

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Frankfurt a. M.
Direktor: Prof. Dr. W. Vorkastner.)

Zur Terminologie und forensischen Beurteilung alkoholischer Rauschzustände nebst Bemerkungen über das künftige Strafrecht.

Von

Dr. B. Mueller,
Assistenzarzt am Institut.

Das Wort „pathologischer Rausch“ wird nicht nur von Medizinern, sondern auch von Juristen und Laien recht häufig angewendet. Meist meint man damit einen vom gewöhnlichen Alkoholrausch abweichenden Zustand, dessen Vorliegen zur Zeit der Begehung einer strafbaren Handlung die Anwendung des § 51 StGB. bedingen würde. Es wird also meist der Ausdruck „pathologischer Rausch“ im Sinne eines vorübergehend Zurechnungsunfähigkeit bedingenden Zustandes gebraucht.

Wenn man nun einen medizinisch naturwissenschaftlichen Begriff mit dem juristischen Begriff „Zurechnungsunfähigkeit“ ohne weiteres verbindet, so sollte man erwarten, daß der medizinisch-naturwissenschaftliche Begriff scharf umschrieben ist, so daß bei der Rechtsprechung größere Ungleichheiten nicht entstehen können.

Dies entspricht aber nicht den Erfahrungen, die von uns in der gerichtlich-medizinischen Praxis gemacht worden sind. Unser Material verfügt über eine Reihe einschlägiger Fälle, in denen über die gleichen Exploranden von einzelnen Gutachtern gleicher oder annähernd gleicher Kompetenz völlig verschiedene Gutachten abgegeben worden sind. Als Beispiele seien folgende Fälle angeführt.

Fall 1. Verwaltungssekretär, als Kind gesund gewesen, aktiv gedient, kapitulierte im Kriege, war Offizierstellvertreter. Zwei Verwundungen an den Gliedmaßen. Wurde nach dem Kriege Beamter an einem Versorgungsamt.

1922 Fischvergiftung mit Erbrechen, Durchfällen und nachfolgender Gelbsucht. Alkohol früher gut vertragen. Nach der Fischvergiftung bereits nach geringen Alkoholmengen betrunken, im Gegensatz zu seinem früheren Verhalten im Rausch jetzt leicht gereizt, wiederholt deswegen Unannehmlichkeiten, nachfolgende Erinnerungslosigkeit. Von derartigen Vorgängen aktenmäßig folgendes bekannt: Einmal nach 2—3 Schnäpsen völlig betrunken gewesen, hat getorkelt und auf dem Büro Lärm geschlagen. Ein andermal näherte er sich nach dem Genuss von ganz geringen Alkoholmengen auf der Straße einer Ehefrau, die in einer Haustür stand, versuchte, sie an sich zu drücken, und bot ihr den Geschlechts-

verkehr an. Nachher fehlte bei beiden Vorfällen die Erinnerung, Bekannte mußten ihm erst von den Vorkommnissen erzählen.

Der Gegenstand der Anklage bestand darin, daß er nach einer Hochzeitsfeier gegen 6 Uhr abends einem 8jährigen Mädchen 10 Pfennig schenkte, sie in eine Ecke stellte und an ihrem Geschlechtsteil spielte. Wurde überrascht und gleich einem Polizeibeamten übergeben. Dieser bekundete, der Täter sei vielleicht etwas angetrunken gewesen, er sei unsicher gegangen, habe aber fließend und sinngemäß geredet.

Der Angeklagte selbst behauptete, von dem fraglichen Nachmittage vom Weggange von der Hochzeitsfeier gegen 3 Uhr an bis zu seiner Ankunft zu Hause nichts zu wissen. Die Aussagen der Ehefrau und der Bekannten stützten die Richtigkeit dieser Behauptung.

Es wurden folgende 3 Gutachten erstattet:

Gutachten I, abgegeben von einem Privatarzt, einem Facharzt für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, auf Ersuchen des Verteidigers nach Kenntnisnahme der Akten:

Angeklagter befand sich in einem Zustand maximaler alkoholischer Bewußtseinsstörung, dafür spricht die Erinnerungslosigkeit, die glaubhaft erscheint. Schon der normale Rausch führt, wenn er stark genug ist, zu motorischer Erregung, Fortfall aller Hemmungen und erleichterter Auslösung der Willenstribe; in besonderem Maße gilt dies für ein Gehirn, dessen Widerstandsfähigkeit durch vorausgegangene Schädigungen Einbuße erlitten hat. Als solche Schädigung ist die Fischvergiftung anzusehen. Der Angeklagte befand sich also, so schließt das Gutachten, zur Zeit der Straftat mit Wahrscheinlichkeit in einem Zustand abnormer Alkoholreaktion, also in einem Zustand von Bewußtseinstrübung und krankhafter Störung der Geistestätigkeit.

. Gutachten II, abgegeben ohne Kenntnis der Akten von dem behandelnden Arzt, einem Facharzt für innere Krankheiten:

Das Überstehen einer Fischvergiftung ist im Verein mit anderen Schädigungen (chronischer Alkoholismus, Rekonvaleszenz nach Krankheiten usw.) durchaus geeignet, eine Intoleranz gegen Alkohol herbeizuführen, so daß der Erkrankte bereits nach Genuß kleiner Alkoholmengen in einen Zustand gerät, der wissenschaftlich als pathologischer Rausch bezeichnet wird. Das Wesentliche des pathologischen Rausches besteht in der starken Bewußtseinsstörung und in dem völligen Schwenden sämtlicher Hemmungen, die moralischen Qualitäten werden in erster Linie betroffen. Es kann in diesen Fällen der § 51 St.G.B. in Anwendung gebracht werden.

Gutachten III, abgegeben von dem zuständigen Gerichtsarzt (einem Psychiater) auf Grund des Akteninhalts und der eigenen Untersuchung:

Ein starker Rausch hat bestanden. Auch eine Intoleranz mag angenommen werden. Eine Intoleranz bedeutet aber noch keinen pathologischen Rausch, sondern kann auch einen gewöhnlichen Rausch zur Folge haben, der bereits nach dem Genuß geringer Alkoholmengen auftritt. Eine Alkoholintoleranz bedingt nicht Exculpierung; die bei dem Angeklagten vorhandenen Symptome Amnesie und Enthemmung sind auch Zeichen des gewöhnlichen Rausches, nicht nur des pathologischen. Einige Räusche des Angeklagten haben zwar pathologische Züge gehabt (starke Reizbarkeit), jedoch ist ein ausgesprochener pathologischer Rauschzustand nicht bekannt geworden und hat auch zur Zeit der strafbaren Handlung nicht vorgelegen. Die Frage aus § 51 St.G.B. wird verneint.

Diesem Gutachter schloß sich ein anderer Psychiater an, der Direktor einer Heil- und Pflegeanstalt war.

Fall 2. Gefängnisinspektor, 41 Jahre alt, Vater sehr nervös, Gymnasialbildung bis O. II., dann Laufbahn als Gerichtssekretär; trank immer reichlich, vertrug viel Alkohol. Als Kriegsteilnehmer 1918 auf Urlaub, in Trunkenheit sehr zudringlich gegen Damen geworden; derartige Vorfälle wiederholten sich später noch öfter, auch bei der eigenen Hochzeit. Vor dem Kriege soll derartiges nicht vorgekommen sein. Im nüchternen Zustande sehr korrektes Benehmen. 1920 Grippe mit anschließenden Kopfneuralgien.

Am Tage der Straftat kein Mittag gegessen. Am Spätnachmittag Kneiperei in verschiedenen Lokalen bis in die Nacht hinein. Der Angeklagte war in der Trunkenheit laut, wurde ausfahrend gegen die Anwesenden und benahm sich unpassend gegen Damen. Nach Abschluß der Kneiperei begab er sich spät in der Nacht in die Frauenzelle des Gefängnisses, unterhielt sich mit den beiden Insassen, knöpfte einer das Hemd auf und legte ihr den Arm um die Brust, angeblich um für einen von ihr beantragten Büstenhalter Maß zu nehmen. Beim Weggehen faßte er noch unter die Bettdecke. Vom diensthabenden Beamten unmittelbar darauf zur Rede gestellt, erklärte er, er habe sich überzeugen wollen, ob die Gefangenen vorschriftsmäßig ausgezogen seien. Die Sprache war nach Angabe dieses Beamten fließend, der Gang halbwegs sicher. Der Angeklagte selbst gab für die Vorgänge im Gefängnis und für die Vorgänge des größten Teiles des Abends Erinnerungslosigkeit an.

Gutachten I, abgegeben vom Hausarzt ohne Aktenkenntnis:

Nervöser, exzentrischer Mensch, für die Straftat kommt die Anwendung des § 51 nur in Frage, wenn es sich um einen pathologischen Rausch gehandelt hat. Dieser äußert sich schon nach Genuß kleiner Alkoholmengen in plötzlich einsetzender Tobsucht mit Zerstörungssucht und Neigung zu Vergehen gegen die Sittlichkeit. Nachher besteht Erinnerungslosigkeit. Ob hier ein pathologischer Rausch vorgelegen hat, kann ohne Aktenkenntnis nicht entschieden werden.

Gutachten II, abgegeben von dem Kreisarzt als zuständiger Gerichtsarzt auf Grund der Akten und eigener Untersuchung:

Nervöse Veranlagung, Verschlimmerung der Symptome dieser Veranlagung durch Felddienst und Überarbeitung.

Am Tage der Straftat nur ungenügende Nahrungsaufnahme, dann lange Kneiperei, in deren Verlauf ausfallendes Benehmen gegen Zechgenossen und Damen beobachtet wird, ein Verhalten, das man sonst bei ihm nicht gewohnt war. Ein gleiches ausfallendes, sonst der Persönlichkeit fremdes Benehmen im Gefängnis. Danach terminaler Schlaf und Erinnerungslosigkeit, die glaubhaft ist. Alle diese Erscheinungen sind als gewöhnliche Alkoholwirkungen nicht zu erklären, es muß eine krankhafte Alkoholereaktion, also ein pathologischer Rausch angenommen werden. Die Frage aus § 51 St.G.B. wird bejaht.

Gutachten III, erstattet von dem zuständigen gerichtsärztlichen Ausschuß: Es bestand schwere Trunkenheit, auch Erinnerungslosigkeit mag angenommen werden. Die im Gutachten II angegebenen Symptome für das Bestehen eines pathologischen Rausches, Bewußtseinstrübung mit Amnesie, Veränderung des Wesens bzw. der Persönlichkeit und damit verbundene Enthemmungen sind auch Kennzeichen des gewöhnlichen Rausches. Ein pathologischer Rausch hat nicht vorgelegen, denn dies ist ein Zustand tobsüchtiger oder deliranter Bewußtseinstrübung, die gewöhnlich auch dem Laienauge ein sehr ungewöhnliches Bild bietet. Etwas derartiges war hier nicht der Fall; die Frage aus § 51 St.G.B. wird verneint.

Fall 3. Lehrer, 39 Jahre alt, mitunter jähzornig und leicht aufgereggt, litt an Kopfschmerzen, besonders nach Alkoholgenuss, galt bei Vergnügungen als guter Trinker. War immer ziemlich stark sexuell erregbar, Coitus regelrecht, seit dem 20. Lebensjahr.

Er wurde angeklagt, mit einer Reihe von minderjährigen Schülerinnen unzüchtige Handlungen vorgenommen zu haben. 6 Schülerinnen machten bestimmte Angaben, nach denen der Angeklagte sie an mehreren nicht zusammenhängenden Tagen unter irgendeinem Vorwande in der Pause in das Schulzimmer gerufen, sie auf den Schoß genommen, sie unter die Röcke gefaßt und ihren Geschlechts- teil berührt hatte.

Bereits nach Eingang der Anzeige versuchte der Angeklagte nach einer aktenmäßigen Feststellung bei Abwesenheit von Frau und Kindern das 19jährige Dienstmädchen zum Beischlaf zu überreden.

Der Täter behauptete, über die Vorgänge mit den Kindern nichts zu wissen, während er sonst über die fragliche Zeit durchaus orientiert war. Er erklärte, entweder die Kinder lügen, was wahrscheinlicher sei, oder er sei seiner Sinne nicht mächtig gewesen; wahrscheinlich sei er im hohen Maße betrunken gewesen. Aktenmäßig stand fest, daß er tatsächlich einmal bei der Vornahme einer der unsittlichen Handlungen nach Alkohol gerochen hatte, ein grob auffälliges Verhalten in diesem Zustand war aber nicht bekannt. Die Ehefrau hatte ausgesagt, er habe bei einer anderen Gelegenheit im trunkenen Zustand seine Uhr an die Wand geworfen.

