daß der Täter das Unrecht der Tat nicht einsehen oder gemäß seiner Einsicht in das Unrecht nicht handeln konnte. Hierunter fällt bei Suchtkranken der akute Rauschzustand im Sinne einer schweren Störung des Bewußtseins. Gerade bei der Sucht handelt es sich demnach mehr um die Unfähigkeit, den Willen einsichtsgemäß zu bestimmen.

Das Gesetz nimmt aber auch schon auf eine wesentliche Herabsetzung einer der beiden genannten Fähigkeiten des Täters zur Zeit der Tat Rücksicht. Darunter verstehen wir dann die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 II StGB. Diese führt zur Strafmilderung nach freiem Ermessen des Richters. Für suchtbedingte Handlungen, die nicht im akuten Rausch begangen worden sind, ist diese Bestimmung besonders wichtig. Es kommt also durchaus nicht immer ohne weiteres zur Anwendung des § 51 I StGB., wie MÜLLER-HESS a. a. O. ausführlich darlegt. Die Beurteilung in foro erfolgt also je nach Lage des Falles.

Wie schon eben vermerkt, kann der Kranke durch richterliche Anordnung im Sinne des § 42b StGB. in eine Landesheilanstalt unter-

gebracht werden. Aber auch ohne Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung müßten solche Kranken, wenn ihr Zustand es erfordert, in Anstaltspflege eingewiesen werden. Hierbei handelt es sich um Fürsorgemaßnahmen, wobei eine etwaige Strafvollstreckung als solche unterbleibt.

Ergänzend sei zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln vermerkt, daß diese auch dann ärztlich unbegründet ist (vgl. § 6 der Btm. VV.), wenn der Arzt bei der Verschreibung weiß, daß er die verordneten Mengen beim Kranken nicht anwenden wird, mag auch die dann angewendete Menge begründet sein²². Die rechtlichen Sicherungen für die Anstaltsunterbringung von Geisteskranken und für die Entziehung von Suchtkranken bedeuten eine sehr problematische Frage, die die Öffentlichkeit in einem bisher nie gekannten Maße beschäftigt. Auch wohl als Folge der schrecklichen Zeit von 1933—1945 ist an der Frage der Anstaltsunterbringung geistig oder seelisch gestörter Menschen ein ungeahntes Interesse zum Ausdruck gebracht worden, mitunter auch von fragwürdiger Seite. Eine Atmosphäre des Mißtrauens, begünstigt durch Tendenzfilme, Zeitschriften usw. hat eine tiefgreifende Wirkung zur Entfaltung gebracht, die es allmählich zu überwinden gilt.

In einigen deutschen Ländern gab es zwar schon vor dem Jahre 1933 gesetzliche Bestimmungen über die Anstaltseinweisung psychisch kranker Patienten, die fachlich ausgezeichnet unterbaut gewesen sind, wie besonders das badische Irrenfürsorgegesetz aus dem Jahre 1910 erkennen läßt²³.

Alle diese in solchen Gesetzen zur Geltung gebrachten Bestimmungen scheinen aber auf den ersten Blick mit dem neuzeitlichen Begriff der Freiheit in der deutschen Demokratie in Widerspruch zu stehen. Bedenken wir praktisch nur, daß die wenigsten Geisteskranken im eigentlichen Sinne freiwillig die geeigneten Anstalten aufsuchen, sondern erst mit Hilfe einsichtsvoller Angehöriger die Hemmungen und Widerstände gegen eine stationäre Unterbringung überwinden müssen. Wie leicht verstoßen diese Versuche der Einwirkung schon gegen die abstrakten Begriffe von der persönlichen Freiheit und von dem Recht der Persönlichkeit im Sinne des Grundgesetzes vom 23. 5. 49. Jeder Arzt kann nur wünschen, daß das Aufnahmeverfahren möglichst unbürokratisch erfolgt und daß eine polizeiliche oder richterliche Einweisung nur ausnahmsweise angewandt wird. Auf unsere Frage angewandt heißt das, der Suchtkranke ist in seiner gestörten psychischen Haltung zunächst einmal Patient, mit dem auf dem Boden der Freiwilligkeit verhandelt werden muß. Erst bei weitergehenden psychischen Veränderungen oder bei Merkmalen psychotischer Art bleibt nur eine Einweisung als einzig wirksames Mittel übrig. Der Psychiater ist aber in erster Linie Arzt. Deshalb ist es für ihn unerwünscht, als Exekutivorgan für Polizei oder

Gericht tätig zu sein. Kommt man ohne amtlichen Druck nicht aus, muß man von den Bestimmungen der polizeilichen Einweisungen, wie sie in den einzelnen Ländern geschaffen worden sind, Gebrauch machen.

