

# **Kasuistische gerichtlich-medizinische Erfahrungen bei der Beurteilung von Hiebwunden (Mord, Selbstmord, Unglücksfall).**

Von

**Francis Harbitz,**

Professor der pathologischen Anatomie und Gerichtlichen Medizin an der Universität  
zu Oslo, Norwegen.

Mit 2 Textabbildungen.

Hiebwunden gehören zu den etwas selteneren Verletzungen, mit denen man in der gerichtlich-medizinischen Praxis zu tun bekommt. Zumeist liegt Totschlag vor, und am allerhäufigsten trifft man Kopfverletzungen an. Entweder stammen diese Wunden von der Schneide einer Axt, dann erhält man scharf geschnittene Wunden, wenn auch gewöhnlich mit zerfetzten Wundrändern. Regelmäßig findet man Fissuren und Frakturen der darunterliegenden Knochen. Häufiger kommt der Axtrücken zur Anwendung, und die erhaltenen Wunden gleichen anderen mit stumpfen Gegenständen zugefügten Verletzungen, sind aber oft von eigenem Aussehen: scharfkantig, aber mit zerfetztem Wundrand und ohne scharfen Einschnitt in den Knochen. Selbstverständlich kann man beide Arten von Verletzungen gleichzeitig antreffen (wie in unserem Fall 1); eine scharfe Grenze zwischen beiden Formen lässt sich nicht ziehen. Indessen ist man stets verpflichtet, sich auf Grund der Form der Verletzungen ein Urteil über die Verwendung der Axt zu bilden und dieses auch im Gutachten zum Ausdruck zu bringen.

In der Regel handelt es sich um Verletzung von fremder Hand. Indessen bekommt man ab und zu schwere, ja tödliche Wunden zu Gesicht, die sich der Verletzte selbst mit der Axt zugefügt hat, während man zunächst einen derartigen Selbstmord für unmöglich halten möchte. Außerdem kommen dann und wann beim Gebrauch der Axt gefährliche, ja tödliche Kopfverletzungen als reine Unglücksfälle vor. Die Tatumstände veranlassen oft eine gerichtliche Nachprüfung, weil ein Unfall unwahrscheinlich erscheint. Einen derartigen Fall hat Verf. vor kurzem Gelegenheit gehabt zu studieren. Aus diesem Anlaß habe ich meine Sammlung der in verbrecherischer Absicht zugefügten Hiebverletzungen durchgesehen. Es schien mir der Mühe wert, einen Teil dieser Erfahrungen zusammenzustellen und hier zu besprechen.

Zuerst seien einige Fälle von *Totschlag* und *Mord* in aller Kürze mitgeteilt mit einigen ergänzenden Bemerkungen, zu denen der jeweilige Fall veranlaßt.

*Fall 1.* In der Nacht zum 13. I. 1922 wurde der 50jährige Dorfkaufmann und Fabrikbesitzer W., der allein in seinem Hause wohnte, von dem Sträfling S. ermordet. S. gelangte durch Einbruch in das Schlafzimmer des W., würgte ihn und schlug ihn mit einer Axt mehrmals vor den Kopf. Er schlug wesentlich mit dem Axtrücken, doch kann sich der Axtstiel in der Hand des S. gedreht haben, so daß auch die Schneide zur Anwendung kam.

Bei der Sektion fand man eine Anzahl schwerer, tiefer Platzwunden über der Nasenwurzel, in der Stirnmitte, auf der rechten oberen Stirnseite und um das rechte Auge herum, ferner eine Anzahl geringerer Schürfungen am Kinn und am linken Auge. Die Schlagverletzungen waren mehrere Zentimeter lang, von unregelmäßiger, teils dreieckiger Form, mit geschwollenen, zerfetzten Rändern. Es fanden sich Splitterbrüche des Nasenbeines, des Siebbeines und besonders des Stirnbeines, so daß ein 7 cm breites Stück der Stirne eingesunken war. Zusammen damit fand sich ein großes Loch in der Dura mater und Zerreißung des rechten Stirnlappens in seinem vorderen Abschnitt, außerdem flüssiges Blut über der rechten Gehirnhälfte, diffuse Blutinfiltration in den Meningen zu beiden Seiten, Zerreißung der unteren Fläche des rechten und linken Stirnlappens und schließlich eine hämorrhagische Erweichung im Innern des rechten Stirnlappens in der Richtung nach den Zentralganglien dieser Seite.

Diese Wunden mußten durch stumpfe Gewalt — Schlag oder Stoß gegen einen stumpfen Gegenstand — verursacht sein. Die große, sternförmige Schlagwunde auf der Stirne paßt am besten zu einem mit einem scharfkantigen Gegenstand ausgeführten Schlag, z. B. mit dem Axtrücken oder einem großen Hammer. Dasselbe gilt auch von den Wunden am linken Ohr und an der Nasenwurzel.

Außer diesen Verletzungen waren auch scharfrandige Schrammen vorhanden, die sich ziemlich hoch am Hals über dessen linke Seite zogen, ungefähr 6 cm und 4 cm lang. Eine dritte Wunde war  $8\frac{1}{2}$  cm lang, und mitten am Hals lag noch eine klaffende,  $3\frac{1}{2}$  cm lange Wunde mit scharfen Rändern.

Nach dem Aussehen der Schrammen und Wunden am Halse lag es nahe, auf einen scharfen Gegenstand, z. B. eine Axtschneide oder ein Messer zu schließen.

