

Zwei interessante Fälle von Tötung aus sexuellem Motiv.

Von

Prof. Dr. Fritz Reuter,

Vorstand des Institutes für gerichtliche Medizin in Graz.

Mit 4 Textabbildungen.

Es ist eine dem Erfahrenen bekannte Tatsache, daß jede Tötung aus sexuellem Motiv etwas Besonderes an sich hat. Ist es schon schwer möglich, sich bei anderen Fällen von Mord oder vorsätzlicher Tötung in die *Motive des Täters* hineinzudenken, so ist dies mitunter kaum durchführbar, wenn ein Fall von Tötung aus sexuellem Motiv vorliegt. Trotz der Ergebnisse der jetzt, man kann sagen, schon fast zu umfangreichen Sexualforschung, stehen wir in solchen Fällen recht häufig vor einem Rätsel. Die Frage, ob es sich um einen echten Lustmord oder um eine andere Art der gewaltsamen Tötung handelt, ist mitunter schwer zu entscheiden. Unter den zahlreichen Fällen, welche ich in letzter Zeit zu begutachten hatte, sind 2 Fälle von Tötung aus sexuellem Motive besonders interessant; sie sollen daher in Kürze mitgeteilt werden. Der eine von ihnen ist auch deshalb besonders bemerkenswert, weil die ursprünglich durch die Umstände des Falles und durch den Obduktionsbefund sehr nahegelegte *Annahme eines Lustmordes* später nicht mehr aufrecht erhalten werden konnte. Bei der Wiedergabe der Fälle will ich, so weit es der mir zur Verfügung stehende Raum gestattet, streng objektiv-historisch vorgehen und den Gang des Untersuchungsverfahrens so schildern, wie er sich tatsächlich abgespielt hat. In beiden Fällen wurden die Täter psychiatrisch untersucht. Das Ergebnis dieser Untersuchung trug wesentlich zur Klärung der Sachlage bei.

Fall 1. Am 10. VII. 1924 um 11 Uhr nachts wurde in einem inzwischen aufgelösten Bordelle in Graz die Bewohnerschaft des letzteren durch gellende Hilferufe, die aus einem Zimmer kamen, in dem sich die 27jährige Prostituierte St. mit dem 29 Jahre alten Schuhmacherhilfen A. J. befand, alarmiert. Man holte einen Arzt und avisierte die Polizei. Nach Sprengung der Tür des Zimmers traf man die St. auf ihrem Sopha blutüberströmt liegend und hilferufend an, während J. beim Versuche, ihn zu ergreifen, ans Fenster eilte, um sich durch dieses hinabzustürzen. Die flüchtige ärztliche Untersuchung ergab, daß die Prostituierte St. aus drei großen Schnittwunden am Halse und Nacken blutete und daß ihr noch eine Reihe anderer Stich- und Schnittverletzungen, darunter auch eine die linke Brustwand durchbohrende, zugefügt worden war. Die St., die beim Betreten der Kommission

noch lebte, starb kurz danach in den Armen des Arztes, nachdem sie noch angegeben hatte, daß ihr die Verletzungen während des Geschlechtsaktes mit J. bei gebracht worden waren. Der Täter, A. J., welcher von der Polizei sofort verhaftet worden war, machte einen vollständig zusammengebrochenen Eindruck. Er bestritt, aus abnorm sexuellen Motiven die Tat begangen zu haben, und behauptete, lebensüberdrüssig zu sein. Er habe noch vor dem Selbstmorde, an dessen Ausführung er gehindert worden sei, „einmal geschlechtlich verkehren und habe die Prostituierte in das *Jenseits* mitnehmen wollen“.

Die gerichtliche Obduktion, die am 11. VII. von mir vorgenommen wurde, hatte folgendes Ergebnis:

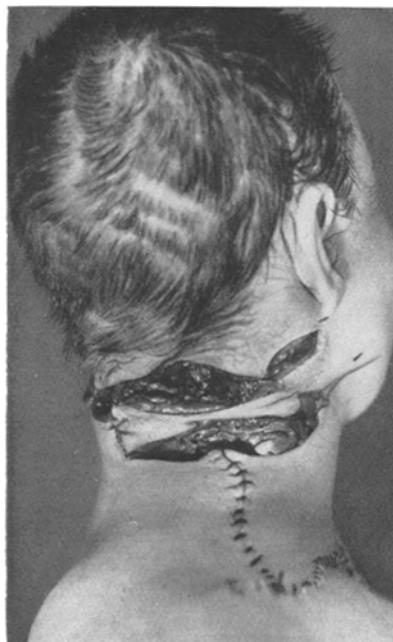


Abb. 1.



Abb. 2.

