

causalité. C'est un devoir administratif ainsi qu'une tâche de la médecine préventive des accidents de la circulation de découvrir et d'éliminer les personnes qui sont inaptes à conduire un véhicule à moteur. L'auteur examine les difficultés causées par une telle intervention et le motif pour lequel on ne peut pas mieux tenir compte des conditions d'intervention. L'importance de la médecine préventive des accidents de la circulation, en particulier pour la Suisse, est mise en évidence.

#### Literatur

*Grönewegen H. Y.*: Das Führen von Kraftfahrzeugen als Arbeit. Zeitschrift f. Verkehrssicherheit 2, 38–41 (1954).

*Metzger W.*: Das Verkehrsproblem, psychologisch gesehen. Umschau 57, 461 (1957).

*Peter H.*: Die psychiatrische Beurteilung von Motorfahrzeugführern. (Huber, Bern, 1960.)

Aus der psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel (Direktor: Prof. Dr. P. Kielholz)

## Die ärztlich-fürsorgerische Aufgabe bei Sexualdelinquenten

Von *J. Janner*

Die Überzeugung der Psychohygieniker, daß «die klinisch feststellbare Neurose für eine nicht unerhebliche, aber schwer bestimmbare Zahl von Verbrechen ein wichtiges Merkmal» bilde (*H. Meng* und *P. Reiwald* [8]), scheint am ehesten noch für das Gebiet der Sexualdelikte in das allgemeine Bewußtsein eingedrungen zu sein.

Dies ist zum Beispiel ohne weiteres aus der statistischen Betrachtung der strafrechtlichen Gutachtenaufträge ersichtlich. *Harder* [4] zählt unter 860 strafrechtlichen Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt Rheinau, die in den Jahren 1942–1958 erstattet wurden, 220 (25,6 %) Sexualdelikte und 446 (51,9 %) Vermögensdelikte. Die Kriminalitätsziffer für diese beiden Deliktgruppen beträgt aber zum Beispiel für das Jahr 1950 in der Schweiz 52,0 bzw. 267,0. Die Vermögensdelikte sind also etwa fünfmal häufiger als die Sittlichkeitsdelikte, führen aber verhältnismäßig wesentlich seltener zur psychiatrischen Begutachtung. Der Eindruck, daß die Gruppe der Sexualdelinquenten psychisch besonders abnorm sei, widerspiegelt sich noch deutlicher in der forensisch-psychiatrischen Beurteilung: 25,8 % der Vermögensdelinquenten wurden in der Rheinau als voll zurechnungsfähig (d.h. als «normale» Persönlichkeiten) beurteilt, während dies nur bei 6,8 % der begutachteten Sexualdelinquenten der Fall war (briefliche Mitteilung von *A. Harder*).

Die Praxis der Gerichte und Gutachter, die allein aus diesen Zahlen deutlich hervorgeht, zeigt zwar Übereinstimmung mit den erwähnten Annahmen der Psychohygiene, steht aber in einem gewissen Gegensatz zur theoretischen Stellungnahme der forensischen Psychiatrie. Wir haben gelernt, daß Abnormi-

tät im psychiatrischen Sinne nicht gleichbedeutend sei mit Abnormität im forensischen Sinne. Nicht die Abweichung vom durchschnittlichen, normalen Menschen überhaupt, sondern die Abweichung eines bestimmten Delinquenten vom durchschnittlichen Typus seiner «Verbrechensgenossen» bestimme die forensische Relevanz seiner Persönlichkeitsanomalie (*Dukor* [1]). Diesen Grundsatz wendet für die kriminalpsychologisch besonders einheitliche Gruppe der Exhibitionisten zum Beispiel auch *Kolle* [6] an, wenn er erklärt: «Der typische (essentielle) Exhibitionist ist in der Regel nicht zu exkulpieren.» *Koopmann* [7] hat diese Ansicht fast wörtlich wiederholt: «Der typische Exhibitionist ist strafrechtlich verantwortlich.» Wir möchten die Richtigkeit der zugrunde liegenden Gedankengänge gar nicht in Frage stellen – wir selbst haben sie intellektuell übernommen –, sondern lediglich festhalten, daß die landläufigen Gutachten bezüglich der Sexualdelikte eine ganz andere, mehr von praktischen und gefühlsmäßigen als von wissenschaftlichen Motiven gelenkte Einstellung verraten, und daß ihnen die Gerichte darin fast immer folgen. Es sieht so aus, als ob man diesem «blödsinnigsten Delikt», wie *Strasser* [12] wenig geschmackvoll für den Exhibitionismus sagte, praktisch immer die Einfühlbarkeit (als Kriterium der Normalität) absprechen wolle:

Die Durchsicht sämtlicher Gutachten über 96 Exhibitionisten, die in unserer Klinik und Poliklinik in den Jahren 1942–1959 beurteilt wurden, führt zu der überraschenden Feststellung, daß nur 8 Exploranden irgendeinmal als voll zurechnungsfähig beurteilt wurden. Sieht man sich diese Fälle näher an, so macht man die Entdeckung, daß die Beurteilungen sehr oft von Zweckmäßigkeitserwägungen oder halbbewußten affektiven Regungen mitbestimmt wurden. Ein Gutachter, der eine positive Gegenübertragung auf seinen Exploranden entwickelt hatte und ihn für unschuldig hielt, erklärte ihn für voll zurechnungsfähig, weil er damit rechnete, daß das Verfahren mangels Beweises eingestellt würde. «Sollte er gestehen», fügte er bei, «so würden wir eine nochmalige Beurteilung empfehlen!» Das Verfahren wurde eingestellt. In einem ähnlichen zweiten Falle wurde der Explorand beim ersten Male, weil es unwahrscheinlich schien, daß er verurteilt werden könne, als voll zurechnungsfähig beurteilt, beim Rezidiv, als seine Schuld feststand, als vermindert zurechnungsfähig. Ein bei der Untersuchung unsympathisch und unaufrichtig wirkender Explorand wurde bei der ersten Beurteilung als voll zurechnungsfähig beurteilt, beim Rückfall mit Hinweis auf die wahrscheinlich doch abnorme Triebstärke als vermindert zurechnungsfähig. Umgekehrt wurde ein anderer bei der ersten Beurteilung im Hinblick auf neurotische Momente seines Delinquierens als vermindert zurechnungsfähig beurteilt, als er aber nach einem Freispruch rückfällig geworden war, als voll zurechnungsfähig, weil es sich beim Delikt nur um eine einfühlbare «Ersatzhandlung» für eingeschränkten ehelichen Verkehr gehandelt habe. Durch ein Rezidiv kann man also Sympathien gewinnen oder verlieren.

Mehr rationale Motivierung scheinen in anderen Fällen mitzuwirken. So wird ein einmalig entgleister Lehrer offenbar als voll zurechnungsfähig erklärt, weil die Voraussetzungen für eine bedingte Bestrafung gegeben sind und weil die Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit nur die durchaus zu verantwortende Entscheidung der Schulkommission, den Lehrer in seinem Amt zu belassen, erschweren würde. Den Beweggrund liest man freilich nur zwischen den Zeilen. In zwei Fällen dürfte doch ein plötzlicher unabweisbarer Zwang zu wissenschaftlicher Konsequenz den Ausschlag gegeben haben: Es handelte sich um so typische Fälle, daß die Frage, ob es denn überhaupt zurechnungsfähige Exhibitionisten gebe, durch ein Exempel bejaht werden mußte. In unserem letzten Falle endlich wurde der Täter als banale triebhafte und moralschwache

Persönlichkeit voll zurechnungsfähig erklärt. Er beging im folgenden Jahr einen Mord und wurde deswegen und wegen erneuter exhibitionistischer Delikte ein zweites Mal begutachtet, wobei ihm diesmal bezüglich seiner Exhibitionen eine Verminderung seiner Zurechnungsfähigkeit «zugebilligt» wurde.