Diese ganze Überlegung ist aber durch den Artikel 104 des Bonner Grundgesetzes in Frage gestellt. Nach Absatz 1 dieses Artikels kann die Freiheit eines Menschen nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes beschränkt werden, nach Absatz 2 ist für jede Freiheitsentziehung eine richterliche Entscheidung einzuholen. Es ist durchaus fraglich, ob man bei dieser Formulierung an die besondere Lage psychisch kranker Personen, wozu auch die suchtkranken Menschen gehören, gedacht hat. Es darf vielmehr bezweifelt werden, ob dieser Artikel auf den genannten Personenkreis überhaupt anwendbar ist. Die einzig klare Antwort kann nur durch eine gesetzliche Neuregelung gegeben werden, wie sie MÜLLER-HESS (a. O.) für unbedingt notwendig hält. Ein solches Gesetz dürfte nur auf Bundesebene zu erlassen sein, um alle Schwierigkeiten auszuräumen. Das zuständige Bundesjustizministerium hat zwar ein Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung ausgearbeitet, schreibt EHRHARDT, jedoch soll dieser Entwurf sich nicht auf psychisch kranke Menschen beschränken. Der Berufsverband der deutschen Neurologen und Psychiater hat daher einen Gegenentwurf ausgearbeitet²⁴.

Es bedeutet lediglich eine überspitzte didaktische Auslegung, wenn man die persönliche Freiheit eines psychisch erkrankten Menschen so lange respektieren und auf eine Anstaltsunterbringung verzichten wollte, bis die gesetzlichen Voraussetzungen der richterlichen Mitwirkung klar zutage treten. Dieses würde eine beträchtliche Gefährdung der verfassungsrechtlich geschützten Grundrechte der Mitmenschen bedeuten, was dem Sinn des Grundgesetzes bestimmt nicht entsprechen würde. Wozu führt eine solche Didaktik? In der Kölner Tagespresse wurde noch vor kurzem mitgeteilt, daß die 4. Große Strafkammer in mehrstündiger Verhandlung den Antrag der Staatsanwaltschaft auf Unterbringung einer Geisteskranken wegen Gemeingefährlichkeit abgelehnt habe. Die 46jährige geisteskranke Frau, Mutter von 3 Kindern, war wegen Gemeingefährlichkeit in Anstaltspflege eingewiesen, woraufhin der vorläufige Unterbringungsbefehl aufgehoben wurde. Patientin befand sich vom 16. 11. 51 bis 19. 8. 52 wegen schizophrener Psychose mit massenhaften Wahnideen und Sinnestäuschungen in Anstaltspflege. Wegen aggressiven Verhaltens gegen die Hausbewohner kam es damals zum Strafverfahren wegen Körperverletzung und Hausfriedensbruchs. Patientin hatte eine absolut feindliche Einstellung gegen die ängstlichen und zurückhaltenden Mitbewohner und war schon wiederholt aggressiv tätlich geworden. Der Ehemann aber erreichte bei Gericht, daß seine Frau nach Hause entlassen wurde. Es ist nicht zu verstehen, wie ein

Gericht glaubt, die Verantwortung für das Verhalten der Patientin übernehmen zu können.

Über den Begriff der Gemeingefährlichkeit ist schon viel diskutiert worden. Das Polizeiverwaltungsgesetz von 1931 hat die Einweisung von Geisteskranken praktisch unter den gleichen Voraussetzungen wie das alte preußische Landrecht, und zwar die berühmte Vorschrift ALR. § 10 II 17, geregelt. Trotz aller Versuche möglichst klarer Umschreibung bleibt die Gemeingefährlichkeit nur ein relativer elastisch faßbarer Begriff. Er ist aber Voraussetzung der Anstaltseinweisung. Aus einem viel zu weit verstandenen Freiheitsbegriff heraus, wie es gerade bei den Landesverwaltungsgerichten der Fall ist, hat sich die Tendenz entwickelt, auf sichtbare Merkmale, wie Erregungszustände mit Zerstörungswut, Angriffshandlungen, Schadenszufügung an Personen und Sachen, zu warten. Daher kommen wir mit den jetzigen Formulierungen bei Suchtkranken nicht weiter, im Gegenteil machen solche Auslegungen jede wirksame Rauschgiftbekämpfung unwirksam. Die oben angeführten Beispiele hinsichtlich der suchtkranken Ärzte zeigen zur Genüge, daß nicht in einem einzigen Falle eine Verhandlung auf freiwilliger Basis den gewünschten Erfolg gehabt hat. Im Gegenteil drängten die Ärzte ebenso wie alle anderen Patienten auf vorzeitige Entlassung, ließen sich in ihrer Einsichtslosigkeit auch nicht belehren und fielen dem Rückfall wieder anheim.

Zur Zeit ist die praktische Handhabung auf Grund der gegebenen Rechtslage absolut unzureichend. Der gemeinsame Runderlaß des Innenministers und des Sozialministers vom 26. 4. 52²⁵ hält einstweilen noch nach wie vor die §§ 14 und 15 des Polizeiverwaltungsgesetzes für die zwangsweise durchzuführende Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker für gültig. Diese Auffassung haben inzwischen mehrere Gerichte, darunter auch das OVG. Münster, in einer Entscheidung vom 28. 11. 51 (III B 599/51) festgestellt. Für das Verfahren sind nach dem genannten Erlaß folgende Grundsätze festgelegt worden:

1. Die von der zuständigen Behörde angeordnete Zwangseinweisung bedarf nach Artikel 104 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland der richterlichen Bestätigung.

