

dermatologischen Schrifttum Zeugungsunfähigkeit bewirken. Die Gründe liegen in der Unsicherheit der Erhebung der Vorgeschichte, in der Art des untersuchten Männermaterials. Ferner muß angenommen werden, daß ursprüngliche Nekrospermie oder Azoospermie nach den genannten Schädigungen nach längerer Zeit sich zurückbildet.

Sodann wird ein Fall von sicherer angeborener Azoospermie mitgeteilt.

*Wechselrede zum Vortrag Nippe:* Herr *Goroncy-Greifswald* fragt, ob die durch Urin unbeweglich gemachten Spermien durch andere Mittel wieder zur Bewegung gebracht werden können. Er selbst habe bei Zusatz von Tutocain nur negative Resultate gehabt.

Herr *Pietrusky-Bonn* führt aus, daß man die Zeugungsfähigkeit nicht ausschließen könne, wenn man in der Samenflüssigkeit Spermien gefunden habe, gleichgültig ob beweglich oder unbeweglich.

Herr *Meißner-Innsbruck* nimmt zu den von Herrn *Goroncy* und *Pietrusky* aufgeworfenen Fragen dahin Stellung, daß er bei einigen wenigen Versuchen durch Änderung der Reaktion unbewegliche Samenfäden nicht habe beweglich machen können. Wenn man auch beim Vorhandensein vereinzelter beweglicher Samenfäden eine Zeugung nicht mit voller Sicherheit ausschließen könne, so verdienten doch sowohl die Zahlen der beweglichen Spermien als auch andere Merkmale des Samens Beachtung. Überwögen krankhafte Formen und regelwidrige Beweglichkeit und fänden sich reichlich krankhafte Beimengungen (Zellen und Schleim), sei die Samenflüssigkeit an Menge sehr gering, so erkläre er eine Zeugung für unwahrscheinlich.

Herr *Merkel-München:* Die Mitteilung *Nippes* über das Wiederdurchgängigwerden der durch doppelseitige gonorrhöische Nebenhodenentzündung ursprünglich verödeten Nebenhoden ist praktisch außerordentlich wichtig. Fachspezialisten sind nämlich erfahrungsgemäß sehr gerne bereit, bei doppelseitiger Nebenhodeninduration die *dauernde* Fortpflanzungsunfähigkeit anzunehmen und für die Erbgesundheitsgerichte und -obergerichte zu begutachten. Hier ist also Vorsicht bei der Bewertung derartiger Zeugnisse sehr wohl am Platze.

---

(Aus dem Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin der Universität Bonn.  
Direktor: Prof. Dr. *F. Pietrusky.*)

## Selbstmord nach Schädelverletzungen.

Von  
**A. Esser.**

*M. Böhme* hat 1934 eine eingehende Studie über den Selbstmord als Unfallfolge im versicherungsrechtlichen Sinne veröffentlicht, in welcher er folgendes ausführt:

Die Wissenschaft steht heute auf dem Standpunkt, daß eine mehr oder weniger große Zahl der Selbstmörder geisteskrank sei, daß es aber auch für den normalen Menschen ausreichende Gründe geben könne, die ihn in den Tod treiben (physiologischer Selbstmord). Die versicherungsrechtlichen Bestimmungen lassen sich

nur aus den verschiedenen Ansichten, welche der Selbstmord durch Medizin, Kirche und Rechtswissenschaft erfährt, erklären. Simgemäß könne es keiner Versicherung zugemutet werden, einen Schaden zu vergüten, der vom Versicherten selbst vorsätzlich und mit Überlegung verursacht worden sei. Eine Entschädigung für Selbstmord könne vielmehr nur dann gewährt werden, wenn das Suicid in ursächlichen Zusammenhang mit einem als entschädigungspflichtig anerkannten Versicherungsfall gebracht werden könne.

In der *privaten Unfallversicherung* ist der Selbstmord gemäß § 169 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag nur entschädigungsfähig, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Physiologischer Selbstmord wird seit 1931 nicht mehr entschädigt.

Nach den Bestimmungen des *Reichsversorgungsgesetzes* kann Selbstmord entschädigt werden, wenn die Tat durch eine als Folge einer DB. anzusehende krankhafte Störung der Gemütsverfassung veranlaßt ist. Es genügt die Feststellung einer einfachen Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges. Nach der Auffassung des RVGer. braucht der Selbstmord zwar nicht im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen zu sein, doch muß sich „infolge der dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse“ ein die Hemmungsvorstellungen gegen Selbsttötung zurückdrängender krankhafter Gemütszustand entwickelt haben.

In der *Kranken- und Invalidenversicherung* sind Selbstmord und Selbstmordversuch nur dann entschädigungspflichtig, wenn sie im Zustande der Geistesgestörtheit unternommen werden. Physiologischer Selbstmord scheidet also aus der Entschädigungspflicht aus.

Auch die *Reichsunfallversicherung* steht auf dem Standpunkt, daß Selbstmord nur dann mit einem Betriebsunfall ursächlich in Zusammenhang steht, wenn er in einem durch den Unfall herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit begangen worden ist. Für die Beziehung zwischen Unfall und Geistesgestörtheit gibt es drei Möglichkeiten: 1. der Unfall hat gar keinen Einfluß auf die Psychose, 2. eine latent vorhandene Anlage zur Psychose wird durch den Unfall manifest, 3. der Unfall ist die einzige und ausschließliche Ursache der Geistesstörung. (*Böhme* bespricht dann im einzelnen die verschiedenen Verletzungsarten in ihrer Bedeutung für das Zustandekommen einer Geistesgestörtheit.) Wesentlich ist, daß die Unfallversicherung vom Gutachter die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges fordert.

*Böhmes* Schrift beweist eindeutig, welche großen Anforderungen an den Gutachter bei versicherungsrechtlich wichtigen Selbstmordfällen gestellt werden, wie vielgestaltig die Bestimmungen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung sind, und wie gerade die Selbstmordfrage mit den verschiedensten Werturteilen (moralisch, rechtlich, medizinisch) verknüpft ist. Die dem Gutachter erwachsenden Schwierigkeiten sind somit außerordentlich groß und zahlreich, die Begriffe schwanken um so mehr, je tiefer man sich in das einschlägige Schrifttum einarbeitet. Einige wenige Zitate mögen dies beweisen:

*R. v. Ungern-Sternberg* (1935): „Da nur ein geistig zurechnungsfähiger Mensch sich bestimmte Zwecke setzen, absichtlich handeln kann, ist die geistige Zurechnungsfähigkeit ein unerläßliches Kriterium des Selbstmordes. Es liegt demnach *nicht* Selbstmord, sondern Selbsttötung vor, wenn feststeht, daß zur Zeit der Verübung des Selbstmordes die betreffende Person nicht zurechnungsfähig war“ (S. 3). „Was im besonderen die geistige Zurechnungsfähigkeit anbelangt, so gibt

es sicherlich zahlreiche Fälle, in denen sie zweifelhaft sein kann. Aber in der Regel wird auch die von einem Geisteskranken vollzogene Selbstentleibung als Selbstmord zu gelten haben, denn die Tat wird von ihnen fast immer in einem Zustand relativer Geistesklarheit verübt. Zurechnungsfähig ist nicht gleichbedeutend mit seelischem Gleichgewicht und normalem Geisteszustand. Ein stark unter depressiven Zuständen leidender Mensch ist sicherlich nicht normal, aber doch in der Regel soweit zurechnungsfähig, daß er sich der Folgen seiner Handlung oder Unterlassung voll bewußt ist und diese Folgen, in unserem Falle also den Tod, absichtlich anstrebt. In einem völligen ausgewogenen Gemütszustand wird sich ein Selbstmörder wohl nur in ganz vereinzelt Fällen befinden“ (S. 4).

*Weichbrodt:* „Die Frage, ob ein Selbstmord auf eine Geisteskrankheit zurückzuführen ist, gehört wohl zu den schwierigsten Fragen der Gutachtertätigkeit“ (1931). „Bei der Begutachtung von Selbstmordfällen steht man oft vor ungeheuren Schwierigkeiten, denn Angehörige und Bekannte haben oft ein sehr großes Interesse, den Anschein zu erwecken, als ob der Selbstmord in unzurechnungsfähigem Zustande begangen worden wäre, häufig aus religiösen, in den meisten Fällen aber aus versicherungstechnischen Gründen.“ Es sei ein oft gemachter Fehler, wenn sich der Gutachter nach der Verständlichkeit oder Nichtverständlichkeit des Suicids richte. Verständlichkeit oder Nichtverständlichkeit spreche weder für noch gegen Geistesstörung (1933). Nicht einmal 10% der Selbstmörder seien geisteskrank, dagegen seien die Selbstmörder auffallend häufig Psychopathen (1933).

*Eliasberg:* Die meisten Fälle, wo der Gutachter nach Aktenlage zu einem Urteil kommen müsse, blieben unklar, da die Akten unvollständig seien (1931).

*Simon:* Für den Gutachter erwachsen erhebliche Schwierigkeiten dadurch, daß die Richter eine mangelhafte Kenntnis des ganzen Selbstmordcomplexes aufzeigen und sich überdies gegen die fachärztliche Aufklärung sperren (1931).