Weiterhin fanden sich erhebliche Blutungen in der Schleimhaut des Kehlkopfes, sowie Brüche des Zungenbeins und der Schildknorpelhörner.

Wegen ihrer Lage konnte man diese Verletzungen nicht gut mit den erwähnten Hautwunden in Verbindung bringen, sondern mußte sie stumpfer Gewalt, z. B. einem Würgegriff, zuschreiben.

*Fall 2.* Ermordung der 55jährigen Witwe M. O. J. („Slidre-Mord“) am 23. IX. 1928.

M. O. J. wohnte allein in einem Häuschen auf einem Waldrücken bei Slidre. Sonntag, den 23. IX., wurde sie nachmittags zwischen 13 Uhr 30 Minuten und 14 Uhr in ihrem Bett mit zahlreichen schweren Kopfverletzungen aufgefunden. Sie war soporös, konnte auf Fragen antworten, erkannte auch die Besuchenden, war aber außerstande Angaben über die Herkunft der Verletzungen zu machen. Sie starb in der Nacht zum 24. IX. ungefähr um  $2\frac{1}{2}$  Uhr. Die beiden Brüder Ole und Knut N. wurden sogleich der Tat verdächtigt; beide hatten möglicherweise ein Verhältnis mit der Verstorbenen unterhalten; beide lebten in gegenseitiger bitterer Feindschaft und jeder beschuldigte den anderen des Mordes, wie man annahm, um ihn ins Gefängnis zu bringen. Ole war am späteren Nachmittag des 23. IX. allein bei der Verstorbenen gewesen. Einige Zeit danach sahen Zeugen nach ihr und fanden sie vollkommen bewußtlos, mit tiefen blutenden Kopfwunden und eine blutige Axt auf dem Boden.

*Die Obduktion* ergab wesentlich folgendes: Auf dem behaarten Teil des Kopfes sowie im obersten Abschnitt des Gesichtes 8 größere und kleinere Hiebwunden,

ziemlich unregelmäßig über die Kopfhaut verteilt; 2, 3, 4 und 6 cm lang, teils ziemlich geradlinig und scharfrandig, teils gekrümmmt, teils sternförmig und ausgefranst oder auch vollkommen unregelmäßig mit fetzigen Rändern. Ihre Richtung war verschieden, Schädelbeinhaut verletzt, *Schädeldecke zertrümmert*, besonders im vorderen Abschnitt und auf der gesamten linken Seite, von der aus große Sprünge nach rechts in verschiedener Richtung zogen. Die Meningen abgerissen und blutinfiltriert.

*Gehirn* zerquetscht, im vorderen Abschnitt blutinfiltriert, besonders an beiden Frontallappen und dem linken Temporallappen. Sonst war das Hirn normal.

Es handelte sich also um Erschlagen mittels eines mit großer Kraft geführten Gegenstandes. Der Rücken einer Axt, vielleicht der im Zimmer aufgefundenen, welche übrigens mit Blut und Hirn beschmiert war und an der auch ein langes schwarzes Haar klebte, wurde als geeignet bezeichnet.

Später erhob sich die gerichtlich-medizinische Frage, ob Ole bei seinem Besuch am Nachmittag der Verstorbenen neue Verletzungen beigebracht hatte, um sie endgültig umzubringen (ohne Rücksicht auf den Urheber der ersten Verwundungen). Man stützte sich hierbei darauf, daß die Verstorbene, falls sie bei ihrem ersten Auffinden bereits alle Verletzungen (8 große Hiebwunden am Vorderkopf, der Stirn und Scheitelgegend mit Splitterbruch, Bersten der Haut und der Dura mater, sowie große, ausgedehnte Hirnquetschungen, doch ohne wesentliche Blutinfiltration) gehabt hätte, nicht fähig gewesen wäre, den ersten Zeugen zu antworten, die sie ja bei Bewußtsein fanden. Die Polizei übersandte der Gerichtsmedizinischen Kommission die Akten mit folgenden Fragen:

a) Inwieweit kann die Verstorbene imstande gewesen sein, zu sprechen, Kopf und Arme zu bewegen, und sich sonst zu rühren, wenn sie bereits zu der Zeit, da die betreffenden Zeugen dazu kamen, sämtliche 8 Schläge auf den Kopf erhalten hatte?

b) Inwieweit ist auf Grund des vorliegenden Materials anzunehmen, daß der Verstorbenen von M. O. J. neue Schläge auf den Kopf zugefügt worden sind, nachdem die Zeugen M. K., T. T. und O. T. das erste Mal bei ihr gewesen waren?

Am 8. XII. 1928 antwortete die Gerichtsmedizinische Kommission der Polizei wie folgt:

Der gewöhnliche Verlauf bei derartig schweren Verletzungen mit Blutungen im Hirninnern und an seiner Oberfläche, sowie mit so schweren Beschädigungen des Hirnes ist eine sofort eintretende vollkommene Bewußtlosigkeit, die bis zum Tode anhält, wobei der Verletzte nicht imstande ist, bewußt Antwort auf Fragen zu geben. Ausnahmsweise können, besonders wenn es zu keiner größeren Blutansammlung innerhalb des Hirnschädelns kommt, Fälle eintreten, bei denen das Bewußtsein teilweise zurückkehrt, so daß der (oder die) Verletzte mehr oder weniger vollständig auf Anrufen reagiert; doch scheint dann die Erinnerung für die unmittelbar vor der Verletzung liegenden Ereig-

nisse erloschen zu sein. An einen derartigen Zustand kann im vorliegenden Fall gedacht werden. Voraussetzung für diese Schlußfolgerung ist in unserem Fall, daß die Zeugenaussagen, wonach die M. O. J. am 23. IX. 1928 auf Anruf geantwortet habe, auf Richtigkeit beruhen und korrekt wiedergegeben sind.