Ähnlich, wenn auch weniger ausgeprägt, liegen die Dinge bei 77 begutachteten Pädophilen, von denen immerhin 10 als voll zurechnungsfähig beurteilt wurden. Bezeichnenderweise hatten sich alle diese Vollzurechnungsfähigen an Pubertierenden oder (als Homosexuelle) an Jugendlichen vergangen, so daß also das Kriterium der Einfühlbarkeit den Ausschlag gegeben hatte.

Wir haben diese Kasuistik «normaler» oder «typischer» Exhibitionisten, die als voll zurechnungsfähig beurteilt wurden, nicht in kritischer Absicht gebracht. Es lag uns lediglich daran, zu zeigen, daß der Gutachter – oft gegen seine eigene theoretische Anschauung – dazu neigt, bei Sexualdelikten (das heißt bei Exhibitionisten und Pädophilen) immer eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Für die Jurisdiktion ist dies insofern belanglos, als der Entscheid über diese Frage dem Richter zufällt, «und zwar primär, nicht nur im Sinne der Nachprüfung, der er das Gutachten in allen Teilen zu unterziehen hat» (*Dukor* [2]). Wir haben jedoch den Eindruck gewonnen, daß die eben erwähnte Tendenz beim Richter ebenso stark ausgeprägt ist. Vielleicht sagt uns gerade für das Gebiet der Sexualität der gesunde Menschenverstand, daß auch der normale Mensch sich im Zustande «beschränkter Willensfreiheit» befindet. «Was für die forensische Psychiatrie sozusagen juristisch erfunden werden mußte (die verminderte Zurechnungsfähigkeit), enthält gerade das, was für jeden wirklichen Menschen gilt, sei er gesund oder krank» (*V. v. Weizsäcker* [13]).

Aus solchen (meist unausgesprochenen) Erwägungen leitet sich das Hilfsbedürfnis her, das nach der Maßnahme sucht, die wiederum – diesmal vom Zweck her – zu der Anerkennung des krankhaften Zustandes des Delinquenten führt: «ne conclure à l'irresponsabilité que s'il est possible d'assurer la défense sociale par des mesures d'ordre médical et d'assistance» (*Rogues de Fursac* [10]).

Ob es möglich ist, durch fürsorgliche und ärztliche Mittel dem Sicherheitsstandpunkt Genüge zu tun, ist die Frage, die uns so schwer belastet. *Stachelin* [11] hat sie vor Jahren folgendermaßen beantwortet:

«Die ärztliche Behandlung der sexuell Abnormen ist bei vielen Fällen eine mühsame und an Enttäuschungen reiche Aufgabe; die Fälle sind relativ selten, bei denen dem Delikt eine Neurose zugrundeliegt, die sich in mehr oder weniger kurzer Zeit endgültig heilen läßt. Oft besteht eine ausgeprägte abnorme Veranlagung, die sich in der ganzen Charaktergestaltung auswirkt. Der Heilungswille hält deshalb und wegen des in der perversen Sexualbetätigung gewonnenen, meistens nicht ersetzbaren Lustgewinnes oft nicht lange an. Manchem Sexualverbrecher wird ein Verzichtleisten zugemutet, das eine sittliche Höhe und Größe voraussetzt, wie es so mancher, der über ihn zu Gericht sitzt, bei für ihn viel weniger wichtigen Dingen nicht aufbringen kann. Meistens verbürgt nur eine jahrelange ausgedehnte, geduldige ärztliche Hilfe einen dauernden Erfolg.»