2. Für diese richterliche Bestätigung sind im Lande Nordrhein-Westfalen auf Grund des Artikels 74 der Landesverfassung ausschließlich die Verwaltungsgerichte zuständig.

3. Zur Herbeiführung der richterlichen Bestätigung hat die Behörde, die zur Zwangseinweisung schreitet, die Vorgänge unverzüglich dem zuständigen Landesverwaltungsgericht zuzuleiten.

4. Durch die in Artikel 104 GG. vorgesehene richterliche Bestätigung wird das ordentliche Rechtsverfahren gegen die einweisende Verfügung nicht berührt.

In den Erläuterungen zu diesen 4 Punkten ist vermerkt, daß nur bei Bejahung der Gemeingefährlichkeit die Zwangseinweisung eines Geisteskranken erfolgen kann. Dieses gibt vom ärztlichen Standpunkt aus mit Recht zu Bedenken Anlaß. Zur Klärung dieses Begriffes wird auf frühere Entscheidungen des preußischen Oberverwaltungsgerichts zurückgegriffen. Darnach ist eine Person als gemeingefährlich anzusehen, wenn sie dauernd zur Begehung strafbarer Handlungen neigt und von ihr weitere Straftaten zu erwarten sind, ohne daß auf diese Person die Bestimmungen des StGB. Anwendung finden können. Als weitere Begründung wird ein rechtswidriges Angreifen gegen Rechtsgüter eines anderen angesehen, besonders wenn dieses Handeln an sich den Tatbestand strafbarer Handlungen ausmacht, aber wegen der Erkrankung des Täters nicht verfolgt werden kann. Diesen Rechtsgütern sind auch Ehre und Vermögen sowie der Frieden anderer Menschen zuzurechnen.

In den weiteren Punkten des Erlasses sind die sonstigen Notwendigkeiten erläutert, nämlich die Einholung eines Gutachtens eines Kreisärztes, Anstaltsdirektors oder Direktors einer Universitäts-Nervenklinik oder kommunalen psychiatrischen Fachklinik, Vorschriften über die Darstellung und den Inhalt des Gutachtens, über die Durchführung des Einweisungsverfahrens durch das Amt für Ordnungsdienst, sowie über das Verhalten bei plötzlich auftretenden Geistesstörungen, wo die Polizei auch ohne vorherige Anhörung des Arztes eine vorläufige Einweisung vornehmen kann, wobei aber das kreisärztliche Gutachten am nächsten Tage einzuholen ist, endlich über die möglichst schonende Abfassung der Einweisungsverfügung unter Vermeidung von unangebrachten Ausdrucksformen usw. Die Ausstellung und Zustellung der Einweisungsverfügung, die unverzügliche Übermittlung an das zuständige LVG. zur Einholung der richterlichen Bestätigung, beschließen diese Vorschriften. Auf eine individuelle Erledigung, die dem Zustand eines Kranken angepaßt sein soll, wird besonderer Wert gelegt.

Somit müssen, wie in einem kurzen Ergänzungserlaß gleicher Stelle vom 22. 7. 52 dargetan ist²⁶, sämtliche Einweisungsverfahren seit Inkrafttreten des Grundgesetzes, den Verwaltungsgerichten vorgelegt werden. Dies ist inzwischen in Köln geschehen. Verschiedentlich sind eingereichte Beschwerdeverfahren dem Regierungspräsidenten zur Entscheidung vorgelegt, jedoch ist denselben nicht entsprochen worden. Die Aufhebung der Einweisung erfolgt auf schriftliches Gutachten des dafür zuständigen Chefarztes der Anstalt oder Klinik, sobald die Voraussetzungen für die ergangene Einweisung fortgefallen sind.

Hier und da hilft man sich, wie gesagt, mit der Entmündigung des psychisch kranken Menschen vor der Anstaltseinweisung. Hiergegen werden aber von rechtlicher und von ärztlicher Seite Bedenken erhoben. Als Haupteinwand wird die übliche erhebliche Verzögerung vorgebracht,

die das ganze langwierige Verfahren nun einmal mit sich bringt. Ferner ist die Minderung des Einsehens, die ablehnende Haltung von seiten der Familie, Verwandten und Bekannten, der Geschäftswelt und des Arbeitskreises, ein schweres psychisches Trauma für alle Beteiligten. Jeder Gutachter weiß, wie umständlich und mühevoll sich das ganze Verfahren hinzieht, wenn ein Einverständnis nicht vorliegt und Beschwerde erhoben wird.

