

Für die Praxis

Biologische Konzeptionsverhütung und ihre Auswertung für die Praxis

von Dr. med. habil. Karl M. Herrligkoffer

Zusammenfassung: Das zeitliche Konzeptionsoptimum wurde unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse von Schröder, der vorherrschenden Lehre von Knaus sowie der gegen Knaus gerichteten Ansichten von Stieve, Caffier u. a. Autoren erörtert. — Nach bisherigen Beobachtungsergebnissen zerfällt der monatliche Zyklus bei dem Weibe, das regelmäßig vierwöchentlich menstruiert (d. h. dessen Menstruation sich jeweils nach 27 bis 29 Tagen wiederholt), in mehrere Phasen:

eine postmenstruelle sterile Phase; sie reicht vom 1.—9. Tag p. m.; eine erste bedingt fruchtbare Phase vom 10. bis 14. Tag p. m.; eine absolut fruchtbare Phase, vom 15. bis 17. Tag p. m.; eine zweite bedingt fruchtbare Phase, vom 18. bis 21. Tag p. m.; eine prämenstruelle sterile Phase, sie reicht vom 22. bis 28. Tag p. m.

Es ergibt sich somit eine sterile Phase vom 22. bis 9. Tag p. m. und eine fruchtbare Phase vom 15. bis 17. Tag des Zyklus, während die dazwischen liegenden Zeiten als bedingt fruchtbar anzusehen sind. Während der bedingt fruchtbaren Phase dürfte bei dem Wunsche, eine Befruchtung zu verhüten, der Anwendung von brauchbaren Antikonzipientien besondere Bedeutung zukommen.

Das Kernproblem der Konzeption der Frau wird immer der physiologische Vorgang der **Ovulation** bleiben, denn das Ovum ist nun einmal neben den Spermien der wichtigste Bestandteil zur Keimlegung. Freilich hat sich im Laufe des Studiums der Physiologie des Eisprunges ergeben, daß er gewöhnlich dem lunaren Einfluß folgt und sich etwa vierwöchentlich wiederholt. Aber dieser Rhythmus läßt sich dennoch nicht ohne weiteres in ein Schema von genau 28 Tagen zwingen. Man hat zu unterscheiden, ob die Ansicht von Knaus zu Recht besteht — nach dieser wäre der weibliche Organismus nur zu einer spontanen, alle 4 Wochen wiederkehrenden Ovulation fähig — oder ob es daneben auch noch andere Arten des Eisprunges gibt.

Der Ovulationstermin liegt nach den Untersuchungen von Schroeder zwischen dem 14. und 16. Tag vom Beginn der letzten Periode an gerechnet. Nach Knaus ergibt sich der Zeitpunkt der Ovulation nicht nach der vorausgehenden, sondern nach der zu erwartenden Menstruation. Knaus nimmt eine stets 15 Tage andauernde Corpus-Luteum-Phase im menstruellen Zyklus an und errechnet sich daher den Ovulationstermin immer auf den 15. Tag a. m., also bei einem 27- bis 29tägigen Zyklus auf den 13. bis 15. Tag p. m. Wenn man in Betracht zieht, daß das Ei nur wenige Stunden befruchtungsfähig bleibt, so daß eine Imprägnation faktisch nur dann zustande kommen kann, wenn die Spermien in der Ampulla tubae gewissermaßen auf das bei dem Follikelsprung freiwerdende Ei warten, so erscheint es einem zunächst unbegreiflich, daß dennoch Kohabitationen in der Mitte zwischen zwei Menstruationen so leicht zur Gravidität führen. Aber um die Imprägnationsmöglichkeit zeitlich zu verlängern, hilft sich die Natur auf verschiedene Weise. Wie Hori, Kawamoto und Utiho durch ihre Untersuchungen am weiblichen Genitaltraktus nachweisen konnten, haben die menschlichen Spermien im intrauterinen Milieu eine beträchtlich längere Lebensdauer, als bisher angenommen wurde. Wenn man von der vollen Motilität der Samenfäden auf ihre Befruchtungsfähigkeit schließen darf, so kann eine Befruchtung auch noch 3 Tage nach der Kohabitation erfolgen.