Auf die unter a) gestellte Frage im Schreiben vom 24. XI. 1928 wünschen wir somit zu antworten, daß die erwähnte Möglichkeit zugegeben wird, worin gleichzeitig die Beantwortung der Frage unter b) liegt.

*Fall 3.* In der Frühe des 24. I. 1930 wurde bei Snaröen (einer Insel im Oslofjord) eine große Kiste angeschwemmt, in der man eine Frauenleiche in einer eigentümlichen, stark zusammengekrümmten und nach vorne gebeugten Stellung fand. Dies war, wie sich zeigte, die Leiche der 47jährigen Frau W., die von ihrem unehelichen Sohn G. in einer augenblicklichen Zornesaufwallung, als Folge eines Streites, mit Axthieben auf den Kopf erschlagen worden war. Wie G. später selbst gestand, lag die Mutter auf dem Diwan, als er nach ihr, vermutlich mit dem Axtrücken, schlug. G. hieb ihr mehrfach auf den Kopf, weiß aber nicht genau wohin. Aus der Kopfwunde floß ziemlich viel Blut. G. nahm die Leiche und zwang sie in eine Kiste hinein, die 2 Tage unverschlossen auf der Diele im Heim der Ermordeten stand. Dann schaffte er die Kiste nach dem Seebad auf Bygdö (einer Halbinsel im Oslofjord), und versenkte sie später im Meer, worauf die Kiste nach Snaröen abtrieb, wo sie den folgenden Tag gefunden wurde. Die Axt — es soll eine Holzaxt gewesen sein — warf er in die See.

Bei der *Obduktion* fand man große, blutbeschmierte Platzwunden am Kopf, besonders 4 auf der Stirne, eine war 8 cm lang, eine andere  $1\frac{1}{2} \times 3$  cm, eine dritte 6 cm und eine vierte 3 cm groß, sternförmig mit zwei Ausläufern von je 3 cm Länge. Weiterhin fand sich eine große Hiebwunde in der Mitte des Hinterkopfes von etwas unregelmäßiger Form, ungefähr 6 cm lang. Die Wundränder waren zerfetzt und unregelmäßig, der Grund stark blutinfiltriert. Zusammen damit waren große Splitterbrüche der Schädeldecke nachweisbar. Insbesondere war die Stirnregion eingeschlagen, so daß sie in kleine Teile zertrümmert war und Splitterbrüche sich über die Schädelgrundfläche nach innen erstreckten und auf die Gesichtsknochen, besonders das Sieb- und Nasenbein, übergriffen. Der Wunde am Hinterkopf entsprach ein Defekt des Schäeldaches von  $3 \times 3$  cm. Die harte Hirnhaut war, entsprechend den Verletzungen, zerrissen und ein ausgedehnter Bluterguß lag in den dünnen Hirnhäuten über der ganzen Hirnoberfläche. Zahlreiche Stellen der Hirnoberfläche hatten Blutungen und kleinere Zerreißungen, die größten die Stirnlappen. Geringe Mengen Blut in den Seitenventrikeln des Hirns, doch kein Blut im Hirnhohlraum. Keine Blutungen an irgendeiner Stelle der Hirnmasse. Um Gesicht und Hals war eine Schnur 2 mal ziemlich stramm geschlungen; sie zog über den Nasenrücken und die Wangen und war im Genick zusammengeknotet. Der Täter erklärte sich nicht erinnern zu können, wann und warum er dies getan hätte.

*Zusammenfassend* wurde erklärt, daß die Hiebverletzungen, die natürlich den Tod verursacht hatten, mit kräftig geführten stumpfen oder eher etwas scharfkantigen harten Gegenständen bewirkt worden waren. Ihrer Art nach konnten sie gut mit einem Axtrücken zugefügt worden sein.

In sämtlichen 3 Fällen lag *Totschlag* vor, herbeigeführt durch Verletzungen des Kopfes mit Axthieben, wie man gesehen hat, überwiegend

ausgeführt mit dem Axtrücken (in Fall 1 waren jedoch einige Wunden am Halse wohl mit der Schneide beigebracht). Die entstandenen Beschädigungen waren groß sowohl hinsichtlich der Hautwunden wie auch der Schädelbrüche, zumeist begleitet von erheblichen Quetschungen der Hirnmasse. Dazu kommt noch, daß die Zahl der Wunden groß, ja sehr groß war; ganz allgemein hatte man den Eindruck, daß starke Gewalt angewendet worden war.