Die einzelnen Ermittlungen, Vernehmungstermine usw. erstrecken sich bis zur Verkündung des Beschlusses oft über lange Zeiträume. Inzwischen ist der Kranke und seine Umwelt schutzlos allen Eventualitäten preisgegeben, vielleicht entstehen noch große Opfer an Geld und Gut, die hätten vermieden werden können.

So kann mitunter eine Maßnahme mit dem eigentlichen Zweck, den Kranken vor ungerechtfertigten Eingriffen in seine Freiheit zu schützen und ihn vor Schäden an Gut und Gesundheit zu retten, gerade das Gegenteil erreichen. Der Jurist aber will klar sehen, er will Beweise haben, die er sich durch umständliche Zeugenaussagen und Ermittlungen zu verschaffen versucht und dabei ein Bild von dem Kranken bekommt, das zur Zeit der Antragstellung gar nicht mehr zutrifft.

Sehen wir uns eines von vielen Beispielen an:

Praktischer Arzt, 55 Jahre alt, vor 28 Jahren Encephalitis durchgemacht, vor 20 Jahren einmal wegen Ausstellung falscher Rezepte bestraft, weiterpraktiziert, Schwangerschaftsatteste für nichtgesehene Patienten ausgestellt, Zusatzatteste in der Nachkriegszeit kritiklos ausgefertigt, gelangt mehr und mehr unter den Einfluß von überwertigen und wahnhaften und jetzt Wahnideen, gibt sich jetzt als Entdecker des Krebsserregers aus, Praxis wird ihm endlich vor 1 Jahr verboten, praktiziert aber weiter, Krankenkasse hält weiter ausgefertigte Atteste zurück und übergibt sie der Ärztekammer. Versuch einer PflEGschaft scheitert an dem fehlenden Verständnis im Sinne des § 1910 BGB. Angehörige bekümmern sich nicht mehr um den Patienten, so daß vom Gesundheitsamt der Entmündigungsantrag angeregt und von der Staatsanwaltschaft formgerecht gestellt worden ist. Verfahren läuft noch immer.

In solchen Zeiträumen kann der Kranke erhebliche Schäden stiften und erleiden. Von seiten der Justiz werden die Auswirkungen psychisch kranker Merkmale nicht genügend berechnet. Die Gemeingefährlichkeit ist der einzig entscheidende Grund für den Richter, einen Kranken gegen seinen Willen in eine Anstalt zu bringen. Die Allgemeinheit interessiert sich für den Kranken erst dann, wenn sie sich von ihm bedroht fühlt. Dann hält sie es auch für berechtigt, eine richterliche Prüfung vorzunehmen. Der Arzt ist dagegen der Auffassung, daß der Patient einen Anspruch auf seine persönliche Freiheit hat, aber nur so lange, wie sie dem Nächsten nicht schadet. Die persönliche Freiheit eines Menschen hört dort auf, wo der andere gestört wird. Wenn die Sicherheit der Allgemeinheit verletzt wird, ist eine Abstellung ebenso notwendig, wie in solchem Falle, wo das Individuum selbst durch eine

falsche Auswirkung innerhalb seiner Willenssphäre Schaden stiftet oder sich durch Rauschgifte vergiftet oder sich das Leben zu nehmen droht. Die Ärzte vertreten also mit Recht die Meinung, daß eine gesetzliche Bestimmung, die eine zwangsweise durchzuführende Anstaltsunterbringung nur bei Gemeingefährlichkeit zuläßt, völlig ungenügend, ja unmenschlich ist. Daher wird immer wieder die Forderung nach einem klaren und unkomplizierten Gesetz für die Einweisung des Kranken in Anstaltspflege unter Mitwirkung des zuständigen Kreisarztes erhoben.

RAUCH²⁷ hat sich zu dieser Frage im deutschen Arztrecht geäußert. Er hält ein Fürsorgegesetz für notwendig, wonach ein Kranker auch ohne seine Einwilligung in eine Anstalt eingewiesen werden kann, wenn es sein wohlverstandenes Interesse unbedingt verlangt. Für wen besteht aber ein größeres Interesse in dieser Hinsicht als für einen rauschgift-süchtigen Arzt oder sonstigen Patienten dieser Art? Seine persönliche Freiheit kann nur dann beachtenswert sein, wenn kein Unfug damit angestellt wird, denn auf die Dauer wird nicht nur er selbst, sondern auch seine Umwelt, aufs schwerste zu leiden haben. Somit tritt eine Umkehrung der Rechtsbegriffe ein. Denn an erster Stelle muß die Frage stehen, ob die Freiheitsbeschränkung im eigenen Interesse des Kranken notwendig ist und ob seine Genesung nur unter sachgemäßer Pflege in einer geschlossenen Anstalt gefördert und erreicht werden kann. Eine häusliche Pflege, mag sie noch so gut sein, ist für einen rauschgiftsüchtigen Patienten immer unzureichend, da sie nicht den einfachsten Bedingungen, z. B. ständige Aufsicht bei Tag und Nacht, entsprechen kann. Dann erst kommt die Frage der Gemeingefährlichkeit zur Beurteilung. Diese kann nur der Facharzt beurteilen, und zwar auf Grund ärztlicher, klinischer und praktischer Erfahrung. Damit ist der Richter auf den Arzt angewiesen. Eine Nachprüfung ist nicht möglich, jedoch kann der Richter erklären, daß ihn das Gutachten nicht überzeuge. Keinesfalls soll aber eine Kontrolle durch den Richter ausgeschaltet werden. Im Gegenteil kann sie dem Arzt durchaus erwünscht sein, wenn sie sich auf formelle Maßnahmen erstreckt. Andererseits wird jeder Richter mit einem solchen Modus gewiß übereinstimmen. Vergleiche hierzu auch ENGELMAYER²⁸ in seiner Schilderung: Ärztliche Gedanken zur Irrengesetzgebung.

