

(Aus dem Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Kopenhagen.
Chef: Professor Dr. med. *Knud Sand.*)

Ein Fall von Selbstmord durch Beilhiebe in den Scheitel.

Von
Willy Munk,
Privatdozent.

Mit 3 Textabbildungen.

In der gerichtsmedizinischen Literatur liegen nach und nach mehrere Mitteilungen über Fälle von Selbstverletzungen des Kopfes vor. Die hierzu benutzten Geräte sind meistens Beile, aber auch verschiedene andere stumpfe Gegenstände (Hämmer u. dgl.) finden Verwendung. In mehreren Fällen sind die Verletzungen so oberflächlich, daß sie den Tod nicht verursachen; dieser wird dann auf andere Weise herbeigeführt, z. B. durch Durchschneiden des Halses, Erhängen usw. Diese Selbstverletzungen des Kopfes sind wegen ihrer immer noch relativen Seltenheit nur wenig von der Polizei und praktizierenden Ärzten bekannt, und führen deshalb oft zum Verdacht eines Mordes. In beinahe allen Fällen werden deshalb auch umfassende polizeimäßige und gerichtsmedizinische Untersuchungen erfordert, um festzustellen, ob die eine oder die andere Todesart vorliegt.

Der hier beschriebene Fall war in seinem Verlauf und besonders mit Rücksicht auf die Lokalisation der Verletzungen so eigentümlich, daß, vom polizeilichen Gesichtspunkt aus, von vornherein ein Mord wahrscheinlich schien. Erst sehr umfassende Untersuchungen führten zu dem Schluß, daß ein Selbstmord unzweifelhaft vorlag.

Eine 50jährige verheiratete Frau, B. M. N., wurde am 6. VI. 1936 um etwa 10 Uhr 30 Minuten in stark verletztem Zustand auf dem Fußboden der Waschküche in einem Nebengebäude des kleinen Landbesitzes, wo sie wohnte, gefunden. Im Hause anwesend waren zu dieser Zeit ihre 83jährige Schwiegermutter und ihr 3jähriges Enkelkind. Ihr Mann war frühmorgens zur Arbeit aufs Feld gegangen, und eine Tochter, die im Hause wohnte, hatte das Haus einige Stunden vorher verlassen. In der Waschküche waren zwei Türen, die eine führte in den Garten und wurde später mit einem Haken von innen geschlossen gefunden. Die andere Tür führte in die Küche. Die Fenster der Waschküche waren mit Haken geschlossen.

Sie wurde von der Schwiegermutter gefunden, die versuchte, von der Küche in die Waschküche zu kommen, aber dadurch gehindert wurde, daß die Verstorbene so nahe bei der Tür zwischen Küche und Waschküche lag, daß die Tür nicht so weit geöffnet werden konnte, so daß die Schwiegermutter, die sehr schwächlich war, sich hindurchdrängen konnte. Sie eilte zu dem Nachbarn, der den Mann und eine benachbarte verheiratete Tochter alarmierte, und diese Tochter war die erste, die in die Waschküche eindrang. Frau N. lag auf der rechten Seite auf dem Fußboden mit den Füßen gegen das Fenster und dem Kopf gegen den Waschkessel. Der rechte Arm lag unter dem Kopf und der linke Arm ruhte auf dem rechten

Oberarm. Das Haar war offen. Sie war völlig angezogen, und ihre Kleider waren nicht in Unordnung, namentlich nicht ihre Beinkleider noch die übrige Unterkleidung. Vor ihr lag ein blutiges Holzbeil (Abb. 1), mit dem Beilkopf gegen ihr Gesicht gewendet, ungefähr $\frac{1}{2}$ m von ihrem Körper entfernt. Die Lage des Beiles war so, daß es die Verstorbene leicht mit der linken Hand von sich gelegt haben konnte. Auf dem Stiel des Beiles wurde im Blut ein Abdruck gefunden, der, wie die Polizei konstatierte, von *Frau N.s eigener Handfläche herrührte* (Abb. 2), während man Abdrücke anderer Personen nicht fand. Das Beil gehörte zum Hause und lag gewöhnlich auf einem Fliegenschrank, der auf der auswendigen Seite des Hauses gegen den Garten hing. Die Stelle ist ziemlich verborgen, aber Frau N. kannte sie und pflegte das Beil zum Holzhacken zu benutzen. Auf einer Lattenbank, die zu ihren Füßen stand, lagen zwei blutige Lappen; unter der Bank lag ein blutiges Brotmesser, und ein anderes, nicht blutiges, lag auf dem Kessel der Waschküche. Die beiden Messer gehörten zum Hause und sollen am Morgen in der Küche gelegen haben; das blutige Messer war scharf und wurde dazu benutzt, Brot und Aufschnitt zu schneiden, das andere Messer war stumpf. Im Hause war nichts gestohlen, und man sah weder Zeichen eines Kampfes, noch frische Fußspuren. Man hatte nicht fremde Personen in der Nähe des Hauses beobachtet. In der Waschküche wurden viele Blutspuren und -spritzen gefunden, aber ein Teil dieser waren vor der Ankunft der Polizei von der Tochter der Verstorbenen beseitigt worden; sie hatte gleich, nachdem die Mutter fortgebracht worden war, eine Abwaschung des Fußbodens und sogar Tüchchen der Wände begonnen. Auf dem Fußboden lagen mehrere Holzsplitter, vom Holzhacken herrührend, das man gewöhnlich in der Waschküche besorgte.