Indessen muß man bedenken, daß tödliche, mit einer Axt beigebrachte Verletzungen auch *Selbstmord* sein können, so wenig man von vornherein auch geneigt ist, dies anzunehmen. Später wollen wir noch darauf zurückkommen. Weiterhin darf man nicht vergessen, daß

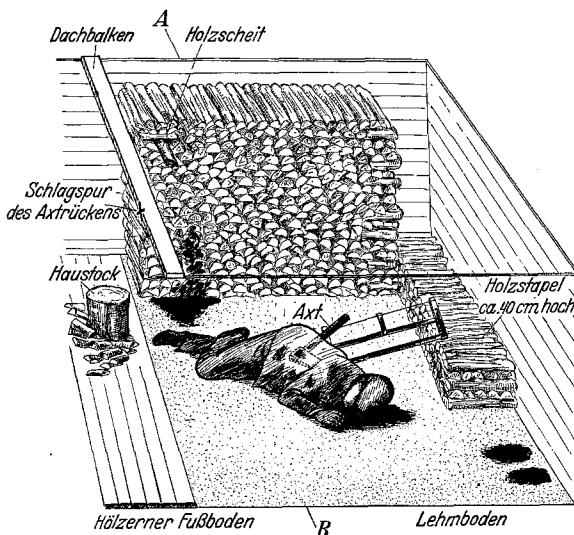


Abb. 1.

schwere, ja selbst tödliche Verletzungen als Folge von *Unglücksfällen* entstanden sein können, wobei die Axt mit ihrem Rücken oder der Schneide den Kopf trifft. Derartige Fälle werden stets gerichtliche Untersuchungen nach sich ziehen, da die ganze Sache an und für sich auffallend ist und die Möglichkeit eines Unfalles oft recht fernliegend erscheint.

Ein vor kurzem in der Gegend von Drontheim vorgekommener Fall wird dies am besten darstellen und bietet fernerhin ein gutes Beispiel dafür, wie schwer solche Verletzungen werden können.

*Fall 4.* Der 49jährige Arbeiter J. F. wurde am 16. IX. 1932 gegen 21 Uhr bewußtlos in seinem Holzschuppen aufgefunden, wohin er um 17 Uhr 30 Minuten gegangen war um Holz zu hauen. Sowohl um 20 Uhr wie auch später war es im Schuppen still. Da J. F. lange ausblieb, suchte seine Frau nach ihm und fand ihn mit einer großen blutenden Wunde auf dem Boden der Holzlege liegen. F. pflegte das Holzbeil in der rechten, die Scheiter in der linken Hand zu halten (Abb. 1).

J. F. wurde in der, in der Perspektivzeichnung wiedergegebenen Lage, gefunden. Die ungefähr 66 cm lange und ziemlich schwere Axt lag halb verborgen unter dem untersten Teil des Rückens. Der Axtstiel war voller Blut, auf dem mittleren Teil fanden sich Fingerabdrücke. Eine Säge, die gegen einen kleinen Holzstapel angelehnt stand, war ebenfalls voller Blut. Außerdem fand sich noch Blut an anderen Stellen.

F. soll 14 Tage an Schlaflosigkeit gelitten haben. Neben der Stelle, an der F. gestanden und Holz kleingemacht hatte, stand ein Holzscheit ungefähr 30 cm aus einem Holzstapel hervor, in ungefähr 1,50 m Höhe über dem Boden. Auf der einen Kante dieses Scheites fanden sich schwache Schlagspuren. In einer Höhe von 1,90 m läuft über dem Platz, auf dem F. gestanden hatte, ein Dachbalken. An diesem waren deutliche Schlagspuren des Axtrückens zu sehen. Eine davon soll nach Angabe ganz frisch gewesen sein.

Als man F. fand, hatte er auf dem Kopf eine Mütze, in der ein großes und vier (4) kleine Löcher waren. Das große stammt vermutlich vom Axtrücken, die kleinen vom Fall gegen die Säge.

F. wurde sofort ins Krankenhaus zu D. eingeliefert — 21 Uhr 15 Minuten —, starb jedoch ungefähr  $\frac{1}{2}$  Stunde nach seiner Ankunft ohne Auskunft gegeben zu haben.

Auf dem Scheitel hatte er eine Wunde, welche ungefähr 10 cm oberhalb der Nasenwurzel begann. Sie war eiförmig, ungefähr  $12,5 \times 5$  cm, mit sagittaler Achse und mit vorn etwas konvergierenden, zerfetzten und blutinfiltrierten Rändern. Vorn, auf der rechten Seite der Wunde, hing ein ungefähr 7 cm langer Hautsetzen. Der Schädel war in etwas geringerem Umfange als die Hautverletzung zertrümmert, ohne Vertiefung nach den Seiten, hingegen mit blutinfiltriertem Gewebe am Grunde. In der Wunde fanden sich Schmutzpartikelchen (Sägemehl?) und mindestens 15 Knochensplitter von der Größe eines Pfennigstückes bis zu der eines Markstückes. Das Loch in der Scheitelregion des Schädeldaches war  $6 \times 8$  cm lang, mit der größten Länge in der Sagittallinie; ein pflaumengroßes Loch in den Hirnhäuten. Darunter eine fingerspitzengroße Zerquetschung der Hirnmasse in der rechten Hemisphäre, dicht neben der Mittellinie. Zarte Hirnhaut blutüberfüllt. Sonst nichts bezüglich des Hirnes zu bemerken, insbesondere nichts am Kleinhirn, der Brücke oder am verlängerten Mark. Befund an den Organen negativ.

*Zusammenfassend* konnte man sagen, daß der Tod durch stumpfe Gewalt verursacht war, welche mit großer Kraft die Scheitelpartie des Schädels zertrümmert, das Hirn beschädigt und große Blutungen verursacht hatte. Vermutlich hatte der Axtrücken den Kopf des F. zertrümmert.

Auf Grund der angestellten Nachforschungen kam die Polizei zu dem Ergebnis, daß der Tod infolge eines Unglücksfalls eingetreten war. Sie nahm an, daß der Axtrücken bei einem Schlag an den Holzstapel hinter F. angestoßen war und daß dabei dem F. die Axt entglitten war und ihn im Fallen auf den Kopf getroffen hatte. Damit wurden die Ermittlungen eingestellt.