Mit der geltenden Rechtsprechung des RVGer. befassen sich *Fehre*, *Simon* und *Dalchow*: *Fehre* stellt sich auf den Standpunkt, daß jahrelang nach dem Kriege erfolgende, auf Körperschäden bezogene Selbstmorde nur dann als ursächlich mit dem anerkannten DB.-Leiden zusammenhängend bezeichnet werden können, wenn nicht nur das Suicid als Folge des DB.-Leidenszustandes erwiesen ist, sondern auch der Zustand der Geistesstörung Folge der DB. ist (1931). *Simon* betont, daß für die Rechtsprechung in der Reichsversorgung nur die Entscheidung des RVGer. Bd. 1, Nr. 35 maßgebend sei (Grundsatz: Körperschäden, Einfluß auf den Gemütszustand, Freitod). Für die allermeisten Fälle des Nachkrieges passe diese Entscheidung nicht. Der Passus vom „krankhaften Gemütszustand“, für einen Sonderfall bei einer Person des Soldatenstandes geschaffen, gelte gar nicht mehr für die Nachkriegsfälle. Auf Grund der genannten Entscheidung könne selbst der leichteste Körperschaden als Selbstmordursache aufgefaßt werden, denn jeder Körperschaden bringe naturgemäß eine gewisse Belästigung mit sich (1931). *Dalchow* kommt praktisch zu einem ähnlichen Ergebnis (1932).

Auch mit der Frage des angeblichen und tatsächlichen Selbstmordmotivs haben sich zahlreiche Autoren beschäftigt. So hat besonders *Simon* eine ganze Reihe von angeblich entschädigungspflichtigen Selbstmordfällen des Versorgungswesens veröffentlicht, wobei er besonderen Wert auf die eingehende Analyse der Persönlichkeit des Täters gelegt hat und ganz andersartige Ursachen des Suicids nachwies, als behauptet worden waren (z. B. Alkoholismus, mißliche Familienverhältnisse, sexuelle Beziehungen usw.), was *Nippe* zur Veröffentlichung eines ähnlichen Falles anregte. Gerade die mangelhafte Kenntnis, die der Gutachter sehr oft über die tatsächlichen Selbstmordmotive zur Kenntnis bekommt, ist allbekannt und im Schrifttum immer wieder erwähnt. Es ist deshalb von manchen

Seiten der Versuch gemacht worden, auf dem Boden der bei Selbstmördern erhobenen pathologisch-anatomischen Befunde zu einer Erkennung des Motivs zu kommen. So hat *Bartel* (1922) den Versuch einer Motiverfassung aus körperlich-konstitutionellen Gründen unternommen, *Mosdzien* (1927) glaubt bei 192 Selbstmördern durch Vergleich der anatomischen Befunde und der polizeilichen Motivermittlungen eine Übereinstimmung in 37,5% der Fälle zu finden, um nur zwei der neueren Autoren zu erwähnen (s. auch *Nikoloff Victor*). Die meisten Forscher schätzen jedoch den Wert des angeblichen Motivs gering ein. Besonders beachtlich ist eine neuere Arbeit von *Schackwitz* (1927): Bei 263 untersuchten Suiciden ergab sich als allgemeine Ursache fast immer traurige Verstimmung, die den mannigfachen Ursachen entspringen konnte (Geisteskrankheit, seelische Abnormitäten, chronischer Alkoholismus, krankhafte körperliche Zustände). Zu dieser allgemeinen Ursache kam in den meisten Fällen noch eine nachweisbare besondere Veranlassung hinzu, die den Selbstmord gleichsam auslöste. Physiologischer Selbstmord konnte nicht nachgewiesen werden. Besondere krankhafte oder außergewöhnliche körperliche Befunde, die bei Selbstmördern häufig auftreten oder gar dem Suicid eigentümlich sind, konnte *Schackwitz* nicht finden. Auch *Fehr* spricht sich auf Grund eines reichen Obduktionsmaterials sehr vorsichtig aus.

Die vorstehend wiedergegebenen Ausführungen des Schrifttums sollen nur kurze Streiflichter auf die Zusammenhangsfragen zwischen Unfall und Selbstmord geben und keineswegs vollständig sein. Die meisten Forscher stehen mit Recht auf dem Standpunkt, daß im allgemeinen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Selbstmord abzulehnen sei. Nur für wenige Spezialfälle wird ein solcher Zusammenhang anerkannt, am häufigsten bei *Schädelunfällen*.

*Reichardt* (1931) hält den Zusammenhang für klar ersichtlich, wenn infolge einer Hirnerschütterung ein Verwirrheitszustand oder eine Stimmungsanomalie auftritt, infolge welcher Suicid begangen wird, ferner wenn infolge einer Hirnverletzung eine vorübergehende oder dauernde Geistesstörung eintritt und in dieser Selbstmord begangen wird. Auch *Weichbrodt* sagt, daß im Falle einer Psychose bei Schädeltrauma der Zusammenhang eines Selbstmords mit dem Unfall durch die ärztliche Beobachtung meist leicht klärbar ist (1931).

Dies gilt für alle die Fälle, wo das Suicid in einem sich an das Schädeltrauma schnell anschließenden typischen Verwirrheitszustand unternommen wird, ohne weiteres. Mit dem zeitlichen Abstand vom Trauma ändert sich dies aber schnell, besonders dann, wenn die Anfangerscheinungen nur gering gewesen sind. „Ungeheuer schwierig sind jene Fälle zu begutachten, die wenige Wochen nach einer Gehirnerschütterung, wenn auch leichten, Selbstmord begehen“ (*Weichbrodt* 1933). Bezüglich der Nachkriegselbstmorde im Versorgungswesen schreibt *Simon* (1926): „Ein Zusammenhang wäre denkbar, wenn eine Verletzung des Gehirns oder der Hoden stattgefunden hat, weil hierbei eine langsame Veränderung der geistigen Kräfte vorkommen kann.“ *Böhme* drückt sich über den Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Schädeltrauma zusammenfassend aus wie folgt: „Durch Schädeltraumen können sehr wohl bei psychisch intakten Menschen Geisteskrankheiten hervorgerufen werden, häufiger aber sind sie auslösendes Moment bei Prädisponierten. Die Geistesstörung kann unmittelbar im Anschluß oder später (mit Prodromalerscheinungen) auftreten. Am häufigsten sind primäre Demenz, halluzinatorische Verwirrtheit und stuporöse Zustände zum Teil mit katatonischen Symptomen. Paranoia selten. Primäre genuine Epilepsie und echte Paralyse zweifelhaft. Posttraumatische und alkoholische Psychosen sind

sich sehr ähnlich. Art, Ort und Intensität der durch das Trauma gesetzten Hirnläsionen zeigen wenig konstante Beziehungen zu den eintretenden psychischen Störungen“ (S. 35).

Einige spezielle Fälle des neueren Schrifttums, die sich mit der Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Selbstmord und Schädeltrauma befassen, mögen angeführt werden:

a) *Entschd. d. RVA. 11. V. 1927 Ia 5142/26/7 (zit. bei Rostock)*: Erster Unfall März 1905 (Meniscuszerreißung im Knie). Zweiter Unfall November 1905 (Verletzung der Brust und des Kopfes). Für diese beiden Unfälle Renten von 50 und 70%. Nach dem zweiten Unfall Epilepsie, die als traumatisch anerkannt war. Bei Nachuntersuchung 1925 Feststellung erheblicher Besserung der Folgen des ersten Unfalles, Verdacht, daß die Epilepsie zu Unrecht als Folge des zweiten Unfalles anerkannt worden war. Kurz nach einer Unterredung mit dem Stationsarzt, bei welcher der Mann sich ruhig benahm, tötet er sich auf dem Klosett durch Halschnitt. Daraufhin Annahme eines Suicids im epileptischen Dämmerzustand. Ein Gegengutachten kommt zu dem Schluß, daß mangels Verletzungen am Kopf und mangels akuter Hirnerscheinungen nach dem zweiten Unfall die Epilepsie nicht als traumatisch gelten könne. Der Selbstmord sei aus Furcht vor Verlust der langjährigen hohen Renten begangen worden. Das RVA. schließt sich diesem Gegengutachten an; der zweite Unfall könne nur ganz harmlos gewesen sein, da sich der Mann erst 10 Tage später in Behandlung begeben habe. Es könne unbedenklich festgestellt werden, daß der zweite Unfall keine Schädigung des Kopfes und des Hirns zur Folge gehabt habe. Somit seien die Epilepsie und damit der Tod nicht Unfallfolge.

b) *Entschd. d. RVA. vom 30. V. 1933 (Ärztl. Sachverst.ztg 1934, 12)*: Der Bergmann H. erlitt am 10. I. 1929 eine Kopfverletzung. Ablehnungsbescheid, da laut Krankenhaugutachten keine Folgen des Unfalls. Die geklagten Beschwerden seien nervös-konstitutionell. Während des Berufungsverfahrens erhängt er sich am 29. XI. 1929. Die Ansprüche der Frau werden vom RVA. abgelehnt, obwohl ein Gutachten einer Heil- und Pflegeanstalt, wo der Mann längere Zeit beobachtet worden war, einen Depressionszustand als Selbstmordursache und mittelbare Unfallfolge bezeichnet hatte. Sorge um die Gesundheit oder Unterhaltung der Familie oder mangelnde Stärke im Ertragen von Schmerzen genüge nach der ständigen Rechtsprechung des RVA. nicht zu Anerkennung eines Selbstmords als Unfallfolge. Auch die Ärzte der Anstalt müßten zugeben, daß keine volle Unzurechnungsfähigkeit, sondern nur eine Einengung der freien Willensbestimmung unter dem Einfluß des schon lange bestehenden, ziemlich tiefen depressiven Affekts bestanden haben dürfte. Worauf die Depression zurückzuführen sei, ließe sich natürlich, wie so oft bei Selbstmorden, nicht angeben, das rechtfertige aber nicht die Annahme, daß ein Unfall hierfür die Ursache gewesen sei.