Zunächst wurden an der Leiche 22 Verletzungen, und zwar 3 größere und 5 kleinere Schnittverletzungen in der Hals- und Nackengegend, eine Stichverletzung unterhalb der linken Brustdrüse, die in den Brustkorb eindrang, 6 kleine Stich-Schnittverletzungen an der linken Brustseite, an der linken Schulter und am linken Oberarm, eine 23 cm lange Schnittverletzung am linken Oberschenkel und endlich 6 Schnittverletzungen an beiden Händen konstatiert.

Von diesen Verletzungen interessieren uns zunächst die 3 großen Schnittverletzungen am Halse und Nacken, die in den Abb. 1 und 2 zu sehen sind. Abb. 1 zeigt uns 2 horizontal und parallel verlaufende, bis in die Muskulatur tief ein dringende Schnittverletzungen in der rechten Nacken- und Halsgegend. Die obere von diesen begann etwas unterhalb des rechten Ohrläppchens, verlief im flachen, nach oben offenen Bogen um das Hinterhaupt herum und endete etwas links von

der Mittellinie an der unteren Haarwuchsgrenze. Der rechte Wundwinkel dieser Wunde lief spitz zu, der linke löste sich in zwei $1\frac{1}{2}$ cm lange, von einem keilförmigen Lappen getrennte Zacken auf. Die nähere Untersuchung des Grundes dieser Wunde ergab, daß die Vena jugularis interna dextra entsprechend dem rechten Wundwinkel quer und scharfrandig durchtrennt war, während die rechte Art. carotis sich als unverletzt erwies.

Unterhalb dieser Schnittverletzung fand sich eine zweite vor, bei welcher ebenfalls nicht nur die Haut und das Unterhautzellgewebe, sondern auch die Muskulatur durchtrennt war. Große Arterien oder Venen waren allerdings unverletzt.

Eine 3. Schnittverletzung, die auf Abb. 2 zu sehen ist, fand sich an der linken Halsseite. Sie begann 3 cm unterhalb des linken Ohrläppchens, zog horizontal in einer Länge von 7 cm im flachen, oben offenen Bogen zum Hinterhaupte, wo sie sich in der Nackengegend verlor. Der obere Wundrand war abgeschrägt, der untere unterminiert, was deutlich auf Abb. 2 zu sehen ist. In der Tiefe dieser Verletzung war die Vena jugularis interna sinistra quer durchtrennt. Die übrigen 5 Verletzungen lagen teils links am Halse, teils in der Nackengegend.

Von den 7 Brustverletzungen an der linken Brustseite soll zunächst jene näher ins Auge gefaßt werden, die in den linken Brustkorb eindrang. Sie lag, wie man an der Abb. 2 deutlich sieht, nach außen und unten von der linken Brustdrüse, innerhalb der vorderen Achsellinie, war längsgestellt und hatte eine Länge von 2 cm; von ihr ging nach außen ein 2 cm langer, linearer Kratzer ab. Diese Verletzung setzte sich in einen nach innen führenden, bleistiftdicken Stichkanal fort, welcher durch den linken 6. Intercostalraum in die linke Brusthöhle führte. Der zungenförmige Lappen der linken Lunge war nahe seiner Spitze durchstochen, ebenso der Herzbeutel an korrespondierender Stelle, während das Herz nur eine in die Muskelwand eindringende $2\frac{1}{2}$ cm von der Herzspitze entfernte, am linken Herzrande liegende Ver-

letzung zeigte. Aus dieser Verletzung hatte es in den linken Brustfellraum geblutet, woselbst ein $1\frac{1}{2}$ l flüssigen Blutes vorhanden war. Von den übrigen 6 Stich-Schnittverletzungen der linken Brustseite und linken Schulter wollen wir nur erwähnen, daß sie die Haut und das Unterhautzellgewebe betrafen und nicht tiefer eingedrungen waren.

Ein besonderes Interesse erweckte noch eine 23 cm lange, auf Abb. 3 wieder gegebene bogenförmige Schnittverletzung des linken Oberschenkels. Sie begann handbreit unter dem linken oberen und vorderen Darmbeinstachel und zog im flachen, nach oben offenen Bogen zur linken Gefäßfalte. Beziiglich der 6 Handverletzungen will ich nur erwähnen, daß sie die typische Form und Lage von Ab-



Abb. 3.

wehrverletzungen zeigten (Demonstration). Aus dem übrigen Obduktionsbefunde sei noch erwähnt, daß nur geringe Totenflecke und eine mäßige Anämie der inneren Organe vorhanden waren und daß durch die Obduktion Luftembolie festgestellt wurde. Die Luft gelangte durch die beiden eröffneten Jugularvenen in das rechte Herz, sie ist meines Erachtens als Todesursache anzusehen, da die Anämie der Leichenorgane keine erhebliche war. Endlich ergab noch die Untersuchung der Scheide der Prostituierten St., daß in ihr ein reichlich Spermatozoen enthaltender Wattetampon vorhanden war.