Mehr ist darüber nicht zu sagen. Der Einzelfall bringt immer wieder posi-

tive Ergebnisse. Man darf nicht erwarten, daß der Gesundungsprozeß ein gerader, zeitlich voraussagbarer ist. Man wird immer wieder die Erfahrung machen müssen, daß die Patienten auch während der Behandlung weiter delinquieren. «Das mag für den Disziplinierungsprozeß beunruhigend sein, ist aber auch andererseits als ein durchaus gesundes Symptom der Vitalität aufzufassen, die ihren eigenen Gesetzen gehorcht, bis schließlich doch der Weg gefunden wird, der zur Beruhigung führt.» So schreibt *Plaut* [9], für den «der sexuell Gestörte, wenn er wirklich seine Schwierigkeiten überwinden will, zu den dankbarsten Patienten gehört».

Der unmittelbare Eindruck unserer eigenen Behandlungsverläufe ist widersprüchlich: auf der einen Seite die «magische» Wirksamkeit scheinbar illusorischer Prozeduren, auf der anderen die Wirkungslosigkeit eines energischen und unausgesetzten therapeutischen Einsatzes. Nachstehend zwei Beispiele:

Ein 27jähriger, verheirateter Exhibitionist wird nach seiner vierten Verurteilung ambulant durch unsere Poliklinik betreut. Im Jahre der Urteilsverkündung (1952) fanden 12 Konsultationen statt, 1953 8 Konsultationen, nach einem Arztwechsel im Jahre 1954 6 Konsultationen, bei zweimaligem Arztwechsel im Jahre 1955 noch 5 Konsultationen, in den Jahren 1956 und 1957 endlich nur je 1 Konsultation. Die verhältnismäßig intensive Beratung im ersten Jahre hatte die Abklärung gewisser ehelicher Spannungen zum Gegenstand. Die charakterlich und intellektuell überlegene Ehefrau hatte gegen den stillen, initiativlosen und kindlichen Mann eine ablehnende Haltung eingenommen. Sie klagte über Schmerzen beim Sexualverkehr, die sie auf eine gynäkologische Erkrankung zurückführte. Es gelang, das Einvernehmen der Gatten günstig zu beeinflussen: die Frau ging zum Frauenarzt, die Koitusbeschwerden verschwanden. Ein unerfüllter Wunsch der beiden Ehegatten nach einem zweiten Kind schien sie einander innerlich näher zu bringen. Da der Patient in den Jahren 1952 und 1953 immer noch gelegentlich über Impulse zum Exhibieren klagte, wurde vorübergehend Follikelhormon verordnet, das eine dämpfende Wirkung auf die Sexualität des Mannes hat. In den folgenden Jahren bestand die Behandlung nur noch in einer periodischen kurzen Unterredung, die in immer größeren zeitlichen Abständen erfolgte. Der Patient kam willig zu den Besprechungen, die er irgendwie als wohlwollende Ermahnung auffaßte. Wir empfahlen schließlich dem Gericht im Hinblick auf das Ablaufen der Bewährungsfrist den Abschluß der psychiatrischen Betreuung, die ja schon seit zwei Jahren praktisch abgeschlossen war. Einen Monat nach Ablauf dieser fünfjährigen Frist und der gerichtlich angeordneten Kontrolle in unserer Poliklinik wurde der Patient erneut rückfällig. Diese Koinzidenz gestattet verschiedene Deutungen: Entweder handelt es sich um Zufall in dem Sinne, daß der Patient seit der letzten Bestrafung immer wieder gelegentlich exhibiert hatte, ohne es uns mitzuteilen und ohne dabei erwischt zu werden. Diese Möglichkeit stellte der Patient uns gegenüber auch nach der erneuten Verurteilung energisch in Abrede. Man müßte also annehmen, daß entweder die Strafandrohung oder die Behandlung oder beides doch einen gewissen Einfluß auf das Verhalten des Patienten gehabt hatten, so daß nach dem Wegfall beider die Delinquenz plötzlich wieder auftrat. Dagegen ist einzuwenden, daß sich dieser Patient einerseits schon früher auch außerhalb von Bewährungsfristen und ohne psychiatrische Betreuung straflos gehalten hatte, andererseits aber auch trotz dieser Stützen rasch rückfällig geworden war.