Die sich daraus ergebende Frage, was von einem Gesetz über die Freiheitsbeschränkung aus gesundheitlichen Gründen zu verlangen ist, beantwortet RAUCH²⁹ dahin, daß ein solches Gesetz nicht einseitig ein Gesetz zum Schutz der Allgemeinheit vor gefährlichen Geisteskranken sein soll, sondern ein Fürsorgegesetz für den Geisteskranken selbst bedeuten muß. Daher soll die Aufnahme in eine entsprechende Anstalt oder Klinik so einfach wie möglich gestaltet werden. Ein Mißbrauch der Anstaltseinweisungen komme erfahrungsgemäß äußerst selten vor

und könne mal auf einem menschlichen Irrtum beruhen, was ja nie ganz ausgeschlossen werden könne. Von juristischer Seite, und zwar von JANETZKE-HAGEN³⁰, werden an gleicher Stelle die verschiedenen Widersprüche in Literatur und Praxis ausgelegt, nämlich einmal die in der Staatsrechtsliteratur vertretene Meinung, daß alle für eine Freiheitsentziehung in Betracht kommenden Stellen die verpflichtenden Gebote des Grundgesetzes genau zu befolgen haben, obwohl die Ausführungsbestimmungen noch nicht erlassen sind, ferner die von den ordentlichen Gerichten vertretene Auffassung, daß das Gesetz die erforderliche Bestimmtheit vermissen lasse, solange das angekündigte Ausführungsgesetz noch nicht verkündet sei. Deshalb bedeute Artikel 104 des GG. nicht unmittelbar geltendes Recht. Bis zur weiteren Regelung seien die Verwaltungsbehörden im Rahmen ihrer bisherigen Kompetenz zuständig.

Der Bundesjustizminister hat in seiner letzten Rede über den Justizhaushalt das Ausführungsgesetz zum Grundgesetz Artikel 104 angekündigt. In den Ländern Hamburg und Niedersachsen sind bereits solche Ausführungsbestimmungen ergangen.

In diesem Zusammenhang muß des Gesetzentwurfes gedacht werden, den LANGE LÜDDEKE³¹ veröffentlicht hat. Der Entwurf regelt in 27 Paragraphen sämtliche Belange der Aufnahme, der Einweisung zur Beobachtung, der einstweiligen Unterbringung, der nachträglichen Einweisung, der Anstaltsordnung, des Beschwerderechts, der Entlassung und der Kosten des Verfahrens. Zu den psychisch Kranken zählt LANGE LÜDDEKE auch die suchtkranken Patienten. Solche Kranke dürfen ohne oder gegen ihren Willen in einer geschlossenen Krankenabteilung nur dann untergebracht und behandelt werden, wenn das zuständige Amtsgericht die Aufnahme für zulässig erklärt oder wenn ein Gericht die Einweisung anordnet. In dringenden Fällen kann auch ohne eine amtliche Stelle eine Einweisung erfolgen, wenn der zuständige Amtsarzt oder leitende Arzt der Abteilung oder dessen Vertreter sie für dringlich erklärt (§ 2 IV).

Am nächsten Tag hat die Meldung beim Amtsgericht zu erfolgen unter Vorlage des Einweisungsattestes. Sind die formalen Voraussetzungen erfüllt, erklärt das Amtsgericht die Aufnahme für zulässig. Dem Patienten steht das Recht der Beschwerde zu (§ 4 III). Ihm wird auch ein Verteidiger vom Gericht beigeordnet. Bis zu 6 Wochen kann die Einweisung als Beobachtung aufgefaßt werden, wodurch das Gericht zum endgültigen Beschluß kommt (§ 10). In weiteren Vorschriften sind Einzelheiten über alle Fragen bis zur Entlassung enthalten. Zuständigkeitsfragen ersehen sich aus den §§ 20 ff.