Inhalt der Gutachten:

Als Gutachter gehört wurden der aus der psychiatrischen Laufbahn hervorgegangene Gerichtsarzt und ein anderer, von der Verteidigung geladener, psychiatrischer Sachverständiger.

Hier lag die Differenz zwischen den Sachverständigen darin, daß der eine den Angeklagten für maximal unglaublich, der andere für maximal glaubwürdig hielt. Der eine Gutachter lehnte die Annahme eines pathologischen Rausches ab mit der Begründung, die Vorfälle lägen innerhalb der Schulstunden, die der Lehrer ohne Auffälligkeiten abgehalten habe; auch den mißbrauchten Schülerinnen sei im Wesen des Angeklagten nichts Besonderes aufgefallen. Die Amnesie beschränke sich auf die strafbaren Vorfälle. Der Angeklagte behauptete gar nicht,zurechnungsfähig gewesen zu sein, sondern stelle die Alternative, entweder die Kinder lügen, oder er sei von Sinnen gewesen. Epileptiker sei der Untersuchte selbst nicht, wenn auch in der Ascendenz Epilepsie vorgekommen sein solle. Im Hinblick auf die Aussage einer Schülerin, der Angeklagte habe nach Alkohol gerochen, sei bemerkenswert, daß auch ein höhergradiger Intoxikationszustand mit Amnesie noch keinen pathologischen Rausch ausmache. Als wesensfremd könne man die Tat nicht ansehen, denn der Angeklagte sei nach seinen eigenen Angaben und nach dem Vorfall mit dem Dienstmädchen ein sinnlich veranlagter Mensch.

Der andere Gutachter legte starkes Gewicht auf Heredität und vererbte Veranlagung. Er schenkte der Angabe der Erinnerungslosigkeit Glauben und sah auch die Tat als wesensfremd an. Amnesie und Wesensfremdheit des Deliktes seien aber Merkmale eines pathologischen Rausches, der in völlig komponierter Form verlaufen könne. Daß es sich um einen solchen gehandelt habe, sei daher nicht von der Hand zu weisen.

Die Debatte ergab, daß beide Gutachter offenbar von andersartigen Voraussetzungen über das Wesen des pathologischen Rausches ausgingen.

Nach den hier wiedergegebenen Gutachten kann in der Tat von einer einheitlichen Auffassung über das Wesen des pathologischen Rausches keine Rede sein. Es sei daran erinnert, daß ein Gutachter die Alkoholtoleranz dem pathologischen Rausche gleichsetzt, daß sie ein anderer offenbar als Vorbedingung zum Zustandekommen eines pathologischen Rausches ansieht, daß ein Dritter beide Begriffe als nicht zusammen-

gehörig scharf trennt, ferner, daß ein Gutachter als Symptome des pathologischen Rausches Bewußtseinstrübung und Veränderung des Wesens anführt, während ein anderer diese Erscheinungen auch für Symptome des gewöhnlichen Rausches hält und zur Diagnose des pathologischen Rausches den Nachweis anderer auffallenderer Zustandsbilder verlangt. Selbst wenn man berücksichtigt, daß nicht alle Gutachter spezialistisch psychiatrisch vorgebildet waren, standen sich doch speziell in den Fällen 1 und 3 die Auffassungen von psychiatrisch völlig durchgebildeten Sachverständigen schroff einander gegenüber.

Bei diesen Unklarheiten lag es nahe, die Literatur, und zwar vorzugsweise die großen Lehr- und Handbücher, die vom Arzte zur Orientierung benutzt werden, auf folgende Fragestellungen hin einzusehen:

1. Ob sich nach ihr der Begriff „pathologischer Rausch“ stets in demselben Sinne gebraucht wird, oder ob hier voneinander wesentlich differente Benennungen existieren.
2. Inwieweit sich die Begriffe „pathologischer Rausch“ und „exkulpierender Rausch“ decken.
3. Ob unabhängig von etwa differenten Benennungen der Rauschformen wenigstens die forensische Beurteilung bei gleichen Symptomen die gleiche ist.

Bei diesen Besprechungen wird davon abgesehen, etwas andersartige Bezeichnungen für den pathologischen Rausch, wie sie von einigen Verfassern im Sinne dieses Ausdrucks gebraucht werden, als von-einander different zu bezeichnen, z. B. die Benennungen „komplizierter Rausch“ (*Kraepelin*), „pathologische Alkoholreaktion“ (*Wollenberg*) und „abnorme Alkoholreaktion“ (*Wagner-Jauregg*).

Im Interesse größerer Klarheit erscheint es erforderlich, zunächst auf die überhaupt zu beobachtenden akuten Alkoholwirkungen einzugehen und sie unter Vermeidung von Ausdrücken, wie „normal“, „anormal“, „abnorm“, „pathologisch“ lediglich ihrer größeren oder geringeren Gewöhnlichkeit oder Ungewöhnlichkeit nach zu ordnen. Hierbei sollen gelegentlich der Besprechung ungewöhnlicherer Zustände auch einige diagnostische Bemerkungen eingeflochten werden.

I. Die Erscheinungen des akuten Alkoholrausches im allgemeinen nebst Bemerkungen über die Diagnose seltenerer Zustandsbilder.

Die allgemein zu beobachtenden, nach Alkoholgenuß auftretenden psychischen Veränderungen bestehen bekanntlich in einer Erschwerung der Auffassung und der geistigen Verarbeitung und Einprägung empfangener Eindrücke, in einer Verflachung und Beschleunigung des Gedankenganges, in einer Verschiebung der Stimmungslage nach der Seite der Euphorie zu, in einer erleichterten Auslösung von Willensantrieben, sowie in einer Steigerung der psycho-motorischen Erregbarkeit (*Kraepelin*).

Nicht alle diese Erscheinungen treten von Anfang an gleichzeitig hervor. Äußerlich fallen zunächst die rosig-euphorische Stimmung mit hoher Wertung des eigenen Ichs, Neigung zu hochfliegenden Plänen, allgemeine Verbrüderungstendenzen, der ideenflüchtige Ablauf des Gedankenganges mit verblüffenden, manchmal reizvoll erscheinenden Verknüpfungen, die lebhafte Redeweise und die vermehrte Motorik auf. Bei größeren Dosen kommt eine allmählich zunehmende Lähmung zustande, die sich sowohl auf die körperlichen als auch auf die psychischen Funktionen erstreckt, und schließlich tritt eine völlige Bewußtlosigkeit ein. Die Bewußtlosigkeit setzt bekanntermaßen nicht schlagartig ein, sondern es geht ihr ein Stadium voraus, in dem bereits eine Einschränkung der Wahrnehmung und Auffassung bei äußerlich noch komponiertem Verhalten vorhanden ist (*Heilbronner*). In diesem Zustande kommen dann wohl gelegentlich verkehrte Handlungen meist harmloserer Natur vor, wie Verlegen und Verwechseln von Kleidungsstücken, zweckloses Umherirren auf der Straße, achtloses Fortwerfen wertvoller Gegenstände.

Derartige Einschränkungen des Bewußtseins kann man häufig beobachten, und viele, die im akademischen Leben gestanden haben, werden wohl einschlägige Erfahrungen an Kommilitonen und vielleicht auch an sich selbst gemacht haben. Bei der Schilderung dieses Stadiums der Alkoholintoxikation drängt sich unwillkürlich der Vergleich mit einem Dämmerzustand auf, der ja gleichfalls durch Störung der Auffassung und Wahrnehmung bei äußerlich geordnetem Verhalten, durch gelegentliche verkehrte, nicht zur Persönlichkeit passende und den augenblicklichen Umständen nicht Rechnung tragende Handlungen, sowie durch nachträgliche Erinnerungslosigkeit charakterisiert wird (*Raecke*). Es ist also festzuhalten, daß bei jedem Rausch bei genügend vorgesetzter Intoxikation Zustände auftreten können und ziemlich häufig auftreten, die einem Dämmerzustand sehr ähnlich, ja identisch sind (*Ziehen*).

Von dem hier entworfenen Bild des Alkoholrausches gibt es nun mehr oder weniger seltene *Abweichungen*. So kommt es häufiger vor, daß einzelne oder auch ganze Gruppen von den Erscheinungen des Rausches ausbleiben bzw. nur schwach auftreten oder nach der anderen Seite zu über das übliche Maß hinaus verstärkt zur Beobachtung gelangen.

So können zunächst die *psychischen* Erscheinungen zurücktreten; es handelt sich hier um die sogenannten stillen Trinker, denen man psychisch vielleicht außer einem behaglichen Lächeln keinerlei Alkoholwirkung anmerkt, die aber, wenn sie sich erheben, auffällige ataktische Bewegungen machen und jetzt auch vom Laien ohne weiteres als „*betrunkener*“ bezeichnet werden würden.

In anderen Fällen treten die *körperlichen* Symptome der Trunkenheit auf-fallend wenig in Erscheinung, es bleibt auch das Stadium der psychischen Erregung aus (*Heilbronner, Kraepelin*), so daß sich bei noch halbwegs geordnetem äußeren Verhalten und Ausbleiben der körperlichen Erscheinungen gewissermaßen unter Überspringen des Stadiums der Erregung Bewußtseinstörungen mit nachfolgender Amnesie entwickeln können, für die der Vergleich mit einem komponierten Dämmerzustand besonders zutreffend ist. Hier erscheint es dann besonders auffällig, wenn einem derartigen Zustand infolge Fortfalls von Hemmungen der Persönlichkeit anscheinend ganz fremde, in Wirklichkeit aber psychologisch motivierte Handlungen unternommen werden.

Bei anderen Berauschten stehen mehr die Störungen des *Gedankenablaufs*, die *Erleichterung der Auslösung von Willenstrieben* und die *motorische Unruhe* im Vordergrund.

Die auch sonst im Rausch vorhandene Neigung, Freundschaften zu schließen, führt dann zu unangebrachten Anbieten der Duzfreundschaft und schließlich zu abstoßend wirkenden Liebkosungen, die Redelust artet schließlich in unverständliches Schreien aus, die Neigung zu vermehrten Gestikulationen führt zu Grimassen und zu wilden Fuchteleien, das gesteigerte Selbstgefühl führt zum Prahlen, fortschreitend bis zu ganz groben Entstellungen der Wahrheit zwecks Vorkehrung der eigenen Persönlichkeit, die gesteigerte Geschlechtslust führt mitunter zu wüsten sexuellen Ausschreitungen, womöglich zu Sittlichkeitsverbrechen (*Kraepelin*).

Als andere gleichfalls häufiger zu beobachtende Abweichung von den landläufigen Rauschsymptomen ist noch ein *Umschlagen der Euphorie in das Gegenteil* bekannt ohne oder auch bei irgendeinem an sich geringfügigen äußeren Anlaß. Die Berauschten sind äußerst labil und leicht reizbar, sie neigen zu Beschimpfungen und Handgreiflichkeiten gegen ihre Umgebung, Widerstand oder sogar Einschreiten von Beamten steigern die Erregung gewöhnlich noch, gegen eine etwaige Sistierung wird wütend Widerstand geleistet (*Kraepelin*, *Heilbronner*, *Vorkastner*). Diese Leute haben eben, wie man sich auszudrücken pflegt, einen „schlechten“ Rausch. Es sei nochmals hervorgehoben, daß derartige Erscheinungen mitunter auch bei Personen beobachtet werden, die im nüchternen Zustand korrekt und höflich sind, so daß die Persönlichkeit unter dem Einfluß des Alkohols völlig verändert zu sein scheint.

In anderen Fällen wiederum (besonders bei chronischen Trinkern) äußert sich der Verlust der euphorischen Stimmung nicht im aggressiven Verhalten gegen die Umgebung, sondern in einer mehr *melancholischen* Stimmung, in Vorwürfen und Selbstanklagen gegen die eigene Person, die dann mitunter auch zu einem Selbstmordversuch führen (*Kraepelin*) (sogenanntes heulendes Elend).

Auch das *Tempo des Eintritts der Alkoholwirkung* ist individuell verschieden. Die einen kommen allmählich in den trunkenen Zustand hinein, andern ist lange Zeit nichts anzumerken, dann „fallen sie plötzlich ab“ (*Heilbronner*). Wir wissen auch, daß tödliche Alkoholvergiftungen gerade bei dieser letzten Gruppe vorkommen, da sie infolge der langsam eintretenden Alkoholwirkung die relativ größten Mengen zu sich zu nehmen imstande sind.

Diese individuellen Verschiedenheiten im Verlaufe des Rausches (von *Heilbronner Individualreaktion* genannt) sind gewöhnlich bei den einzelnen Personen konstant und ihnen selbst und der Umgebung bekannt.