Den Sinn solcher Veröffentlichungen in medizinischen Zeitschriften vermag ich nicht ganz einzusehen. Mit ihren allgemein und kursorisch gehaltenen Angaben und dem völligen Mangel anatomischer Kontrollen vermögen sie medizinisch-wissenschaftlich nichts zu bieten. Man muß sie als Gutachter und Wissenschaftler hinnehmen wie ein Dogma. Sie wirken teilweise verwirrend, teilweise direkt verblüffend. Letzteres besonders, wenn man den Fall b) mit einer Veröffentlichung von *Brandis* (1926) vergleicht:

Verlust zweier Glieder des rechten Zeigefingers durch Unfall. Eiterung mit Versteifung der rechten Hand. 3 Monate nach dem Unfall Selbstmord durch

Erhängen. Mehrere Gutachter kommen zu dem Schluß, daß Depression mit Lebensüberdruß Folge der Verstümmelung gewesen sei. Der Selbstmord sei also mittelbare Unfallfolge. Das RVA. schließt sich den Gutachten an.

Die Einschätzung seelischer Depressionen nach Unfall scheint also bei ein und derselben Spruchbehörde einigermaßen willkürlich zu sein.

c) 38 jähriger Mann stürzt mit dem Pferd, verletzt sich am linken Mittelfuß, schlägt gleichzeitig mit dem Kopf auf das Pflaster. Von einer Kopfverletzung ist zunächst nicht die Rede. 3 Jahre nach dem Unfall wird sie ärztlich erstmalig erwähnt. Die nachträglichen Erhebungen ergaben jedoch, daß sich bei dem Manne 3—4 Wochen nach dem Unfall eine Wesensänderung entwickelte (Kopfschmerzen, Schwindel, große Reizbarkeit, dämmerzustandähnliche nächtliche Anfälle, Vergesslichkeit, Denkschwäche, Weitschweifigkeit, mangelhafte Merkfähigkeit), die dem Bilde der sogenannten posttraumatischen Demenz entsprach. Objektiv wurden später Silbenstolpern und intellektuelle Leistungsschwäche festgestellt. Während das Rentenverfahren noch läuft, macht der Mann 4 Jahre nach dem Unfall seinem Leben durch Erhängen ein Ende. *Ziemke* stellte sich gutachtlich auf den Standpunkt, daß dem Akteninhalt nach ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Selbstmord mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden müsse, da Selbstmorde bei posttraumatischer Demenz vorkämen und ein anderer Selbstmordgrund bei dem Manne nicht vorlag. Das RVA. schloß sich dem Gutachten an. *Böhme*, der den Fall bringt (S. 46), bemerkt hierzu: „Bei Fällen, wie dem vorliegenden, ist an dem ursächlichen Zusammenhang wohl kein Zweifel möglich. Zunächst legt die Einwirkung der Verletzung unmittelbar am Schädel den Gedanken an eine Hirnschädigung sehr nahe. Die Schwere der Verletzung ist dabei völlig gleichgültig; ein äußerlich ganz geringfügiges Trauma kann schwere zentralnervöse Störungen zur Folge haben und umgekehrt können schwerste Schädelverletzungen fast ohne psychische oder sensible und motorische Folgeerscheinungen bleiben.“

d) 57 jähriger Mann stürzt 3 m hoch herunter, schlägt mit dem Kopfe auf Zementboden, ist bewußtlos. Im Krankenhaus wird unter anderem „Gehirnerschütterung“ festgestellt. Nach 8 Wochen Krankenhausentlassung, 50% Rente. Etwa ein Jahr führt er leichte Arbeit aus, verlangt dann Vollrente. Diese wird abgelehnt, da die vorhandenen Beschwerden größtenteils auf eine schon vor dem Unfall festgestellte Schlagaderverkalkung bezogen werden müßten. Gleichzeitig wird die Unfallrente wegen Gewöhnung an die Unfallfolgen auf 15% gesetzt. Während des Berufungsverfahrens erhängt der Mann sich (2 $\frac{1}{2}$  Jahre nach dem Unfall). Der Entschädigungsanspruch der Witwe wird in allen Instanzen abgewiesen, da nach den Gutachten des Knappschaftsarztes und des letztbehandelnden Arztes Selbstmord als Unfallfolge nicht angenommen werden könne. Der Mann sei schon vor dem Unfall Arteriosklerotiker gewesen, außerdem auffällig still und verdrossen und habe in Vermögensverfall gelebt. — *Böhme* (S. 52) schreibt hierzu: „Der Verstorbene hat den Selbstmord gewiß in Geistesgestörtheit im Sinne des vorgerückten Stadiums von Schwermut begangen, aber der ursächliche Zusammenhang dieses Schwermutzustandes mit dem erlittenen Unfall kann nicht überzeugend beigebracht werden, auch nicht als einer von mehreren wesentlich mitwirkenden Umständen.“

e) *Jankau* schildert nachstehende Beobachtung: 31 jährige Frau wird durch ein Auto vom Fahrrad geschleudert, erleidet „an der linken hinteren Kopf- und der Stirnseite über und unter dem linken Auge blutende Verletzung“. 30 Minuten bewußtlos, fährt dann allein nach Hause. Brechreiz. Die Hautverletzungen heilen rasch ab. Sie wurde jedoch nach dem Unfall stiller und doch „von einer merkwürdigen Unrast“. Nach 14 Tagen wurde neurologisch lediglich eine Pupillen-

differenz (links weiter als rechts) gefunden. Psychisch fiel deutliche Verlangsamung aller intellektuellen Vorgänge auf, die Stimmung war depressiv, einzelne Suicid-äußerungen. Wenige Tage später Suicidversuch durch Leuchtgas. Späterhin mehrfache Klinikaufnahmen und ambulante Klinikbehandlung. Das psychische Verhalten ändert sich nicht sehr, die subjektiven Klagen erstrecken sich vornehmlich auf Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Die seelische Depression schwankte auf und ab. 10 Monate nach dem Unfall macht die Frau einen zweiten Suicidversuch mit Leuchtgas, der diesmal gelingt. Bis zum Unfall (an dem den Autoführer keine Schuld traf, versicherungsrechtliche Belange scheiden also aus) war die Frau psychisch ganz unauffällig, lebte in glücklicher Ehe und finanziell geordneten Verhältnissen. *Jankau* kommt nach sorgfältigem Abwägen aller sonstigen Momente zu dem Schluß, daß der Unfall „die *conditio sine qua non* für das Suicid“ war.

Die Beobachtungen c—e) sind sehr beachtlich, aber sie kranken sämtlich an einem sehr großen Mangel, der sie für wissenschaftliche Zwecke fast unbrauchbar macht. Dies ist das *Fehlen der Leichenöffnung*. Der Fehler der nicht vorgenommenen Obduktion ist sowieso bei versicherungsrechtlichen Gutachten immer wieder äußerst störend, muß sich aber bei der Beurteilung einer der schwierigsten Fragen der Gutachtertätigkeit ganz besonders verhängnisvoll bemerkbar machen. Ich werde weiter unten auf die Notwendigkeit der Obduktion gelegentlich der Besprechung der eigenen Beobachtungen noch zu sprechen kommen. An dieser Stelle möchte ich nur bemerken, daß man das positive Entscheidungsergebnis des Falles c) bei strenger Kritik auch umstoßen kann. Es kann sich in diesem Falle z. B. auch um eine demente Form der Paralyse gehandelt haben. Ebenso könnte man bei dem Mangel einer anatomischen Fundierung auch das negative Entscheidungsergebnis des Falles d) angreifen. *Fachärzte* sind offenbar gutachtlich nicht gehört worden, die Frage einer *Verschlimmerung* der bestehenden Arteriosklerose durch den Unfall (eine Möglichkeit, die vom Schrifttum heute immerhin zugegeben wird) ist scheinbar nicht in Betracht gezogen worden. Die Obduktion hätte hier vieles klären können. Am einwandfreiesten scheint mir noch der Fall *Jankaus* zu sein, aber auch bei ihm kann die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens einer echten endogenen Depression mit dem Unfallereignis nicht ganz abgestritten werden. Leichenöffnung war somit auch hier zur weiteren Klärung dringend erforderlich.

Ich lasse noch zwei Beispiele folgen, bei denen die Sektion zur Klärung der Sachlage mit Erfolg herangezogen wurde (Beispiele dieser Art sind leider sehr selten):

f) *Ewald*: 21-jähriger Mann erleidet durch Berührung einer Hochspannungsleitung eine handtellergroße Kopfschwartenverbrennung über dem rechten Scheitelbein und am linken Daumen. Der Daumen wird nekrotisch und nach 4 Wochen abgetragen, ein umfangreiches nekrotisches Stück des Schädeldachs wird nach 6 Monaten entfernt. Es bleibt ein Schädeldefekt von 7,5:6 cm bestehen. Nach fast einjähriger Krankenhausbehandlung wird er entlassen. Es besteht noch Schwindel beim Laufen und Bücken, häufiger Kopfschmerz, Müdigkeit. Im spä-

teren Verlauf treten epileptiforme Anfälle auf, mit deren allmählichem Stärkerwerden ein geistiger Verfall, es kommt zu Dämmer- und Erregungszuständen, Alkoholexcessen, Fortlaufen. Suicid durch Leuchtgas 7½ Jahre nach dem Unfall. Bei der Sektion wird außer einer Bronchopneumonie am Schädelinhalt folgendes gefunden: „Im Bereiche des Knochendefekts war die harte Hirnhaut abgeflacht und flächenhaft hirnwärts eingedrückt. Hier bestanden geringgradige narbige Verwachsungen zwischen harter und weicher Hirnhaut. Das Gehirn war in dem örtlichen Bezirk eingedellt, bot aber darüber hinaus bei der Zerlegung im angehärteten Zustand keinen erkennbaren krankhaften Befund.“ (Über histologische Befunde wird leider nichts gesagt.)

g) *Gottschick*: 50jähriger Mann zieht sich durch Sturz aus 6 m Höhe einen Schädelbasisbruch und eine „schwere Gehirnerschütterung“ zu. Lange Bewußtlosigkeit, noch nach 3 Wochen stark benommen. Bei der Krankenhausentlassung (2 Monate nach dem Unfall) starke Herabsetzung des Gedächtnis-, Merk- und Kombinationsvermögens. Außerdem war der früher zielbewußte, heitere Mann zurückhaltend, wortkarg, energielos, hatte selbst die einfachsten Kenntnisse seines Handwerks verloren. Parese des rechten Armes. Der Zustand verschlechterte sich zunehmend, der Mann litt viel unter Kopfschmerzen, wurde schwermütig. Zwei Jahre nach dem Unfall Suicid durch Erhängen. Sektion: Reste eines Schädelbasisbruchs in Gestalt feiner Knochenspalten im rechten Augenhöhlerdach. Außerordentlich starke und ausgebreitete Knochenneubildung an der Innenfläche des Schädeldachs und an verschiedenen Teilen des Schädelgrundes. Fünfmärkstückgroße alte Hirnrindenquetschung an der Unterfläche des rechten Stirnlappens mit Verwachsung an der harten Hirnhaut, pflaumengroßer alter Quetscherd in dem linken Zentralknoten. (Histologische Befunde fehlen auch hier.)