Derartige Unglücksfälle sind allerdings, der gerichtlich-medizinischen Literatur nach zu schließen, äußerst selten. Hingegen dürfte es bekannt sein, daß sogar tiefe und mit großem Blutverlust verbundene Verletzungen durch Axthiebe verursacht sein können, die zufällig den Kopf

oder das Genick treffen. Besonders sieht man dies bei Holzfällern; ein solches Beispiel ist in mein Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin (1926, S. 112 Anmerkung) aufgenommen. Diese Unfälle liegen aber so klar und einfach, daß sie geringes gerichtlich-medizinisches Interesse haben.

Von weitaus größerem Wert ist die Erfahrung, daß *Selbstmord* durch Axtchiebe auf den Kopf verübt werden kann. Oft, ja zumeist wird es sich um Geistesgestörte handeln, die in einem ihrer Anfälle sich das Leben nehmen. Gerne verwenden sie zuerst das Messer, um sich die Pulsadern an den Handgelenken zu öffnen oder um sich Schnittwunden am Hals zuzufügen, ohne daß eine größere Schlagader getroffen wird, oder sie bringen sich Stiche in die Herzgegend oder am Kopfe bei ohne ernsthafte Folgen. Schließlich töten sie sich durch Erhängen, Ertränken, oder manchmal, indem sie sich mit dem Hammer, der Hacke oder der Axt Kopfverletzungen beibringen, und manchmal gelingt es dem verzweifelten Irren auch, sich in dieser Art das Leben zu nehmen. Doch hat man auch Beispiele dafür, daß nicht nur Geistesgestörte so ihrem Leben ein Ende machen. Zuweilen tötet sich ein Verbrecher mit derselben Axt, mit der er zuvor einen oder mehrere Menschen ermordet hat.

Derartige Selbstmorde werden, wie man aus Erfahrung weiß, teils durch Schläge mit dem Axtrücken herbeigeführt, teils aber auch gern mit der Schneide, und hierbei entstehen Verletzungen, die bis zu einem gewissen Grad charakteristisch sind nach ihrem Verlauf und dem Ort ihres Vorkommens. Daß derartige Fälle stets die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt haben, ist wohl selbstverständlich, da ja anfänglich stets Mordverdacht bestehen wird. Aus diesem Grunde findet sich eine ziemlich reiche Sammlung derartiger Fälle in der Literatur der verschiedenen Länder vor. Die älteren Mitteilungen wurden von *Frank* in einer Arbeit in der Wien. med. Wschr. vom Jahre 1885 zusammengestellt. Spätere Beobachtungen sind von *Merrem* in einer Arbeit aus dem Jahre 1909 gesammelt [Vjschr. gerichtl. Med. 38 (1909), 3. Folge].

Diesen Sammlungen nach zu urteilen scheinen die meisten Selbstmörder sich verhältnismäßig kleine, nicht tödliche Verletzungen mit der Axt beizubringen und am Schluß zu einem anderen Ausweg zu greifen; vorübergehende Bewußtlosigkeit kann eintreten. Immerhin ist es in einigen Fällen (nach *Marx* in 6 von 20) dem Betreffenden gelungen, sich tödliche Kopfverletzungen zuzufügen. Wir teilen nachstehend einige der bekanntesten Fälle aus dem Schrifttum mit. So berichtet *R. Frank* (1885 nach *E. R. v. Hofmanns* Erfahrungen) von einer 64jährigen Geistesgestörten, die sich selbst 10 Schläge auf den

Kopf beibrachte, mit einer Hacke<sup>1</sup> oder einem Beil, das sie beim Schlagen mit beiden Händen hielte. Sie ging selbst zum Krankenhaus. Man fand Schädelbruch, 9 Tage später starb sie an Gehirnhautentzündung. Der Fall wurde als unzweifelhafter Selbstmord betrachtet, da die zahlreichen Verletzungen gleichgerichtet in der nämlichen Schädelgegend lagen und die Wunden zumeist oberflächlich waren.

Übrigens ist es eine recht natürliche Erfahrungstatsache, daß die meisten derartigen selbst zugefügten Verletzungen verhältnismäßig klein, aber dafür oft zahlreich sind.

*Kupfer* teilt einen Fall mit, wo sich 46 Axthiebe am Kopf nachweisen ließen, aber nur ein Hieb in den Knochen eingedrungen war. *Krügelstein* (1840) hat einen anderen Fall: 49 Schläge, einige gingen in den Knochen; die Lamina interna war an einer Stelle abgesprengt. In *Merrems* Fall fanden sich 13 Kopfverletzungen vor, mit einigen leichten Schürfungen der Schädeldecke (weiterhin Stichwunden, Würgversuche und schließlich Ertränken). Nach *Schauenstein*: 17 Axthiebe auf der Stirn, einige gingen bis auf den Schädel durch. Meningitis, Exitus. *Ipsen* sah einen Erhängten mit 23 haarfeinen Axthieben in der Tabula externa crani, die er sich anscheinend im Typhusdelirium selbst zugefügt hatte, ehe er sich aufhing [Vjschr. gerichtl. Med. 35, 904 Suppl.-Bd. (1908)].

*Kratter* (ebendort S. 84) fand auf der Stirn und dem Scheitel eines Mannes ungefähr 30 Verletzungen sowohl in der Kopfhaut wie in der Schädeldecke, die mit „dem hinteren Teil“ der neben ihm liegenden Axt beigebracht sein mußten. Der Knochen war nicht zertrümmt, die Schläge waren augenscheinlich mit geringer Kraft geführt worden, so daß Selbstverletzung angenommen wurde. Der Tod war durch Stichverletzung der Brust und des Unterleibes mit dem Küchenmesser herbeigeführt.