Abb. 1. Beil und Messer zum Selbstmord angewandt. Holzsplitter in der Wunde gefunden.

Der Kopf der Frau N. zeigte einige sehr schwere Verletzungen, die eine bedeutende Blutung hervorgerufen hatten. Sie lebte noch, war aber bewußtlos. Ein Arzt wurde sofort geholt, der dafür sorgte, daß Frau N. umgehend mit dem Krankenwagen in das Krankenhaus in O. transportiert wurde. Deshalb sind keine Photographien von ihrer Stellung auf der Fundstelle genommen worden.

Sie wurde ins Krankenhaus um 11 Uhr 40 Minuten vormittags gebracht. Sie war bewußtlos, doch bewegte sie noch Arme und Beine. Das ziemlich lange dunkle Haar war verfilzt von zum Teil geronnenem Blut. Nach dem Rasieren wurde von dem hintersten Teil des Scheitels bis zum Hinterkopf eine Reihe von

einigermaßen parallelen Wunden gefunden, die meisten waren ungefähr 6 cm lang. Die untersten drangen nur durch die Haut und Subcutis und waren lediglich scharf. Die obersten drangen ganz hindurch bis auf den Knochen. Ganz oben auf dem Vertex wurde eine gut handflächengroße Stelle gefunden, wo die Haut ganz in Stücke zerhackt war, so daß ein größerer Lappen gebildet wurde, mit der Basis nach vorn gewendet. Unter diesem Lappen in der Richtung schräg von hinten nach vorn steckt ein etwa 12 cm langer Holzsplitter (Abb. 1). Das äußere dicke Ende ragte ein paar Zentimeter über der Haut hervor, und das innere spitze Ende steckte durch ein

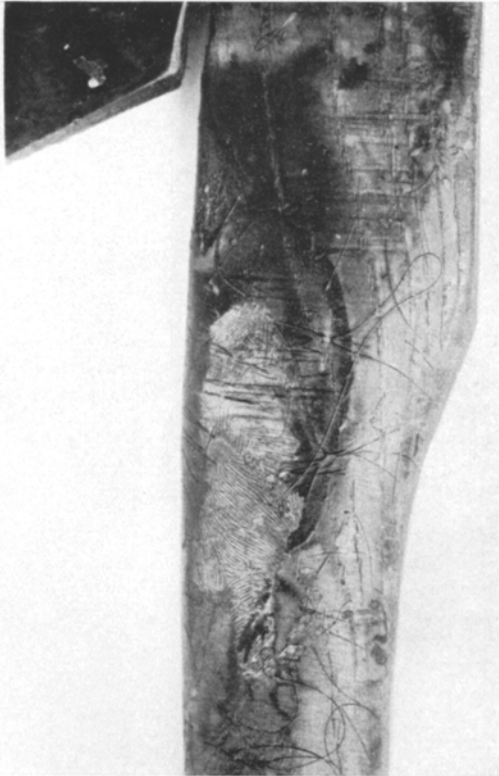


Abb. 2. Abdruck der Handfläche der Verstorbenen auf dem Beilstiel.

Loch im Schädel und in der Dura ungefähr 2 cm tief im Gehirn. Man revidierte die Wunde und fand einen zweikronengroßen Schädeldefekt, durch welchen sich das Hirngewebe hervor-drängte. Der Rand des Defektes war so zerhackt und zersplittert, daß man so-gleich der Auffassung war, daß er durch mehrere Hiebe mit geringer Kraft hervor-gerufen worden war. Die Wunden wurden zusammen-genäht und verbunden.

Die Frau war bewußt-los im Krankenhause bis zum Eintritt des Todes am 9. VI. 1936 um 12 Uhr 40 Mi-nuten, 3 Tage nachdem man sie gefunden hatte.

Denselben Tag um 19 Uhr nahm der Verf. als ausgesandter Obdu-zent aus dem gegenwärtigen gerichtsmedizinischen Institut die legale Obduktion vor, zusammen mit dem Kreisarzt.

Durch die Obduktion wurde folgendes gefunden:

Gewicht 65 kg, Höhe 153 cm, Ernährungszustand ein wenig über mittel. Arme und Beine ganz schwächig. Todeszeichen gegenwärtig.

Keine Ecchymosen in Conjunctivae oder in der Haut. Kein Blut in der Nase, dem Mund oder den Ohrengängen. Vulva sehr groß und gähnend. Keine Verletzungen in oder um Vulva oder auf der inneren Seite der Schenkel. Kein Sperma in Vagina.