Wenn auch dieser letztere Befund beim Gewerbe der Getöteten nicht absolut beweisend sein kann, daß die Verletzungen während des Coitus mit dem A. J. erfolgt sind, so bestätigt er doch bis zu einem gewissen Grade die dahingehenden Angaben der Getöteten.

Nimmt man als richtig an, daß die Tötung während des Coitus erfolgt ist, was J. später bestritten hat, so wird man sich fragen müssen, in welcher Lage die Verletzungen beigebracht wurden und in welcher Stellung die geschlechtliche Vereinigung stattgefunden hatte. Betrachtet man die demonstrierten Bilder, so ist es klar, daß alle Verletzungen mit Ausnahme der zwei auf Abb. 1 in der rechten Nackengegend wiedergegebenen bei der *Rückenlage der Getöteten*, die beim Geschlechtsakte gewöhnlich eingenommen wird, zugefügt worden sein konnten. Da die zwei auf Abb. 1 wiedergegebenen Verletzungen tief eindrangen und bei deren Setzung mit der Überraschung des Opfers gerechnet werden mußte, so machte man ursprünglich die Annahme, daß der Geschlechtsakt in nicht normaler Stellung, etwa à la vache, erfolgt war. Die ersten Erhebungen, sowie die Umstände, unter denen die Tat erfolgt war, die Zahl und Verteilung der Verletzungen ließen zunächst an einen *Lustmord* denken. In dieser Ansicht wurde die Polizei anfänglich auch dadurch bestärkt, daß J. dringend verdächtig erschien, einen ähnlichen Überfall in Graz im März desselben Jahres an einer anderen Prostituierten begangen zu haben. Auch wurde ihm zu diesem Zeitpunkte ein Mord im S.H.S.-Staate zur Last gelegt. J., welcher sein ursprüngliches Geständnis während der ganzen Voruntersuchung und auch während der Hauptverhandlung im Wesen aufrecht erhielt, bestritt die Täterschaft in den zwei zuletzt erwähnten Fakten. Die weiteren Erhebungen konnten auch kein hierfür belastendes Material ergeben. Beharrlich bestritt J., daß er die Tat aus *abnorm sexuellen Gelüsten* begangen habe. Er sei sexuell überhaupt nur wenig bedürftig gewesen, hätte beim weiblichen Geschlecht nicht viel Anklang gefunden, habe deshalb einen „*Zorn auf die Weiber*“ gehabt und schließlich den Entschluß gefaßt, *aus dem Leben zu scheiden und ein „Weib“ mitzunehmen*. Nach dieser Darstellung stellte sich die Tat lediglich als *erweiterter Selbstmord* dar. Um Klarheit zu schaffen, wurde eine psychiatrische Untersuchung angeordnet, die von den *Kollegen Privatdozent Michel und Lorenzoni* vorgenommen wurde. Befund und Gutachten wurden mir für die Publikation in zuvorkommender Weise zur Verfügung