Nach der Knausschen Ansicht, daß das menschliche Ei ausschließlich spontan ovuliere, wäre die Möglichkeit einer Imprägnation (in Anbetracht der sich nur über wenige Stunden hinziehenden Konzeptionsfähigkeit des Ovulum) lediglich in den 2—3 Tagen vor der Ovulation (entsprechend der Dauer der Befruchtungsfähigkeit der Spermien) möglich, dies wäre also, wenn man der Corpus-Luteum-Phase nach Knaus bei einem regelrechten 27- bis 29tägigen Zyklus gerecht wird, vom 13. bis 15. Tag p. m., wo-

bei der 15. Tag a. m. als Ovulationstag angenommen wird. Erfahrungsgemäß kann bei regelrechtem 27- bis 29tägigem Zyklus eine Imprägnation frühestens am 10. Tag p. m. eintreten, die Zeitspanne bis zum Tag der spontanen Ovulation (14. bis 15. Tag p. m.) beträgt dann 5 bis 7 Tage. Da die Spermien aber ihre Befruchtungsfähigkeit höchstens über 3 Tage beibehalten, könnte am 10. oder 11. Tag p. m. niemals eine Imprägnation eintreten, es sei denn, das Ovulum verliesse das Ovar zu einem früheren Zeitpunkt. Bei Annahme einer streng genommen nur spontanen Ovulation wäre dies aber nicht möglich.

Wie die Beobachtungen durch Caffier und Stieve von eingetretenen Schwangerschaften nach einmaligen Kohabitationen beweisen, ist man gezwungen, sich die fortpflanzungsphysiologischen Vorgänge doch etwas anders vorzustellen. Zu diesem Zwecke sollen vergleichsweise physiologische **Beobachtungen beim Tier** herangezogen werden. Stieve greift dabei auf die Tierversuche zurück, die er bei Kaninchen und Katzen angestellt hat und verweist auch auf die Beobachtungen von Long und Evans beim Frettchen. Bei Kaninchen, Katze und Frettchen ist die provozierte Ovulation vorherrschend, d. h. also, daß bei ihnen im allgemeinen der Follikelsprung erst nach der Paarung erfolgen kann, jedoch sind bei allen dreien zuweilen auch spontane Ovulationen nachgewiesen worden. Demnach hat man bis heute noch keine Tierart entdeckt, bei der die Ovulation ausschließlich nur nach der Paarung eintritt und ein gelegentlicher spontaner Follikelsprung ganz ausgeschlossen ist. Auch bei den Tieren mit spontaner Ovulation sind die Verhältnisse heute noch nicht gänzlich geklärt. So konnte z. B. Elemer Scipiades (Budapest) beobachten, daß bei Hündinnen während der geschlechtlichen Ruheperiode durchschnittlich etwa alle 17 Tage Blutungen eintreten und daß sich in Übereinstimmung damit auch die zelligen Elemente des Scheidensekretes periodisch verändern. Es handelt sich dabei allem Anschein nach um abortive Zyklusblutungen, so daß man den Haushund ebenfalls zu den polyoestrischen Tieren rechnen kann. Die Brunstzeit der Hündin, also die Zeit, in der sie gedeckt werden kann, dauert etwa eine Woche. Nun kann die Hündin an jedem Tag der Brunst belegt werden. Da aber die Brunstzeit mit dem Auftreten von Corpora lutea beendet ist, muß man annehmen, daß die Ovulation im letzten Drittel der Brunst eintritt, denn sonst ließe sich bei der Kurzlebigkeit der Gameten eine Imprägnation nicht erklären. Man muß einerseits eine über Tage reichende Befruchtungsfähigkeit der Spermien annehmen — und andererseits, wenn es sich um einen Deckakt am Ende der Brunst handelt, ist man (im Hinblick auf die sehr kurze Zeitspanne, während welcher das Ei imprägnationsreif bleibt) darauf angewiesen, anzunehmen, daß neben den spontanen auch provozierte Follikelsprünge (als Folge des Deckaktes selbst) bei der Hündin vorkommen.