Eingehend (also mit ausführlichem Sektionsergebnis und mit histologischen Befunden) beschriebene weitere Fälle habe ich im Schrifttum der letzten 15 Jahre nicht finden können. Es muß jedoch bedacht werden, daß ein großer Teil der einschlägigen Beobachtungen nicht im wissenschaftlichen Schrifttum erscheint, sondern sehr oft nur gutachtlich erörtert wird und damit nicht zur allgemeinen Kenntnis kommt. Infolgedessen möchte ich mit der öfters geäußerten Ansicht, daß Selbstmord nach Kopfunfällen eine Seltenheit sei (z. B. *Hübner*, *Mendel*, *Zygowski*, *Jankau*) immerhin vorsichtig sein. Wir wissen über die tatsächlichen Verhältnisse nichts Sicheres. Insbesondere fehlen veröffentlichte begründete Statistiken ganz.

Es erschien mir deshalb nicht unbegründet, eine Reihe eigene Beobachtungen, wo ein Suicid als Folge einer Kopfverletzung behauptet wurde, zusammenzustellen, besonders, da sich aus der Eigenart der verschiedenen Fälle eine Reihe von allgemeinen Forderungen ableiten lassen, die meiner Ansicht nach unbedingt erfüllt werden müssen, in den meisten Fällen aber nicht erfüllt werden, Forderungen, von denen die Wertigkeit der Gutachten in dieser schwierigsten Frage, die uns vom Juristen zur Beantwortung vorgelegt werden kann, weitgehend abhängig ist.

### I. Private Unfallversicherung.

*Eigene Beobachtung 1*: Der 51jährige Mann erleidet am 6. VI. 1929 einen schweren Autounfall, bei dem er über die ganze Straßenbreite gegen einen Baum

geschleudert wird. Schädelbasisbruch, äußerst schwere „Hirnerschütterung“, mehrere bis auf den Schädelknochen reichende verschmutzte Wunden in Scheitelhöhe. Zahlreiche Quetschungen am ganzen Körper, Bruch des linken Oberarms. Tiefe Bewußtlosigkeit, die erst nach 10 Tagen wieder ganz behoben ist. Sternfraktur im Bereiche des rechten Scheitelbeins. Krankenhausentlassung am 19. IX. 1929: Reflexe gesteigert, Sprache erschwert (beim Unfall schwere Zungenverletzung), Gesichtsnerven intakt, Sensibilität normal, Augenhintergrund o. B. Der Mann ermüdet noch leicht. Sanatorium bis 4. XII. 1929. Bei der Entlassung noch gedrückt, in der Formulierung der Gedanken gehemmt, Sprache leicht verwaschen. Leichte Ermüdbarkeit, unsicherer Gang. Weitere Erholung an der Riviera. — Wiederaufnahme der Arbeit (als Generaldirektor eines großen Werkes) Mitte April 1930. Von den Erscheinungen bestand damals nur noch eine leichte Ermüdbarkeit bei geistiger Arbeit und ein etwas unsicherer Gang, der Zustand hatte sich also wesentlich gebessert. Die Arbeitsfähigkeit wird laut nervenärztlichem Urteil damals auf 50% geschätzt, die Rückkehr der vollen Arbeitsfähigkeit sei unbedingt zu erwarten. Der Mann konnte seine gewohnte Tätigkeit zunächst aufrechterhalten, wenn auch mit Aufbietung seiner ganzen Willenskraft. Von Dezember 1930 an stellten sich dann erneute Beschwerden ein. Im Wesen war er stark verändert, sehr auf seine Gesundheit bedacht, zurückhaltend, vermied Verkehr mit Fremden, fast ängstlich, wenn er an Sitzungen teilnehmen mußte, wesentliches Nachlassen der früher sehr schnellen Auffassungsgabe. Die Merkfähigkeit versagte nur zeitweise. Er beschränkte sich auf Büroarbeit, Betriebsumgänge und dienstliche Reisen wurden vermieden. Die Entschlußfähigkeit ließ nach. Sämtliche Störungen waren zeitweise nur gering, zeitweise stärker vorhanden. Im ganzen starke Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit, Minderwertigkeitsgefühle dieserhalb. In diese Phase fällt die Stilllegung größerer, dem Manne unterstellter Betriebe (wirtschaftliche Schwierigkeiten der betreffenden Industrie), die damit verbundenen monatelangen Besprechungen, Verhandlungen und Maßnahmen (das Schicksal von 7000 Menschen, darunter langjährigen Arbeitern und Beamten hing von dem Ausgang ab) wirkten sehr ungünstig auf die Stimmungslage des Mannes. Von Dezember 1930 traten zu den übrigen Beschwerden noch wechselnde Durchfälle und Verstopfung mit Rückenschmerzen, quälender, die Nachtruhe störender Stuhl drang. Ärztlich wurde spastische Colitis als Unfallfolge angenommen. Sanatoriumsaufenthalt vom 23. II. bis 5. V. 1931. Neurologisch: Linke Pupille etwas enger als die rechte, Zunge weicht wenig nach links. Gelegentlich Reste einer Aphasie. Untere und mittlere Bauchdeckenreflexe fehlen. Sehnenreflexe lebhaft. Beim Finger-Nasenversuch rechts Andeutung von Ataxie, links Andeutung von Adiadochokinese. Psychisch: Ängstlich und unsicher, auf jede Darmstörung reagierte er nicht nur körperlich, sondern war auch psychisch dadurch sehr bedrückt. Die geistige Spannkraft erwies sich als sehr abhängig vom körperlichen Befinden. In geistiger Beziehung bekam man damals von ihm das Bild einer willensstarken und bedeutenden Persönlichkeit, die über der Situation steht und keine Neigung zu neurotischer Verarbeitung des Unfalls erkennen läßt. Die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit wird mit 50% angesetzt, die Darmbeschwerden als Unfallfolge nicht anerkannt. Der Mann befindet sich auf dem Wege fortschreitender Besserung. Bei der Entlassung waren sämtliche Symptome wesentlich gebessert. Insbesondere hatte sich die geistige Spannkraft wesentlich gehoben. Arbeitsunfähigkeit 25%. Er nahm die Arbeit wieder auf, hatte bei einer Hauptverhandlung am 21. XI. 1931 einen „Schwäche“-Anfall, zitterte am ganzen Körper, schwitzte, hatte offenbar Angstgefühle. Der Zustand hatte sich im Herbst wieder deutlich verschlechtert. Am 25. I. 1932 brachte der Mann sich 2 Schüsse in die Lunge bei, denen er erlag. — Bei der durch Prof. *Pietrusky* und Dr. *Crome* vorgenommenen

Obduktion [s. meine Arbeit im Arch. orthop. Chir. 33 (1933), wo ich in anderem Zusammenhang eingehend die Anatomie des Falles besprochen habe] wurden an den *stark faulen* Organen unter anderem multiple (histologisch bestätigte) Dünndarmhäangiome gefunden. Alte Kopfschwartennarben vorn in der Mittellinie des Schädels und über dem linken Scheitel-Hinterhaupt. Knochenverletzungen nicht mehr nachweislich. Frische zarte Pachymeningitis haemorrhagica im Bereiche der linken Konvexität. Geringe Meningealverdickungen (umschrieben, pfennigstückgroß) am rechten Frontalpol und am linken Temporalpol. Größere Verletzungsspuren des Hirns im übrigen nicht nachweisbar. Histologische Befunde konnten an dem Schaumgehirn bezüglich feinerer Veränderungen nicht mehr vorgenommen werden.

*Gutachtlich* hat Prof. *Pietrusky* sich in der Frage eines etwaigen Zusammenhangs des Selbstmords mit dem Unfall auf folgenden Standpunkt gestellt: Der Unfall war ein sehr schwerer, der Mann war zur Zeit seines Todes noch nicht wieder gesund, sondern hatte noch Erscheinungen, die auf den Unfall ursächlich bezogen werden müssen. Auf der anderen Seite ist aber folgendes zu erwägen: Die dienstliche Tätigkeit, die der Mann in seiner letzten Lebenszeit ausführen mußte, war die denkbar schwierigste. Er sah sich überdies gezwungen, das von ihm geschaffene Industrierwerk, seine Lebensarbeit, einzustellen und mußte Tausende von Arbeitern und jahrelangen Mitarbeitern auf die Straße setzen. Zudem bestand die Gefahr, daß er selbst nach Einstellung des Betriebes überflüssig wurde und entlassen wurde. Zudem fühlte er sich darmkrank und litt unter diesem Gedanken auch seelisch (daß er tatsächlich darmkrank war, diese Erkrankung aber nicht Unfallfolge sein konnte, bewies der Obduktionsbefund). Wenn somit auch auf Grund des Gesamtkomplexes gesagt werden muß, daß die Tatsache der verminderten Arbeitsfähigkeit als Folge des Unfalls bei dem Entschluß, aus dem Leben zu gehen, sicherlich mitgesprochen hat, so läßt sich auf der anderen Seite doch nicht wahrscheinlich machen, daß der Selbstmord Unfallfolge war.