Während in diesem Falle trotz geringer therapeutischer Aktivität unsererseits gerade auch beim Patienten der Eindruck einer magischen Feiung durch die Behandlung entstehen konnte, zeigt das zweite Beispiel das Gegenteil:

Ein im Jahre 1951 erstmals wegen einer ganzen Reihe pädophiler Delikte mit kleinen Mädchen verurteilter, damals 29jähriger Mann wurde auf Anraten des von ihm konsultierten frei praktizierenden Psychiaters, der auch als Gutachter gehört wurde, unter Aufschub einer 1¼jährigen Gefängnisstrafe in Anwendung von Art. 15 StGB in ambulanter Form psychiatrisch behandelt. Ein Rückfall im Jahre 1953 veranlaßte ihn zum freiwilligen Eintritt in unsere Klinik. Eine psychotherapeutisch sehr aktiv eingestellte Ärztin begann dort eine analytisch orientierte Behandlung, über die sie schon vor Ablauf eines Monats folgendes berichtete: «Er zeigte sich von Anfang an sehr behandlungsbereit und offensichtlich besten Willens, gegen seine von ihm als krankhaft empfundene Perversion mit allen Mitteln zu kämpfen. Offenbar hatte er schon während der vorangehenden Haft Zeit zur Selbstbesinnung gehabt, so daß schon bei der ersten eingehenden Besprechung seiner krankhaften Entwicklung ihm bisher nicht bewußte Zusammenhänge zum Vorschein kamen . . . Unter diesen Umständen kam es bei sehr intensiver Beschäftigung mit ihm schon nach 10 Tagen zu einer Wandlung: Während er vorher sein Leiden als unheilbaren Konstitutionsfehler betrachtet hatte, war ihm nun klar, daß sein abnormes Verhalten in seiner Entwicklung, die durch verschiedene Enttäuschungen und dadurch ausgelöste Regressionen gekennzeichnet ist, begründet liegt.» Die Behandlung wurde bis 1956 (monatlich 1–2 Sitzungen) fortgesetzt, eine Serie von drei Rückfällen setzte ihr ein Ende. Nachdem die vom Patienten jetzt dringend gewünschte Kastration durchgeführt war, gelang es nochmals Strafaufschub zu erwirken. Seither ist er ohne weitere Betreuung rezidivfrei geblieben und ist sehr glücklich über den Eingriff.

Beide Beispiele sind anscheinend nicht dazu angetan, die Wirkung psychotherapeutischer Bemühungen zu belegen. In beiden Fällen war die Therapie Glaubenssache, im ersten Falle mehr beim Patienten, im zweiten mehr beim Therapeuten. Bei aller Kritik sollte man aber nicht übersehen, daß es dabei doch möglich war, bei diesen kranken Menschen eine längerdauernde und trotz aller Unvollkommenheit echte Beziehung aufrechtzuerhalten. Wohl erlebte der Therapeut nicht die Genugtuung, übertriebene Erwartungen zu erfüllen; er hat aber doch den Gerichten die ärztlichen Grundlagen für ihre vom menschlichen Standpunkt erfreulichen Entscheidungen geliefert. Er hat bei dem einen Patienten ein Stück Eheberatung machen können, stand dem andern auf dem schweren Wege der Entscheidung zur Kastration bei, konnte den Aufschub eines Teils der Freiheitsstrafen erwirken und hat vielleicht durch seine Mitwirkung bei der Rechtsprechung das allgemeine Verständnis für diese Krankheitsform wecken helfen.

Ist man als vom Gericht bestellter Therapeut nicht nur seinem Patienten verpflichtet, sondern muß auch Verpflichtungen gegenüber der Allgemeinheit übernehmen, die das Verschwinden der Symptome fordert, ohne Einblick in ihre Bedeutung zu haben, so gerät man leicht in Versuchung, die eigenen Möglichkeiten zu überschätzen oder wenigstens nach außen zu optimistisch darzustellen. Dabei weiß man, daß «Leidensverminderung bei Symptompersistenz» in der Psychotherapie ein Erfolg ist, mit dem man sich oft schon zufrieden geben muß.