Die Verletzungen des Kopfes zeigten bei der Obduktion ein Bild, daß etwas von dem ursprünglichen abwich, das aber von der Wundbehandlung, Suturierung und Wundreaktion herrührte. Entsprechend dem Höhepunkt des Scheitels wurde die große Weichteilverletzung gefunden, in deren Tiefe der beschriebene Schädeldefekt festgestellt wurde. Man konnte doch immer noch feststellen, daß die Ver-

letzung aus zahlreichen parallelen, in der Richtung von Seite zu Seite gehenden Wunden zusammengesetzt war. Neben der großen Verletzung wurden mehrere horizontale Wunden mit ziemlich scharfen Rändern gefunden, die untersten ganz an der Haargrenze. Zwischen diesen Wunden befanden sich mehrere feine Risse in der Haut, parallel mit den größeren Wunden. Außerdem fand man einige Kontusionswunden, ein wenig schräg gehend und nicht bis auf den Knochen reichend, und schließlich ein wenig links im Rande der großen Verletzung einige kleine, kurze, scharfrandige Wunden, die parallel zueinander lagen und bis auf den Knochen gingen, entsprechend einigen kleinen oberflächlichen Hieben in *Lamina externa*.

Auf dem linken Handrücken wurde ein zweikronengroßes Hämatom in der Haut gefunden, ebenso wie man auf beiden Händen einige kleine oberflächliche

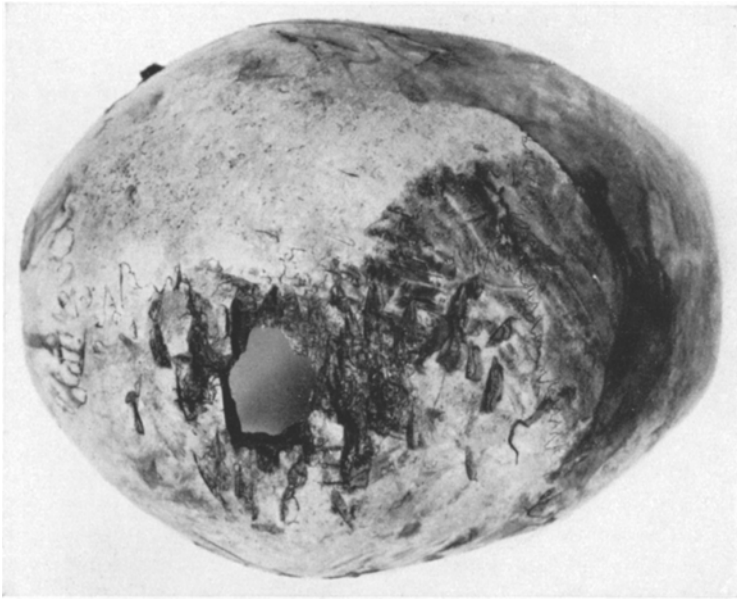


Abb. 3. Schädeldach mit Selbstmordverletzungen.

Risse fand. Man fand keine tieferen Verletzungen, speziell keine Schnittwunden an den Handgelenken.

Nachdem man die Weichteile des Schädels zur Seite genommen hatte, sah man eine große Blutung unter der Haut, namentlich dem Scheitel entsprechend, aber übrigens sich weit herumstreckend, bis in den Nacken herunter. Der früher erwähnte Defekt im Schädel wurde entsprechend der Mitte des rechten Os parietale ungefähr neben der Mittellinie gefunden (Abb. 3). Die mediale Begrenzung des Defektes wurde von einer sehr schrägen Fläche, die 1,5 cm breit war, gebildet. In der äußeren Knochenschale lag der Rand ganz nahe der Mittellinie, und der Rand zeigte zahlreiche Einhiebe. Die hinterste Begrenzung war ziemlich gerade und ging horizontal auf den Knochen. Dies war auch der Fall mit der lateralen und vordersten Begrenzung, man sah aber auch hier zahlreiche Einhiebe. Der Defekt in der *Lamina interna* maß 2,5 cm von Seite zu Seite und 2 cm von vorn nach hinten. Um den großen Defekt gruppierten sich zahlreiche kleine Einhiebe in die *Lamina externa*. Die meisten waren nur bis 2 cm groß; sie waren zueinander