gestellt. Der enge Raum verbietet es mir, die umfangreiche, äußerst genaue Anamnese und das Ergebnis der psychiatrischen Exploration, welches die Sachverständigen mit J. aufgenommen hatten, ausführlich wiederzugeben. Ich muß mich beschränken, die wichtigsten Punkte referierend mitzuteilen. Die genaue psychiatrische Untersuchung des Täters hatte zunächst das Resultat, daß eine Geisteskrankheit auszuschließen war. J. erwies sich während der wiederholten Untersuchungen immer als zeitlich und örtlich vollkommen orientiert. Er stand nicht unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen oder Wahnideen. Seine Intelligenz war entsprechend seiner Schulbildung und dem Milieu, in dem er aufgewachsen war, entwickelt, sie war gewiß nicht in krankhafter Weise herabgesetzt. Er zeigte wohl dauernd eine deprimierte Stimmung, doch konnte keine Psychose als Ursache dieser Depression festgestellt werden. Auf körperlichem Gebiete zeigte er deutlich Zeichen von Minderwertigkeit. Er war schwächlich gebaut, hochgradig blutarm und schwerhörig. J. stotterte und zeigte deutlich Einwärtschielen der Augen. *Faßt man das Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung, die Umstände des Falles und den Obduktionsbefund zusammen und berücksichtigt man, daß an J. eine Geisteskrankheit weder zur Zeit der Tat noch auch dauernd nachzuweisen war, so wird man doch zu dem Schluß kommen, daß die auf den ersten Blick merkwürdig und unglaublich erscheinende Motivierung der Tat psychologisch begründet war.* J. war in sexueller Hinsicht wenig bedürftig, sein Äußereres, sein ganzes Haben, seine Ungeschicklichkeit im Verkehr mit dem weiblichen Geschlechte führte dazu, daß er, so oft er sich einem Weibe näherte, von diesem mehr oder minder kalt empfangen wurde. Deshalb war er auch die Zielscheibe des Spottes von den in sexueller Hinsicht glücklicheren Kameraden. Dadurch entwickelte sich bei ihm einerseits ein sich im Laufe der Jahre steigernder Lebensüberdruß, andererseits ein Haß gegen das weibliche Geschlecht im allgemeinen und so mag bei ihm der Entschluß gereift sein, nicht nur selbst aus dem Leben zu scheiden, sondern auch eine Vertreterin des Geschlechtes, das ihm so viel Leid bereitet hat, ins Jenseits mitzunehmen. Unmittelbar vor der kritischen Zeit wurde er offenbar durch mäßigen Alkoholgenuss, den er zugab, der aber keineswegs ein solcher war, daß man an einen Rausch hätte denken können, sowie durch den Besuch zweier Kinovorstellungen, in denen er die genugsam bekannten Schaudergeschichten im Bilde sah, in seinem Entschluß gestärkt, den Plan, den er schon lange mit sich herum trug, auszuführen. Das Gutachten gipfelte daher in dem Schlußsatze, daß die Tat nicht der Ausfluß einer Geisteskrankheit sei, daß sie aber aus der durch die körperlichen Gebrechen erzeugten seelischen Depression, die sich wiederholt zu Selbstmordgedanken steigerte, psychologisch erklärt werden könne. Es handle sich also offenbar um einen Fall von erweitertem Selbstmord.

Speziell möchte ich noch hervorheben, daß es sich im vorliegenden Falle, so sehr auch der Obduktionsbefund und die ersten Erhebungen dafür sprachen, *gewiß nicht um einen Lustmord* handelt. Beim Lustmorde stellt die Tat bekanntlich ein Äquivalent des Sexualaktes dar. Es kommt, wie wir wissen, beim eigentlichen Lustmorde nur selten zu einem Coitus, und wenn, so wird dieser meist in abnormaler Weise ausgeführt. Hierfür lag nun nach den genauen Erhebungen und den glaubwürdigen Angaben des Beschuldigten gar kein Anhaltspunkt vor. Auch dafür, daß die Tat etwa in einem psychischen Ausnahmszustand, in einem Dämmerzustande ausgeführt wurde, ergab sich nicht der geringste Anhaltspunkt, zumal der Täter für die kritische Zeit während der ganzen gerichtlichen Untersuchung und auch bei der Hauptverhandlung ein gutes Erinnerungsvermögen an den Tag legte und auch anamnestisch keine Anhaltspunkte dafür gefunden werden konnten, daß bei ihm früher solche Ausnahmszustände, speziell eine epileptische Konstitution vorhanden waren.

Ich hatte nach der Verurteilung noch wiederholt Gelegenheit, den Täter gelegentlich der *jahraus, jahrein vor meiner Hörerschaft erfolgenden Demonstrationen in der Strafanstalt Karlau* zu sehen und den psychischen Befund zu kontrollieren. J. zeigt auch gegenwärtig noch im Wesen dasselbe Verhalten wie zur Zeit der strafgerichtlichen Untersuchung. Das einzige, worin er gegenwärtig in seinen Angaben gegenüber früher abweicht, ist, daß er in letzter Zeit den Standpunkt vertritt, „*er müsse die Tat in einem wahnhaften Zustande begangen haben und könne damals nicht recht bei Verstand gewesen sein.*“ Dieses Verhalten J.s ist unter dem Einflusse der Strafhaft, wo er jetzt reichlich Gelegenheit hat, mit seinem ganzen Vorleben und der Tat selbst sich zu beschäftigen, psychologisch begreiflich. *Er sucht eben gegenwärtig die Angaben, die ihn belasten, abzuschwächen und will auf diese Weise erklärlich erscheinen lassen, daß er, der sich sonst im Leben nichts zu schulden kommen ließ, eine solche Tat überhaupt begangen hat.*

