

Aus dem Ludwig-Aschoff-Haus, dem Pathologischen Institut der Universität  
Freiburg i. Br. (Direktor: Prof. Dr. F. BÜCHNER).

## **Seltener kombinierter Selbstmord und seine versicherungsrechtliche Auswirkung.**

Von

**Dr. G. LIEBEGOTT,**

Dozent, Oberarzt des Instituts.

Mit 3 Textabbildungen.

*(Eingegangen am 25. Februar 1948.)*

Die folgende kasuistische Mitteilung ist deshalb für die Allgemeinheit von Interesse, als sie in der vorliegenden Form, soweit die Durchsicht des Schrifttums ergab, einmalig ist und die Kenntnis der charakteristischen Nahschußzeichen sichere Rückschlüsse auf die Tatwaffe gestattet.

Der Vorgeschichte ist zu entnehmen, daß der 40jährige Landwirt Z., von Beruf Metzger, sich 5 Monate vor seinem Tode bei der Bearbeitung von Roßhaaren an einem rostigen Nagel eine Rißwunde der rechten Hand zuzog. Sieben Tage später schwoll die verletzte Hand an, die er bis dahin selbst mit Seifenbädern behandelt hatte; einige Tage darauf bemerkte er auch eine Schwellung des Gesichts und beider Füße. Der zugezogene Arzt stellte auf Grund des Urinbefundes die Diagnose auf eine Nierenentzündung und wies den Patienten in ein Krankenhaus ein. Hier wurde eine Infektnephritis festgestellt und als Folge des erlittenen beruflichen Unfalls gewertet. Nach 14wöchiger stationärer Behandlung wurde Z. mit einer vorläufigen Erwerbsminderung von 100% auf seinen Hof entlassen. Er befand sich in einer depressiven Stimmungslage und äußerte mehrfach seinen Angehörigen gegenüber, daß er sich von seiner Krankheit nicht wieder erholen würde. Seiner Frau fielen die allgemeine Blässe, eine fahl-graue Hautfarbe, Brechreiz und Appetitlosigkeit auf. Drei Wochen nach der Krankenhausentlassung schied er freiwillig aus dem Leben. Seine Angehörigen fanden ihn in der Scheuer des Hofes auf einer Leiter stehend den Kopf in einer aus 2 Wagenseilen geknüpften Schlinge, die an einem Balken der Garbenbühne 4 m über dem Tennenboden befestigt war.

Bei der Leichenschau sah man am Hals eine typische zum Nacken aufsteigende Strangmarke mit Abdruck des Knotens in der Mittellinie des Nackens. Außerdem fand sich an der Stirn 4 cm oberhalb der Nasenwurzel ein scharf ausgestanzter runder Hautdefekt von 9 mm Durchmesser mit glatten Wundrändern, der von einem etwa

fünfmarkstückgroßen intensiven, eigenartig gestalteten Schmauchhof umgeben war. Die Form der Schmauchmarke entsprach einem vierblättrigen Kleeblatt (Abb. 1). Ein Ausschuß war nicht festzustellen.

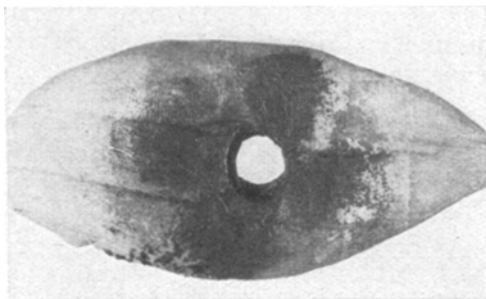


Abb. 1.

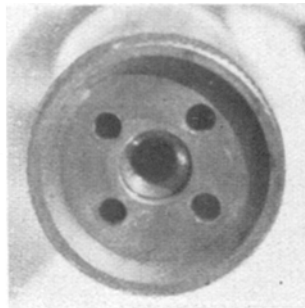


Abb. 2.

Abb. 1. Scharf ausgestanzte Schußblücke der Stirnhaut mit intensivem Schmauchhof in der Anordnung eines vierblättrigen Kleeblattes.

Abb. 2. Kopfplatte des Bolzenschußapparates mit zentraler Öffnung für den Stahlbolzen und den Mündungen der 4 Abzugskanäle für die Pulvergase.

Bei der Leichenöffnung fand sich unter der Hautwunde an der Stirn ein entsprechend großer scharfrandiger Knochendefekt des Stirnbeines mit sich nach innen trichterförmig erweiterndem Knochenschußkanal