*Epikrise*; Ein anderes Schlußurteil war für den ärztlichen Gutachter kaum möglich. Auch die private Unfallversicherung verlangt vom Arzte den Nachweis, daß ein Selbstmord nach Unfall im Zustande der unfallbedingten geistigen Unzurechnungsfähigkeit ausgeführt worden ist, und zwar muß die „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“ dieses Zusammenhangs bestehen. Diese an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit läßt sich jedoch auf Grund der festgestellten übrigen Momente, die den Mann seelisch sehr belasteten, nicht beweisen. — Die Versicherung lehnte den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Selbstmord ab.

Die Beobachtung befriedigt in keiner Weise. In meiner genannten Arbeit habe ich (S. 93) schon zum Ausdruck gebracht, daß alles, was zu Lebzeiten des Mannes über ihn bekannt wurde, für eine hypochondrisch-neurotische Auswertung des Unfalls spricht. Trotzdem konnten an Schädel und Gehirn noch eindeutige Reste der überstandenen Verletzungen gefunden werden. Aber die Verletzungen bzw. die Reste derselben waren am Gehirn im Hinblick auf die anfängliche Schwere des Unfalls sehr dürftig. *Größere* Defekte ließen sich sowohl an der Hirnrinde wie auch im Inneren des Hirns mit Sicherheit trotz des vorgeschrittenen Fäulniszustandes ausschließen. Dagegen verbot der Fäulnis-

zustand die histologische Feststellung feiner, kleiner (evtl. multipel vorhandener) Hirndefekte traumatischer Art, so daß hierüber ein schlüssiges Urteil nicht mehr möglich war. Ich habe den starken Verdacht, daß sich bei dem Manne als Unfallfolge doch das Bild der sog. traumatischen Hirnschwäche ausgebildet hat, mit anderen Worten daß ein wesentlicher Teil seines psychischen Gesamtzustandes als *organische* Unfallfolge anzusprechen war. Ist diese Ansicht richtig, so würde die Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Tod doch vielleicht anders bewertet werden müssen. Da jedoch *die Leichenöffnung viel zu spät in die Wege geleitet worden war*, entfiel die Möglichkeit, diesen Verdacht durch eine sehr eingehende histologische Untersuchung des ganzen Hirns zu stützen.

## II. Unfallversicherung.

*Eigene Beobachtung 2:* Dem 55jährigen Mann fällt, als er in nach vorn gebückter Stellung dasteht, ein etwa 12 Pfund schweres Strohbündel vom Scheunenboden auf den Kopf. Er fiel sofort um, war benommen, jedoch nicht völlig bewußtlos, stammelte. Der sofort zugezogene Arzt stellte fest: Bewußtseinstäubung, lallende Sprache, teilweise Lähmung der Schluckmuskulatur, unvollständige Bewegungsmöglichkeit des Unterkiefers, Herabsetzung der Pulszahl, teilweise Bewegungsbeschränkung des rechten Arms, Taubgefühl in den rechten Fingern. Zunge wird nach rechts vorgestreckt, Pupillen ungestört, keine Blutung aus Nase, Ohren, Mund. Die Benommenheit schwindet nach einer Stunde, sämtliche Beschwerden bessern sich schnell nach einem Aderlaß. Der Unfall passierte am 28. VIII. 1933. Noch bis zum 6. X. 1933 berichtet der behandelnde Arzt über Ohnmachten, die alle paar Tage eintreten, bezieht dieselben aber auf eine vorhandene „Herzmuskelschwäche“. Bei einem Vernehmungstermin am 16. X. 1933 wird der Mann so aufgeregt, daß seine Vernehmung abgebrochen werden muß. Am 21. XI. 1933 teilt der behandelnde Arzt mit, daß der Zustand sich nicht gebessert habe. Der Mann erscheine „sehr träumerisch“, es beständen unregelmäßiger Schwindel und Kopfschmerzen, starke Aufregtheit, Gähnen, Zittern am ganzen Körper. Bei einer Begutachtung (namhafter Internist und Nervenarzt) am 24. XI. 1933 wird festgestellt, daß röntgenologisch Bruch des 6. Halswirbels als Unfallfolge erwiesen werden könne, es habe sich also nicht um einen Schädelbruch gehandelt. Der 10. Hirnnerv sei geschädigt. Als Unfallreste erschwertes Schluckvermögen, klangarme, leicht näselnde Sprache, Schwäche der rechten Arm- und Beinmuskulatur mit Reflexstörungen. Unabhängig von diesen Unfallfolgen beständen vorgeschrittene Alters- und Abnutzungserscheinungen. Augen- und ohrenärztlich konnte kein krankhafter Befund erhoben werden. Die entschädigungspflichtige Minderung der Erwerbsfähigkeit betrage 50%. Spätere Berichte des behandelnden Arztes vom Dezember 1933 sprechen davon, daß der Mann seit dem 25. XI. viel zu Bett liege. Er wandere — besonders nachts — unruhig im Zimmer auf und ab, ziehe sich von den Leuten zurück, grübele ständig über etwaige luische Infektion nach. Gefühls- und Willenleben seien stark herabgesetzt. Es bestehe Gefahr der Verschlimmerung, da eine Tante des Mannes im Alter von 60—65 Jahren an „sekundärer Verrücktheit“ gestorben sei. Zunehmend entwickelte sich der Gedanke an Geschlechtskrankheit; der Mann glaubte schließlich, man wolle seine Kinder wegen Geschlechtskrankheit in eine Anstalt bringen. Im Februar 1934 war der Zustand so geworden, daß ihn eine traurige Verstimmung überhaupt nicht mehr

verließ. Er glaubte, ein verstorbenes Kind sei wieder im Hause. Fortwährende Klagen über Gefühl der Schwere in den Gliedern und Hinterkopfschmerzen. Keinerlei Arbeitsleistung, meistens stumpfes Dazitzen. Gelegentlich allerdings stand er plötzlich auf und verschwand heimlich. Der Arzt hält den Zustand für eine Unfallfolge (Gelegenheitsursache bei erblich Disponiertem) und weist auf die Möglichkeit eines Selbstmords hin. Auf Grund der Aktenlage äußert sich der genannte Gutachter im März 1934 dahin, daß es sich offenbar um ein manisch-depressives Irresein handle. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei schon deshalb abzulehnen, weil die Krankheit erst Wochen später, und zwar mit voller Stärke aufgetreten sei. Unterbringung in einer Anstalt sei wegen der Selbstmordgefahr erforderlich, doch habe die BG. mangels ursächlichem Zusammenhang des Leidens mit dem Unfall hierzu keinerlei Verpflichtung.

Am 8. IV. 1934 erhängt sich der Mann. Die Frau wird vernommen und macht nachstehende Angaben: Vor dem Unfall sei ihr Mann fleißig, lebenslustig, redselig gewesen. Nachdem er zur Begutachtung im November 1933 fortgewesen sei, sei ihr seine Wesensänderung erst aufgefallen. Der Mann sei grüblerisch geworden, sei von dem Thema der Geschlechtskrankheit nicht mehr abgekommen, im übrigen aber habe man sich mit ihm über alle Begebenheiten wie früher unterhalten können. Auch am Todestage habe er sich nicht anders verhalten. Am Abend habe er gesagt, er wolle zu Bett gehen, kurz darauf habe man ihn erhängt gefunden. Er habe sich noch halb entkleidet gehabt, die Kleider ordnungsmäßig über den Stuhl gelegt, das Bett aufgeschlagen. Der behandelnde Arzt hält den Selbstmord für eine Unfallfolge. Die Frau lehnt die Leichenöffnung ab. Der genannte Gutachter wird nochmals gehört. Er lehnt den Unfall als Selbstmordursache ab. Das Suicid beweise die Annahme eines manisch-depressiven Irreseins. Diese Krankheit sei die Todesursache und nicht der Unfall.

Im Berufungsverfahren wurde ich zur *gutachtlichen Stellungnahme* aufgefordert. Ich habe mich folgendermaßen geäußert: Der Unfall ist ein schwerer gewesen (sofortige, ziemlich alarmierende zentral-nervöse Erscheinungen). Er hat, röntgenologisch nachweisbar, zu einem Bruch des 6. Halswirbels Veranlassung gegeben. Damit ist erwiesen, daß die zu Lebzeiten gefundenen objektiv-neurologischen Erscheinungen auf eine Halsmarkschädigung bezogen werden müssen. Dafür, daß außerdem noch umgrenzte Quetschherde der Großhirnrinde bei dem Unfall gesetzt worden sind bzw. eine sonstige erheblichere Schädigung des Gehirns, ist nach den klinischen Daten kein Beweis zu erbringen. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß eine breite, erhebliche Gewalt nicht nur den Nacken, sondern auch den Hinterkopf betroffen hat, so daß die Möglichkeit von Quetschherden an den Gegenstoßstellen (Unterfläche der Stirn-Schläfenlappen, also „stumme“ Regionen) besteht. Es kann natürlich auch nur zu einer einfachen sog. Hirn-„Erschütterung“ gekommen sein. Letztere Annahme ist bei der Schwere des Unfalles mindestens wahrscheinlich. Schwierig ist ferner die Deutung der bei dem Manne nach dem Unfall festgestellten psychischen Abwegigkeiten. Über die Art der bei seiner Tante festgestellten „sekundären Verrücktheit“ ist in den Akten nichts enthalten. Über die wirkliche diagnostische Einreihung der bei dem Manne selbst beobachteten Symptome wird sich niemals Klarheit schaffen lassen, da der Mann zu Lebzeiten niemals mehr untersucht worden ist, wenigstens nicht von einem Fachpsychiater. Die Berichte des behandelnden Arztes genügen keineswegs, um aus ihnen eine sichere Diagnose abzuleiten. Die Annahme des Vorgutachters, daß ein manisch-depressives Irresein vorgelegen hat, ist zwar durch manche der klinischen Erscheinungen gestützt, aber nicht beweisbar. Es kann sich bei dem geschilderten Bild andererseits sehr wohl um eine beginnende arteriosklerotische Geistesstörung gehandelt haben. Dies um so mehr, als bei der Begutachtung u. a.