Fall 2. Der 2. Fall ist womöglich noch interessanter als der erste. Es handelt sich um einen *Mord an der eigenen Frau*. Am 3. Juli 1926 erschien der in einem kleinen Orte der Steiermark wohnende Besitzer Sch. bei der Gendarmerie und teilte mit, daß er soeben seine Frau erwürgt habe. Die sofort eingeleiteten Erhebungen ergaben, daß diese Angabe auf Richtigkeit beruhte. In dem gemeinsamen Schlafzimmer der Eheleute wurde die Leiche der Frau im halbangezogenen Zustande auf einem Bette liegend, mit einer Decke lose zugedeckt, vorgefunden. Die erste orientierende Besichtigung ergab, daß im Gesichte und in der linken Halsgegend der Leiche Kratzerspuren, sowie in der linken Unterkieferwinkelgegend 2 etwa bohnengroße, bläuliche Flecke vorhanden waren. Überdies war auffallend, daß in der Gegend der äußeren Geschlechtsteile der Frau reichlich ausgetretenes Blut zu sehen war. Man deutete damals diesen Befund in der Weise, daß man annahm, die Frau hätte zur Zeit der Tat menstruiert. Der Täter selbst gab zunächst an, seine Frau sei in der Frühe aufgestanden, hätte Feuer gemacht, sei dann wieder in das Schlafzimmer zurückgekommen und nun hätte sich zwischen ihm und ihr ein Streit entwickelt. Die Frau hätte ihn gereizt, hätte gesagt „*er sei nichts mehr wert*“. Darob sei er in solche Wut geraten, daß er sie niedergeworfen und erwürgt hätte. Auf die Frage, was er unter den Worten „*er sei nichts mehr wert*“ verstehe,

gab er nach einem Zögern zu, *er hätte von seiner Frau die Ausübung des Geschlechtsaktes verlangt. Sie hätte diesen aber mit der erwähnten Bemerkung verweigert.* Aus diesem Grunde hätte er sie erwürgt. Nach der Tat nahm der Täter zunächst ein Gewehr zu sich, versperrte die Wohnung und verließ das Haus. Er wollte eine Bekannte seiner Frau aufsuchen, von der er vermutete, daß sie seine Frau gegen ihn aufgehetzt habe, und sie erschießen. Er traf sie aber nicht zu Hause. Dann ging er zu einem Nachbar, erzählte diesem den ganzen Vorfall, ging mit letzterem zum Bürgermeister und schließlich zur Gendarmerie.

Als ich den Täter noch am selben Vormittag, an welchem ich die Obduktion vornahm, sah, gab er zu, die Tat begangen zu haben. Er gab weiter zu, mäßig zu trinken, behauptete aber, zur Zeit der Tat nicht berauscht gewesen zu sein. Da die Zeit zur Vornahme der Obduktion, die *unter schwierigen Verhältnissen auf einem Berge im Freien vorgenommen werden mußte*, drängte, so konnte eine genaue Untersuchung des Täters nicht vorgenommen werden. Es war nur auffallend, daß der Täter, der zunächst bei der Einvernahme sich ruhig verhalten und ein summarisches Erinnerungsvermögen für die kritische Zeit an den Tag gelegt hatte, gleich nach der kurzen Exploration ganz unvermittelt in einen Erregungszustand verfiel, in welchem er ganz irre Angaben machte und sofort abgeführt werden mußte.

Das Ergebnis der Obduktion war folgendes: Schwächlich gebaute, abgemagerte Leiche, Totenflecke fanden sich in spärlicher Ausdehnung im Bereiche des Rückens, teilweise auch an der Hinterseite des Halses und im Nacken. Das Gesicht zeigte bläuliche Flecke, in den Bindegütern waren Ecchymosen vorhanden. Sowohl an der Nase, als auch zu beiden Seiten der letzteren, an den Wangen, in der Umgebung des Mundes und am Kinn fanden sich kleinere und größere Kratzer von verschiedener Form und Ausdehnung vor. Ähnliche Kratzer waren auch am Halse zu beiden Seiten des Kehlkopfes vorhanden. Am Halse ließen sich auch die erwähnten bläulichen Flecke in der linken Unterkieferwinkelgegend nachweisen. Die Brustdrüsen waren flach, die Warzen nicht pigmentiert. Bei der Besichtigung der Unterbauchgegend, der äußeren Geschlechtsteile und der Innenfläche der Oberschenkel fiel auf, daß diese Stellen durch reichlich eingetrocknetes Blut verunreinigt waren. Aus der Scheide quoll reichlich flüssiges Blut hervor. An den Händen keine Zeichen der Gegenwehr.