Bei an und für sich psychisch nicht intakten Individuen, die schon von vornherein leicht reizbar sind und zu Erregungszuständen neigen, werden Reizbarkeit und Neigung zu Erregung durch den Rausch noch stark gesteigert, so daß sie in der Trunkenheit besonders häufig Gewalttätigkeiten, Ruhestörungen und Beleidigungen verüben, die sie mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt bringen. Derartige Leute — es handelt sich um Psychopathen, Schwachsinnige, chronische Alkoholiker, Epileptiker, Traumatiker usw. — haben eben habituell besonders schlechte Räusche und werden in ihnen häufig straffällig. Ebenso werden Leute mit schon an und für sich gesteigerter Sexualität, womöglich mit perversen Neigungen, die in nüchternem Zustand gerade noch imstande sind, die ihnen innewohnenden Regungen zu unterdrücken, in der Trunkenheit häufiger ihren Neigungen zügellos nachgehen und straffällig werden (*Heilbronner* u. a.).

Treten die Erscheinungen des Rausches, gleichgültig welcher Art sie sind, schon nach quantitativ sehr geringen Alkoholmengen auf, so spricht man von einer *Alkoholintoleranz*. Die Alkoholintoleranz kann entweder

habituell sein (es ist dies, wie die Neigung zum „schlechten Rausch“ wiederum besonders häufig bei Schwachsinnigen, Epileptikern, Psychoopathen, Traumatikern, chronischen Alkoholikern der Fall), oder sie kann nur zeitweise auftreten, z. B. nach längerer Abstinenz, bei großer Hitze, in der Rekonvaleszenz, nach psychischen Erregungen oder geistigen oder körperlichen Anstrengungen (*Heilbronner u. a.*).

Die Alkoholintoleranz ist eine auch dem Laien bekannte Erscheinung. Es gibt überall Leute, die habituell nur geringe Alkoholmengen vertragen, die z. B. schon nach 2 Gläsern Bier deutlich betrunken sind, und es ist wohl auch schon vielen persönlich vorgekommen, daß sie bei irgendeiner Gelegenheit, z. B. nach einem Ärger, nach einer Krankheit, an heißen Sommertagen schon nach viel geringeren Alkoholmengen als sonst „erledigt“ waren.

Außerdem gibt es nun noch ganz andere, nach akutem Alkoholgenuß einsetzende, relativ schnell vorübergehende, grob auffällige psychische Störungen, die aber im Gegensatz zu den vorher beschriebenen Rauschsymptomen recht selten sind. Diese Störungen haben in ausgesprochenen Fällen mit den bisher dargestellten Alkoholwirkungen keine Ähnlichkeit mehr und lassen sich auch nicht mehr als Steigerungen einzelner, häufig zu beobachtenden Rauschsymptome erklären. Sie fallen auch sofort dem Laien als andersartig auf, die Betreffenden werden sogar gewöhnlich als nicht betrunken bezeichnet. Es handelt sich hier um den sogenannten epileptoiden und deliranten Rausch.

Der *epileptoide* Rausch, der vielfach mit den Erregungs- und Dämmerzuständen der Epileptiker verglichen wird, ist oft, jedoch nicht immer mit einer Intoleranz verbunden, kann also schon nach verhältnismäßig geringen Alkoholmengen auftreten, ohne daß vor Beginn dieses Zustandes erhebliche Zeichen von Trunkenheit zu bemerken waren.

Das erste Symptom dieser Rauschform ist eine mehr oder weniger starke Bewußtseinstrübung, die aber abweichend von der beim gewöhnlichen Rausch auftretenden Bewußtseinsstörung mit lebhaftem Angstgefühl verknüpft ist. Die Angst ist entweder gegenstandslos, ein allgemeines ängstliches Gefühl oder sie ist verbunden mit ängstlichen Vorstellungen im Sinne eines Beziehungswahns (*Heilbronner*). Es kommt zu Wutausbrüchen, die zu schweren rücksichtslosen Gewalttätigkeiten führen können¹. Besonders charakteristisch ist, daß ein Zusammenhang zwischen der Erregung und äußeren Einflüssen nicht zu erkennen ist und daß die Erregung durch äußere Einwirkungen nicht beeinflußt werden kann. Widerstände werden rücksichtslos aus dem Wege geräumt. Die Orientierung kann völlig verloren sein, die Situation wird nicht nur nicht erkannt, sondern auch verkannt, anwesende Personen werden für Feinde gehalten. Auch Halluzinationen, meist des Gesichtes sind beobachtet worden.

¹ Nach *Bonhöffer* findet man in seltenen Fällen bei epileptoiden Räuschen einen mit lebhafter Angst verbundenen melancholischen Symptomenkomplex. „Die Kranken erscheinen der Umgebung zunächst verstimmt, still, wortkarg, in sich versunken. Nur aus vereinzelten Äußerungen ist der depressive Gedankeninhalt zu erschließen. Es kommt dann zu plötzlicher, meist mit großer Energie ausgeführter, lebensgefährlicher Bedrohung der Angehörigen und zu Selbstmordversuchen.“

Die körperlichen Symptome der Trunkenheit (Lallen, Taumeln usw.) können entweder ganz fehlen, oder sie sind nur in geringem Maße ausgebildet.

Neben diesen psychischen Reaktionen können auch auf körperlichem Gebiet mitunter motorische Entladungen auftreten, z. B. unbegründetes taktmäßiges Heben und Senken der Arme und Beine, rücksichtloses Aufschlagen des Hinterkopfes, inhaltsloses Schreien, oder nach der entgegengesetzten Seite Bewegungsarmut und absoluter Mutasmus (*Heilbronner*). Vielleicht wird diese Erscheinungsform am besten mit dem Ausdruck „katatoner Rausch“ bezeichnet.

Der Zustand der Erregung geht meist ziemlich plötzlich in einen langen tiefen Schlaf über, den sogenannten Terminalschlaf. Nach Erwachen besteht fast immer Erinnerungslosigkeit, nach einigen Autoren können aber mitunter auch ver einzelte Erinnerungsinseln stehen geblieben sein (*Heilbronner u. a.*).

Von körperlichen objektiv feststellbaren Symptomen sind von *Gudden* Pupillenstarre und Fehlen der Kniestehnenreflexe angegeben worden.

Die beschriebene Rauschform wird nun vielfach, ebenso wie die Alkoholintoleranz, öfter beobachtet bei an und für sich psychisch nicht ganz intakten Personen, also bei Schwachsinnigen, Psychopathen usw. jedoch ist dies wohl nicht die Regel.

Sicher ist es nach den angegebenen Merkmalen nicht schwer, einen epileptoiden Rausch zu diagnostizieren, wenn man ihn selbst beobachten kann. In der forensischen Praxis liegt die Sache aber meist so, daß der Sachverständige sich erst nachträglich, oft erst viele Monate später, darüber auslassen soll, ob es sich um einen epileptoiden Rausch handelt hat. Für eine derartige Aufgabe fällt die Möglichkeit einer objektiven Feststellung von körperlichen Symptomen naturgemäß fort, der Sachverständige ist allein auf die subjektiven Angaben des zu Untersuchenden und insbesondere auf die Schilderung der Zeugen angewiesen; im Sinne des Vorliegens eines epileptoiden Rausches müßte man verwerten, wenn sich das Verhalten des Täters als durch äußere Einflüsse bedingt, psychologisch nicht erklären läßt. Fernerhin wird sich durch die Zeugenvornehmungen auch feststellen lassen, ob körperliche Zeichen von Trunkenheit vorhanden waren oder nicht. Ihr Nichtvorhandensein würde nach dem Gesagten mehr für das Vorliegen eines epileptoiden Rausches sprechen; schließlich ist auch ein Terminalschlaf leicht durch die Ermittlungen festzustellen, doch wird sich diagnostisch mit dieser Tatsache nicht viel anfangen lassen, da alle Alkoholräusche mit einem Schlaf zu enden pflegen. Für die Praxis viel wichtiger erscheint die Beobachtung *Schröders*, nach der Leute, die einen epileptoiden Rausch haben, zu Bett gebracht, nicht einschlafen, sondern unruhig bleiben, während sonst Berauschte, einmal zur Ruhe gebracht, einzuschlafen pflegen. Berichtet der Täter außerdem noch über Amnesie und wird diese Angabe vielleicht noch durch einschlägige Aussagen der Umgebung gestützt, so ist dies ein Indiz mehr für die Diagnose epileptoider Rausch; das Fehlen von Amnesie spricht nicht unbedingt gegen einen solchen (*Heilbronner*).

Von einigen Autoren (*Raecke, Bumke, Cramer*) wird noch als diagnostisch verwertbares, wesentliches Merkmal des epileptoiden Rausches das Vorliegen eines der sogenannten prädestinierenden Momente angeführt. Hierzu muß gesagt werden, daß es doch etwas fraglich erscheint, ob derartige Momente immer vorhanden sein müssen. Ihr Fehlen könnte nach unserer Auffassung allein kein Grund sein, die Diagnose epileptoider Rausch fallen zu lassen. In manchen Fällen wird ein gerichtlich verwertbarer Nachweis auch gar nicht gelingen, denn die Angaben des Untersuchten bzw. der Angehörigen über etwaige nervöse Symptome oder über Krämpfe können ohne Nachforschungen nicht immer als wahr unterstellt werden. Zeugenvernehmungen nach dieser Richtung hin führen aber nach unseren Erfahrungen vielfach nicht zum Ziel.

Der sogenannte *delirante* Rausch wird als abortives Delir aufgefaßt; nach unmittelbar vorausgegangenem Alkoholgenuß tritt bei alten Gewohnheitstrinkern gewöhnlich in den Abendstunden ängstliche Unruhe auf, sie hören rascheln und tuscheln, sehen Köpfe am Fenster, Gespenster oder Schatten am Bette der Frau. Die bei ihnen bestehende Angst führt vielfach auch zu Andeutungen eines ängstlichen Beziehungs-wahnes, aus dem heraus diese Personen gewalttätig werden. Die Orientierung pflegt, wenigstens äußerlich, meist erhalten zu sein, der Affekt ist viel weniger stark als beim epileptoiden Rausch, auch die Erinnerung ist meist weniger gestört (*Heilbronner*).

Die Diagnose dieser Rauschform ist auch nachträglich nicht sehr schwer zu stellen, die Erscheinungen sind zu auffällig, als daß sie von der Umgebung nicht als ungewöhnlich aufgefaßt und geschildert werden könnten. Vorbedingung zur Feststellung dieser Rauschform ist das Vorhandensein eines chronischen Alkoholismus (*Heilbronner*).

Außerdem werden in der einschlägigen Literatur noch die sogenannten *alkoholischen Dämmerzustände* erwähnt, deren Abgrenzung und Symptomatologie nicht ganz einheitlich zu sein scheint. Diese „Dämmerzustände“ leiten sich offenbar von einer Arbeit her, die *Moeli* im Jahre 1900 unter dem Titel „Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins infolge von Alkoholvergiftung und deren forensische Bedeutung“ veröffentlicht hat. *Moeli* schildert hier 14 Fälle, die als gemeinsames Kennzeichen wohl zum Teil zweifellos eine Bewußtseins-trübung unter Ausbleiben körperlicher Trunkenheitserscheinungen aufweisen, in der Handlungen auffälliger Art ausgeführt werden, die schon vorher in den Gedanken des Täters eine Rolle spielten.

Es handelt sich einmal um Zustände von chronischem Alkoholismus mit psychotischen Beimengungen (Eifersuchtswahn, Vergiftungsideen, mitunter auch Sinnestäuschungen), die anscheinend unter dem Einfluß irgendeines psychotischen Symptoms nach Alkoholgenuß grob-auffällige

Handlungen unternehmen, ohne daß körperliche Anzeichen von Trunkenheit wahrzunehmen sind. Hierin gehören die Fälle 1, 11 und 13 (vgl. die zit. Arbeit von *Moeli*):

Fall 1. Chronischer Trinker; äußerte einige Tage vor der Tat, die Frau sei ihm untreu, sie wolle ihn vergiften, suchte nachts nach Alkoholgenuss Zimmer und Küche anscheinend nach dem Liebhaber ab, glaubte ihn zu verfolgen und verletzte bei dieser Verfolgung die in die Stube kommende Ehefrau. Nachher Amnesie. Der Kranke hielt auch in der Anstalt monatelang an der Untreue und der Vergiftungsabsicht der Ehefrau fest.

Fall 11. Chronischer Trinker; äußerte schon immer Eifersuchtsideen, beschuldigte eines Tages nach Alkoholgenuss die Frau der Untreue, wies das Essen zurück und lief nach Einschlafen im Hemd auf die Straße; er wurde aufgegriffen und in die Anstalt gebracht, in der er sich geordnet verhielt. (Bemerkungen über sein Verhalten auf der Straße nach Festnahme fehlen.)