Die bei verschiedenen Tieren durchgeführten Untersuchungen zeigen also, daß es eigentlich keine Tierart gibt, bei der die Ovulation nur in einer einzigen Form auftritt, daß vielmehr immer neben der provozierten auch die spontane und neben der spontanen auch die provozierte Ovulation beobachtet werden kann. Die aus den Tierversuchen gewonnenen Erfahrungen können auf die physiologischen Vorgänge, die sich auf die Fortpflanzung des Menschen beziehen, auf keinen Fall ohne weiteres übertragen werden. Aber — und dies soll ja der Zweck der Studien am Tier vor allem sein — man kann von den beim Tier gemachten Beobachtungen auf den vermeintlichen Ablauf der **Zeugungs- und Entwicklungsphysiologie beim Menschen** schließen. Und dort, wo der menschliche Organismus direkten Untersuchungen nicht zugänglich gemacht werden kann, müssen vergleichend-anatomisch-physiologische Betrachtungen sowie spekulative Überlegungen herangezogen werden.

Meiner Meinung nach bestimmt zweifellos die **spontane Ovulation** den Rhythmus für die sich periodisch wiederholenden Abläufe des menstruellen Zyklus. Die spontane Ovulation tritt bei der Frau mit regelrechtem 27- bis 29tägigem Zyklus jeweils am 14. bis 16. Tag p.m. ein. Daß die Konzeption dennoch aber auch bereits am 10. oder 11. Tag p.m. eintreten kann, läßt sich nur dadurch erklären, daß der Ovulationsrhythmus durch äußere Einflüsse gestört wird, d. h., es kommt durch äußere Reize zu einer Beschleunigung der Follikelreifung und somit zu einem (aber in physiologischen Grenzen gebliebenen) verfrühten Follikelsprung. Ob man diese Ovulation dann als provozierte Ovulation bezeichnen kann oder nicht, sei dahingestellt; im Sinne der provozierten Ovulation, wie sie beim Kaninchen beobachtet wird, jedoch niemals, denn es handelt sich eigentlich nur um eine provozierte spontane Ovulation. — Die Ursache der Provokation, die zu einer um einige Tage verfrühten spontanen Ovulation führen kann, ist im allgemeinen die Kohabitation. Selbstredend vermögen auch langanhaltende sexuell-psychische Erregungen eine ähnliche Beeinflussung der Genitalsphäre zu bewirken. Das provozierende Moment aber ist der durch den Koitus ausgelöste vegetativ-nervöse Reiz; dieser ruft einerseits auf reflektorischem Wege eine Hyperämie in der gesamten Genitalsphäre hervor, andererseits bewirkt er über gewisse nervöse Zentren in der Zwischenhirnbasis eine Anregung der Hypophysentätigkeit und somit eine Ausschüttung des gonadotropen Vorderlappenhormons.

Die Hypophyse steht in naher Beziehung zum Hypothalamus. Einerseits wird die Sekretionstätigkeit der Hypophyse von dem Tuber cinereum aus, in dem das diencephale „Geschlechtszentrum“ vermutet wird, auf nervösem Wege (über den Plexus caroticus) gesteuert, andererseits schickt die Hypophyse ihre Wirkstoffe über das abströmende venöse Blut zunächst dem Hypothalamus zu, was zu einer Erregung der hypothalamischen Zentren und als Folge davon zu einer Beeinflussung der Eierstocktätigkeit führt. Auf diese Weise erwirken die von dem Hypophysen-Zwischenhirn-System ausgesandten Impulse die Follikelreifung sowie eine Steigerung der Follikulinproduktion. Follikelhormon aber erzeugt Hyperämie am Genitale, die schließlich durch Erhöhung des intrafollikulären Druckes den Follikelsprung erzwingt.