Bei der inneren Untersuchung konnten zunächst im Bereiche des Halses ein Bruch des rechten oberen Kehlkopfhornes, weiters Blutungen in der Muskulatur zwischen Zungenbein und Zunge, solche ins Zellgewebe der linken Unterkieferwinkelgegend, am oberen Pol des rechten Schilddrüsenlappens, endlich auch zwischen Speiseröhre und Halswirbelsäule nachgewiesen werden. Auch am Zungengrunde, an der hinteren Seite des Kehldeckels und im Kehlkopfe selbst, namentlich in der Stimmbandregion, waren kleine, meist punktförmige Blutungen vorhanden. Herz und Lunge zeigten keinen nennenswerten Befund. In der Bauchhöhle war 1 l flüssigen Blutes angesammelt; die Quelle dieser Blutung war nicht gleich erkennbar, da weder die Leber, noch die Milz, noch die Nieren, noch der Darm irgendeine Verletzung zeigte. Die ursprünglich naheliegende Annahme, der Täter hätte beim Niederwerfen des Opfers dieses auch gleichzeitig im Bauche

verletzt, fand durch die Obduktion keine Bestätigung. *Die weitere Obduktion ergab nun ein ausgedehntes retroperitoneales Extravasat, welches vom Zellgewebe des Beckens, wo es am intensivsten entwickelt war, seinen Ausgang genommen hatte. An der rechten, seitlichen Umrundung des kleinen Beckens waren drei kleine rißartige Öffnungen im Peritonealüberzuge zu bemerken. Die eingeführte Sonde gelangte in eine Blutungshöhle, welche in der Gegend der rechten Gebärmutteranhänge lag.* Dieser Befund deutete auf eine Verletzung der inneren Geschlechtsorgane hin, welche Annahme sich nach dem weiteren Ergebnisse der Obduktion als richtig erwies. Die Untersuchung der Geschlechtsorgane (vgl. Abb. 4 a) ergab zunächst 2 kleine längsgestellte oberflächliche Risse in der Schleimhaut der Scheide oberhalb des Jungfernhäutchens, weiters fand sich *im Scheidengewölbe rechts ein 2 cm langer, längsgestellter Riss mit fetzigen Rändern, welcher in die bereits erwähnte, mit Blut erfüllte Zellgewebshöhle führte.* Das Scheidengewölbe war ziemlich niedrig, die Wand dünn, zerreißlich; der äußere Muttermund repräsentierte sich als ein Quer-



Abb. 4.

spalt, dessen Ränder vielfach eingrissen und narbig verändert waren, die Gebärmutter selbst war vergrößert, derb, in ihrer Höhle fand sich etwas blasser Schleim, die Schleimhaut war aufgelockert, vollkommen blaß. Links vorne fand sich ein haselnußgroßes Myom, die Eierstöcke waren narbig, bereits atrophisch.

Nach diesem Befunde konnte es keinem Zweifel unterliegen, daß die Blutung in die Bauchhöhle aus der erwähnten Verletzung im rechten Scheidengewölbe erfolgt war. Da die Anämie der Bauchorgane keine erhebliche war, so mußte die Verletzung der Scheide entweder kurz vor oder während des Würgaktes erfolgt sein. Daß die Frau nicht an der Scheidenverletzung, sondern am Würgakte gestorben ist, kann nach dem mitgeteilten Obduktionsbefunde keinem Zweifel unterliegen. Schwieriger ist die Frage zu entscheiden, *auf welche Weise die Scheidenverletzung zustande gekommen und was das Motiv der Tat war.* Die Verletzung im rechten Scheidengewölbe kann während des Geschlechtsaktes durch

den Penis oder durch Einbohrung eines festen Gegenstandes in die Scheide, etwa eines Fingers zustande gekommen sein. Da der Täter seine Verantwortung im Zuge des Verfahrens wiederholt wechselte und er psychiatrisch untersucht wurde, so wollen wir zu dieser Frage erst nach der Mitteilung des *Ergebnisses der psychiatrischen Untersuchung* Stellung nehmen.