Fall 13. Chronischer Trinker; hat Sinnestäuschungen ängstlicher Art, berichtet dem Arzt, daß er sich mitunter in einer Gegend eingefunden habe, in der er nichts zu tun hatte, äußerte einmal den Wunsch, er und die Kinder sollten tot sein, fand sich, wie er mit dem Messer in der Hand vor den Kindern stand.

Den Fall 1 wird man am besten so deuten, daß der Täter nach Alkoholgenuss unter dem Einfluß von ängstlichen Halluzinationen stand, deren Einfluß sein Benehmen und seine Straftat zuzuschreiben sind. Es würde sich also am ehesten um einen deliranten Rausch gehandelt haben.

Fall 11 kann man wohl als epileptoiden Rausch ansehen, in Frage kommt sonst noch die Annahme, einer Schlauftrunkenheit, über die später kurz berichtet werden wird. Schwierig erscheint die Deutung des Falles 13; vielleicht handelt es sich hier um einen vom Alkoholgenuss unabhängigen psychotischen Zustand, dessen Symptome durch den Einfluß des Alkohols verstärkt worden sind. Eine genauere Analyse des Falles aus der von *Moeli* gegebenen Darstellung erscheint nicht möglich.

Andere von *Moeli* geschilderte Fälle haben das Gemeinsame, daß ein näherer zeitlicher Zusammenhang der psychotischen Erscheinungen mit dem Alkoholgenuss nicht ersichtlich ist und daß die auffälligen psychischen Symptome längere Zeit (bis zu mehreren Tagen) andauern.

Fall 4. Kopftraumatiker, der Rentenkampf führt; wird während des Rentenkampfes zum chronischen Trinker, äußert Vergiftungs ideen, steht (nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer Alkoholintoxikation) vom Bett auf und erklärt, er müsse zum Grab eines verstorbenen Arbeitskameraden, weiß nachher von der Sache nichts. 3 Jahre später nach Aufregung und Unruhe erklärt er wieder, nach dem Friedhof gehen zu müssen, wird in die Anstalt übergeführt, dort ähnliches Verhalten; es stellt sich heraus, daß er früher mit seinem 5jährigen Sohne tatsächlich auf dem Friedhof gewesen war, ohne es zu wissen.

Fall 6. Chronischer Trinker, der nach Kopftrauma intolerant geworden ist. Zieht sich plötzlich, ohne vorher Alkohol getrunken zu haben, im Winter auf der Straße völlig aus und erklärt auf der Wache, er sei der Schah von Persien, kommt in die Anstalt, gibt für 2 Tage Amnesie an.

Fall 12. Alkoholintoleranter; neigt dazu, im trunkenen Zustande zu skandalieren, es werden ihm in der Trunkenheit die Uhr, die Kleider und die Papiere gestohlen, meldet dies auf der Polizei, man bestellt ihn zum nächsten Tage wieder, beim Wiedererscheinen auffällig, verlangt, geköpft zu werden, sei unnütz auf der Welt, der Kaiser habe gesagt, er solle sich köpfen lassen, kommt in die Anstalt, dort klingen die Erscheinungen erst nach 5 Tagen ab, Amnesie für alle Vorfälle.

Fall 2. Chronischer Trinker; verträgt sich schlecht mit der Ehefrau, leicht reizbar, schreckhaft, zertrümmert Möbel, droht der Frau, er werde sie mit ins Grab nehmen; kommt eines Tags verstört nach Hause, hat anscheinend vorher nicht getrunken, bedroht die Frau mit dem Revolver, die Frau geht mit dem Kind fort, als sie wiederkommt, ist der Mann im Begriff, auf Pappe die Worte zu schreiben, daß er sterben wolle. Als die Frau hinausgeht, schießt er auf sie, die Frau entwindet ihm den Revolver, der Kranke wird verhaftet, auf der Wache wird festgestellt, daß er nach Alkohol riecht, aber körperlich keinen betrunkenen Eindruck macht. Der Arzt beobachtet auf der Wache, daß die Haltung theatralisch ist, der Kranke ist wortreich, als ob er sich vor innerer Wut kaum beherrschen kann. In der Anstalt wird Amnesie für etwa 3 Tage geäußert, Erinnerungsinseln werden zugegeben. Er bringt auch in der Anstalt noch längere Zeit Beschuldigungen gegen die Ehefrau vor.

In diesen Fällen scheinen ursächlich alkoholepileptische bzw. traumatisch-epileptische Momente mitzusprechen; ob man auch hysterische Beimengungen annehmen muß, ist schwer zu sagen; theatralisches Auftreten allein genügt dazu nicht.

Nun bleiben bis auf zwei im epileptischen Dämmerzustand verübte Delikte, die hier nicht zur Sache gehören, noch drei Fälle, anscheinend einfacher gelagerter Art übrig:

Fall 3. Chronischer, zu Erregungszuständen neigender Trinker hat, als er im angetrunkenen Zustand nach Hause kommt, mit der Ehefrau Streit, die Frau flüchtet zu den Nachbarn. Als er sich danach dem Fenster nähert, wird er von den Nachbarn mit Wasser begossen. Daraufhin wirft er sein Kind aus dem Fenster, hatte vorher seine Frau der Untreue bezichtigt und behauptet, daß das Kind nicht von ihm stamme. Amnesie wird angegeben.

Fall 5. Alkoholintoleranter; nach Alkoholgenuß entsteht Streit mit der Geliebten. Der Alkoholgenuß wird nach dem Streit fortgesetzt. Der Kranke wird dann beobachtet, wie er mit dem Revolver auf das Dach des Hauses steigt, um von dort aus kriechend das Fenster der Geliebten zu erreichen. Er wird heruntergeholt. Amnesie. Gibt an, er habe früher ähnliches gelesen.

Fall 10. Chronischer Trinker; Eifersuchtsideen, Wutausbrüche gegen die Ehefrau, droht gelegentlich bei ihren Hilferufen, auf etwa zu Hilfe kommende Schutzleute schießen zu wollen. Als die Ehefrau dann bei einem späteren Auftritt wirklich Schutzleute holt, feuert der Kranke.

Hier handelt es sich wohl um einfache Affekthandlungen chronischer, leicht erregbarer Trinker bzw. Alkoholintoleranter, die nach Alkoholgenuß ausgeführt werden. Stimmt die Angabe der Amnesie, so würde eine Bewußtseinstrübung bei Ausbleiben schwererer körperlicher Erscheinungen vorgelegen haben.

Recht bemerkenswert ist noch folgender Fall *Moelis*:

Fall 14. Brennspiritustrinker; sexuell leicht erregbar. Klagt am fraglichen Tage über Schmerzen in den Gliedern, ißt kaum, sitzt in Wirtschaften umher; findet bei seiner Rückkehr im Flur des Hauses zwei Mädchen und nimmt eines mit. Soweit besinnt er sich; dann wacht er nach seiner Angabe auf, wie ihm Blut über die Hand läuft. Das Kind stirbt an zwei von dem Täter beigebrachten Halsstichen.

Ich glaube, man kann dieses Vorkommnis nach der jetzt geläufigen kriminalpsychologischen Auffassung ungezwungen so erklären, daß der sexuell stark erregbare, im Zustand einer Alkoholintoxikation befindliche, chronische Trinker an dem Kinde ein Sittlichkeitsverbrechen begehen wollte und bei dem Versuch, das 13jährige, sich sträubende Kind wehrlos zu machen bzw. einzuschüchtern, überkompensierte. Die Angabe von Amnesie spricht nicht gegen diese Auffassung; denn es ist auffällig, daß der Täter sich noch darauf besinnt, daß er das Kind mitnimmt und daß die Erinnerung auch gleich nach der Tat wieder einsetzt, so daß hier lediglich für die strafbare Handlung Erinnerungslosigkeit angegeben wird. Man wird also hier daran denken müssen, daß die Amnesie erlogen sein kann. Natürlich ist es schwer, bei der kurzen Darstellung, die *Moeli* von dem Fall gegeben hat, zu sicheren Schlüssen zu kommen.

Unter dem Gesichtspunkt, daß es sich bei allen diesen, doch recht verschiedenen Zuständen vielfach um Epileptiker, alte Traumatisierter oder chronische Trinker handelt, jedenfalls um Leute, bei denen man epileptische Krampfanfälle und Dämmerzustände beobachten kann, sind die hier geschilderten Fälle, soweit es sich um kürzere Zeit andauernde abnorme Zustände handelt, zunächst von *Heilbronner* unter dem Namen „alkoholische Dämmerzustände“ zusammengefaßt worden. Sie sind nach seiner Darstellung teils als epileptoide Räusehe mit protrahiertem Verlauf aufzufassen, teils entsprechen sie epileptischen Dämmerzuständen und werden als „alkohol-epileptische Äquivalente“ bezeichnet.

Siemerling faßt 1906 diese Zustände unter dem Namen „alkoholische Trance“ zusammen. Nach seiner Darstellung sind sie durch „traumartiges Bewußtsein ohne vorherrschende Halluzinationen und ohne Veränderung der Gemütslage“ charakterisiert.

Wollenberg behält in *Hoches* Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie den von *Heilbronner* gewählten Namen „alkoholische Dämmerzustände“ (alkohol-epileptische Äquivalente) bei, er charakterisiert die Zustände in derselben Art wie *Siemerling*. *Wollenberg* führt noch 3 Beispiele eigener Beobachtung an, von denen man 2 nach diesseitiger Auffassung auch zum deliranten Rausch rechnen könnte. Das 3. Beispiel (Offizier, der homosexuelles Attentat auf seinen Burschen unternimmt) kann man auch so deuten, daß hier bei dem Intoxikationszustand die körperlichen Symptome ausgeblieben sind und daß in der durch die Alkoholwirkung verursachten Bewußtseinstrübung im Unterbewußtsein schlummernde homosexuelle Regungen in den Vordergrund gerückt und infolge der durch die Intoxikation erleichterten Auslösung von Willenstrieben in die Tat umgesetzt wurden. Es erscheint daher etwas fraglich, ob man für den zitierten Fall noch einen besonderen Begriff „alkoholischer Dämmerzustand“ einführen muß oder ob man die beobachtete Handlung nicht auch aus bekannten, durchaus nicht so sehr seltenen

Alkoholwirkungen ableiten kann. *Hübner* spricht in seinem Lehrbuch der forensischen Psychiatrie gleichfalls von alkoholischen Dämmerzuständen. Sie werden in derselben Art, wie von *Wollenberg* abgegrenzt.

Bumke erwähnt sie in seinem 1924 erschienenen Lehrbuch überhaupt nicht.

Auch *Kraepelin* führt in der letzten Auflage seines Lehrbuches (1927) die von *Moeli* geschilderten Erscheinungen als zusammenhängende Zustandsbilder bereits nicht mehr an. Er erwähnt nur noch bei der Besprechung des epileptoiden Rausches, daß das Eintreten einer starken Bewußtseinstrübung nach Alkoholgenuss auch beim Fehlen ausgeprägter Erregung die Neigung zu Gewalttaten zu begünstigen scheine, vielleicht deshalb, weil der Alkohol triebhaftes Handeln überhaupt begünstige. Er fügt dann an anderer Stelle hinzu, mitunter tauchten bei derartigen Zuständen auch Wahnbildungen und Sinnestäuschungen hysterischer Färbung auf.

Schröder lehnt in *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie (1912) eine innere Zusammengehörigkeit der von *Moeli* und einigen anderen Autoren geschilderten Zustände ab; diejenigen, bei denen die psychotischen Erscheinungen längere Zeit anhalten, hat er unter dem Namen „transitorische Alkoholpsychosen“ zusammengefaßt, ein Ausdruck, welcher sehr treffend ist.

Nach allem ist der Begriff „alkoholischer Dämmerzustand“ ein unklarer und verschwommener, der symptomatologisch verschiedene Zustände in sich vereinigt; die Erscheinungen sind teils von den landläufigen Rauschsymptomen nicht sicher abzugrenzen, teils handelt es sich um länger andauernde, einer kurzen Psychose entsprechende Bilder.