Wenn also durch die Kohabitation an den inneren Genitalorganen eine Hyperämie ausgelöst wird, so muß man ihr auch einen Einfluß auf die Follikelreifung und den Follikelsprung zusprechen. Es ist nicht anzunehmen, daß die Hyperämie, die an irgendeinem Tag des Zyklus infolge Koitus erzeugt wird, sicher eine Ovulation zu provozieren vermag. Aber es erscheint plausibel, daß eine Hyperämisierung der Genitalien wenige Tage vor dem spontanen Follikelsprung denselben vorzeitig zur Auslösung zu bringen imstande ist.

Somit verneine ich die Möglichkeit einer schlechthin provozierten Ovulation, aber ich betone, daß an den Tagen 10 bis 14 p.m. die spontane Ovulation provoziert werden kann. Als das provozierende Moment betrachte ich vor allem die Kohabitation. Es erscheint mir dagegen unwichtig, ob die Kohabitation bei der Frau einen Orgasmus auslöst oder nicht. Bei Frauen, die nie einen Orgasmus kennengelernt haben, kann durch einen längeren Zeit anhaltenden sexuellen Reiz oftmals eine weit heftigere Hyperämie in der Genitalsphäre erzeugt werden, als es bei Frauen, die sehr rasch zum Orgasmus gelangen, meist der Fall ist. Und für die Ovulation ist nicht der Orgasmus, sondern die Hyperämie von Bedeutung.

Neben der an sich geringen mechanischen, also direkt hyperämisierenden Wirkung der Kohabitation kommt der indirekten, psychisch-nervösen Steigerung der Bluffülle am Ovar eine weit größere Bedeutung zu. Der Weg dieser oftmals Stunden vor der geschlechtlichen Vereinigung beginnenden psychischen Erregung infolge erotischer Stimmung, Tanz, karessieren usw. beginnt wohl am Sexualzentrum im Zwischenhirn und setzt sich über vegetative Nervenbahnen fort, welche die Gefäße entlang zum Hypophysenvorderlappen ziehen und letzteren schließlich zur Prolanausschüttung veranlassen. Unter dem Einfluß des

gonadotropen Vorderlappenhormons und unter Vermittlung des Hypothalamus reifen bekanntlich die Follikel des Eierstockes zu sprungreifen Graafschen Follikeln heran. Follikelwachstum aber bedeutet gleichzeitig auch Erhöhung der Follikulinproduktion. Dadurch wiederum wird eine Hyperämie in den Genitalien ausgelöst, die ihrerseits im Ovarium die Ovulation bewirkt. Diese letzte Phase im Graafschen Follikel spielt sich (wenn man die Beobachtungen beim Tier in Vergleich zieht) in wenigen Stunden ab. Dies scheint auch deshalb schon einleuchtend, weil in den letzten Tagen vor der Ovulation der Follikel seine volle Reife doch schon erlangt haben muß und es sich somit lediglich noch um den letzten Anstoß handelt, d. h. um die für den Follikelsprung erforderliche Erhöhung des intrafollikulären Druckes.

Die Beobachtung, daß die der Defloration folgende Menstruation häufig früher als normal erwartet einsetzt, spricht für die Vermutung, daß eingreifende **psychisch-nervöse Erlebnisse** im Leben der Frau die physiologischen Vorgänge des Genitalapparates merklich zu beeinflussen vermögen. In dieser Richtung hat auch Stieve Untersuchungen durchgeführt und dabei festgestellt, daß Bau und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane von Angst und psychischer Erregung beeinflusst werden können. Seine Beobachtungen erstrecken sich vor allem auf inhaftierte weibliche Gefangene im geschlechtsreifen Alter. Stieve kam zu folgenden Ergebnissen:

Werden gesunde, geschlechtsstüchtige Frauen, die bis dahin regelmäßig menstruierten, unter Bedingungen gebracht, die sie längere Zeit aufregen und vor allem das Gefühl der Angst hervorrufen, so setzt meistens die Menstruation aus. — Die anatomische Untersuchung zeigt, daß in solchen Fällen die Eierstöcke ihre Tätigkeit plötzlich eingestellt haben. Der etwa vorhandene Gelbkörper bildet sich zurück, alle Bläschenfollikel werden atretisch, in ihnen verändern sich zunächst die Eizellen, im Anschluß daran bildet sich der ganze Follikel zurück, ohne daß dabei Theka-Lutein-Zellen entstehen. — Ist zu dem Zeitpunkt, in dem die Schädigung einsetzt, in einem der Eierstöcke ein sprungreifer Follikel vorhanden, so platzt er nicht, auch in ihm geht zuerst die Eizelle zugrunde, dann bildet sich der ganze Follikel zurück. — Währt die Schädigung sehr lange oder ist sie bei besonders erregbaren Frauen sehr stark, so greift die Rückbildung nach und nach auf einen Teil der Primärfollikel über. Die Beobachtungen von Stieve sprechen also dafür, daß auch die Ovarialfunktion den psychisch-nervösen Einflüssen nicht verschlossen bleibt.

Auf welche Weise vermögen wohl die psychischen Affekte auf die Eierstockfunktion einzuwirken? Handelt es sich um rein nervöse Reizübertragung — um eine rein hormonale Beeinflussung der Genitalorgane — oder sind dabei nervös-hormonale Vorgänge ausschlaggebend? Man ist heute noch nicht in der Lage über diese Fragen so oder so zu entscheiden. Selbst die von Stieve für eine vorwiegend nervös gesteuerte Ovarialtätigkeit ins Feld geführte Uterusschreckblutung infolge plötzlicher starker seelischer Erregung, kann kein Beweis dafür sein, zumal wir wissen, daß auch hormonale Einflüsse unmittelbar und rasch zu wirken vermögen.

Die Lokalisation der primären Reizbildung für die psychischen Affekte ist wahrscheinlich im Zentralnervensystem zu suchen. Vieles spricht dafür, daß die seelischen Erregungen von dort ausgehen, wo wir auch den Sitz der Seele vermuten, nämlich in dem zwischen Nervenzellen, Gliazellen und mesodermalen Anteilen (Arterien, Venen, Kapillaren) des Großhirns gelegenen Raum, dem sog. „Nissl'schen Grau“.

Das zeitliche **Konzeptionsoptimum** wurde unter dem Blickwinkel der Forschungsarbeiten von Schroeder, Stieve, Caffier und Knaus eingehend beleuchtet. Ich kam dabei zu dem Ergebnis, daß der monatliche Zyklus, der regelmäßig 27 bis 29 Tage menstruierten Frau sich in verschiedene Phasen gliedern läßt. Zunächst hat man eine sterile und eine zur Empfängnis bereite Phase zu unterscheiden. Die sterile Phase reicht etwa vom 22. Tag p.m. über die Menstruation hinweg bis zum 9. Tag p.m. In der Zeit vom 10. bis 14. Tag p.m. nimmt die Empfängnisbereitschaft rasch zu, in den Tagen 18 bis

21 p.m. ebenso wieder ab. Die Tage 15 bis 17 p.m. können bei der regelmäßig menstruierenden Frau als die absolut fruchtbaren angesehen werden. Die prämenstruellen Tage 22 bis 28 sowie die menstruellen und postmenstruellen Tage bis zum 9. Tag p.m. können als ziemlich sicher sterile Tage betrachtet werden.

Als bedingt fruchtbare Phase dagegen möchte ich die oben bereits angegebene Zeit zwischen 10. und 14. sowie zwischen 18. und 21. Tage p.m. bezeichnen. Vor allem in dieser sog. bedingt fruchtbaren Phase, in der eine Ovulation durch den Koitus provoziert werden kann, dürfte die Anwendung von Antikonzipientien¹⁾ angebracht erscheinen. Abgesehen davon, daß solide Mittel auch in der fruchtbaren Phase, richtig angewendet, Sicherheit bieten, dürfte eine die Konzeption verhütende Wirkung gerade in der bedingt fruchtbaren Phase von besonderer Bedeutung sein.