parallel oder vielleicht hatten sie mehr Tendenz gegen einen Punkt ein wenig rechts vom Schädel zu konvergieren. Sie waren keilförmig mit der Basis des Keils rechts wendend. An mehreren Stellen drangen die Verletzungen schräg bis auf den Knochen ein, und was die vordersten betrifft, auf eine solche Weise, daß eine kleine Knochenlamelle mit der Basis vorwärts gebildet wurde, während die hinter dem Defekt liegenden Einhiebe eine Lamelle mit der Basis nach hinten zeigten (Abb. 3). Auf einem Gebiete von etwa 10 cm von vorn nach hinten und 5 cm von Seite zu Seite wurden im ganzen sicher mindestens 40—50 Einhiebe im Knochen gefunden. Die Anzahl war, besonders dem Defekt entsprechend, sehr schwer zu beurteilen; keine Bruchlinien strahlten vom Defekt aus. Die Schädeldicke betrug der Mitte des Defektes entsprechend 7 mm. Unmittelbar links vom Defekt, sowie ein wenig länger nach vorn, sah man eine Reihe zueinander parallele, ganz feine und schmale Risse in Lamina externa (Abb. 3). Der längste war 1,5 cm. Sie hatten die Richtung von vorn nach hinten. Einige von ihnen waren ein wenig tiefer, so daß eine kleine Knochenlamelle mit der Basis links gebildet wurde. Diese Risse waren von einer ganz anderen Art als die anderen Einhiebe, unter anderem waren sie viel schmaler. Sie lagen den schon vorher beschriebenen kleinen Schnittwunden entsprechend und sahen genau aus, als seien sie durch Stiche mit einem Messer hervorgebracht worden.

Entsprechend dem Schädeldefekt war eine große Verletzung in der Dura, und durch diese drängte sich sehr gequetschtes Hirngewebe. Die Verletzung des Gehirns reichte bis ungefähr 5 cm ins Gewebe, so daß ein Kanal von der Dicke eines Bleistifts mit mürben, zerfetzten und blutigen Wänden gebildet wurde. Man fand eine Blutung in den Meningen und eine kleine subdurale Blutung. Keine Zeichen von Meningitis. Man fand weder Verletzungen anderswo im Gehirn, noch Bruch in der Grundfläche des Schädels.

Bei der übrigen Sektion wurde nichts Bemerkenswertes außer frischen, hypostatischen Pneumonien der Lungen gefunden.

Bei der Obduktion wurde folgendes *Gutachten* abgegeben:

Man hat durch die Obduktion zahlreiche Verletzungen im Scheitel und in der Nackenpartie des Kopfes gefunden. Auf dem Scheitel nach oben befinden sich eine Reihe quergehender, dicht beieinander liegender Hieb- und Schnittwunden und hinter diesen eine Menge quergehender Schnittwunden, die jedoch im großen und ganzen ganz oberflächlich sind, und außerdem fand man mehrere kleine Schnittwunden und einige Wunden, die durch stumpfe Gewalt hervorgebracht worden sind. Durch die Hieb- und Schnittwunden ist — außer zahlreichen oberflächlichen Verletzungen in der äußeren Schale des Schädels — ein Defekt im Schädel mit einer Verletzung des Gehirns und Blutung ringsherum entstanden. Entsprechend den Stichwunden findet sich eine gesammelte Gruppe von oberflächlichen zueinander parallelen Verletzungen in der äußeren Knochenschale des Schädels. Außer der erwähnten Hirnquetschung findet sich vor dem Schädeldefekt eine mehr tiefgehende, kanalförmige Verletzung des Gehirns, vermeintlich durch den schon im Bericht erwähnten Holzsplitter hervorgebracht.

Von Zeichen der Gewalt hat man übrigens einige kleine oberflächliche Schnittwunden auf der linken Hand, eine kleine Blutung auf dem linken Handrücken und eine ähnliche Blutung auf der inneren Seite des rechten Oberarms gefunden.

Von Krankheitszeichen hat man Bronchitis und eine frische Lungenentzündung, die während des Krankenlagers entstanden ist, nachgewiesen.

Die nachgewiesenen Schädelverletzungen, möglicherweise in Verbindung mit der Lungenentzündung sind die Todesursache.

Die Art der Schädelverletzungen schließt keineswegs aus, daß sich die Verstorbene die Verletzungen selbst zugefügt haben kann, so daß also ein Selbstmord vorliegen kann.

Die Obduzenten zogen bei diesem Stande der Sache vor, wo die polizeimäßigen Untersuchungen noch längst nicht beendet waren, die obengenannten vorsichtigen Äußerungen abzugeben, die die Möglichkeit eines Selbstmordes offen ließen. Es war zu erwarten, daß die Polizei, wenn sie ihre Untersuchungen beendet hatte, der dänischen gerichtsärztlichen Kommission die endgültigen gerichtsärztlichen Aufklärungen in solchen schwierigen Fällen überließ.

Die polizeimäßigen Untersuchungen gaben folgende Aufklärungen: Frau N. hatte in den letzten Jahren leichtere klimakterische Schwierigkeiten gehabt. Am 1. I. 1936 bekam sie ein „Blutspeien“, das sie sehr beunruhigte; sie fürchtete, an Tuberkulose zu leiden. Sie war „sonderbar im Kopfe“ und konnte nicht schlafen. Sie hatte auch Schwierigkeiten mit den Kindern, die sie sich sehr zu Herzen nahm. Ihr Arzt meinte, sie litte sehr unter schwankenden Gemütsstimmungen und behandelte sie deshalb mit nervenberuhigenden Mitteln und leichten Schlafmitteln. Bei einem Krankenbesuch am 4. V. 1936 fand er sie mehr deprimiert als gewöhnlich und erwog, sie in eine psychiatrische Abteilung zu legen. Die Familie sagt, daß Frau N. die letzten Monate immer deprimierter geworden war; allem gegenüber war sie mißtrauisch und wurde verschlossen; wollte weder die Nachbarn sehen, noch ihnen antworten, wenn sie zu ihr sprachen. Sie sprach vom Tode und hatte mehrere Male ausgesprochen, daß „es nicht auszuhalten wäre“.