II. Welche von den beschriebenen Rauschformen werden als pathologisch bezeichnet?

Die Alkoholintoxikation führt ja ohne Zweifel zu einer akut einsetzenden, an sich auffallenden Wesensänderung, die man einem manischen Zustand gleichsetzen kann; das Vorhandensein eines solchen Zustandsbildes bedingt aber nach geläufiger, unbestrittener, forensisch-psychiatrischer Auffassung die generelle Anwendung des § 51 StGB.; man müßte also eigentlich auch die infolge Alkoholintoxikation entstehenden psychischen Bilder generell als krankhafte Störungen der Geistes-tätigkeit im Sinne des § 51 StGB. bezeichnen (*Heilbronner*, *Vorkastner* u. a.). Eine Anwendung dieses Grundsatzes in foro stößt aber auf starken Widerstand von juristischer Seite, denn in diesem Falle müßte ein großer Teil der jetzt zur Aburteilung gelangenden Vergehen und Verbrechen ungesühnt bleiben. Der Jurist sieht die Trunkenheit an sich als nichts Krankhaftes an. Als Exkulpierungsgrund läßt er nur die sogenannte sinnlose Trunkenheit gelten. Da er Zustände von Trunkenheit im allgemeinen nicht als krankhaft ansieht, traut er sich auch selbst ein Urteil darüber zu, ob und bis zu welchem Grade ein Rausch vorgelegen hat und insbesondere auch darüber, ob es sich um eine sinnlose Trunkenheit gehandelt hat. Der Sachverständige pflegt vom Juristen vielfach nur gefragt zu werden, ob ein *pathologischer Rausch* vorgelegen hat.

Tatsächlich ist wohl die Kenntnis der durchschnittlichen Erscheinungen des Rausches Gemeingut aller Kreise geworden. Es wird speziell niemand einfallen, bei einem Trunkenheitszustand eines Angehörigen sofort einen Nervenarzt zu Rate zu ziehen; so hat es sich schließlich auch der Arzt selbst abgewöhnt, in der Praxis jeden Alkoholrausch als krankhaft zu bezeichnen. Er ist schließlich sogar dazu übergegangen, einen Rausch mit den geläufigen, allgemein bekannten Symptomen von sich aus als „normal“ zu bezeichnen, obwohl es sich eigentlich um einen krankhaften, also pathologischen Zustand handelt. Wenn sich nun für einzelne Verlaufarten des Rausches der Ausdruck „pathologisch“ im Gegensatz zu „normal“ eingebürgert hat, so können hiermit wohl nur die Symptome des an sich schon pathologischen Rausches gemeint sein, die seltener auftreten und eine noch größere Abweichung des an sich schon anormalen Zustandes von der normalen Psyche herbeiführen.

Es soll nunmehr festgestellt werden, welche der im vorigen Abschnitt beschriebenen Rauscherscheinungen nach der Literatur noch als normal und welche als pathologisch bezeichnet werden.

Es ist einleuchtend, daß hier bei der Eingruppierung von ganz seltenen bzw. von sehr geläufigen, durchschnittlichen Rauscherscheinungen eher Einigkeit herrschen wird, als bei der Eingruppierung von zwar nicht allzu häufigen, aber keineswegs seltenen Zustandsbildern. So herrscht Einigkeit über die Benennungen der ja ohne weiteres sehr auffälligen, von den landläufigen Formen völlig abweichenden Bilder des epileptoiden und deliranten Rausches. Sie werden in der Literatur einheitlich zu den pathologischen Räuschen gerechnet. Es besteht auch wohl kein Zweifel, daß dieser Ausdruck, wenn man ihn überhaupt gebrauchen will, unbedingt auf diese beiden Rauschformen angewendet werden muß. Von dieser Benennung macht nur *Kraepelin* in der letzten Auflage seines Lehrbuches insofern eine ganz äußerliche Ausnahme, als er den deliranten Rausch nicht in dem Abschnitt über den komplizierten Rausch, sondern erst später, gelegentlich der Darstellung des Verlaufes der Räusche der chronischen Trinker bespricht, wohl wegen der inneren Zusammengehörigkeit dieser Rauschform mit dem chronischen Alkoholismus.

Ungleich häufiger und auch dem Laien ohne weiteres bekannt sind jene Rauschabarten, die von *Heilbronner* unter dem Begriff Individualreaktion zusammengefaßt worden sind, also die fehlende psychische Erregung bei den sogenannten stillen Trinkern auf der einen Seite und auf der andern Seite die übermäßig starke Erregung jener Leute, die einen sogenannten schlechten Rausch haben. Die Frage geht nun dahin, ob in der Literatur auch für diese Rauschformen der Ausdruck „pathologisch“ angewendet wird.

Begreiflicherweise wird diese Benennung nie auf die sogenannten stillen Trinker angewendet, die ja psychisch ziemlich unauffällig sind. Dagegen findet diese Bezeichnung gelegentlich Anwendung auf die sogenannten „schlechten Räusche“, auch wenn sie keine epileptoiden Räusche darstellen.

In dem Abschnitt „chronische Toxikosen“ des Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie von *Kraus-Brugsch* schreibt *Schröder*:

„Pathologische Räusche sind im unmittelbaren Anschluß an Alkoholaufnahme auftretende Zustände, die in ihren Erscheinungen abweichen von denen des normalen Rausches, d. h. welche anders sind als die bei der großen Mehrzahl Gesunder bekannten Rauschwirkungen des Alkohols“. Später heißt es weiter: „Pathologischer Rausch ist ein Sammelname für klinisch sehr verschiedene Zustände, wir verstehen darunter eine Reihe von akuten, in der Regel rasch vorübergehenden Zustandsbildern, an deren einem Ende Räusche mit nur geringen ungewöhnlichen Beimengungen, an dem anderen Ende ganz anders geartete, an die gewöhnliche Trunkenheit nicht mehr erinnernde Symptomgruppen stehen.“ Als derartige ungewöhnliche Beimengungen werden dann im weiteren Verlauf der Darstellung Spottlust, Reizbarkeit, Grobheit, Neid, Eifersucht erwähnt, ferner Erregung, Randalieren, Lärmen und Schimpfen, Neigung zu Tätschkeiten und zu schamlosen Handlungen (besonders bei chronischen Trinkern auftretend).

Das sind aber alles Erscheinungen, die zwar auf einen sogenannten schlechten Rausch hindeuten, aber weder für einen epileptoiden noch für einen deliranten Rausch als charakteristisch bezeichnet werden können.

In ähnlichem Sinne wie *Schröder* äußert sich *Bumke* in seinem Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Er erwähnt hier leichtere Fälle von pathologischen Räuschen, die nach seiner Darstellung nur eine quantitative Steigerung der gewöhnlichen Symptome der einfachen Trunkenheit darstellen.

Ebenso scheint auch *Gruhle* in seinem für praktische Ärzte bestimmten Lehrbuch der Psychiatrie den Ausdruck pathologischer Rausch nicht ausschließlich auf den epileptoiden und deliranten Rausch anwenden zu wollen, er unterscheidet bei der Besprechung forensischer Fragen „höchste, mittlere und leichte Grade des abnormen Rausches“ (ich nehme hierbei allerdings an, daß *Gruhle* die Ausdrücke pathologisch und abnorm identifiziert); für höchste Grade (sinnloses Toben, Umsichstechen mit gezücktem Messer, durch die Straßen laufen und auf alle Begegnenden einstechen) nimmt er generelle Zurechnungsunfähigkeit an, bei mittleren Graden (die Symptome werden nicht näher geschildert) liegt nach seiner Ansicht partielle Zurechnungsunfähigkeit für Affektverbrechen vor, bei den leichten Graden, deren Symptome gleichfalls nicht näher geschildert werden, ist der Täter nach *Gruhle* zurechnungsfähig¹.

Andere Autoren wiederum trennen diese der Individualreaktion zuzurechnenden Zustände ausdrücklich vom pathologischen Rausche ab.

In der Auflage des *Kraepelinschen* Lehrbuches von 1927 heißt es wie folgt:

„Wir erinnern uns nunmehr, daß manche Personen sehr rasch müde und schlafig werden, ohne die erregenden Alkoholwirkungen deutlicher darzubieten. Auf der anderen Seite gibt es Menschen, die unter Alkoholeinfluß rasch in Erregung geraten, streitsüchtig, kraekerisch werden, die Selbstbeherrschung verlieren, aber keine stärkere Störung der Auffassung und des Denkens zeigen. Man kann dann von einem agitierten Rausche oder von einer Alkoholtobsucht sprechen.“ Die

¹ Die Berechtigung dieser Einteilung ist 1925 von *Bing* und *Schönberg* abgelehnt worden.

Schilderung des pathologischen Rausches entspricht bei *Kraepelin* der eingangs gegebenen Darstellung des epileptoiden Rausches, er wird von dem agitierten Rausch abgetrennt.

In ähnlichem Sinne läßt sich *Raecke* in seinem Lehrbuch der forensischen Psychiatrie aus: „Forensisch wichtig sind die im Stadium der anfänglichen motorischen Erregung meist zu verzeichnende Unternehmungslust, Prahlen und Streitsucht, Steigerung des Geschlechtstriebes, Neigung zur Gewalttätigkeit, ferner der oft zurückbleibende, weitgehende Erinnerungsausfall. Diesen in normalen Bahnen ablaufenden Rausch nennen wir noch nicht krankhaft.“

Nach diesen Zitaten herrscht in der einschlägigen Literatur bezüglich der Einordnung der sogenannten Individualreaktion in die normalen bzw. pathologischen Rauschformen keine Einigkeit mehr. Wenn ein Sachverständiger irgendeinen mit stärkerer Erregung einhergehenden Rausch, bei dem es sich nicht um einen epileptoiden Rausch handelt, als pathologisch bezeichnet, so kann er sich auf durchaus kompetente Literatur stützen.

Gleichfalls voneinander different sind die in der Literatur gegebenen Definitionen des Wortes Alkoholintoleranz. Wir haben oben darauf hingewiesen, daß in der Literatur für die Entstehung des epileptoiden Rausches und für Alkoholintoleranz dieselben begünstigenden Momente angeführt werden (psychopathische Veranlagung, Epilepsie, chronischer Alkoholismus usw.). Dies mag mit dazu beitragen, daß auch im wissenschaftlichen Sprachgebrauch diese beiden, an und für sich ganz verschiedenen Begriffe zusammengeworfen werden, indem gelegentlich für die mit Alkoholintoleranz einhergehenden Räusche der Ausdruck pathologischer Rausch, und auch umgekehrt für den pathologischen Rausch der Ausdruck Alkoholintoleranz gebraucht wird.

Im einzelnen ergab die Literatureinsicht hier folgendes: Eine Reihe von Verfassern führt die Trennung zwischen der Alkoholintoleranz und dem pathologischen (epileptoiden) Rausch streng in der in Abschnitt I angegebenen Art durch, derart, daß unter Intoleranz lediglich ein Auftreten der gewöhnlichen Erscheinungen der Alkoholwirkung nach Genuß geringer Mengen zu verstehen ist, während das Auftreten des pathologischen Rausches an und für sich von Bestehen einer Alkoholintoleranz unabhängig ist. Er kann mit der Alkoholintoleranz zusammenfallen, braucht es aber nicht, ebenso kann nach der Ansicht der Mehrheit der Autoren ein Mensch alkoholintolerant sein, ohne daß bei ihm jemals ein pathologischer Rausch auftritt (*Cramer, Heilbronner, Mönkemöller, Kraepelin, Pilz, Hübner, Vorkastner*).

In einer anderen Gruppe von Lehrbüchern bzw. Arbeiten wird für den epileptoiden Rausch der Ausdruck Intoleranz gebraucht, bzw. für die Intoleranz der Ausdruck pathologische Alkoholreaktion angewendet.

So nennt *Gaupp* sowohl die gewöhnliche Alkoholintoleranz im Sinne der Darstellung im vorigen Abschnitt als auch den epileptoiden Rausch „Intoleranz“, unterscheidet aber dabei streng zwischen quantitativer Toleranz (gewöhnliche Intoleranz) und qualitativer Intoleranz (epileptoider Rausch).

Fast umgekehrt wendet *Wollenberg* diese Ausdrücke an. Er gebraucht sowohl für die Intoleranz als auch für den epileptoiden Rausch die Bezeichnung pathologische Alkoholreaktion, teilt aber die pathologische Alkoholreaktion in eine

quantitative Intoleranz im Sinne der gewöhnlichen Toleranz und den eigentlichen pathologischen Rausch (im Sinne des epileptoiden Rausches) ein.

Während es sich bei diesen Autoren lediglich um abweichende Benennungen äußerlicher Natur bei sachlich strenger Scheidung beider Begriffe handelt, kommt in der Darstellung, wie sie *Gruhle* in seinem Lehrbuch gibt, die völlige Verschiedenheit beider Begriffe weniger klar zum Ausdruck.