DK 613.888

Summary: The optimal time of conception is discussed with reference to the results of Schroeder's researches, the prevailing theory of Knaus, and the opinions of Stieve, Caffier and other authors, whose opinions are in opposition hereto. — According to observations hitherto obtained, the monthly cycle of a woman who regularly menstruates every fourth week (i.e. whose menstruation recurs after 27 to 29 days) is divided up into several phases:

¹⁾ Patentex hat mir freundlicherweise seine Präparate zur Verfügung gestellt.

One postmenstrual sterile phase which lasts from the 1st to the 9th day after menstruation, one conditionally fertile phase from the 10th to the 14th day, one absolutely fertile phase from the 18th to the 21st day, and a premenstrual sterile phase from the 22nd to the 28th day after menstruation. As result this gives a sterile phase from the 22nd to the 9th day after menstruation, and a fertile phase from the 15th to the 17th day of the cycle. The periods in between must be considered as conditionally fertile. If it is desired that conception should be avoided during the conditionally fertile phase, the use of efficacious contraceptives is of special value.

Résumé: On a établi la période de conception optimale en tenant compte des recherches de Schröder, de l'enseignement de Knaus et des opinions contradictoires de Stieve, Caffier et d'autres auteurs. D'après les observations qu'on a pu faire jusqu'à présent on peut diviser le cycle menstruel de la femme qui a des menstruations régulières toutes les 4 semaines en plusieurs phases:

Une phase postmenstruelle stérile, du 1^{er} au 9^{me} jour après les règles; une première phase fertile relative du 10^{me} au 14^{me} jour après les règles; une phase fertile absolue du 15^{me} au 17^{me} jour après les règles; une deuxième phase de fertilité relative du 18^{me} au 21^{me} jour après les règles; une phase stérile prémenstruelle du 22^{me} au 28^{me} jour après les règles.

Il y a donc une phase stérile du 22^{me} au 9^{me} jour après les règles et une phase fertile du 15^{me} au 17^{me} jour du cycle, tandis que les périodes intermédiaires sont des phases de fertilité relative. L'utilisation de moyens anticonceptionnels pour empêcher la procréation seraient surtout utile durant les périodes de fertilité relative.

Ansch. d. Verl.: München, Boshetsriederstr. 13.

Soziale Medizin und Hygiene

Über „versteckte“ Ausübung der Heilkunde

von Obermed.-Rat i. R. Dr. med. R. Schüppert

Zusammenfassung: Bei der Bekämpfung des modernen Kurpfuschertums, das besonders dadurch in Erscheinung tritt, daß Reisende von Heilmittelfirmen bei Hausbesuchen ihre Präparate anpreisen, hat sich gezeigt, daß dies nur dann wirksam gestaltet werden kann, wenn es in Form der Ausübung der Heilkunde erfolgt. Dies wird zwar nicht zugegeben und muß erst im Verlaufe der gerichtlichen Verfahren ermittelt werden; aber das Augenmerk muß einmal auf diese Art der „versteckten“ Ausübung der Heilkunde, die strafbar ist, gerichtet werden.