Aus der beigelegten Begründung ist zu erwähnen, daß LANGE LÜDDEKE den Standpunkt vertritt, daß der Begriff der Gemeingefährlichkeit leicht ausgedehnt werden könnte, womit eine unerwünschte

Zunahme der gerichtlichen Einweisungen verbunden wäre. Dadurch werde der Arzt mehr und mehr zum Gefangenenaufseher degradiert und verliere alles Zutrauen. Bei gerichtlich eingewiesenen Patienten werde die Entlassung, auch bei Zustimmung der Angehörigen, von der Entscheidung des Gerichts abhängig gemacht, was zu einer Verlängerung des Anstaltsaufenthalts führen könnte.

Das wesentliche Merkmal des Entwurfs besteht darin, daß alle Aufnahmen, auch solche auf ein gewöhnliches ärztliches Attest hin, dem zuständigen Gericht gemeldet werden sollen, das die Aufnahme auf Grund formaler Bedingungen dann für zulässig und damit als zu Recht bestehend erklären soll. Dem Kranken soll aber die Möglichkeit der Beschwerde gegeben werden. Damit wird in der Tat ein Schutz der Kranken und auch der Ärzte erreicht. Die Aufnahme von Kranken in Anstalten würde merklich einer solchen in anderen Krankenhäusern angenähert. Wertvoll ist die Anregung, als Beschwerdeinstanz eine Kammer einzurichten, der auch Sachverständige angehören. Denn nur auf diese Weise dürften die Beschlüsse sowohl den rechtlichen als auch den ärztlichen Belangen entsprechen. Eine weitere Beschwerdeinstanz erscheint dann überflüssig. Wertvoll ist auch die Tendenz, daß möglichst ein und derselbe Richter bzw. die gleiche Kammer unter Auswertung gewonnener Erfahrungen mit diesen Beschwerdesachen beschäftigt werden soll. Jedenfalls kann der Entwurf für die künftige Gesetzgebung wichtige Hinweise geben.

Berücksichtigt man aber alle Faktoren in solch schwierigen Rechtsfragen, dann darf man nie vergessen, daß alle gesetzlichen Maßnahmen mit einem bleibenden Unsicherheitsfaktor rechnen müssen, der in der menschlichen Unsicherheit, der *Insecuritas humana* schlechthin seinen Ursprung hat. Der Wert eines neuen Geisteskranken-Fürsorgegesetzes bleibt dadurch bestimmt, wieweit das notwendige und in Paragraphen nicht faßbare Vertrauensverhältnis zwischen Geisteskranken und Angehörigen einerseits, sowie den Ärzten andererseits gewährleistet und gefördert wird.

In den Jahren nach dem letzten Weltkrieg sind in der Lösung der aufgeworfenen Rechtsfragen schon beachtliche Fortschritte erreicht worden. Zunächst basierte der ganze Fragenkomplex in unserer westlichen Breite auf der Anordnung 95 der Britischen Militärregierung, wonach die Abgabe von Betäubungsmitteln im einzelnen geregelt war, wonach auch die Kassenrezepte besonders eingetragen und aufbewahrt werden mußten und endlich eine regelmäßige Kontrollpflicht durch die Kriminalpolizei in den Apotheken zu erfolgen hatte.

Durch Erlaß II A 3—42—2 vom 6. 2. 52³² ist auf Grund der Rückgabe weiterer Souveränitätsrechte diese britische Anordnung aufgehoben worden. Daher brauchen z. B. die Kassenrezepte nicht mehr im Original

in den Apotheken aufbewahrt zu werden. Dadurch wird jedoch die den Kreisärzten obliegende Musterung in den Apotheken hinsichtlich der Feststellung des Verbleibs der Opiate erschwert. Dieser Frage muß später noch besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Was die Kontrollpflicht durch die Kriminalpolizei angeht, so ist eine solche jetzt nur noch bei dringendem Verdacht durch Einsicht der Bücher und Nachprüfung der Bestände durchzuführen. Alle Amtsärzte stehen nach dem Ergebnis einer Rundfrage auf dem Standpunkt, daß bei genügender Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und Kriminalpolizei diese Kontrolle durchaus genügen dürfte. Eine regelmäßige Kontrolle wird nicht für notwendig gehalten, weil durch die amtsärztlichen Musterungen genügende Beobachtungen hinsichtlich der Rauschgiftsucht gesammelt werden können. Man darf aber auch ein gewisses Bedenken gegen zu viele Kontrolle nicht verkennen. Auch hierbei kann nur durch Wahrung eines Vertrauens zwischen Amtsarzt und Apotheker ein ausreichender Erfolg gesichert werden. Eine ständige Fühlungnahme mit dem Rauschgiftdezernat bei der Kriminalpolizei wird aber allseitig für notwendig gehalten.

Die Kriminalpolizei im Stadtkreis Köln verfügt über eine ausgezeichnete Kartei mit mehreren hundert Fällen sowohl von Suchtkranken als auch von Rauschgifthändlern, so daß im Verdachtsfalle sich gute Hinweise ermöglichen lassen.