„vorgeschrittene allgemeine Alters- und Abnutzungserscheinungen“ festgestellt wurden. Es wäre auf jeden Fall besser gewesen, wenn die BG., die durch die Berichte des behandelnden Arztes lange genug auf die bestehenden Seelstörungen und überdies noch auf die Möglichkeit eines Selbstmordes hingewiesen wurde, eine fachärztliche Untersuchung des Mannes veranlaßt hätte. Es kann nun als höchstwahrscheinlich bezeichnet werden, daß der Mann das Suicid im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen hat, es fragt sich nur, ob diese Unzurechnungsfähigkeit auf den Unfall bezogen werden muß. Stellt man sich wie der Vorgutachter auf den Standpunkt des manisch-depressiven Irreseins, so ist die Frage zu verneinen, da der zeitliche Zusammenhang (6 Wochen) zwischen dem Unfall und den ersten klinisch gesicherten seelischen Abwegigkeiten zu groß ist, um diese Geisteskrankheit auf den Unfall zu beziehen. Die maßgebenden Autoren erkennen einen solchen Zusammenhang nur an, wenn zwischen dem manisch-depressiven Schub und dem Unfall „zumindest ein ganz enger zeitlicher Zusammenhang“ besteht. Etwas anders liegt der Fall aber, wenn man die seelischen Störungen als Ausdruck einer arteriosklerotischen Geistesstörung auffaßt. Das moderne Schrifttum steht auf dem Standpunkt, daß ein Unfall eine Sklerose des Hirns zwar nicht erzeugen kann, aber doch immerhin eine bestehende wesentlich verschlimmern kann. Die auch für die letztere Annahme gestellte Forderung, daß der Unfall „sehr schwer“ gewesen sein muß, dürfte für den vorliegenden Fall zutreffen. Im ganzen betrachtet, läßt sich also ärztlich ein sicheres Urteil über den Fall nicht gewinnen. Die vorhandenen Unterlagen reichen nicht aus. Der Zusammenhang zwischen Unfall und Selbstmord kann weder als sicher noch als ausreichend wahrscheinlich, sondern nur als möglich bezeichnet werden.

*Epikrise:* Typischer Fall eines Aktengutachtens! Seitens der BG. ist zu Lebzeiten des Mannes vieles geschehen, um eine Klärung der Sachlage zu erreichen, sie hat auch nach dem Selbstmord auf Leichenöffnung gedrungen. Diese konnte aber nicht stattfinden, da die Frau von ihrem Verweigerungsrecht Gebrauch machte. Dieser, nach der augenblicklichen Rechtslage unvermeidliche Fehler ist um so verhängnisvoller, als ich auf Grund der uns bekannt gewordenen Einzelheiten der Sachlage behaupten möchte, daß die Obduktion die gestellte Frage weitgehend hätte klären lassen. Bedeutend schlimmer aber ist, daß der psychische Zustand des Mannes zu Lebzeiten lediglich auf dem Boden von Berichten des praktischen Arztes begutachtet worden ist, was ich nicht gutheißen kann. Unvermeidbare, aber auch vermeidbare Fehler haben so zusammen gewirkt, daß für den Nachgutachter eine wirkliche Klärung der Sachlage unmöglich wurde.

*Eigene Beobachtung 3:* Der 52jährige Mann gerät am 2. XI. 1933 beim Ankuppeln zweier Wagen einer kleinen Transportbahn mit dem Kopf zwischen die Wagen. Er trägt kleine Schürfwunden an der linken Schläfe und am linken Ohr davon. Er geht sofort zu dem Lokomotivführer, fragt diesen, ob er am Kopf blute (der Zeuge sah wenig Blut am linken Ohr) und geht dann neben dem langsam abfahrenden Zug her, wobei er etwas taumelte und über Kopfschmerzen klagte. Er wurde aber nicht bewußtlos, auch nicht benommen im erkennbaren Grad, hatte kein Erbrechen, ging zu Fuß aus dem Betrieb fort. Am nächsten Tage geht er in die Verbandstube seines Betriebes, dort verneinte er die Frage nach Kopfschmerzen, Bewußtlosigkeit oder Benommenheit. Der Heildiener schickte ihn wegen der starken Schwellung der linken Ohrmuschel in das zuständige Knapp-

schaftskrankenhaus, wo man ein Othämatom feststellte, welches punktiert wurde. Nach 3 Tagen Verbandwechsel. Im psychischen Verhalten war den Ärzten nichts aufgefallen. In den dem Unfall folgenden Tagen wird das Verhalten des Mannes von den verschiedenen Zeugen sehr unterschiedlich angegeben: während einzelne Zeugen keine psychischen Abwegigkeiten beobachtet haben, sagen andere aus, daß der Mann in einem traurigen Verstimmungszustand gewesen sei, dessen Gründe sie nicht angeben können. Auch habe er über Hinterkopfschmerzen geklagt. Am 12. XI. 1933 erhängt sich der Mann in einem neben seinem Hause befindlichen Stall. Er war an dem betreffenden Tage zur Volksabstimmung gegangen, hatte sich auch sonst nicht besonders auffällig gezeigt. Bei der polizeilichen Aufklärung des Selbstmords wird den Beamten von einem Sohne des Toten gesagt, daß dieser ihm beim Fortgehen am Todestage den Auftrag gegeben habe, der Mutter mitzuteilen, er komme nicht wieder. Er habe den Strick in der Tasche. — Die *Leichenöffnung* wird von zwei Amtsärzten vorgenommen: Strangfurche bei typischem Erhängen. Organe der Brust- und Bauchhöhle ohne erwähnenswerten Befund. An der linken Ohrmuschel im oberen Teile die Reste eines Othämatoms mit einer kleinen fetzigen Wunde. An der Kopfschwartinnenfläche nirgends Blutungsreste. Schädelknochen völlig unverletzt. Harte und weiche Hirnhaut sowie das ganze Gehirn (speziell die beiden Schläfen- und Scheitellappen) haben der Beschreibung nach nirgends die geringsten Blutungen oder Gewebszertrümmerungen erkennen lassen. Ebenso fand sich nirgends eine Meningealblutung, eine epi- oder subdurale Blutung. Weiche Hirnhäute und Hirn waren stark hyperämisch. In einem Gutachten betonen die beiden Obduzenten, daß zwar erkennbare Unfallfolgen am Hirn nicht vorlägen (die Hyperämie sei durch das Erhängen bedingt), daß aber die von mehreren Zeugen bekundete traurige Verstimmung seit dem Unfall eine Komotionspsychose beweise. Infolgedessen sei der Selbstmord, der auf dem Boden der postkomotionellen Verstimmung erwachsen sei, eine Unfallfolge. — Die BG. übergibt die Angelegenheit einem namhaften Nachgutachter. Dieser veranlaßt zunächst weitere Zeugenerhebungen: der Tote war nach allgemeinem Urteil ein ruhiger solider Mann in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen, freundlich, humorvoll, fast weich. Auch seine Söhne werden günstig beurteilt, weniger günstig Frau und Tochter. Es sei öfter zu Familienstreitigkeiten gekommen, über die sich aber nichts Näheres feststellen ließ. Auffällig war aber, daß der Mann viel bei einem verheirateten Sohn und bei Bekannten verkehrte, die aber ihrerseits sein Haus nicht betreten. Bezüglich des Verstimmungszustandes nach dem Unfall widersprachen sich die Zeugenaussagen wieder sehr. Der genannte Gutachter zieht noch einen Fachpsychiater als Mitbegutachter hinzu. Beide Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß die Annahme einer Komotionspsychose sich auf keine Weise genügend stützen lasse. Wenn überhaupt eine Hirnerschütterung vorgelegen habe, so könne sie nur leichter Art gewesen sein. Die Komotionspsychose schließe sich aber nur an schwere Hirnerschütterungen an und sei dann durch Verwirrheitszustände, Wechsel der Bewußtlosigkeit, echte Benommenheit, exogene Verstimmungszustände ausgezeichnet. Von allen diesen Symptomen finde sich bei dem Manne jedoch nichts. Auch die ganze Art des Selbstmordes, der genau vorbereitet gewesen sei, spreche entscheidend gegen die Annahme, daß der Mann die Tat in einem plötzlich ausbrechenden organischen Verwirrheitszustand ausgeführt habe. Das einzige bekundete (von anderen Zeugen aber auch verneinte) psychopathologische Symptom sei der Verstimmungszustand, also ein Symptom, welches die verschiedensten Deutungen bezüglich seiner Entstehung zulasse und für sich allein nicht genüge, um die Diagnose einer Komotionspsychose zu begründen. Die Gutachter lehnen den Zusammenhang des Unfalls mit dem Selbstmord ab. — Die Witwe legt Berufung ein. Das OVA. forderte mich

zu einem Obergutachten auf, nachdem mittlerweile noch einmal eingehende Zeugenvernehmungen stattgefunden hatten. Diese Aussagen ergeben durchaus keine weitere Klärung. Die angeblichen Familienzwiseigkeiten werden jetzt von einer Reihe von Zeugen verneint, die auf sie hinzielende, von einem Sohne gegenüber den Polizeibeamten gemachte Äußerung des Toten vom Todestage wird jetzt als falsch zurückgezogen.