Nach den polizeimäßigen Untersuchungen glaubte man, einen Mord ablehnen zu können. Die neben Frau N. gefundenen Geräte gehörten, wie erwähnt, zum Hause. Das Beil war am Abend vorher auf einen Fliegenschrank unter dem Schirmdach an einer versteckten Stelle, die Frau N. bekannt war, gebracht worden. Man behauptete bestimmt, daß das Messer am Morgen in der Küche gesehen worden war. Es schien unwahrscheinlich, daß eine fremde Person diese Geräte von so vielen verschiedenen Stellen zusammengesammelt haben konnte, ohne daß Frau N. darauf aufmerksam geworden wäre und dagegen reagiert hätte. Auf dem blutigen Beil wurde, wie erwähnt, ein Handabdruck gefunden, der wie die Polizei mit Sicherheit konstatiert hat, von Frau N.s Hand herrührte. Frau N.s Schwiegermutter saß am Morgen in ihrem Zimmer und las, bis sie in Frau N.s Wohnung ging, um zu sehen, warum es dort so still war. Die Tür zwischen ihrem Zimmer und dem Gang stand die ganze Zeit offen. Sie meinte, daß eine fremde Person ins Haus nicht hätte kommen können, ohne daß sie es hätte sehen müssen.

Es ist konstatiert worden, daß Frau N.s Mann und die im Hause wohnende Tochter am Morgen früh weggefahren sind, zu einer Zeit, wo Frau N. wahrscheinlich noch nichts gefehlt hat. Sie sind erst zurückgekommen, nachdem man Frau N. gefunden hatte. Die Untersuchungen der Waschküche wurden dadurch sehr erschwert, daß die eine Tochter, wie erwähnt, gleich nachdem Frau N. ins Krankenhaus gebracht worden war, anfang rein zu machen, und sogar die Wände zu tünchen. Dies konnte verdächtig erscheinen, da aber die Polizei eine Täterschaft der Familienmitglieder ausschloß, konnte die schnelle Reinigung nur als ein unbedenklicher Versuch, so schnell wie möglich die unheimlichen Spuren zu verwischen, aufgefaßt werden. Aus der Lage der Blutflecken konnte man schließen, daß Frau N. bei einigen der Schläge sich in aufrechter Stellung befunden haben mußte.

Die Polizei war nach der sehr umfassenden Untersuchung der Auffassung, daß man einen Selbstmord für überwiegend wahrscheinlich halten mußte, sie hob außerdem hervor, daß Frau N.s Verletzungen, falls ihr diese von einer anderen Person zugefügt waren, viel breiter sein mußten, daß dann Verletzungen anderswo am Körper, Unordnung der Kleider und Zeichen von Kampf in der Umgebung zu erwarten wären.

Hiernach übersandte die Polizei das Material der dänischen gerichtsärztlichen Kommission zur Äußerung.

Den 30. VI. 1936 stattete die gerichtsärztliche Kommission, deren gerichtsmedizinisches Mitglied der Chef des Instituts, Professor *Sand*, ist, folgendes *Gutachten*:

Es handelt sich im vorliegenden Falle um Verletzungen, die von sehr eigentümlicher Art sind, und die nur selten in der gerichtsmedizinischen Praxis angetroffen werden.

Die Verletzungen sind recht kompliziert. Nach unten im Nacken befinden sich einige Schnittverletzungen innerhalb eines recht begrenzten Gebietes. Die Verletzungen sind horizontal und ein Teil von ihnen ist sehr oberflächlich.

Höher nach oben, im Hinterkopfe, finden sich zahlreiche Hiebverletzungen, die sich innerhalb der innersten Hälfte des rechten Scheitelbeines entsprechenden Partie sammeln, und besonders innerhalb des mittleren Teils von diesem, wo ein 2×3 cm großes Loch im Schädel, der ein wenig dicker als normal ist, durch zahlreiche dicht beieinander liegende Hiebe hervorgebracht ist. Viele der Hiebe sind oberflächlich und lassen nur oberflächliche Verletzungen in der äußeren Knochenschale des Schädels erkennen; diese Hiebe sind daher nur mit geringer Kraft geführt worden. Die Hiebe, die das Loch im Schädel verursacht haben, sind vermutlich mit etwas größerer Kraft geführt worden, aber das Loch ist doch wesentlich dadurch entstanden, daß zahlreiche Hiebe auf ein und denselben Fleck geführt worden sind, wodurch der Schädel allmählich Stück für Stück durchgehackt worden ist, ohne daß jeder einzelne Schlag sehr kräftig war. Dafür spricht auch, daß man keine ausstrahlenden Bruchlinien vom Schädeldefekt aus findet. Einige der Hiebe sind mit der Beilschneide vorwärts gewendet geführt, also ein wenig tangential im Verhältnis zur Oberfläche des Schädels, andere sind senkrecht auf diesen geführt. Sowohl der schräge linke Rand des Defektes, als auch die Form der