Ein besonderes Augenmerk hinsichtlich der Rauschgiftbekämpfung sei auf die Medizinalpersonen gerichtet. Besonders Ärzten gegenüber ist Milde und Nachsicht ganz unangebracht, wie z. B. RAUCH³³ im Lehrbuch der gerichtlichen Medizin von PONSOLD schreibt. Er begrüßt sehr ein strengeres Vorgehen der Behörden gegen die Rauschgiftsucht.

Bedauerlich ist die Aufhebung der Ausweispflicht für Abholer von Betäubungsmitteln in den Apotheken³⁴. Das Sozialministerium von Nordrhein-Westfalen hat seinen diesbezüglichen Erlaß vom 14. 5. 48 mit Wirkung vom 2. 4. 52 aufgehoben. Damit entfällt die Ausweispflicht für Abholer, damit wird aber auch den Versuchen, auf illegale Weise an Rauschgiftmittel zu gelangen, was auch für die Ostzone gilt, Vorschub geleistet. Man sollte darauf drängen, daß diese Ausweispflicht wieder eingeführt und in einer umfassenden neuen Bestimmung über den ganzen Komplex der Suchtbekämpfung verankert wird.

Zweckmäßig wäre es, wie von den verschiedensten Seiten gesagt wird, daß Betäubungsmittel nur in den Apotheken abgegeben werden dürfen, die innerhalb des für die Aussteller zuständigen Amtsarzt- bzw. Kreisarztbezirks gelegen sind. Die Freizügigkeit des Arzneimittelverkehrs würde dadurch, was Betäubungsmittel angeht, eingeschränkt werden, jedoch dürfte dieser Nachteil gegenüber dem großen Vorzug leichter und besserer Kontrolle zurücktreten. Man müßte auch

Ausnahmen verschiedener Art zulassen, die den Wechselfällen des Lebens Rechnung tragen. In Anbetracht der erforderlichen Kontrolle der Abgabe von Alkaloiden ist aber eine örtliche Begrenzung der üblichen Form durchaus gerechtfertigt.

In Bayern hat man vorgeschlagen, sämtliche Mißstände den dortigen Ärzten bekanntzugeben mit dem Ziel, die Ärzte anzuhalten, künftig die gesetzlichen Bestimmungen genauestens zu beachten³⁵.

In Köln haben die Apothekerkammer und die Kripo eine Zusammenstellung der rauschgiftsüchtigen Patienten, einschließlich Medizinalpersonen, zum ausschließlichen Gebrauch der Apotheker angefertigt, und zwar mit dem alleinigen Zweck, den Apotheker bei der Aushändigung von Betäubungsmitteln gegebenenfalls zur Vorsicht zu mahnen.

Die ganze schwierige Materie, welche hier vorwiegend vom juristischen Standpunkt aus beleuchtet werden sollte, läßt erkennen, daß erhebliche Widersprüche infolge verschiedenartiger Auffassungen von juristischer und medizinischer Seite sowie infolge verschiedener Auslegungsmöglichkeiten bestehen. Wollen wir auf dem Gebiet der Rauschgiftsucht weiterkommen, wollen wir ausreichende Erfolge erzielen und einer weiteren Zunahme der Suchtkranken wirklich wirksam vorbeugen, dann müssen die daran interessierten Kreise, bestehend aus Vertretern der Justiz, der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Verwaltungsbehörden und der Kriminalpolizei, Verhandlungen aufnehmen, um den richtigen Tenor für die Rechtsgrundlagen zu finden. Diese werden dann mit entsprechender Begründung und überzeugendem Material dem Gesetzgeber vorzulegen sein.

Wenn so der Kreis der gesetzlichen Maßnahmen geschlossen sein wird, ist es Sache des Arztes und des Apothekers, diesen Bestrebungen zum wirklichen Erfolg zu verhelfen. Der Ausspruch des altbekannten Psychiaters KRAEPELIN „Gäbe es keine Ärzte, dann gäbe es auch keine Morphinisten“ redet eine allzu deutliche Sprache. Was nützen die besten Gesetze, wenn nicht die Ärzteschaft aus ihrer ganzen Verantwortung heraus die Indikationen bei der Rezeptur aufs strengste beachtet.

Wichtiger bleibt noch die Erkenntnis, daß gerade süchtige Ärzte durch ihr oft verantwortungsloses Verschreiben von Rezepten den Kampf gegen dieses Volksübel erschweren. Daher sollen alle Vorschläge auch das Ziel verfolgen, die suchtkranken Ärzte wenigstens für die Dauer ihrer Krankheit von der Praxis auszuschließen, die Entziehung in der vorgeschlagenen erleichterten Form durchzuführen und eine ausreichende Kontrolle für die Zukunft zu sichern. Die Prognose der Alkaloidsucht ist im allgemeinen ungünstig. Der Arzt tue sein möglichstes, sie zu verbessern.

Die Regierungen aller Länder dürften eine Hauptaufgabe in dem Streben erblicken, das Niveau der Ärzte wissenschaftlich, moralisch und

wirtschaftlich zu heben und damit die Heranbildung eines verantwortungsbewußten Ärztestandes in jeder Hinsicht zum besten des ganzen Volkes zu unterstützen und zu fördern.