Im Gutachten habe ich mich folgendermaßen geäußert: Der Kopfunfall als solcher sei durch das Othämatom erwiesen. Dagegen seien die Folgezustände des Unfalls sowohl unmittelbar wie auch in den späteren Tagen keineswegs alarmierend gewesen, insbesondere ist ein erheblicherer psychischer Ausnahmezustand nicht erwiesen worden. Selbst wenn man von der Erkenntnis ausgeht, daß alarmierende Symptome zunächst keineswegs vorhanden sein müssen und der Unfall trotzdem ein schwerer gewesen sei, so beweise doch die Leichenöffnung, daß schwere Folgezustände am Hirn nicht vorgelegen hätten. Selbst eine Hirnerschütterung sei auf Grund des Leichenöffnungsbefundes im Zusammenhang mit den erwiesenen Folgeerscheinungen des Unfalls zu Lebzeiten sehr unwahrscheinlich. In diesem Zusammenhang habe ich wörtlich geschrieben: „Es muß, wie dies auch schon von Dr. L. betont worden ist, als ein höchst bedauerlicher Fehler bezeichnet werden, daß von den Obduzenten eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns nicht veranlaßt wurde. Sie wären meines Erachtens hierzu um so mehr verpflichtet gewesen, als sie selbst in ihrem Gutachten zur Annahme einer Kommutationspsychose auf dem Boden einer unfallbedingten Hirnerschütterung kommen.“ Es lasse sich somit weder klinisch noch anatomisch der Nachweis erbringen, daß der Unfall tatsächlich zu einer Hirnerschütterung geführt habe. Selbst wenn man sie aber unterstelle, so könne doch mit aller Bestimmtheit eine infolge der Hirnerschütterung aufgetretene geistige Störung im Sinne einer Kommutationspsychose abgelehnt werden. Damit entfalle die Möglichkeit, den Selbstmord als Unfallfolge zu bezeichnen, ganz abgesehen, daß die ganze Ausführung der Tat nicht so sei, wie man sie bei Kommutationspsychosen finde. Die Tatsache, daß noch so viele Zeugenaussagen keine eigentliche Motivierung des Selbstmords nach anderer Richtung ergeben habe, spreche nicht gegen die vorgetragene Anschauung. Jeder Kriminalbeamte und jeder Gerichtsarzt kenne genügend Fälle, wo für einen Selbstmord keinerlei faßbare Gründe erweislich seien, ein Unfall aber bestimmt nicht in Frage komme. Zusammenfassend habe ich den Unfall sowohl als unmittelbaren wie mittelbaren Selbstmordgrund nicht auffassen können. — Die beiden Obduzenten blieben in einer Stellungnahme zu meinem Gutachten (auf die ich in der Epikrise der Beobachtung noch eingehend zu sprechen komme!) auf ihrem Standpunkt bestehen, das OVA. lehnte den Zusammenhang des Selbstmords mit dem Unfall jedoch ab. — Das Rekursverfahren ist noch nicht beendet.

*Epikrise:* Es darf ohne Frage behauptet werden, daß eine verhältnismäßig einfach liegende Sachlage durch das Anfangsgutachten von zwei Obduzenten, die dem Tatbestand weder anatomisch noch psychiatrisch gewachsen gewesen sind, zu erheblichen Schwierigkeiten und gutachtlichen Auseinandersetzungen, ausgedehnten Ermittlungsverfahren und durch alles dies zu erheblichen überflüssigen Ausgaben öffentlicher Gelder Veranlassung gegeben hat. Die Einsendung des Gehirns zur fachmäßig durchgeführten eingehenden mikroskopischen Untersuchung würde zu einer — wie ich auf Grund meiner Arbeiten auf dem fraglichen Gebiet unbedenklich sagen darf — *sicheren* Entscheidung des Falles geführt haben. Beide Obduzenten haben sich in ihrer Stellungnahme zu

meinem Obergutachten allerdings dahin ausgesprochen, daß die weitere anatomische Hirnuntersuchung überflüssig gewesen sei, und der eine von ihnen hat dies wörtlich folgendermaßen begründet: „Die Obduktion hat nun tatsächlich im Falle L. nicht weiterhelfen können, weil der Selbstmord durch Erhängen erfolgt ist. Durch die Folgen des Erhängens werden nämlich im Gehirn solche Veränderungen herbeigeführt, daß es eine unnütze Geldausgabe wäre, noch mit mikroskopischen Untersuchungen nach Folgen einer Gehirnerschütterung zu fahnden. Denn festgestellte Veränderungen hätten sowohl auf eine Hirnerschütterung wie auch auf die Folgen durch das Erhängen zurückgeführt werden können. Es ist also nicht angebracht, hier von einer Versäumnis der Obduzenten zu sprechen. Es ist lediglich eine vollständig unnötige Geldausgabe gespart worden.“ Indem ich im übrigen auf die gerade in den letzten Jahren sehr umfangreiche klinische und anatomische Fachliteratur des Schädel-Hirn-Unfalls hinweise, die ich größtenteils in meinen eigenen Arbeiten zusammengestellt habe, gebe ich lediglich meine gutachtliche Erwiderung zu diesen Bemerkungen wieder: „Diese Ansicht der beiden Herren Obduzenten ist sachlich falsch. Zwischen dem Schädelunfall und dem Tode des L. liegen 11 Tage. Wären bei dem Schädelunfall irgendwelche Hirnläsionen nennenswerterer Art gesetzt worden (sie müssen unbedingt gefordert werden, können jedoch mikroskopisch klein bleiben), so wären diese Veränderungen bei dem Tode des L. 11 Tage alt gewesen. Anatomisch betrachtet heißt das aber nichts anderes, als daß diese Hirnveränderungen die deutlichsten Anzeichen eines Abbaus von lädiertem Gewebe hätten aufweisen müssen, Veränderungen, welche durch einen *akuten* Erhängungstod niemals zustande kommen können. Es gehört allerdings eine nicht unerhebliche Sachkenntnis dazu, man muß also mit anderen Worten über die sich in einem traumatisch geschädigten Gehirn in der nächsten Folgezeit abspielenden Vorgänge am Gewebe Bescheid wissen“<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ich möchte nicht unterlassen, an dieser Stelle kurz auf einige Bemerkungen persönlicher Art einzugehen, die der eine Obduzent in seiner Stellungnahme zu meinem Gutachten zum Ausdruck gebracht hat. Der Arzt schreibt unter anderem: „Solche Fälle werden natürlich von Ärzten, die an Universitätsinstituten tätig sind, infolge Fehlens praktischer Tätigkeit kaum je beobachtet“, und fährt an anderer Stelle fort: „*Allerdings darf auch niemandem unrecht geschehen dadurch, daß in Universitätsinstituten gewaltsam theoretische Konstruktionen gemacht werden, mit denen man auf der Hand liegende Zusammenhänge abstreiten will.*“ — Bemerkungen solcher Art dienen der Sache kaum. Sie fallen auf den Schreiber zurück. Ich halte sie jedoch für nicht unbedenklich. Die Gutachten kommen in die Hände des Richters, des Beamten, oft genug auch in die Hand des Verunfallten selbst, also in die Hand von Laien, die durchaus nicht immer in der Lage sind, aus den *sachlichen* Differenzen der Gutachter klare Unterscheidungsmerkmale für ihre Urteilsfindung zu gewinnen. Kommen dann noch solche — wie man wohl behaupten darf unglaublichen — Bemerkungen hinzu, die rein persönlicher Art sind und

*Eigene Beobachtung 4:* Der 33jährige Mann stürzt etwa 4 m hoch von einer Leiter. Er ist sofort bewußtlos, Aufschlagstelle der rechte Hinterkopf, aus dem linken Ohr fließt etwas Blut. „Nach kurzer Zeit“ (Bericht eines Unfallzeugen) kommt er wieder zu sich, klagt über Schmerzen im ganzen Körper, wird zum Krankenhaus gebracht. Dort hat er „sämtliche Zeichen einer Gehirnerschütterung und eines Basisbruchs“. Der rechte Gesichtsnerv war gelähmt. Bei der Entlassung (16. III. 1912) noch Neigung zu Schwindel, häufige Kopfschmerzen, Taubheit rechts. Noch geringe Facialislähmung rechts. — Bei einer Begutachtung durch die behandelnde Chirurgische Universitätsklinik am 28. I. 1913 wird eine Erwerbsfähigkeitsminderung von 20% angenommen, ein kreisärztliches Gutachten vom 25. VII. 1913 stellt Kongestionen beim Bücken mit leichtem Schwindel dabei und eine Schwäche des rechten Kniesehenreflexes fest (die linksseitige Taubheit bleibt während des ganzen Lebens unverändert). Am 23. VIII. 1914 wird die Taubheit kreisärztlich als einzige erweisliche Unfallfolge notiert. Erwerbsfähigkeitsminderung 10%. — Von Januar 1915 bis zum Ende des Krieges ist der Mann in der Etappe und in der Heimat eingezogen. — Vom Dezember 1918 an ist der Mann in seinem Beruf als Klempner bei Universitätsklinien angestellt, arbeitet dauernd und verdient den gleichen Lohn wie ein gesunder Arbeiter. Er wird in der Folgezeit noch mehrfach eingehend ärztlich untersucht: Januar 1919 macht er einen etwas gedrückten Eindruck. Allgemeine Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe. Erwerbsfähigkeitsminderung 10% (Taubheit links und „reizbare Nervenschwäche“). Keine Änderung dieses Befundes am 10. III. 1921 und 8. IV. 1924. Juli 1924 befindet er sich auf Veranlassung der Krankenkasse in einem Erholungsheim. Seine Angaben über Kopfschmerzen und Schwindel erschienen glaubhaft. — Am 20. VII. 1929 Selbstmord durch Erhängen. Die Ermittlungen ergaben, daß er fast 10 Jahre lang in den Kliniken fleißig, gewissenhaft gearbeitet hatte. Nur in den letzten 3 Jahren wurde er auffällig. Er wirkte wie „geisteskrank“, so daß sich seine Mitarbeiter allmählich von ihm zurückzogen. Besonders zu Hause hatte sein Wesen sich stark geändert. Während er früher nicht trank und fleißig für seine Familie sorgte, ergab er sich seit 2—3 Jahren vor dem Tode zunehmend dem Trunk. Er kam schließlich wöchentlich 2—3 mal schwer angetrunken nach Hause (Bier und Schnaps). Anfangs vertrug er große Mengen, erst ein Jahr vor seinem Tode fiel den Angehörigen auf, daß er schon von sehr geringen Mengen betrunken wurde. Er war im angetrunkenen Zustande sehr reizbar, schimpfte, bedrohte die Angehörigen, glaubte einmal in einem solchen Zustande Stimmen zu hören. Besonders schlimm war der Zustand in der letzten Zeit vor dem Tode. Der Mann war dauernd verstimmt, klagte auch über starke Kopfschmerzen. — Die *Leichenöffnung* wurde am 25. VII. 1929 durch Prof. *Pietrusky* vorgenommen: Typisch verlaufende Strangmarke am Halse. An den Schädelknochen, speziell der zu diesem Zweck macerierten und entkalkten Basis, keine alten Brucharben. In der Dura der mittleren rechten Schädelgrube zahlreiche stecknadelkopfgroße braune Verfärbungen. An der Unterfläche des rechten Stirn- und Schläfenlappens des Großhirns fanden sich im ganzen 9 alte typische Rindenquetschherden.