Die Ausübung der Heilkunde durch Laien in Form von Krankenbesuchen und Abhaltung von Sprechstunden ist seit der Einführung des Heilpraktikergesetzes vom 17. Februar 1939 sehr selten geworden, kommt aber dennoch hier und da noch vor, so z. B. wenn ein früherer Heilpraktiker, dem die Lizenz nach Bestrafung entzogen wurde, in seiner gewohnten Heilbeflissenheit diese nicht zu unterdrücken vermag. Ich erinnere mich auch an einen solchen Fall „offener“ Heiltätigkeit, wo eine ältere, recht gewandte Frau von einem am Ortsrand aufgestellten Wohnwagen aus „ordinierte“. Sie hatte einen gewaltigen Zulauf. Die Strafbarkeit ihres Tuns war in Frage gestellt, da sie bei ihrer Vernehmung beteuerte, in „freier Liebestätigkeit“ zu handeln. Bekanntlich ist unter solchen Umständen keine Bestrafung möglich. Es gelang aber dann doch, diese Frau zu überführen, als sich nämlich herausstellte, daß sie in einem Fall für eine Krankenkasse einer behandelten Person eine recht hohe Rechnung und Quittung ausfertigte, die klar zu erkennen gab, daß sie außer den ihr reichlich zugeflossenen Lebensmitteln der dankbaren Landbevölkerung doch auch auf schnöden Mammon nicht verzichten wollte. Sie wurde bestraft und verschwand schleunigst samt ihrem Wohnwagen.

Wenn ich solche Fälle als der offenen verbotenen Ausübung der Heilkunde zugehörig bezeichnen möchte, hat sich in erschreckender Weise eine Art der Heilkundenausübung in letzter Zeit gezeigt, die ich „versteckt“ nennen möchte. Es handelt sich um die Tätigkeit geschickter und gewandter Reisenden („Referenten“) von Heilmittelfirmen, welche bei der Entfaltung ihrer Tätigkeit die Grenzen des Erlaubten ganz gewiß überschreiten,

dabei aber zusammen mit ihrer Firma den Standpunkt zu vertreten suchen, daß die Voraussetzungen für ein Vergehen gegen das Heilpraktikergesetz nicht gegeben seien.

Ein solcher ganz charakteristischer Fall der letzten Zeit gab zu diesen Ausführungen eine willkommene Veranlassung:

Bei einer Privatkrankenkasse ging eines Tages die Rechnung eines Versicherten ein, wonach er um Rückerstattung der ihm bei dem Besuch eines Heilmittelvertreters entstandenen Kosten bat mit der folgenden Begründung:

„Eine Frau M. aus der Stadt A, die schon jahrelang in unserer Gegend umherreist und durch Erkundigungen Kranke und Leidende aufsucht, auch schon viele Heilungen und Besserungen erreicht hat — so auch im letzten Jahre bei meinem Schwiegervater —, hat mir Medikamente besorgt auf Grund ihrer Befragung und Feststellungen bei mir; ich ersuche um Rückerstattung meiner Kosten in Höhe von DM 68,50, da sich mein Zustand gebessert hat und dadurch die Herbeiführung eines Arztes erspart wurde, wodurch Ihnen doch auch Kosten entstanden wären.“

Als die Privatkrankenkasse dem zuständigen Gesundheitsamt A. hiervon Mitteilung machte und den sehr naheliegenden Verdacht zum Ausdruck brachte, daß „hier verbotenerweise Heilkunde, auch noch im Umherziehen ausgeübt werde mit dem Ziele, die Präparate erfolgreich verkaufen zu können“, ergriff dieses Gesundheitsamt keineswegs die Initiative und griff diesen Fall auf, sondern antwortete der Krankenkasse folgendermaßen:

„Die Firma G. hat in dem anliegenden Vertrag unter Ziff. 11 ihre Vertreter ausdrücklich angewiesen, daß sich dieselben bei ihrer Tätigkeit jeglicher Art von Ausübung der Heilkunde zu enthalten hätten; sie hält es kaum für möglich, daß sich Frau M. an diese vertragliche Bestimmung nicht gehalten und sich eines Verstoßes gegen die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen schuldig gemacht haben sollte.“

Das Gesundheitsamt machte der Krankenkasse den Vorschlag, diese Angelegenheit der zuständigen Polizei-Dienststelle vorzutragen. Es ist verständlich, daß die Krankenkasse von dieser allzu optimistischen Einstellung des Gesundheitsamtes nicht sehr erbaut war. Und diese kam daher, weil der Amtsarzt offenbar einerseits die hier in Frage stehende vertragliche Abmachung überschätzte und andererseits die Bedeutung der von mir als