Die Notwendigkeit für alle interessierten Kreise, unvermindert mit allen zu Gebote stehenden Mitteln der Rechtsprechung, der Sachverständigentätigkeit und der Verwaltung die Bekämpfung der Rauschgiftsucht erfolgreicher als bisher zu gestalten, bedarf keiner weiteren Begründung.

Literatur.

¹ Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland v. 23. 5. 1949 (Bundesgesetzbl. Nr. 1 v. 23. 5. 49). — ² Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) v. 10. 12. 1929 (RGBl. I S. 215). — ³ Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens v. 3. 7. 1934 (RGBl. I S. 531). — ⁴ Bundesgesetzblatt 1952 I S. 121. — ⁵ Reichsgesetzblatt 1930 I S. 113. — ⁶ Reichsgesetzblatt 1934 I S. 59. — ⁷ Reichsgesetzblatt 1934 I S. 1266. — ⁸ Apotheker-Jahrbuch, S. 175 ff. Stuttgart: Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft 1952. — ⁹ Reichsgesetzblatt 1934 I S. 58. — ¹⁰ Reichsgesetzblatt 1935 I S. 208. — ¹¹ Reichsgesetzblatt 1931 I S. 513. — ¹² Reichsgesetzblatt 1934 I S. 1090. — ¹³ Reichsgesetzblatt 1934 I S. 454. — ¹⁴ Reichsgesetzblatt 1935 S. 212. — ¹⁵ Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Herausgeg. von FEDERHEN-MAYEN. Stuttgart: Georg Thieme 1952. — ¹⁶ Reichsgesetzblatt 1942 I S. 663. — ¹⁷ Reichsgesetzblatt 1930 I S. 144. — ¹⁸ MÖLLER, KNUD O.: Rauschgifte und Genußmittel. Basel: Benno Schwabe & Co. 1951. 424 S. — ¹⁹ MÜLLER-HESS, V.: Gesetzliche Bestimmungen zur Rauschgiftbekämpfung. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 41, 345 — 395 (1952). — ²⁰ KRAEMER, W.: Ein Beitrag zur Polamidonsucht. Nervenarzt 23, 33 (1920). — ²¹ PIECK, K.: Gibt es eine Polamidonsucht? Med. Klin. 1950, 1429. — ²² Rechtspr. 26: Z. Arztrecht 2, 196 (1952). — ²³ EHRHARDT, H.: Die Anstaltseinweisung Geisteskranker als juristisch-medizinisches Problem. Z. Arztrecht 1952, 3/4, 204—210. — ²⁴ GRUHLE, H.: Nervenarzt 1951, H. 22, 271. — ²⁵ Gemeinsamer Runderl. d. Innenministers, IV A 1/1302/4711, Tgb. Nr. 175/52 und d. Soz. Min., II C Tgb. Nr. 414 v. 26. 4. 52. — ²⁶ Rd. Erl. d. Soz. Min. d. Landes NRW., II C Tgb. Nr. 414 v. 22. 7. 52. — ²⁷ RAUCH, H. J.: Sollen Anstaltskranke vor der Anstaltsaufnahme entmündigt werden? Z. Arztrecht 2, 219—223 (1952). — ²⁸ ENGELMAYER, M. P.: Ärztliche Gedanken zur sog. Irrenschutzgesetzgebung. Dtsch. med. Wschr. 1951, 1377. — ²⁹ RAUCH, H. J.: Was ist von einem Gesetz über die Freiheitsbeschränkung aus gesundheitlichen Gründen zu verlangen? Öff. Gesdh. dienst 13, 266 (1951). — ³⁰ JANETZKE-HAGEN, St. O.: Freiheitsentziehung ohne richterliche Anordnung. Öff. Gesdh. dienst 1951, 271 — 273. — Vgl. hierzu von dem gleichen Verfasser: Die Zwangseinweisung gemeingefährlicher Geisteskranker. Ärztl. Mitt. 38, 96/97 (1953). — ³¹ LANGELÜDDEKE, A.: Entwurf für ein Bundesgesetz zum Schutze psychisch kranker Personen. Nervenarzt 23, 303 (1952). — ³² Rundschr. Nr. 1/1952, im Apotheker-Jahrbuch 1952, S. 8. — RAUCH, H. J.: Gerichtliche Psychiatrie. In PONSOLD, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, S. 104 ff. Stuttgart: Georg Thieme 1950. — ³⁴ Rundschr. Nr. 2 vom August 1952 der Apothekerkammer NRW., vgl. Apotheker-Jahrbuch 1952, S. 20. — ³⁵ Rundschr. Nr. 4/1951, betreffend Polamidon und über Zuwiderhandlungen in der Abgabe von Betäubungsmitteln. Apotheker-Jahrbuch 1951, S. 36.

Obermedizinalrat Dr. med. Dr. jur. W. AUER,
Köln-Marienburg, Leyboldstraße 4.