Gruhle geht davon aus, daß die menschliche Natur auf Alkoholgenuß verschieden reagiere. Höhere Grade des normalen Rausches würden als schwerer Rausch oder als sinnlose Betrunkenheit (vor allem im Gerichtssaal) bezeichnet. Der normale Mensch vermöge sich jederzeit in diesen Zustand zu versetzen; es gäbe aber auch Männer, bei denen das Stadium der Erregung nach Alkoholgenuß auszubleiben scheine. Andere wiederum bekämen nach geringen Alkoholmengen starke Zeichen von Alkoholwirkung. Dieser Zustand wird von *Gruhle* als Alkoholintoleranz bezeichnet. Er fährt dann weiter fort, der Alkoholintolerante verfalle nach Genüß von 2–3 Glas Bier oder $\frac{1}{4}$ l Wein in eine besondere Art von Rausch, die mit dem gewöhnlichen Rausch nichts mehr gemein habe. Dies sei der pathologische oder abnorme Rausch, das seien aber nicht höhere Grade des gewöhnlichen Rausches, nicht sinnlose Trunkenheit, sondern eine andersartige Berauschtung. Einzelne Individuen verfielen jedesmal, wenn sie Alkohol zu sich nähmen, in einen pathologischen Rausch, bei den anderen wiederum wechselse die Alkoholintoleranz zeitlich sehr. Mancher sei nur zu gewissen Zeiten alkoholintolerant und zu einem pathologischen Rausch disponiert. Als Symptome dieses pathologischen Rausches werden völlig veränderte, unangenehme Stimmungslage, starke motorische Erregung, die zu Gewalttätigkeiten drängt, auffallendes, wirres, verstörtes Wesen, sowie nachfolgende Erinnerungslosigkeit für die Dauer des Zustandes angegeben.

In dieser Darstellung werden die Ausdrücke pathologischer Rausch und Alkoholintoleranz nicht streng voneinander geschieden, und man kann es verstehen, wenn mitunter auch in der Praxis von einigen als Gutachter herangezogenen Ärzten, auch Kreisärzten, die Begriffe pathologischer Rausch und Alkoholintoleranz nicht streng getrennt werden.

In den eingangs zitierten Fällen ist von einem Gutachter (Fall 3, Gutachter II) noch die Ansicht vertreten worden, der pathologische Rausch könne in völlig komponierter Form verlaufen, es kämen nur gelegentlich verkehrte, der Persönlichkeit fremde Handlungen vor.

Auch diese Ansicht läßt sich durch die Literatur stützen; so vergleicht *E. Schultze* in einer Arbeit über das Alkoholexperiment den pathologischen Rausch mit einem Dämmerzustand, in dem sinnlose, törichte, ja strafbare Handlungen neben verständigen und verständlichen vorgenommen werden, und *Seelert* führt als Kennzeichen des pathologischen Rausches Zurückbleiben der körperlichen Rauscherscheinungen und Ausbildung einer schweren Bewußtseinstrübung mit schwerer Störung der Denkfunktion an, ohne außerdem noch sonstige Merkmale zu verlangen. Es wird also, kurz gesagt, ein komplikationsloser alkoholischer Dämmerzustand unter Zurückbleiben der körperlichen Erscheinungen gleichfalls als pathologischer Rausch bezeichnet, ein Zustand, der sich unseres Erachtens überhaupt nicht ganz sicher von häufiger vorkommenden, ziemlich landläufigen

Rauschsymptomen abgrenzen läßt¹. Freilich scheint es so, als ob die zitierten Autoren nur dann geneigt sind, in einem solchen Falle einen pathologischen Rausch anzunehmen, wenn einer der besprochenen, sogenannten prädisponierenden Umstände oder eine Alkoholintoleranz nachgewiesen wird; sie verlangen also anscheinend eine Summation mehrerer, die Persönlichkeit mehr oder minder schwer beeinträchtigender Momente. Klar ausgesprochen ist diese Forderung jedoch nicht; auch ist schon darauf hingewiesen worden, daß der Nachweis der prädisponierenden Umstände in der forensischen Praxis recht schwierig sein kann.

Aus vorstehenden Angaben geht hervor, daß nicht nur in der Praxis vorkommenden gerichtlichen Gutachten, sondern auch in der kompetenten Literatur, die auch zum Unterricht der Mediziner benutzt wird, voneinander sehr erheblich abweichende Ansichten über den Begriff pathologischer Rausch existieren. Er läßt sich nicht einheitlich definieren, vielmehr sind folgende, voneinander abweichende Definitionen möglich:

1. Die Bezeichnung pathologischer Rausch gilt nur für den epileptoiden und deliranten Rausch (*Heilbronner, Cramer, Raecke, Hübner, Kraepelin*).

2. Die Bezeichnung pathologischer Rausch gilt außer für den epileptoiden und deliranten Rausch auch für andere mit Erregung einhergehende Rauschzustände, z. B. auch für die Räusche der leicht reizbaren Psychopathen, der chronischen Trinker, der alten Traumatiker usw. (*Schröder* im Handbuch von *Krauß-Brugsch, Bumke, Gruhle*).

3. Die Bezeichnung pathologischer Rausch gilt außer für den epileptoiden und deliranten Rausch auch für die Alkoholintoleranz (*Wollenberg*), oder sie wird von der Alkoholintoleranz nur unscharf abgegrenzt (*Gruhle*).

4. Die Bezeichnung pathologischer Rausch gilt unter gewissen Voraussetzungen (siehe S. 314) auch für die öfter nach Alkoholgenuß auftretenden halluzinationslosen Dämmerzustände, sofern bei ihnen körperliche Trunkenheitserscheinungen zurücktreten, ein Zustandsbild, das sonst in der Literatur neben anderen, länger andauernden, durch gröbere psychotische Beimengungen komplizierte Zustände „alko-

¹ Als Beleg dafür, daß von anderer Seite Dämmerzustände als „normale“ Alkoholwirkung angesehen werden, seien folgende Sätze aus *Ziehens Lehrbuch* zitiert: „Später kommt es zu einer zunehmenden Assoziationshemmung und einer progressiven Ausschaltung der Vorstellungskreise. Infolge dieser Assoziations-einengung fallen viele Hemmungen des normalen Lebens weg und dementsprechend kommt es zu Worten und Taten, die außerhalb des Rausches dem betreffenden Individuum fernliegen. Mit dem weiteren Umschreiten dieser Ausschaltungen kommt es schließlich zu völliger Bewußtlosigkeit, die Erinnerung nach dem Erwachen in diesen Fällen ist nicht völlig aufgehoben, wohl aber eingeschränkt.“ Weiterhin sagt *Ziehen*: „Die zweite Phase des Rausches (progressive Ausschaltung weiter Vorstellungskreise) und die dritte Phase (Bewußtlosigkeit) entsprechen einem halluzinationslosen Dämmerzustand.“

holischer Dämmerzustand“ benannt wird (*Seelert, E. Schultze, Gutachter II im Fall 3*).

Danach besteht eigentlich die Möglichkeit, fast jeden schwereren alkoholischen Rausch, der ein wenig von den landläufigen Rauschsymptomen abweicht, als pathologischen Rausch zu bezeichnen und die Richtigkeit der Bezeichnung fast immer durch Zitate aus der Literatur zu belegen; mit anderen Worten, ein Sachverständiger, der durchaus nach Momenten sucht, die die Diagnose pathologischer Rausch ermöglichen, könnte bei fast jedem unter dem Einfluß des Alkohols begangenen Delikt einen pathologischen Rausch diagnostizieren und dann den Täter für zurechnungsunfähig erklären, wenn man voraussetzt, daß mit der Diagnose pathologischer Rausch auch automatisch eine Exkulpierung verknüpft ist.

Nunmehr muß noch festgestellt werden, ob diese Voraussetzung auch tatsächlich zutrifft.

III. Sind nach der Literatur pathologische Räusche auch stets exkulpierende Räusche?

Diesen Standpunkt nehmen in der Tat diejenigen Autoren ein, die die Bezeichnung pathologischer Rausch lediglich auf den epileptoiden und deliranten Rausch anwenden, insofern sie überhaupt auf rechtliche Fragen eingehen.

Bei den übrigen Verfassern, die die Bezeichnung pathologischer Rausch auch auf andere Rauschsymptome ausdehnen, ist dies nicht der Fall.

Wollenberg, der ja zur pathologischen Alkoholreaktion auch die Intoleranz rechnet, hält trotzdem die Alkoholintoleranz keineswegs für einen Grund zur generellen Exkulpierung, und auch *Gruhle*, der die Begriffe pathologischer Rausch und Alkoholintoleranz nicht scharf trennt und der verschiedene Grade des abnormen Rausches unterscheidet, hält gleichfalls nicht jeden dieser Räusche für generell exkulpierende Geistesstörungen, sondern unterscheidet, wie schon erwähnt, zwischen schweren, mittleren und leichten Formen; generelle Zurechnungsunfähigkeit besteht nur bei den schweren Formen.

So sind wenigstens dadurch, daß die angeführten Autoren mit dem Begriff pathologischer Rausch nicht ohne weiteres eine unter den § 51 StGB. fallende Geistesstörung verstehen, sondern zwischen exkulpierenden und nichtexkulpierenden pathologischen Räuschen unterscheiden, die schlimmsten Irrtumsanlässe vermieden. Trotzdem werden derartige, vom Standpunkt der reinen Psychiatrie aus natürlich einwandfreie Darlegungen, die aber von der allgemein üblichen Darstellung abweichen, die Ungleichmäßigkeit der Begutachtungen vermehren können, wie die eingangs angeführten Fälle gezeigt haben.

IV. Besteht Einigkeit in der forensischen Bewertung der einzelnen Rauschformen, unabhängig von ihrer Benennung?

Eine Klarlegung dieser Verhältnisse ist dadurch erschwert, daß eine Anzahl der zitierten Autoren zu forensischen Fragen überhaupt nicht Stellung nimmt, und andere ihre forensische Einstellung für einen Teil der Zustandsbilder nicht sehr klar präzisieren.

Übereinstimmung herrscht insofern, als in der eingesehenen Literatur einerseits der epileptoide und delirante Rausch als generell exkulpierende Zustände bezeichnet werden und auf der anderen Seite die „einfache Intoleranz“ (Eintreten der gewöhnlichen Intoxikationssymptome bereits nach Genuß geringer Alkoholmengen) als Erscheinung gilt, die an und für sich zu einer Anwendung des § 51 StGB. beim Fehlen sonstiger Komplikationen keinen Anlaß gibt. Unklar bleibt die Einstellung der Autoren zu den einzelnen Formen der sogenannten alkoholischen Dämmerzustände. Sie gelten wohl generell als exkulpierende Zustände, doch wird die Abgrenzung von ähnlichen nicht exkulpierenden Zuständen nur wenig erörtert. *Heilbronner* und *Wollenberg* exkulpieren mit Recht dann, wenn innerhalb dieses Dämmerzustandes gewisse psychotische Symptome bemerkbar geworden sind, z. B. Angst, Beziehungsvorstellungen, Größenideen, Halluzinationen; indessen kann man derartige Zustände auch ebensogut als protrahierte epileptoide Räusche ansehen und aus diesem Gesichtspunkte heraus exkulpieren. Die Schwierigkeit liegt in der Abgrenzung der komplikationslosen, aber trotzdem exkulpierenden Dämmerzuständen von den häufig auftretenden „physiologischen“ Dämmerzuständen nach Alkoholgenuß im Sinne *Ziehens*, die wir im Verlauf der landläufigen Alkoholintoxikation beobachten können. Gerade hierüber lassen sich die Autoren nicht aus. Einige scheinen der Ansicht zu sein, daß der exkulpierende Dämmerzustand länger andauert und daß bei ihm körperliche Erscheinungen fehlen (alkoholische Trance, alkohol-epileptische Äquivalente im Sinne *Heilbronners*, *Siemerlings* und *Wollenbergs*), andere legen wohl mehr Gewicht auf das Vorhandensein einer krankhaften Grundlage für die Entstehung eines exkulpierenden Rausches (z. B. auf den Nachweis einer psychopathischen Konstitution) auf das gleichzeitige Bestehen einer Alkoholintoleranz oder auf ein sogenanntes äußeres prädisponierendes Moment, z. B. große Hitze, Überarbeitung usw. (*Seelert*). Doch sind diese diagnostischen Hinweise unbestimmt und wenig eindeutig; man kann aus der Darstellung nicht entnehmen, welche der angeführten Merkmale bei Annahme eines exkulpablen Zustandes unbedingt vorhanden sein müssen und welche nicht; der subjektiven Auffassung der einzelnen als Gutachter tätigen Ärzte ist weitgehender Spielraum gelassen. Trügerisch ist auch ein Hilfsmittel auf das der II. Gutachter im Falle 3 großes Gewicht legte, nämlich, daß die Wesensfremdheit der Tat für das Vorliegen eines exkulpablen Zu-

standes spreche; man kann in praktischen Fällen nicht immer beurteilen, ob ein Delikt der Persönlichkeit tatsächlich völlig wesensfremd ist oder ob in nüchternem Zustande nur die nötigen Hemmungen zur Enthaltung von strafbaren Handlungen aufgebracht werden, die unter Einfluß des Alkohols verlorengehen. Unsicher ist sogar mitunter die Feststellung, ob überhaupt eine Bewußtseinstrübung bestanden hat; sie beruht vorwiegend auf der Annahme einer Amnesie, deren Nachweis, wie erwähnt, diffizil ist.