Die *psychiatrische Untersuchung* wurde von mir gemeinsam mit Kollegen Michel vorgenommen und hatte folgendes Ergebnis: Bei der Wiedergabe des Untersuchungsbefundes und Gutachtens muß ich mir allerdings gewisse Beschränkungen auferlegen, weil es nicht möglich ist, den umfassenden Befund und das Gutachten in extenso mitzuteilen. Zunächst ergab die persönliche Exploration vor allem, daß Sch.s Intellekt nur schwach entwickelt war. Es handelt sich bei ihm gewiß um eine *Debilität*, welche noch dadurch stärker in Erscheinung trat, daß er infolge mangelhaften Schulbesuches und auch der engen Verhältnisse, unter denen er aufgewachsen war und sich später beruflich betätigte, nur ein geringes Schul- und Erfahrungswissen sammeln konnte. Er ist der Sohn eines Kleinbauern und vermochte trotz seiner intellektuellen Schwäche das von seinem Vater übernommene Gut richtig zu verwalteten, ja es gelang ihm sogar, einen gewissen Wohlstand zu erlangen. Das Verhältnis zu seiner Frau war bis in die allerletzte Zeit ein gutes. Er verkehrte mit ihr durchschnittlich 2—3 mal wöchentlich geschlechtlich, mitunter trat eine einwöchige Pause im Sexualverkehr auf; trotzdem seine Frau älter war als er, behauptet er, daß sie sexuell bedürftiger gewesen sei. Niemals will er in abnormer Weise sexuell verkehrt haben. Was die Frage des Alkoholabusus anlangt, so bestreitet er, Alkoholiker zu sein, gibt aber zu, 2 l Most täglich zu trinken, habe jedoch nur selten einen Rausch. Nach dem Gendarmeriebericht soll er in letzter Zeit mehr getrunken haben, doch wird er auch von der Gendarmerie nicht als *notorischer Trinker* bezeichnet. Ein Nachbar behauptet allerdings, daß er öfters betrunken sei und durchschnittlich 6—7 l Most trinke. Seit 1 Jahr wurde an ihm eine psychische Veränderung beobachtet. Er redete häufig irres Zeug, glaubte sich verfolgt, beklagte sich einmal beim Bürgermeister, daß die Nachbarn ihm nachstellten, verlangte eine protokollarische Aufnahme dieser Facta von Seiten des Bürgermeisters, die auch stattfand. Seiner Frau gegenüber war er mißtrauisch, behauptete, daß sie von einer anderen Frau aufgehetzt worden sei u. dgl. Bei näherem Eingehen gelegentlich der psychiatrischen Untersuchung konnte ein ziemlich gut gefügtes Wahnsystem festgestellt werden. Man habe ihn verdächtigt, eine Hostie ausgespuckt zu haben, die Nachbarn seien ihm feindlich gesinnt. Er hörte Stimmen, die sagen, er gehöre weg, man wolle ihn vergiften oder erschießen, seine Frau sei gegen ihn aufgehetzt worden, die ihn „wegputzen“ wolle. Einmal hätte sie ihn vergiften wollen. Unmittelbar vor der Tat sei sie mit einer Hacke auf ihn losgegangen. Bei der wiederholten gerichtsärztlichen Untersuchung erwies er sich im hohen Grade geistig schwerfällig, die Intelligenzprüfung ergab einen sehr geringen Besitzstand an Kenntnissen und eine geringe Urteilsfähigkeit. Bei der körperlichen Untersuchung wurden eine Reihe anatomischer Degenerationszeichen zutage gefördert, einmal war vorübergehend eine Pupillendifferenz bemerkbar, die sich aber später wieder verlor. Wassermann im Blute negativ. Er leugnet auch jede sexuelle Infektion. Eine Lumbalpunktion und Untersuchung des Liquors war anfänglich zur Zeit der Begutachtung wegen Unruhe des Kranken nicht möglich. Nach Mitteilung von Prim. Weber konnte diese Untersuchung nach der Internierung nachgetragen werden. *Liquorbefund negativ*.

Die Tat selbst stellte er bei seiner wiederholten Einvernahme verschieden dar. Ursprünglich behauptete er, seine Frau hätte von ihm den Geschlechtsakt verlangt

und hätte ihn hierbei durch die Bemerkung, „es sei nichts mehr mit ihm“, gereizt, deshalb habe er sie erwürgt. Ein andermal gab er an, er hätte sie während des Geschlechtsaktes erwürgt, dieser sei in ganz normaler Weise vorgenommen worden. Sein Glied sei nach der Entfernung aus der Scheide blutig gewesen, er habe diesem Umstand keine Bedeutung beigelegt, weil seine Frau öfters an einem Blutsturz gelitten habe. Er bestritt entschieden, mit einem anderen Gegenstand, etwa mit dem Finger in der Scheide gewesen zu sein. Ein drittes Mal behauptete er, daß der Geschlechtsverkehr vor der Erwürgung stattgefunden habe, die Frau sei gegen ihn mit der Hacke in der Hand losgegangen, deshalb habe er sie erwürgt. Ein viertes Mal sagte er, die Frau hätte ihn dadurch gereizt, daß sie ihm während des Geschlechtsaktes zugerufen hätte „*der Gustl*“ — das ist der älteste Sohn des Ehepaars — „köinne es besser“. Auffallend war seine Teilnahmslosigkeit gelegentlich der Aussprache über die Tat selbst und der Mangel an Reue. In der Haft traten wiederholt Erregungszustände ganz unmotiviert auf, er beschuldigte u. a. das Wartepersonal, daß es ihn vergiften wolle, trank seinen eigenen Urin und aß seinen Kot.