Zum Teil aus diesem inadäquaten Rechtfertigungsbedürfnis bezüglich unserer Arbeit, zum Teil auch schon aus der inneren Auflehnung gegen die zu große Last, die wir uns damit aufgeladen hatten, haben wir an anderem Orte (*Janner*

[5]) eine «Erfolgsstatistik» unserer Fälle versucht. An repräsentativen Teilgruppen ermittelten wir für die 840 in den Jahren 1942–1957 in Basel verurteilten Pädophilen und Exhibitionisten eine Rezidivhäufigkeit von 20 % für die Erstverurteilten, von 40–50 % für die mehrfach Verurteilten. Die gleichen Zahlen ließen sich auch in unserer Behandeltengruppe (82 Fälle) aus den Jahren 1942–1952 nachweisen. Den Beweis für die Nützlichkeit unserer Arbeit konnten wir also auf diesem Wege nicht erbringen. Es wurde uns dabei wenigstens klar, daß frühere Autoren, die dies tun zu können geglaubt hatten, lediglich Unvergleichbares verglichen hatten.

In neuerer Zeit hat *Ernst* [3] in einleuchtender Weise auf die Unmöglichkeit jeder psychotherapeutischen Erfolgsstatistik hingewiesen. Leute, die in eine Behandlung kommen (auch in Basel gelangte nur etwa ein Sechstel der verurteilten Sexualdelinquenten in irgendeiner Form in Behandlung), gehören zu den Typen mit relativ günstiger Spontanprognose. Die Behandlung ist auch nicht etwas, was angeordnet werden kann, sondern sie «kommt zustande» unter Voraussetzungen, die nur in einem Teil der Fälle zu erfüllen sind. Da diese Behandlung außerdem ihrer Natur nach nicht häufig rasch wirkt, sind die notwendigen Voraussetzungen für ihre statistische Überprüfbarkeit grundsätzlich nicht gegeben.

Die psychotherapeutischen Bemühungen bei Sexualdelinquenten liegen aus verständlichen Gründen fast ausschließlich im poliklinischen Tätigkeitsgebiet. Das Mißverhältnis zwischen Helfern und Hilfebedürftigen sollte uns nicht dazu veranlassen, unsere Anstrengungen aufzugeben. Im Rahmen des Ausbildungsprogrammes für Psychotherapie, wie es heute an Universitätskliniken durchgeführt wird, müßte die notwendige Zahl von behandelnden Ärzten für eine überwachte analytische Therapie an der relativ kleinen Zahl derjenigen, die sich gut dafür eignen, gefunden werden. Für die große Zahl der Patienten, die einer solchen Behandlung kaum zugänglich sind, wäre die Aufnahme in einer therapeutischen Gruppe denkbar, sobald sich diese neue Behandlungsform auch bei uns noch mehr eingebürgert haben wird. Das Evidenzenerlebnis des Heilungserfolges im Einzelfalle wird uns über das Gefühl der Machtlosigkeit in vielen andern Fällen hinwegtrösten müssen.

#### *Zusammenfassung*

Die große Mehrzahl der zur Beurteilung gelangenden Exhibitionisten und Pädophilen wird in der Praxis der Gutachter und der Gerichte – in einem gewissen Gegensatz zu theoretischen Anschauungen – als vermindert zurechnungsfähig beurteilt. Ihre Behandlungsbedürftigkeit wird damit implizite bejaht. Probleme und Resultate der ärztlich-fürsorgerischen Betreuung dieser Delinquentengruppe werden an Beispielen besprochen.