Außer bei den erwähnten Zuständen ist eine Exkulpierung im Rausch begangener Delikte von Fall zu Fall nach der Literatur noch möglich bei Kombinationen von Schwachsinnzuständen oder Psychosen mit Alkoholtoleranz oder chronischem Alkoholismus (*Heilbronner*) und außerdem noch bei Affektvergehen von chronischen Trinkern und Alkoholintoleranten (*Gruhle* u. a.). Daß bei der Beurteilung derartiger Fälle subjektive Differenzen zwischen den Ansichten der einzelnen Gutachter gar nicht zu vermeiden sind, liegt auf der Hand.

V. Bemerkungen über das kommende Strafrecht.

Es gibt ja in jedem Wissenschaftsgebiete, in denen die Ansichten, sei es in der Nomenklatur, sei es grundsätzlich, auseinandergehen, ohne daß diese verschiedenen Ansichten praktisch Schaden anrichten. Anders ist es aber, wenn es sich um forensische Fragen handelt. Der Sachverständige hat doch schließlich einen starken Einfluß darauf, ob ein unter Alkoholeinfluß begangenes Delikt bestraft wird oder nicht. Sind die Ansichten der Sachverständigen verschieden, so muß auch die Rechtsprechung verschieden und unsicher werden. Es mag auch erwähnt werden, daß die Psychiater, die geneigt sind, bei Trunkenheitszuständen leicht zu exkulpieren, den Verteidigern vielfach bekannt sind und infolgedessen auch von ihnen herangezogen werden. Während ein mittelloser Angeklagter, der sich keinen Verteidiger halten kann, sich ohne weiteres mit dem Gutachten des für ihn zuständigen Sachverständigen abfinden muß, steht einem Bemittelten mitunter der Weg offen, durch den Verteidiger andere Sachverständige mit milderer Auffassung heranziehen zu lassen; dadurch wird die Gefahr einer Ungleichheit in der einschlägigen Rechtsprechung vermehrt, und zwar werden dadurch die Aussichten, milder beurteilt zu werden, für den Bemittelten besser. Auch ist der Richter in Einzelfällen vielleicht geneigt, einem aus niederen Kreisen, vielleicht schon vorbestraften Angeklagten, auch wenn er betrunken war, ohne Heranziehung eines Sachverständigen zu verurteilen, während ein den besseren Schichten Angehörender vor Aburteilung deshalb untersucht wird, weil man ihm nach seiner ganzen Persönlichkeit die strafbare Handlung nicht zutraut¹.

¹ Derartige Vorkommnisse haben auch schon den Stoff zu satirischen Dichtungen abgegeben. So stellt *Galsworthy* in seinem Lustspiel „Der Zigarettenkasten“

Eine Verminderung der Möglichkeiten für gröbere unterschiedliche Beurteilungen könnte dadurch herbeigeführt werden, daß der Begriff pathologischer Rausch von Psychiatern und forensischen Psychiatern gemeinsam einheitlich formuliert wird. Nun hat aber die Erfahrung gelehrt, daß einheitliche Formulierungen, die alle Forscher befriedigen, sehr schwierig und oft gar nicht möglich sind. Es ist daher wohl am besten, eine Änderung durch gesetzliche Bestimmungen herbeizuführen; daß eine solche auch von juristischer Seite gewünscht wurde, ergibt sich aus der Arbeit des Juristen *Kade* vom Jahre 1918, „Die Zurechnungsfähigkeit von Straftaten, die im alkoholischen Dämmerzustande verübt sind“. Nach seiner Auffassung sind alle Delikte, auch wenn sie in einem schweren Intoxikationszustande begangen sind, stets der Ausfluß der inneren Persönlichkeit, auch wenn sich der Täter infolge Fehlens der Erinnerung subjektiv einer Schuld nicht bewußt ist. Die durch den Alkoholgenuß hervorgerufene Beeinträchtigung befreit ihn daher nicht von Verantwortung. Der Täter müßte daher nach *Kades* Auffassung trotz des hochgradigen Intoxikationsstadiums bestraft werden, und zwar nicht analog § 827 BGB. wegen der fahrlässigen Handlung des Alkoholgenusses, sondern wegen des Deliktes selbst. Ob dieses durch die Angetrunkenheit und deren Ursachen in milderem Lichte erscheine, so führt *Kade* aus, sei lediglich eine Frage, die bei der Strafzumessung zu berücksichtigen sei.

Diese Postulierung *Kades* kann allerdings von ärztlichem Standpunkt nicht gutgeheißen werden; eine ausgesprochene Alkoholintoxikation ist für den Arzt ein krankhafter Zustand, und eine Bestrafung ist gegebenenfalls nicht wegen des Deliktes auszusprechen, sondern deshalb, weil der Täter sich in den Trunkenheitszustand hineinversetzt hat.

Diesem Gesichtspunkt folgt auch der jetzt dem Reichstag vorgelegte Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches. Er bedroht ungefähr analog der im § 827 BGB. in zivilrechtlicher Beziehung gegebenen Bestimmung denjenigen mit Gefängnis bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe, der sich vorsätzlich oder fahrlässig durch den Genuß geistiger Getränke oder durch andere berauschende Mittel in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustand versetzt, wenn er in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht (§ 367 des Entwurfes).

ungefähr folgenden Vorgang dar: Ein Sohn wohlhabender Eltern nimmt seiner Geliebten im trunkenen Zustande die Geldbörse fort. Ein trunkenener Arbeiter, mit dem sich der junge Mann in seiner Trunkenheit anfreundet, nimmt ihm dieselbe Geldbörse und außerdem noch einen Zigarettenkasten fort. In der Gerichtsverhandlung gegen den Arbeiter, in der der vornehme junge Mann als Zeuge vernommen wird, vermeidet der Richter alle Fragen, die ihn belasten könnten, als er gehört hat, er sei betrunken gewesen, während der Arbeiter, der ja doch zum mindesten ebenso betrunken war, wegen der Fortnahme des Zigarettenkastens verurteilt wird.

Nach dem jetzt geltenden Strafrecht kann ein Täter, der die Straftat in einem Unzurechnungsfähigkeit bedingenden Stadium von Trunkenheit begangen hat, nur dann bestraft werden, wenn die Bedingung der Tat bereits im zurechnungsfähigen Zustande gesetzt wurde, wenn sich also der Täter schuldhaft in einen Zustand schwerer Alkoholintoxikation versetzt hat, obwohl er damit rechnen mußte, in diesem Zustand eine strafbare Handlung zu begehen (sogenannte *actio libera in causa*). Beispiele: A. faßt in nüchternem Zustande den Vorsatz, ein Delikt zu begehen, und trinkt sich Mut an, oder der Kraftfahrer B. betrinkt sich vor Antritt der Fahrt und überfährt infolge seines angetrunkenen Zustandes einen Menschen (*v. Calker*). Eine Verurteilung auf Grund dieses Tatbestandes erfolgt aber nach allgemeiner Erfahrung nur selten, wohl deshalb, weil der Vorsatz, in einem Trunkenheitszustand ein Delikt zu begehen, sich nur selten nachweisen läßt und auch die Annahme eines fahrlässigen Sichbetrinkens eine qualifizierte Fahrlässigkeit voraussetzt, denn ein Hineingeraten in einen trunkenen Zustand gilt an und für sich zur Zeit noch nicht als Fahrlässigkeit; der Tatbestand der *actio libera in causa* setzt voraus, daß der Täter sich trotz des Bewußtseins in einen Intoxikationszustand versetzt hat, nach dem Alkoholgenuß einer Beschäftigung nachgehen zu müssen, die seine Kräfte und Fähigkeiten besonders in Anspruch nimmt, z. B. Führen eines Kraftwagens, Lenken eines wilden Pferdes und ähnl. Dieser Tatbestand dürfte aber nur in wenigen Fällen realisiert sein.

Bei der großen Masse der unter Alkoholeinfluß begangenen Delikte geht der Täter straffrei aus, wenn Grad und Art der Intoxikation zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung nach Ansicht des Gerichtes bzw. des Sachverständigen, dem das Gericht ja im allgemeinen zu folgen pflegt, Zurechnungsunfähigkeit bedingt. Für den Sachverständigen ist auf diese Weise der Zwiespalt entstanden, aus rechtlichen Beweggründen Zustandsbilder als „normal“ erklären zu müssen, die an sich nach allgemein wissenschaftlicher Auffassung als toxisch bedingte Geistesstörungen aufzufassen sind.

Die einschlägigen Bestimmungen der Reichstagsentwurfes sollen nun daraufhin durchgesehen werden, ob der ärztliche Sachverständige nach Einführung des neuen Strafgesetzbuches diesen Zwiespalt vermeiden kann und, ohne die Rechtssicherheit zu gefährden, in der Lage sein wird, den Kreis der exkulpierenden Rauschzustände zu erweitern, speziell jeden alkoholischen Rausch, auch wenn er völlig komplikationslos verläuft, als unter den § 51 StGB., späteren § 13 fallend zu erklären.

Man könnte dies zunächst annehmen; die *actio libera in causa* bleibt nach der Begründung zum Reichstagsentwurf auch im künftigen Strafrecht erhalten, und auch in den Fällen, in denen der durch sie bedingte

Tatbestand nicht gegeben ist, kann trotz der Exkulpierung eine Verurteilung wegen Volltrunkenheit erfolgen, wenn dem Täter vorsätzliches oder fahrlässiges Handeln nachzuweisen ist.

Einen Vorsatz, sich in erheblichem Maße zu betrinken (der Vorsatz, in diesem Zustande eine strafbare Handlung zu begehen, braucht gar nicht vorhanden gewesen zu sein), wird man nur in Einzelfällen nachweisen können, z. B. wenn jemand gelegentlich eines freudigen Ereignisses erklärt, er werde sich zur Feier des Tages gehörig betrinken. Gerät er hierbei in einen die Unzurechnungsfähigkeit bedingenden Intoxikationszustand und begeht er in diesem eine strafbare Handlung, so kann er wegen vorsätzlich herbeigeführter Volltrunkenheit aus § 367 verurteilt werden.

In der Mehrzahl der Fälle wird die Anklage dem Täter wohl eine Fahrlässigkeit im Gebrauch alkoholischer Getränke zur Last legen. Man könnte sich hierbei auf den Standpunkt stellen, daß jeglicher Gebrauch alkoholischer Getränke als Fahrlässigkeit anzusehen sei. Jeder Mensch müsse eben voraussehen, daß er hierbei gelegentlich in einen Zurechnungsunfähigkeit bedingenden Intoxikationszustand hineingeraten könne. Bei Gültigkeit dieser Auffassung könnte jeder Mensch, der in einem Trunkenheitszustande straffällig wird, ohne jede Ausnahme bestraft werden. Es erscheint jedoch sehr fraglich, ob der Gesetzgeber von dieser Ansicht ausgegangen ist. Es hätten dann in dem Wortlaut des Gesetzes die Worte „vorsätzlich“ oder „fahrlässig“ überhaupt fortgelassen werden können. Man muß wohl eher annehmen, daß der Gesetzgeber geneigt ist, einen Alkoholgenuss in mäßigen Mengen als „legal“ und nur ein Sich sinnlos-betrinken als fahrlässig anzusehen. Setzt sich diese Auffassung durch, so kann der wegen Volltrunkenheit angeklagte Angeklagte folgende Einwendungen machen, auf die bereits *E. Schultze* hingewiesen hat:

1. Es sei ihm heimlich Alkohol beigebracht worden, man habe ihm z. B. Schnaps ins Bier geschüttet; 2. er wisse nicht, wieviel er vertrage; 3. er sei vorübergehend alkoholintolerant gewesen.

Ad 1. Die Wahrscheinlichkeit, daß dem Täter das Rauschgift heimlich beigebracht worden ist, muß, wie *E. Schultze* hervorgehoben hat, ohne weiteres als Strafausschließungsgrund gelten. Es ist hierbei weder ein Vorsatz noch eine Fahrlässigkeit gegeben.

Ad 2. Der Einwand des Täters, er habe nicht wissen können, welche Alkoholmenge er gefahrlos genießen könne, muß wohl bei jüngeren Leuten, die noch kaum Alkohol zu sich genommen haben, und Personen, die sich sonst des Alkohols enthalten, als stichhaltig angesehen werden (*E. Schultze*). Man wird also damit zu rechnen haben, daß auch nach Einführung des neuen Strafgesetzbuches eine Anzahl von im exkulpierenden Rausch begangenen Delikten ungesühnt bleiben wird.