Nach Durchsicht der Kasuistik hat *Merrem* die wichtigsten Kennzeichen für Selbstmord durch Kopfhiebe mit der Axt oder einem anderen scharfen Gegenstand sowie mit der Axtschneide zusammengestellt. Vorausgesetzt wird das Führen der Waffe — in der Regel einer Axt — mit beiden Händen. Es hat sich da gezeigt, daß die Verletzungen meistens ungefähr parallel zur Sagittalaht verlaufen und untereinander parallel, gewöhnlich zahlreich, gruppenweise angeordnet sind und besonders auf der Stirne und in der Scheitelgegend liegen<sup>2</sup>. In der Regel sind sie nicht tief und verhältnismäßig unbedeutend, doch kann der Schädel eingeschlagen werden. Schließlich treten die Verletzungen oft zusammen mit anderen Arten des Selbstmordes oder Versuchen dazu auf.

In der Regel wird man die beschriebenen Erscheinungen auch finden, doch mit einigen Abänderungen, wie sich aus dem von *Hultkrist*<sup>3</sup> genau untersuchten Fall ergibt. Es handelte sich um einen 47jährigen Geistesgestörten, der seine Frau durch Schläge auf den Kopf tötete und hierauf Selbstmord beging, indem er sich mit derselben Axt Kopfverletzungen zufügte. Er hatte zahlreiche Hieb-

<sup>1</sup> Der Fall ist dem österreichischen Schrifttum entnommen. Unter diesen Umständen dürfte „Hacke“ identisch mit Axt sein. Vergleiche auch das österreichische „Holzhacker“, das identisch mit dem reichsdeutschen „Holzfäller“ ist. Daß es sich um eine von Wegerbeitern gebrauchte „Spitzhacke“ handelt ist recht unwahrscheinlich.

<sup>2</sup> Ausnahmsweise bringt der Selbstmörder sich bei stark gebeugtem Kopf Hiebwunden im Genick bei.

<sup>3</sup> G. *Hultkrist*, Huggskador å huvudet vid självmord (Schlagverletzungen des Kopfes bei Selbstmord). Nord. med. Tidskr. I, 399 (1929).

verletzungen im oberen Teil der Stirne und in der Scheitelmitte, begrenzt auf ein Stück von  $7\frac{1}{2}$  cm Breite, ein großes Loch in der Haut und darunter einen länglichen Defekt im Knochen, dessen größte Breite zwischen den Rändern nach vorn zu lag. Die Verletzungen hatten scharfe Wundränder sowohl in der Haut wie längs des Knochendefektes und an dessen Seiten. Diese scharfrändigen Wunden ließen nach vorn etwas zusammen, so daß ihre Verlängerungen sich etwas vor dem Kopf schnitten, da, wo wohl die Hände die Axt gehalten hatten. Weiterhin fanden sich bei der Sektion Schnittwunden an Hals und Handgelenken, wie man dies so oft bei Selbstmörtern antrifft. Mit Recht behauptet *Hultkvist*, daß der angebliche Parallelismus im Verlauf der Hautverletzungen und am Schädel unrichtig sei, da man bei genauer Nachprüfung der Wundrichtungen ganz im Gegenteil diese nach vorn konvergierend findet, so daß die Achsen sich in einem bestimmten Punkte schneiden. *Hultkvists* Beweisführung (belegt mit Bildern der Verletzungen und deren Verlauf) wirkt sehr überzeugend und man muß wohl in jedem einzelnen Fall den Verlauf jeder einzelnen Verletzung auf das genaueste untersuchen. Nimmt man bloß auf die anderen Kennzeichen Rücksicht, so kann man leicht auf Abwege kommen und geneigt sein durch Totschlag verursachte Schäden auf Rechnung eines Selbstmordes zu setzen.

*Marx*<sup>1</sup> hat 1922 einen derartigen charakteristischen Fall mitgeteilt: Eine 46jährige Frau mit 8 Hiebwunden am Kopf hatte 3 davon auf der linken Stirnhälfte, 2 über dem linken Ohr und 3 verschieden gerichtete auf der rechten Stirnseite. 2 Schlagverletzungen drangen in die Tabula externa ein. Es fand sich ein kleiner intrameningealer Blutaustritt und einige kleinere Blutungen im Grunde des 4. Ventrikels. Als Todesursache wurde Hirnerschütterung und Quetschung desselben angenommen. Anfänglich wurde der Fall als Selbstmord aufgefaßt, wofür die zahlreichen, ziemlich unbedeutenden Verletzungen zu sprechen schienen; dagegen sprach der Verlauf der verschiedenen Verletzungen (nach der schematischen Zeichnung zu schließen). Tatsächlich war es ein Mord, da eine Frau, mit welcher die Verstorbene in Feindschaft gelebt hatte, gestand, die andere durch Schläge auf den Kopf, möglicherweise mit der Axt, getötet zu haben. Der Fall ist in verschiedener Hinsicht etwas unklar, beleuchtet aber doch, wie wichtig es ist, auf die Richtung der scharfrändigen Verletzungen zu achten.