#### *Résumé*

La grande majorité des exhibitionnistes et des pédophiles mis en accusation sont jugés, dans la pratique, par les experts et les tribunaux comme partiellement irresponsables de

leurs actes, contrairement au point de vue théorique. Cela affirme d'une manière implicite la nécessité de les traiter. Les problèmes et les résultats de la surveillance médicale et sociale de ce groupe de délinquants sont discutés au moyen d'exemples.

### Literatur

[1] *Dukor B*: Richter und Psychiater, Schweiz. Juristenztg. H. 16/17 (1955) – [2] *Dukor B*: Forensische Psychiatrie für Gutachter, Bull. des Eidg. Gesundheitsamtes B.4 (1953) – [3] *Ernst K*: Die Prognose der Neurosen, Springer (1959) – [4] *Harder A.*: Ergebnisse und Probleme bei strafrechtlichen Begutachtungen, Schw. Arch. Neur. Psychiatr. 83, 236 (1959). – [5] *Janner J.*: Über die Bedeutung der psychiatrischen Betreuung verurteilter Sexualdelinquenten, Schw. Zs. Strafrecht 74, 310 (1959). – [6] *Kolle K.*: Sexualpsychologie, Fortschr. Neur. 4, 361 (1932). – [7] *Koopmann H.*: Exhibitionismus, Ms. Kriminalbiol. u. Strafrechtsreform 33, 18 (1942). – [8] *Meng H.* und *Reiwald P.*: Prophylaxe des Verbrechen, in: Psychohygienische Vorlesungen, herausg. v. H. Meng, Benno Schwabe Verlag, Basel/Stuttgart (1958). – [9] *Plant P.*: Der Sexualverbrecher und seine Persönlichkeit, Enke, Stuttgart (1960). – [10] *Rogues de Fursac*: Manuel de Psychiatrie, Alcan, Paris, 1923, zit. in A. Porot und Ch. Bardenat: Psychiatrie médico-légale, Maloine, Paris (1959). – [11] *Staehein J. E.*: Zur Bekämpfung der Sexualdelikte, Schw. Zs. Strafrecht 41, 16 (1928). – [12] *Strasser Ch.*: Psychiatrie und Strafrecht, Polygraphischer Verlag AG, Zürich (1927). – [13] *v. Weizsäcker V.*: Soziale Krankheit und soziale Gesundheit, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1955).

## Mitteilungen - Communications

### 14. Österreichischer Ärztekongreß Van Swieten-Tagung

(17.–19. Oktober 1960)

Programm:

*Sonntag, 16. Oktober 1960*

Eröffnung der Ausstellung und Pressekonferenz

*Montag, 17. Oktober 1960*

I. Hauptthema: «Erkrankungen des Blutbildes und blutbildenden Systems»

*Dienstag, 18. Oktober 1960*

Generalversammlung der Van Swieten-Gesellschaft (nur für Mitglieder)

Fortsetzung des I. Hauptthemas: «Thrombose und Embolie»

*Mittwoch, 19. Oktober 1960*

Gemeinsame Tagung mit der Wiener Gesellschaft für innere Medizin und der Wiener Gesellschaft für Kinderheilkunde

II. Hauptthema: «Wandlungen im Bilde der akuten Infektionskrankheiten»

III. Hauptthema: «Entzündliche unspezifische Gelenkserkrankungen»

### Kongreß für ärztliche Fortbildung (20.–22. Oktober 1960)

Gesamtthema: «Krankheitshäufung durch Zivilisationseinflüsse»

Die Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung veranstaltet während des Kongresses in der Zeit vom 17. bis 22. Oktober 1960 an den medizinischen Universitätsinstituten und -kliniken sowie an den städtischen Krankenhausbteilungen und am Unfallkrankenhaus Kurse mit *Praktika*. Die Kurse werden von Mitgliedern des Lehrkörpers der Wiener Medizinischen Fakultät oder deren Assistenten gehalten.

*Anfragen* und *Anmeldungen* für Kurse über alle Fachgebiete sind an die Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Wien IX, Alsterstraße 4, zu richten.