Eine Widerlegung des erhobenen Einwandes dürfte unter Umständen umfangreiche Zeugenvernehmungen notwendig machen, aus denen sich ergeben müßte, daß der Täter schon öfter dem Alkohol zugesprochen hat, also im allgemeinen wissen müßte, wieviel er vertragen konnte.

Ad 3. Am schwierigsten zu widerlegen dürfte wohl der Einwand des Täters sein, er sei zur Zeit der Tat vorübergehend alkoholintolerant gewesen. Man müßte einen Sachverständigen heranziehen, und dieser würde umfangreiche Ermittlungen über die von dem Täter sonst und am Tage der Straftat konsumierten Alkoholmengen anregen müssen, ferner darüber, ob ein äußerer Grund vorhanden war, der eine vorübergehende Intoleranz veranlassen konnte, z. B. große Aufregungen, Überarbeitung usw. Gelingt eine Widerlegung des Einwandes der vorübergehenden Intoleranz nicht, so würde der Täter straflos ausgehen.

Nach allem wird man erwarten müssen, daß sich der Überführung von Angeschuldigten, die wegen fahrlässig herbeigeführter Volltrunkenheit angeklagt sind, in einer Reihe von Fällen erhebliche Schwierigkeiten entgegenstellen werden und zwar um so größere, je geschickter der Täter oder der Verteidiger die Einwände vorbringt und je weniger der Täter sich selbst bemüht, bei der Beweisführung mitzuhelpfen, wozu er ja nicht ohne weiteres verpflichtet ist. Um derartigen Unzuträglichkeiten etwas vorzubeugen, wäre es vielleicht ganz zweckmäßig, wenn bei den erwähnten Einreden die Beweislast nicht der Staatsanwaltschaft, sondern dem Täter selbst zufiele, indem man die sogenannte *Schuldpräsumption* einreten ließe. Es wird eben allgemein vermutet, daß jeder Mensch seine Widerstandsfähigkeit gegen alkoholische Getränke kennt, das Gegenteil muß er selbst beweisen. Eine solche Schuldpräsumption besteht bereits im § 20, Absatz 2 des Pressegesetztes vom 7. 5. 1874 (Verantwortlichkeit des Redakteurs) und im § 529 StGB. (Sachhehlerei: wer seines Vorteils wegen Sachen, von denen er weiß, oder den Umständen nach annehmen muß, daß sie mittels einer strafbaren Handlung erworben sind, verheimlicht oder ankaufst, wird bestraft). Die Gefahr, daß jemand zu Unrecht verurteilt wird, weil er aus äußeren Gründen nicht in der Lage war, die Richtigkeit seines Einwandes genügend glaubhaft zu machen, dürfte bei Anlegung eines nicht zu strengen Maßstabes für die Beweisführung nicht so sehr groß sein.

Aber auch wenn man eine Schuldpräsumption für diese Einwände einführt, wird man es nicht vermeiden können, daß eine Anzahl von Delikten, die in der Trunkenheit begangen worden sind, speziell Erstlingsdelikte von Menschen, die noch nicht viel Alkohol zu sich genommen haben, ungesühnt bleibt. In solchen Fällen würden dann die im Reichstagsentwurf vorgeschlagenen Maßregeln zur Besserung und Sicherung in Anwendung kommen: Eine Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt gemäß § 57 kommt nur für gewohnheitsmäßige Trinker

in Frage. Theoretisch möglich erscheint die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt laut § 56, doch kann das Gericht nach dem Reichstagsentwurf die Unterbringung nur für *zulässig* erklären. Es liegt im Belieben der Verwaltungsbehörde, die Unterbringung durchzuführen oder nicht. Im allgemeinen wird sie wohl nicht geneigt sein, einen sonst geistig gesunden Menschen in einer Irrenanstalt auch nur für kürzere Zeit zu internieren. Angebracht wäre in einem solchen Falle die Anordnung einer Schutzaufsicht laut § 61. Das Gericht ist nach der Begründung des Reichstagsentwurfs befugt, dem Täter gleichzeitig mit der Anordnung der Schutzaufsicht besondere Pflichten aufzuerlegen, z. B. Enthaltsamkeit von geistigen Getränken, Zahlung einer Geldbuße, so daß in vielen Fällen doch eine gewisse Sühne für die Tat herbeigeführt und einer Wiederholung vorgebeugt werden könnte.

Es kann allerdings nicht geleugnet werden, daß obige Maßnahmen beim Vorliegen von schweren Delikten als nicht ausreichend gelten können. Es erscheint ferner auch fraglich, ob man in den Fällen, in denen eine Verurteilung wegen Volltrunkenheit erfolgte, bei schweren Delikten, z. B. einem Totschlag mit der Höchststrafe von 2 Jahren Gefängnis auskommen wird. Wie weit es möglich sein wird, hier den Tatbestand der *actio libera in causa* zu konstruieren und damit das Delikt selbst in angemessener Höhe zu bestrafen, bleibt abzuwarten. Man wird daher mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß der Sachverständige auch im kommenden Strafrecht von den ihm zur Zeit auferlegten Zwiespalt einen alkoholischen Rausch als „normal“ erklären zu müssen, doch nicht ganz frei kommt. Er wird vielleicht nur in der Lage sein, schwerere Intoxikationszustände und atypisch verlaufende Räusche als unter den künftigen § 13 fallend zu erklären. In der Abgrenzung zwischen leichten und schweren Intoxikationszuständen und nicht typisch verlaufenden Räuschen wird sich freilich eine subjektive, die Rechtssicherheit nicht gerade erhöhende Note nicht vermeiden lassen, um so weniger, wenn sich die von *Wagner-Jauregg* und anderen vertretene Auffassung durchsetzt, daß der Sachverständige bei dem Endurteil seines Gutachtens auch die Art der Straftat berücksichtigen soll. Da, wie gesagt, wahrscheinlich auch in Zukunft nicht alle Intoxikationszustände ohne Ausnahme als Zurechnungsunfähigkeit bedingende Störungen angesehen werden können, wird auch der Begriff pathologischer Rausch seine jetzige Bedeutung beibehalten, doch dürfte es die Rechtssicherheit nicht mehr in gleichem Maße, wie gegenwärtig, gefährden, wenn man den Kreis der unter diesen Begriff fallenden Verlaufformen des alkoholischen Rausches erweitert und auch Zustandsbilder als exkulpierende Räusche bezeichnet, die zur Zeit in der Literatur unterschiedlich behandelt werden, speziell komponierte alkoholische Dämmerzustände ohne psychotische Komplikationen oder mit schwerer

Erregung einhergehende Räusche, auch wenn sie nicht mit Sicherheit als epileptoide Räusche angesehen werden können.

Was die Benennung und forensische Wertung der einzelnen Verlaufsformen des Rausches betrifft, so scheinen uns für das gegenwärtige Strafrecht folgende Gesichtspunkte die zweckmäßigsten zu sein, die im allgemeinen (von einer kleinen Differenz abgesehen) mit der Darstellung *Heilbronners* übereinstimmen:

1. Die Bezeichnung pathologischer Rausch sollte allein für den epileptoiden und deliranten Rausch angewendet werden.

2. Vom pathologischen Rausch sind streng abzugrenzen die sogenannte Individualreaktion (Neigung zu sogenannten schlechten Räuschen) und die Alkoholintoleranz. Beide Zustände sind gewöhnlich habituell, die Neigung dazu ist gewöhnlich dem Trinkenden selbst und seiner Umgebung bekannt.

3. Generell ist Zurechnungsunfähigkeit anzunehmen beim epileptoiden und deliranten Rausch, sowie den transitorischen Alkoholpsychosen im Sinne *Schröders* (alkoholische Dämmerzustände im Sinne *Moelis* und *Wollenbergs* mit stärkeren ungewöhnlichen Beimengungen von längerer Dauer), nicht aber bei einem komplikationslosen, kurzdauernen alkoholischen Dämmerzustande, dessen Differenz von den gewöhnlichen Rauscherscheinungen nur darin besteht, daß die körperlichen Trunkenheitssymptome fehlen¹.

4. Von Fall zu Fall kommt die Anwendung des § 51 StGB. noch in Frage bei einer Kombination von Schwachsinnzuständen, schwerer psychopathischer Konstitution und regelrechten Psychosen mit der Alkoholintoleranz oder dem chronischen Alkoholismus.

5. Feststellung und Begutachtung der sinnlosen Trunkenheit ist nicht Sache des Sachverständigen, sondern des Richters. Der Sachverständige soll nur die Verhältnisse schildern und die Entscheidung dem Richter überlassen.

Anmerkung: Schließlich sei noch in diesem Zusammenhang des noch nicht sehr scharf umrissenen, seltenen Zustandsbildes der *Schlaftrunkenheit* gedacht. Nach der Schilderung in der Literatur handelt es sich um eine nach dem Erwachen aus dem Schlaf auftretende Bewußtseintrübung mit Verkennung der Situation und gesteigerter Affektivität. Die Kranken machen einen benommenen Eindruck, sind ängstlich, rufen um Hilfe, fliehen oder führen auch Angriffe aus. Vielfach soll dem Schlaf Alkoholgenuß vorangegangen sein. Eine scharfe Abgrenzung der „alkoholischen Schlaftrunkenheit“ vom epileptischen Rausch erscheint nach *Delbrück* weder möglich, noch notwendig. Der (mitunter wohl recht schwierige) Nachweis dieses Zustandes bedingt nach der Literatur die Anwendung des § 51 St.G.B. (*Wagner-Jauregg, Raecke, Hoche, Wollenberg u. a.*).

¹ Beim Zusammentreffen eines derartigen Dämmerzustandes mit einer Alkoholintoleranz wird auch diesseits eine Exkulpierung für möglich gehalten.

Literaturverzeichnis.

(Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs nebst Begründung, Berlin 1927.)

Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924. — *Bonhoeffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901. — *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. Jena 1903. — *Calker, van*, Strafrecht. Berlin 1924. — *Delbrück*, Ein bemerkenswerter Fall von Schlaftrunkenheit. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 4, 369 (1924). — *Gaupp*, Das Problem der Alkoholintoleranz. Internat. Z. Alkoholism. 31, 111 (1923). — *Gudden*, Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen und ihre forens. Bedeutung. Neur. Zbl. 1900, Nr 23. — *Gruhle*, Psychiatrie für Ärzte. 1922. — *Heilbronner*, Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle a. S. 1905. — *Hübner*, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914. — *Kade*, Die Zurechnung von Straftaten, die im alkoholischen Dämmerzustande begangen sind. Vjschr. gerichtl. Med. 56, 3. Folge (1918). — *Kraepelin*, Psychiatrie. 2, 1927. — *Moeli*, Über vorübergehende Zustände abnormen Bewußtseins infolge Alkoholvergiftung und ihre forensische Bedeutung. Z. Psych. 57 (1900). — *Mönkemöller*, Der pathologische Rauschzustand und seine forensische Bedeutung. Gross. Arch. 39, 120 (1914). — *Pilcz*, Alkoholische Geistesstörungen. In *Dittrich*: Handb. d. Ärzt. Sachverständ. Tätigkeit 9. Forensische Psychiatrie. 2. Wien 1910. — *Raecke*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 1919. — *Schultze, E.*, Der Entwurf zu einem neuen Deutschen Strafgesetzbuch 1919 vom Standpunkt des Psychiaters. Arch. Psychiatr. 66, 161 (1922). — Der Reichstagentwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches vom Standpunkt des Psychiaters. Arch. Psychiatr. 82, 1 (1927). — Zur gerichtsarztlichen Bedeutung des Alkoholexperimentes. Med. Klin. 1921, H. 20, 581. — *Schroeder*, Intoxikationspsychosen. In Aschaffenburg: Handb. d. Psych. Spez. T. 3, I. Leipzig und Wien 1912. — Chronische Toxikosen. In *Krauss-Bruggsch*: Spez. Pathol. u. Therap. inn. Krankh. — *Seelert*, Begutachtung von Alkoholrauschzuständen im Strafverfahren. Ärztl. Sachverst. Ztg 1928, Nr 12. — *Siemerling*, Streitige geistige Krankheit. In *Schmidtmann*: Handb. gerichtl. Med. 3 (1906). — *Vorkastner*, Die Begutachtung fraglicher Geisteszustände im Strafprozeß. Erg. Med. 7, 477. — *Wagner-Jauregg*, Gerichtliche Psychopathologie. In *Haberda*: Lehrb. gerichtl. Med. Wien 1927. — *Wollenberg*, Die Seelenstörungen bei chronischen Vergiftungen. In *Hoche*: Handb. forens. Psych. 1909. — *Ziehen*, Lehrbuch der Psychiatrie. — *Bing* und *Schönberg*, Schweiz. med. Wschr. 1925, H. 8.