Bei Durchsicht der Hiebverletzungspräparate unserer Gerichtlich-medizinischen Sammlung und beim Studium der zugehörigen Schriftstücke wurde ich auf einen Fall mit Schlagverletzungen aus dem Jahre 1898 aufmerksam. Hier war die Frage Mord oder Selbstmord aufgeworfen worden. Bei den eingehenden Schädeluntersuchungen sind die erwähnten Gesichtspunkte aber nicht berücksichtigt worden. Deshalb habe ich es für notwendig gehalten, den Fall erneut einer Untersuchung zu unterziehen. In aller Kürze ist der Fall folgender:

*Fall 5.* Am 23. VI. 1898 wurde in einem Walde bei dem Städtchen Flekkefjord die Leiche des A. J. U. gefunden. 2 m entfernt von ihr lag eine große, schwere Holzfälleraxt. Ihr Gewicht war 2,6 kg, der Schaft war 57,5 cm lang. Das Axtblatt war 21,3 cm lang und hatte seine größte Breite an der Schneide (11,9 cm), welche stark konkav und recht scharf war. Der Axtrücken war 8,4 cm lang und, von oben nach unten, 2,5—3,2—2,8 cm breit. In der Haut und im Schädeldach fand man eine ganze Reihe von Verletzungen. In der Haut der Scheitelgegend war ein 13,5 cm langes Loch. Darunter war das Schädeldach durch mehrere

<sup>1</sup> *Marx*, Selbstmord oder Mord. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 2, 412 (1923).

Axthiebe in einer Länge von 7,3 cm eingeschlagen. In der Tiefe dieses Defektes drang eine ungefähr 2,5 cm lange und 6 mm breite Wunde durch die Hirnhäute in das Gehirn. Aus der mit peinlicher Genauigkeit ausgeführten Zeichnung des Schädels ergaben sich viele scharfrandige Hiebkerben am Schädel. Alles in allem konnten 13 gezählt werden, doch ist ihre Zahl wohl größer gewesen. Der Schädeldefekt selbst maß 7,3 cm von vorn nach hinten; er war etwas größer an der Außen- als an der Innenseite. Er lag im Scheitelabschnitt und umfaßte in seiner Gesamtheit die Scheitelbeine, wobei er drei Viertel der Pfeilnaht bedeckte; er erstreckte sich etwas mehr auf das linke als auf das rechte Scheitelbein. Die Öffnung war hinten am schmalsten, am breitesten in der Mitte und links vorn, sie hatte sehr scharfe Ränder rechts und vorn links. Außerdem lagen um den Defekt eine Anzahl scharfer Einschnitte, die teils eben noch durch die Lamina externa gedrungen sind, teils (vorn links vom Defekt) tiefer einschnitten. Alle diese scharfrandigen Hiebwunden des Schädels verliefen von vorn nach hinten und anscheinend parallel. Verlängert man aber ihre Achsen nach vorn oder hinten, so sieht man, daß sie teils aufeinander zu, teils auseinander ziehen und überhaupt ziemlich verschieden

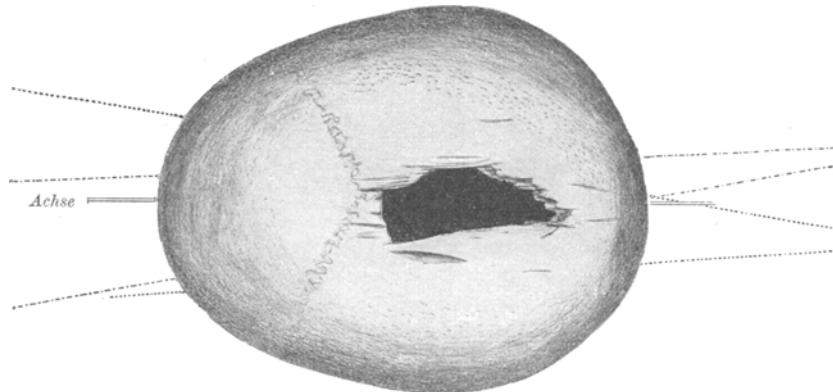


Abb. 2.

gerichtet sind (Abb. 2). Es zeigt sich also, daß sie keineswegs die regelmäßige Konvergenz haben, wie sie *Hultkvist* nachweisen konnte und die für selbst zugefügte Axthiebe charakteristisch zu sein scheint. Hierzu kommt selbstverständlich in diesem Falle die Lokalisation der Wunden, ausschließlich in der Scheitelgegend, sowie Zahl und Schwere der Verletzungen, die so augenfällig war, daß man schon aus diesem Grund allein nur schwer annehmen konnte, der Tote habe sie sich selbst beigebracht. Nichtsdestoweniger wurde die Frage eines etwaigen Selbstmordes erwogen. Die Schriftstücke des Falles wurden der Medizinischen Fakultät zur Begutachtung übersandt. Diese erklärte, es sei ihres Erachtens unmöglich, daß sich jemand derartige Verletzungen mit eigener Hand beibringen könne, u. a. schon deswegen, weil mehrere von den Hiebwunden so schwer waren, daß bereits die erste davon Bewußtlosigkeit hätte hervorrufen müssen; damit sei die Zufügung weiterer schwerer Verletzungen ausgeschlossen. Hingegen wurde auf die Richtungen der Verletzungen keine Rücksicht genommen. Gegen Selbstmord war seinerzeit auch geltend gemacht worden, daß die Axt 2 m von der Leiche entfernt gefunden worden war, und daß der Tote sein Gesicht in einer eigenartigen Weise mit den Händen bedeckt hielt. Dies lasse sich nicht mit der Annahme vereinigen, er habe sich zuerst die Verletzungen beigebracht und dann

noch die Kraft gehabt, sein Gesicht mit den Händen zu bedecken. Das Schwurgericht zu Kristiansand sprach im November 1898 den Angeklagten „wegen mangelnder Beweise“ frei.