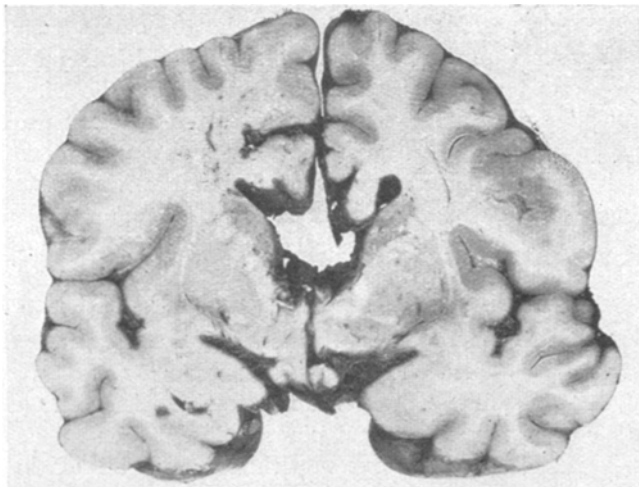


Abb. 3. Frontalschnitt durch das Großhirn mit durch den Bolzen des Schußapparates und das Sekundärgeschoß hervorgerufenem Schußkanal: Zerstörung des Balkens und des Septum pellucidum.

und unregelmäßiger Aussprengung der inneren Glastafel. Gleich groß war der Defekt der harten Hirnhaut. Am Rande der Knochen- und Durawunde sah man einen schmalen Schmauchsaum. Der Längs-

blutleiter war eröffnet. In der Mittellinie des Großhirns verlief der unregelmäßige Hirnschußkanal: Verletzung der medialen Fläche beider Stirnhirne, völlige Zerstörung des Balkens, des Septum pellucidum mit breiter Eröffnung beider Seitenventrikel, des hinteren Balkenkniees, der Vierhügelplatte und des Oberwurms des Kleinhirns (Abb. 3). Hier fast an der Circumferenz der Kleinhirnhalkugeln lag das ausgestanzte Stück der Stirnhaut, an dem die ausgestanzte Knochenscheibe des Stirnbeins hing. Im Bereich des Stirnhirns und der Kleinhirnoberfläche waren geringe subarachnoideale Blutungen festzustellen. Das Ventrikelsystem und der Rückenmarkskanal enthielten blutigen Liquor.

In Nasenrachenraum, Trachea und linkem Hauptbronchus war erbrochener Mageninhalt nachzuweisen. Am Herzen fand sich ein kombiniertes Aortenvitium als Restzustand einer abgelaufenen Thromboendokarditis mit Hypertrophie und Dilatation der linken Herzkammer. Die Nieren zeigten das typische, histologisch bestätigte Bild einer subakuten Glomerulonephritis, die Nebennieren eine Hyperplasie des Markes und der Rinde mit starker Lipoidspeicherung.

Da die der Nierenerkrankung vorausgehende Verletzung der Hand als Berufsunfall anerkannt war, war die Frage zu entscheiden, ob der Freitod des Z. mit diesem Unfall in ursächlichem Zusammenhang steht.

#### *Besprechung der Befunde.*

Nach den erhobenen Befunden lag eindeutig ein kombinierter Selbstmord durch Erschießen und Erhängen vor. Aber schon bei der Leichenschau hatte der eigenartige Schmauchhof um die scharf ausgestanzte Hautschußwunde besonderes Interesse hervorgerufen und sofort die Frage nach der Schußwaffe aufgeworfen. Bei der Suche nach der Waffe am Tatort wurde im Strohbelag des Tennenbodens ein Bolzenschußapparat gefunden, wie er beim Schlachten des Großviehs zur Betäubung desselben benutzt wird und seit 1933 an Stelle des früher üblichen Kugelschußapparates in Gebrauch ist. Es handelte sich um das Modell „Record“ mit einer Länge von 31 cm. Die im Zündkopf eingelegte Revolverpatrone von 7,5 cm (Nitrocellulose-Röhrchenpulver, Sinoxid-Zündsatz) wird durch leichten Druck auf den seitlich angebrachten und gespannten Abzugshebel zur Explosion gebracht. Dabei wird das scharf ausgekehlte freie Ende eines 9 mm dicken und 17 cm langen Stahlbolzens 7,5 cm tief in den Tierschädel vorgetrieben. Durch eine innerhalb des Laufes um den Bolzen angeordnete Spiralfeder wird der Stahlbolzen zwangsläufig wieder in seine Ausgangslage zurückgebracht. Diese Feder war vor Gebrauch aus dem Apparat entfernt worden. Die kreisrunde Kopfplatte des Apparates zeigt neben der Öffnung für den Stahlbolzen die Mündungen von 4 Abzugskanälen

(Abb. 2), über die die Explosionsgase nach vorn aus dem Lauf austreten. Damit erklärt sich der eigenartige, kleeblattförmig angeordnete Schmauchhof um die durch den Stahlbolzen hervorgerufene scharf ausgestanzte Schußlücke. Dadurch, daß der Täter vor der Tat die Spiralfeder aus dem Bolzenapparat, mit dessen Handhabung er als Metzger vertraut war, entfernte, erreichte er, daß der Stahlbolzen nicht 7,5, sondern 14 cm tief in den Schädel eindrang. Aus dieser Tatsache ergibt sich auch die auffallende Länge des Hirnschußkanals, an dessen Ende das ausgestanzte Haut-Knochenstück der Stirn als Sekundärgeschoß gefunden wurde. Dieses Sekundärgeschoß ist auch verantwortlich für die erheblichen Zerstörungen der Hirnsubstanz im Bereich des Schußkanals.