Verletzungen deuten darauf hin, daß die Schläge von der rechten Seite mit dem Beilstiel nach unten rechts gerichtet geführt sind.

Ein wenig links von und vor den Hiebverletzungen befindet sich eine Gruppe von Verletzungen, die als Stichwunden aufgefaßt werden müssen. Dies geht teils aus den Hautverletzungen, teils aus den diesen entsprechenden Verletzungen in der äußeren Knochenschale des Schädels hervor. Die Verletzungen sind oberflächlich, ganz schmal, an mehreren Stellen beinahe nur wie Risse. Sie sind ausgesprochen schmaler, als sie ein Beil hervorbringen kann; sie können sehr wohl mit dem hier in Frage kommenden Küchenmesser beigebracht sein. Die Verletzungen sind zueinander parallel, in Richtung schräg von hinten links nach vorn rechts.

Schließlich finden sich einzelne Hautverletzungen, die aussehen, als ob sie durch stumpfe Gewalt mit verhältnismäßig geringer Stärke hervorgebracht sind. Sie können sehr wohl mit dem Rücken des Beils beigebracht worden sein.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Verletzungen sehr wohl mit dem vorliegenden Beil beigebracht sein können (die Hiebverletzungen und die Verletzungen durch stumpfe Gewalt) und mit dem vorliegenden blutigen Messer (Schnitt- und Stichverletzungen), daß die Verletzungen sehr zahlreich sind, daß sie durchgehend mit recht geringer Kraft gesetzt worden sind, daß sie zueinander parallel sind und ganz überwiegend die Richtung von Seite zu Seite haben, und daß sie ganz überwiegend innerhalb eines kleinen Gebietes, entsprechend dem linken Schädelsbein, gegen die Mittellinie liegen.

Außer diesen Verletzungen findet man eine 5 cm lange, kanalförmige, vom Schädeldefekt ausgehende Verletzung im Hirngewebe, die sich nach vorn und nach unten erstreckt. Diese Verletzung kann sehr wohl mit dem fraglichen, spitzen, dreieckigen Holzsplitter hervorgebracht sein.

Nach der Art der Schädelverletzungen muß man es für ausgeschlossen halten, daß sie durch einen Unglücksfall hervorgerufen sind. Es bleiben 2 Möglichkeiten, entweder daß sie durch fremde Hand entstanden sind, oder daß sie die Verstorbene sich selbst beigebracht hat.

Für die erste Möglichkeit — *Mord* — spricht von vornherein, daß die Verletzungen sich am Hinterkopfe befinden, und daß ein nicht unbedeutender Defekt in dem recht dicken Schädel sich findet.

Für die andere Möglichkeit — *Selbstmord* — spricht, daß die Verletzungen sehr zahlreich sind, daß sie fast ausschließlich auf einer Stelle zusammenstehen, daß sie zueinander parallel sind, und daß im großen und ganzen für sie nur sehr geringe Kraft aufgewandt worden ist.

Es liegen in der gerichtsmedizinischen Literatur Mitteilungen von verschiedenen Selbstmordfällen durch Beilhiebe in den Kopf vor; es hat sich in diesen Fällen meistens um Schläge in die Stirn oder in die Schläfe gehandelt, bisweilen auf beiden Stellen (vgl. u. a. *A. Werk-gartner, Fr. Harbitz, G. Hultkvist*). Es gibt aber auch Fälle von Selbstmord in den Hinterkopf (*L. Langer*, Wien. med. Wschr. 1878) und in mehreren dieser Fälle sind Schädeldefekte gefunden worden, die mindestens ebenso groß, wie im vorliegenden Fall waren. Der Umstand,

daß die Verletzungen sich hier am Hinterkopf befinden, schließt eine Selbsttötung deshalb nicht aus, weil nach ihrer Lage die Verstorbene sie sich selbst beigebracht haben kann.

In so gut wie allen in der Literatur erwähnten Fällen hat es sich um psychisch abnorme oder *geisteskranke* Personen gehandelt. Auch hier muß die Frau nach allen Vorgängen als geisteskrank bezeichnet werden.

Es ist schließlich allgemeine Erfahrung in der Gerichtsmedizin, daß zahlreiche, gleichartige, zueinander parallel und innerhalb eines eng begrenzten Gebietes stehende Verletzungen für Selbstbeschädigung sprechen, besonders wenn es sich dabei um geisteskranken Personen handelt.