Um einen Mord handelt es sich aber ohne Zweifel, und das eingehende Studium des Schädels überzeugt hiervon. Gewiß muß man bei so manchem gerichtlich-medizinischen Fall die oft sehr entfernt liegende Möglichkeit einer Verletzung zum Zweck des Selbstmordes oder als Folge eines Unglücksfalls zugeben, indessen kann man in diesem Fall ruhig den Schluß ziehen, daß gegen den Verstorbenen rohe Gewalt angewendet worden ist.

Zum Schluß sei noch der häufigen *postmortal entstandenen hiebartigen Schädelverletzungen* gedacht, die man besonders oft bei Wasserleichen findet, wo wegen der Auslaugung vitaler Blutungen die Unterscheidung von im Leben zugefügten Verletzungen schwer sein kann. Die Schwierigkeit der Beurteilung zeigte ein Fall, der mir 1899 zur Untersuchung vorgelegen hat.

*Fall 6.* Die Leiche des jungen V. P. wurde am 2. VI. 1899 aus dem Akerflusse gezogen, nachdem er seit dem 17. V. 1899 als vermisst gemeldet gewesen war. In dem behaarten Teil der Kopfhaut lagen 4 Wunden von ungefähr gleichem Aussehen, etwa  $4\frac{1}{2}$  cm Länge. Eine lag vorn an der rechten Schläfe, eine andere vorn auf der rechten Scheitelseite sowie je eine auf beiden Seiten des Hinterkopfes, ungefähr symmetrisch. Die Wundränder waren fast scharf, aber doch nicht wie bei glattem Schnitt: am Knochen entsprachen 3 von ihnen scharfen geradlinigen Kerben von 2 cm, 2 mm und 1 cm Länge. Kein Bruch und keine Sprünge des Schädels. Wegen des Verwesungszustandes ließ sich nicht sicher entscheiden, ob die Wunden blutinfiltiert gewesen waren; doch war dies wahrscheinlich. Keine intrakraniellen Verletzungen oder Blutungen, hingegen die für den Ertrinkungstod typischen Symptome.

*Zusammenfassend* konnte man sagen, daß die Wunden vermutlich während des Lebens beigebracht worden waren. Weiterhin mußte man annehmen, daß die Verletzungen wegen ihres Aussehens und ihrer Verteilung über eine größere Fläche wahrscheinlich dem Toten von einem anderen mit einem scharfen oder scharfkantigen Gegenstand zugefügt worden waren. Bei der Ähnlichkeit der Wunden war nicht anzunehmen, daß sie durch Stoß oder Fall gegen verschiedene Gegenstände zustande gekommen seien. Man bemerkte noch, daß die Kopfverletzungen zu nachweisbaren Veränderungen, die den Tod hätten erklären können, nicht geführt hatten. Als unmittelbare Todesursache sei „Tod durch Ertrinken“ anzusehen.

Der Grad der Verwesung entsprach dem einer Leiche, die etwa 14 Tage im Wasser gelegen hatte.

Leider wurde der Fall nicht aufgeklärt. Es gelang nicht zu ermitteln, wie und wo V. P. sich die Verletzungen zugezogen hatte und ob noch andere Personen daran beteiligt gewesen waren.

Der Art der erhaltenen Verletzungen nach zu schließen ist es ziemlich sicher, daß sie mit einem scharfen oder wenigstens scharfkantigen Gegenstand beigebracht worden sind, doch läßt sich letzteres nur schwer mit den gefundenen scharfen schmalen Kerben am Schädel vereinen. Am besten passen die Wunden zu einer Axtschneide, die übrigens nicht mit besonderer Kraft gehandhabt worden sein kann. Bleibt man bei dieser Annahme, dann kann sich der Betreffende wegen der Richtungen und der Verteilung über den Kopf die Verletzungen kaum selbst zugefügt haben (vgl. auch unsere Schlußbetrachtungen zu Fall 5). Aber es fällt auch schwer, sich zu denken, die Verletzungen seien postmortal und zufällig durch das Umhertreiben der Leiche und Anstoßen an scharfe Gegenstände entstanden. Die zahlreichen und untereinander übereinstimmenden Verletzungen scheinen diese Entstehungsmöglichkeit auszuschließen. Man muß doch wohl annehmen, daß sie von ein und demselben Gegenstand herrühren. Daß dies zufällig hätte geschehen sollen, fällt äußerst schwer zu glauben. Abschließend kommt man zu dem Ergebnis, daß die Mitwirkung dritter Personen, mit anderen Worten das Vorliegen eines Verbrechens, angenommen werden muß.

Was die Bedeutung der Verletzungen betrifft, so ist zu sagen, daß sie kaum den Tod infolge einer Gehirnerschütterung herbeigeführt haben, auf jeden Fall waren Veränderungen am Hirn, die dem entsprochen oder dies wahrscheinlich gemacht hätten, nicht nachweisbar. Hingegen können sie insofern von Einfluß gewesen sein, als der Verstorbene durch die Schläge — denen er (bei dieser Annahme) im Leben ausgesetzt war — vorübergehend bewußtlos wurde und hierbei zufällig ertrank. Indessen ist dies nur eine Vermutung, da die Sache, wie gesagt, nie aufgeklärt wurde.