Faßt man dieses klinische Bild zusammen, so kann es gewiß keinem Zweifel unterliegen, daß *Sch. geisteskrank und die Tat die Folge dieser geistigen Erkrankung ist*. Schwierig aber ist die *Klassifikation dieser Geisteserkrankung*. 2 Symptome sind hervorstechend, eine ausgesprochene geistige Beschränktheit (Debilität), die in letzter Zeit besonders stark hervorgetreten ist, sowie ein ziemlich gut *gefügtes System von Verfolgungs-ideen*. Als ich den Mann das erstemal sah, da dachte ich in erster Linie, es handle sich um einen *Alkoholiker* oder *Paralytiker*; für letztere Annahme sprach u. a. auch das läppische Wesen, welches Sch. bei allen Untersuchungen an den Tag legte. Da aber jeder objektive Anhaltpunkt für eine luetische Infektion fehlte, Blut-Wassermann negativ war, die einmal konstatierte Pupillendifferenz nicht stationär blieb, auch das Wahnsystem nicht recht in das Bild einer progressiven Paralyse hineinpaßt, so erscheint diese Diagnose unbegründet. Auch für die Annahme eines chronischen Alkoholismus liegt kein greifbarer Anhaltpunkt vor. Der Täter zeigt im allgemeinen nicht das körperliche und psychische Verhalten des Alkoholikers. Die Angaben über den Abusus in *alcoholicis* schwanken, wie bereits erwähnt wurde. Wir nahmen daher eine *Spätform der Dementia paranoïdes* an, für welche *Diagnose speziell die innere Zerfahrenheit des Untersuchten mit Recht ins Feld geführt werden kann*. Der vielleicht auffallende Umstand, daß Sch. *nicht schon früher psychische Störungen gezeigt hat, sondern erst 1 Jahr vor der Tat psychisch auffällig wurde*, erklärt sich aus der Umwelt, in der er beruflich tätig war. In dieser mußten sich selbst ausgesprochene psychische Störungen nicht wesentlich bemerkbar machen und auch von der Umgebung nicht wahrgenommen werden. *Der Mann wurde für geisteskrank erklärt und der Irrenanstalt übergeben.*

Mit ein paar Worten möchte ich noch zu der Frage Stellung nehmen, auf welche Weise die Verletzung des rechten Scheidengewölbes zustande gekommen ist. Daß die Scheidenverletzung und die tödliche Erwürgung

rasch hintereinander oder ziemlich gleichzeitig erfolgt sind, kann keinem Zweifel unterliegen; denn der Blutgehalt der inneren Organe der Leiche der Frau war nicht so stark reduziert, daß man annehmen könnte, der Coitus sei einige Zeit vor der Tat erfolgt. Der Tod selbst ist auch, wie bereits erwähnt, an Erwürgung erfolgt, trotzdem die Blutung aus den Geschlechtsorganen eine erhebliche war. Die Frage, ob die Scheidenverletzung durch das erigierte Glied des Täters selbst erfolgt ist oder ob er die Verletzung durch Einbohren des Fingers in die Scheide erzeugt hat, läßt sich schwer entscheiden. Der *Sitz der Verletzung spricht* im Zusammenhalte mit den einschlägigen Erfahrungen und dem Umstande, daß die Frau bereits über 50 Jahre alt war, an ihren Genitalien also beginnende Alterserscheinungen vorhanden waren, *nicht gegen die Annahme einer Coitusverletzung*; allerdings müßte man in diesem Falle annehmen, daß der Akt mit ziemlicher Brutalität erfolgt ist, zumal der Bauchfellüberzug an mehreren Stellen eingerissen war. Durch die Einführung des Fingers oder eines anderen steifen Körpers in die Scheide hätte diese Verletzung natürlich leichter zustande kommen können.

Ich habe mir erlaubt, über *diese 2 Fälle* kurz auf der heutigen Tagung zu berichten, weil ich glaube, daß beide sehr interessant sind. Sie lehren, wie schwierig es ist, im Einzelfalle zur Frage *der Zurechnungsfähigkeit des Täters gerade in Fällen von Tötung aus sexuellem Motiv Stellung* zu nehmen. Sie zeigen aber auch weiter, wie wertvoll es ist, *wenn die anatomische Untersuchung Hand in Hand mit der psychiatrischen* geht. Wenn es schon nicht immer möglich ist, daß die anatomische und psychiatrische Untersuchung in solchen Fällen in einer Hand bleibt, was ich für das zweckmäßigste halte, so ist es doch unbedingt nötig, daß die Sachverständigen, die das psychiatrische Gutachten abgeben, sich mit den Obduzenten über den Fall besprechen, wie dies an meinem Institute üblich ist. Nur auf diese Weise wird es sich in Fällen von Tötung aus sexuellem Motiv vermeiden lassen, daß das Gutachten der Obduzenten in wesentlichen Punkten von jenem der Gerichtspsychiater abweicht.