Wie der erwähnte Holzsplitter ins Gehirn gekommen ist, läßt sich nicht entscheiden, er kann zufällig bei dem Fall der Verstorbenen auf den Fußboden hineingekommen sein, oder die Verstorbene hat sich selbst den Splitter ins Gehirn gesteckt.

Zusammenfassend kommt die gerichtsärztliche Kommission zu dem Schluß, daß mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein *Selbstmord* vorliegt, was auch mit den polizeilichen Ermittlungen übereinstimmt.

Auf Grund dieses Gutachtens wurden weitere Ermittlungen eingestellt.

Der vorliegende Fall weicht in mancher Beziehung von den in der Literatur beschriebenen ab. Das Eigentümlichste ist die Lage der Wunden auf dem Scheitel und am Hinterkopfe. Die wichtigsten Verletzungen sind die Beilhiebe, die sich innerhalb eines schmalen Gebietes gleich hinter der Scheitelhöhe sammeln. Eine nähere Analyse zeigt, daß der Verstorbenen mindestens 40—50 Beilhiebe zugefügt sind, die ganz überwiegend innerhalb der Stelle, wo sich jetzt ein Schädeldefekt befindet, zusammenstehen. Der Rand dieses Defektes ist zerhackt und zeigt Spuren von zahlreichen Schlägen. Der Umstand, daß der mediale Rand sehr schräg ist, während der laterale horizontal auf der Oberfläche verläuft, deutet darauf hin, daß die Hiebe mit der untersten Spitze des Beils geführt worden sind, während der Beilstiel nach rechts unten stand. Denkt man sich die einzelnen Hiebe verlängert, so schneiden sich diese Verlängerungslinien in einem Punkte ein wenig rechts vom Kopfe. Hier muß man die Lage des Beilstiels vermuten. Dies stimmt auch sehr gut mit den Beobachtungen, die in dem von *G. Hultkvist* (1929) beschriebenen Fall gemacht sind, überein.

Die Kraft der einzelnen Schläge kann nach dem Aussehen der Verletzungen kaum sehr groß gewesen sein. Der Schädeldefekt zeigt deutlich, daß er dadurch entstanden ist, daß Stück für Stück durch geringere Schläge weggeschlagen sind. Dies erklärt auch, daß sich keine ausstrahlenden Bruchlinien vom Defekte aus zeigen. Eine Voraussetzung für die Annahme einer Selbstverletzung ist, daß die Schläge nicht so kräftig sind, daß *Commotio cerebri* mit Bewußtlosigkeit entsteht.

Außer der großen Schädelverletzung findet man einige kleinere, unzweifelhafte Hiebverletzungen, deren Keilform darauf deutet, daß sie ganz wie die anderen Hiebverletzungen von der rechten Seite, und was mehrere von ihnen betrifft, mit schräggestelltem Beilblatt, zugefügt sind. Diese Verletzungen können also auch von der Verstorbenen selbst hervorgebracht sein. Außer diesen Hiebwunden finden sich, — wie man aus den Weichteilverletzungen sieht — auch einige stumpfe Verletzungen, die indessen keine Merkmale im Schädel hinterlassen haben. Diese können ebenfalls mit dem Beil beigebracht worden sein.

In der gerichtsmedizinischen Literatur sind etwa 20 Fälle von Selbstverletzungen durch Beilhiebe in den Kopf beschrieben. In so gut wie allen Fällen lagen die Verletzungen in der Stirne oder in der Schläfe oder auf beiden Stellen. In dem einen von *Werkgartner* (1935) beschriebenen Fall hatte die Selbstmörderin 2 Beile gebraucht, wobei 3 Gruppen von Verletzungen in der Stirne und in beiden Schläfen entstanden. *Langer* (1878) sah eine Verletzung im Nacken, *Althoff* (1926) eine Reihe von Beilhieben unten im Nacken gegen die Haargrenze, von denen mehrere ziemlich tief waren. Diese 2 Fälle dürften die einzigen sein, wo die Selbstmordverletzungen so weit hinten saßen. Es handelt sich oft nur um Weichteilverletzungen, manchmal um oberflächliche Einhiebe in die *Lamina externa cranii*, doch sind auch mehrmals Frakturen gefunden worden, die — ganz wie in unserem gegenwärtigen Fall — sich als größere oder kleinere Defekte mit gehacktem Rand präsentiert haben (*Blumenstock, Hofman, Hultkvist, Kratter, Pfeiffer, Riembault, Carsky, Werkgartner*). Sogar das Vorhandensein recht bedeutender Defekte spricht also nicht dagegen, daß eine Selbstverletzung vorliegt. Man könnte wohl von vornherein annehmen, daß überwiegend Männer sich solche Beschädigungen beibringen. Die Kasuistik zeigt indessen, daß es sich in ungefähr $\frac{1}{3}$ der Fälle um Frauen handelt.