Die festgestellte Aspiration von erbrochenem Mageninhalt in den Bronchialbaum deutet darauf hin, daß das Hineinfallen des schwer Verletzten in die um den Hals gelegte Schlinge erst eine gewisse Zeit nach Auslösung des Schusses erfolgte. Immerhin beweist die relativ geringe Blutung in die Schädelhöhle trotz der schweren Hirnverletzung, daß durch das sekundäre Erhängen die Blutzufuhr zum Schädel frühzeitig, jedenfalls noch vor Aufhören der Herztätigkeit erfolgte.

Beobachtungen über derartige Schußverletzungen mittels Bolzenschußapparat sind bisher nur von CHURSIEDEL und von JUNGMICHEL mitgeteilt worden. Letzterer weist in einer kurzen Aussprachebemerkung lediglich auf Haut- und Schädelverletzungen mit typischen Nahschußzeichen hin, ohne nähere Angaben zu machen. Die Mitteilung von CHURSIEDEL unterscheidet sich von der eigenen Beobachtung durch eine andere Anordnung des Schmauchhofes, da an dem zum Selbstmord benutzten Apparat (System Kerner) nur 2 Abzugskanäle vorhanden sind. Die übrigen einschlägigen Mitteilungen von SCHULZ, SCHÖNBERG, WALLBAUM und NIEDENTHAL über Tötung mittels Tier-tötungsapparates sind Verletzungen, die durch den früher gebräuchlichen Kugelschußapparat hervorgerufen wurden und mit der hier gegebenen Darstellung nicht zu vergleichen sind.

Die Frage des Zusammenhangs zwischen Unfall und Selbstmord ist nicht ohne weiteres zu beantworten. Die Leichenöffnung hatte zwar ergeben, daß neben der unfallbedingten subakuten Glomerulonephritis noch ein alter Herzfehler bestand, der im Stadium der Dekompensation unter Umständen infolge einer Mangel durchblutung des Gehirns zur symptomatischen Psychose hätte führen können. Dieser Herzfehler war aber völlig kompensiert, wie der Lungenbefund (Fehlen einer chronischen Stauungslunge) und die klinischen Untersuchungsergebnisse zeigten.

Anders verhält es sich mit der Nephritis, die als Folge der infizierten Berufsverletzung an der rechten Hand als unfallbedingt aner-

kannt war. Im Verlaufe einer chronischen Nierenerkrankung kann sich eine schleichende Urämie — die in unserem Falle eingangs erwähnten Beobachtungen der Ehefrau sprechen dafür — entwickeln, die ihrerseits psychische Veränderungen zur Folge haben kann. Hierbei treten neben Epilepsien vorübergehende Delirien und Dämmerzustände auf. Gerade bei den urämisch bedingten Delirien stehen Halluzinationen, mürrisch-ablehnendes Verhalten der Patienten, Klagen über Kopfschmerzen und über Reste von erhaltenem Krankheitsgefühl im Vordergrund (EWALD). Derartige psychische Veränderungen (in sich gekehrtes Wesen, zurückgezogenes abgestumpftes Verhalten, Beteuerung eines noch erhaltenen Krankheitsgefühls) wurden aber im hier zu beurteilenden Falle erstmals in den Wochen vor dem Tode beobachtet, während zur Zeit der Krankenhausbehandlung ähnliche Feststellungen nicht gemacht wurden und auch für die Zeit vor dem Unfall Anhaltspunkte für depressive Verstimmungen oder seelische Anomalien anamnestisch nicht zu gewinnen waren. Daß in depressiven Phasen suburämischer Psychosen Selbsttötungsabsichten geäußert und unter Umständen ausgeführt werden, ist bekannt. Im Hinblick auf die vorstehenden Ausführungen war auch im vorliegenden Falle die Nierenerkrankung — mit Wahrscheinlichkeit jedenfalls — als auslösende Ursache für den Freitod anzusehen und damit ein Zusammenhang zwischen der Handverletzung und dem Selbstmord zu bejahen.

#### *Zusammenfassung.*

Es wird über einen kombinierten Selbstmord durch Erschießen und Erhängen berichtet, bei dem als Tatwaffe ein Bolzenschußapparat, wie er beim Schlachten von Großvieh zur Betäubung der Tiere allgemein Verwendung findet, benutzt wurde. Die durch diese Schußwaffe ausgelösten Schußverletzungen und charakteristischen Nahschußzeichen werden beschrieben. Der Selbstmord wird mit Wahrscheinlichkeit als indirekte Folge einer als Berufsunfall anerkannten infizierten Verletzung angesehen.

#### **Literatur.**

CHURSIEDEL, H.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 28, 132 (1937). — EWALD, G.: Handbuch der Geisteskrankheiten, spez. Teil III, S. 112. Berlin: Springer 1928. — JUNGMICHEL, G.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 34, 146 (1941). — LIEBEGOTT, G.: Beitr. path. Anat. 109, 96 (1944). — NIEDENTHAL, R.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 26, 181 (1936). — SCHÖNBERG, S.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 12, 213 (1928). — SCHULZ, A.: Vjschr. gerichtl. Med. 2. Suppl. H. 3. 43 (1912). — WALLBAUM, FR.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 16, 174 (1931).