Außer den Beilhieben fand man hier auch eine Menge von Schnitt- und Stichverletzungen. Die Stichverletzungen befinden sich in der Nähe der obersten großen Wunde, mit kleinen Verletzungen des Knochens (Abb. 3). Die Schnittwunden liegen weiter nach hinten und ihre relative Oberflächlichkeit und Parallelität weist deutlich darauf hin, daß es sich um Selbstverletzungen handelt. Das gefundene blutige Messer (Abb. 1) ist sicher geeignet, die Verletzungen hervorzubringen, die vermutlich schon vor den Hiebverletzungen gesetzt worden sind.

Die größte Schwierigkeit war, die Anwesenheit des Holzsplitters in der Wunde zu erklären. Der Splitter, der sehr spitz war, war wahrscheinlich mehrere Zentimeter in die Gehirnschubstanz gedrungen. Es fanden sich mehrere ähnliche Holzsplitter auf dem Fußboden der Waschküche. Der Splitter unter der Haut der großen Wunde lag parallel mit der Schädeloberfläche, aber doch so, daß die Spitze des Splitters

durch den Defekt im Schädel steckte. Wahrscheinlich ist, daß Frau N. durch den Fall auf den Fußboden, zufällig den Splitter in die Wunde bekommen hat. Während des Transportes nach dem Krankenhaus, in welchem Zeitpunkt die Anwesenheit des Splitters noch nicht bemerkt worden war, kann der Splitter ein wenig in die durch den Schädeldefekt hervorwühlende Hirnmasse gedrungen sein. Schließlich kommt auch die entfernt liegende Möglichkeit in Frage, daß die Verstorbene selbst den Splitter hineingesteckt hat.

Der Fall war also sehr kompliziert, und bot für die Entscheidung, ob Mord oder Selbstmord vorlag, große Schwierigkeiten. In der Regel nimmt man zuerst an, daß es sich um einen Mord handelt, aber es gibt auch Beispiele, daß solche Fälle zuerst als Selbstmord aufgefaßt worden sind, um später als Mord erkannt zu werden. *Marx* (1923) berichtet über eine 46jährige Frau, bei welcher eine Reihe von Hieb- und Stichwunden im vordersten Teil des Kopfes mit sehr geringer Verletzung des Schädels gefunden wurden. Wegen der Lage der Verletzungen und der vermeintlich recht geringen Kraft, womit sie beigebracht waren, wurde es für wahrscheinlich angesehen, daß ein Selbstmord vorlag. Erst später wurde aufgeklärt, daß eine andere Frau ihr die Verletzungen mit einer Semmelreibemaschine beigebracht hatte. Die Todesursache war Hirnkontusion und Hirnerschütterung. *Harbitz* (1933) berichtet über eine Frau, die tot in einem Wald gefunden wurde. 2 m von ihr entfernt lag ein Beil. Entsprechend dem Scheitel wurde eine Reihe von Hieb- und Stichwunden und ein 7,3 cm langer Defekt des Schädels gefunden. Der Fall wurde als ein Selbstmord aufgefaßt. *Harbitz* meint nach einer späteren Analyse, daß es sich um einen Mord handelt, u. a. weil Achsen, die durch die verschiedenen Hieb- und Stichverletzungen des Schädels gezogen wurden, keine regelmäßige Konvergenz zeigten. Der Fall wird auch von *Werkgartner* (l. c.) besprochen, der doch zu der Ansicht neigt, daß ein Selbstmord vorlag.

Literaturverzeichnis.

- Althoff*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **7**, 421 (1926). — *Blumenstok*, Vjschr. gerichtl. Med. **50**, 81 (1889). — *Carsky, K.*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **19**, 299 (1932). — *Frank*, zit. nach *Hofman-Haberda*, Wien. med. Wschr. **1885**, 454. — *Harbitz, Fr.*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **22**, 407 (1933). — *Hofmann-Haberda*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1927, 516. — *Hultkvist*, Nord. med. Tidskr. **1**, 399 (1929). — *Ipsen, C.*, Vjschr. gerichtl. Med. **35**, Suppl., 89 (1908). — *Krügelstein*, zit. nach *Merrem*, Ann. Staatsarzneikde **39**, 135 (1840). — *Laignel-Lavastine, G. d'Heucqueville et M. Gautier*, Ann. méd.-psychol. **92**, I, 741 (1934) [Ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **24**, 300 (1935)]. — *Langer, L.*, zit. nach *Hofman-Haberda*, Wien. med. Wschr. **1873**, 999. — *Marx, A. M.*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **2**, 412 (1923). — *Merrem, C.*, Vjschr. gerichtl. Med. **38**, 237 (1909). — *Pfeiffer*, Selbstmord. 1902, S. 164. — *Riembault, A.*, Ann. Hyg. publ. **27**, 164 (1867). — *Strassmann, F.*, Vjschr. gerichtl. Med. **35**, Suppl., 90 (1908). — *Werkgartner, A.*, Arch. Kriminol. **97**, 1 (1935).