noch dazu den von der Universität stammenden Gutachter als einen Mann hinstellen wollen, der sich die denkbarste Mühe gibt, einer armen Witwe die ihr von Rechts wegen zustehende Rente gewissermaßen zu hinterziehen (man beachte den Sinn des von mir gesperrt wiedergegebenen Satzes!), so sind solche Erörterungen eines Gutachters meines Erachtens nur geeignet, das nicht gerade hohe Ansehen, welches der ärztliche Sachverständige nicht so selten beim Juristen zu beklagen hat, noch mehr zu untergraben. Ich darf allerdings hinzusetzen, daß fast immer der „Gelegenheitssachverständige“, wie *Kenyeres* treffend den nicht *wirklich* kundigen Gutachter nennt, diesen Prestigemangel verschuldet.

Sie waren zumeist klein (kaum 1 cm im Umfang), betrafen nur die oberen Rindenschichten, nur ein 2:1 cm messender größter Herd reichte am Schnitt in die obersten Markschichten hinein. *Histologisch* zeigten die Herdchen die übliche mangelhafte Vernarbung, daneben reichlich Eisen- und Fettkörnchenzellen. Die Leber zeigte eine schwere diffuse, meist grobtropfige Verfettung.

*Gutachtlich* kam Prof. *Pietrusky* zu dem Ergebnis, daß die Folgen des Unfalles vom Jahre 1912 am Hirn deutlich vorhanden seien, daß sie aber nicht besonders groß seien. Die Unfallfolgen waren schon in den ersten Jahren nach dem Unfall gering, nahmen immer mehr ab, so daß der Mann seine Arbeit mustergültig verrichtete. Etwa 2—3 Jahre vor seinem Tode beginnt er zu trinken, zeigt charakterologische Veränderungen. Schließlich erhängt er sich. Anzeichen für traumatische Epilepsie sind nie bekannt geworden. Immerhin erweckt er in den letzten Jahren auftretende Ver Stimmungszustand den Verdacht auf epileptische Äquivalente. Da jedoch auch der Alkoholmißbrauch Ver Stimmungszustände zu erzeugen imstande ist, so ist keine Sicherheit oder genügend hohe Wahrscheinlichkeit dafür zu gewinnen, daß er Unfallfolge im Sinne der Epilepsie ist. Die erhebliche Trunksucht des Mannes wird im übrigen objektiv durch die erhebliche Fettleber (bei Intaktheit der sonstigen Organe der Brust-Bauchhöhle) erwiesen. Somit dürfte die Hauptursache für den Selbstmord wohl in dem Alkoholabusus zu suchen sein. Es ist nicht möglich, mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Selbstmord und dem 17 Jahre vorher erlittenen Unfall anzunehmen.

*Epikrise:* Das Gutachten ist 1929 erstattet worden, also zu einer Zeit, als die Untersuchungen von *Spatz, Ganner* und mir an zahlreichen stumpf-traumatisch geschädigten Hirnen noch nicht vorlagen (Nichtvernarben der Quetschherde, dauerndes Vorhandensein von Abbauprodukten wie Eisen- und Fettkörnchenzellen). Neuerdings habe ich dann an zahlreichen alten Kriegsschußverletzungen des Gehirns bewiesen, daß auch bei ihnen diese mangelhafte Vernarbung und der Fortbestand von Abbauprodukten stets vorhanden ist und habe zum Ausdruck gebracht, daß das oft so auffällig frühe Versagen und Altern der erweislich organisch Hirnverletzten vielleicht auf diese anatomischen Befunde zum Teil zu beziehen sein kann (genügende Unterlagen fehlen aber noch zur *sicheren* Beurteilung dieser Frage).

Es fragt sich, ob man angesichts dieser neueren anatomischen Erkenntnisse die vorstehend geschilderte Beobachtung heute etwas anders beurteilen müßte. Die Antwort kann nur verneinend lauten.

*Eigene Beobachtung 5:* Dem 32jährigen Mann fällt am 18. V. 1935 aus einer Rutsche ein 2 kg schweres Bergestück aus 2,50 m Höhe auf die linke Scheitelseite. Er trägt eine Quetschwunde davon, ging taumelnd, aber ohne *Unterstützung* 30 m weit zur Verbandstelle und ging nach Anlegung eines Notverbandes allein nach Hause. Die Wunde war etwa 3 cm lang und blutete stark. Der Mann hat nach diesem Unfall nicht krank gefeiert, hat sich noch mehrfach beim Heilgehilfen verbinden lassen und arbeitete bis zum 1. VIII. 1935 ohne Besonderheiten weiter. Alarmierende Erscheinungen irgendwelcher Art, die für eine Hirnbeteiligung am Unfall sprächen, sind nicht beobachtet worden. Ärztliche Behandlung wurde nicht gesucht. Am 2. VIII. 1935 verschwindet er plötzlich und wird am 6. VIII. 1935 tot aus einem Fluß gezogen. Die *gerichtliche Obduktion* (Med.-Rat Dr. *Lang*) ergab:

Vorgeschriftene Fäulnis. An der rechten Schläfe eine Einschußwunde, die in die mittlere Schädelgrube führte (hier starke subdurale Blutansammlung), Schußkanal durch das (stark faule) Hirn vom rechten Schläfenlappen bis zum linken Scheitellappen, die Kugel fällt aus dem faulen Hirn heraus. Im Schußkanal lassen sich noch geronnene Blutmassen feststellen. Die Lungen waren „aufgetrieben“, schwammig, gut lufthaltig, am Schnitt saftreich. Im übrigen außer Fäulnis kein wesentlicher Befund. Die Obduzenten kommen zu dem Schluß, daß wahrscheinlich Selbstschuß vorliege und die Leiche im übrigen eine Wasserleiche (etwa 6—8 Tage alt) sei. — Sehr beachtlich sind angesichts dieses Tatsachenmaterials die *Angaben der Angehörigen*: Der BG. gegenüber geben sie am 8. VIII. an, der Mann sei am 2. VIII. fortgegangen, nachdem er seinen Bruder gebeten habe, ihn wegen starker Kopfschmerzen auf der Grube krank zu melden. Der Selbstmord sei Folge der Kopfverletzung. Die BG. zog die Polizeiakten zu. Aus ihnen ergibt sich, daß die Frau das Verschwinden ihres Mannes meldete, wobei sie als mutmaßlichen Grund des Verschwindens angab: „Familienstreitigkeiten mit der Schwiegermutter (Wohnungskündigung).“ Es stellte sich heraus, daß der Mann, der bei der Schwiegermutter wohnte, mit dieser schon öfters wegen seines kleinen Kindes in Streit geraten war und daß die Schwiegermutter ihm am Tage seines Verschwindens endgültig die Wohnung gekündigt hatte. Die Frau gibt unter anderem der Polizei ausdrücklich an: „Auch war mein Mann in letzter Zeit nicht kränklich.“ Als der Mann dann tot gefunden wurde, ändern sich die Aussagen der Angehörigen plötzlich. Sie betonen nun, daß der Mann seit seinem Unfall viel an Kopfschmerzen gelitten habe und schwermütig geworden sei. Von den Familienstreitigkeiten wird nicht mehr geredet, die ganze Angelegenheit wird eindeutig auf den Unfall bezogen. Der polizeiliche Schlußbericht schließt sich dieser letzten Angabe der Angehörigen an (!).

In einem Gutachten, zu welchem mich die BG. aufforderte, habe ich mich folgendermaßen geäußert: Aus allem, was ärztlich bekannt geworden ist, liegt im Falle R. kein Anhalt dafür vor, daß der Unfall zu einer engeren Mitbeteiligung des Gehirns Veranlassung gegeben hat. Die ganz differenten Aussagen der Angehörigen können unmöglich irgendwie bewertet werden. Die rechtliche Forderung einer unfallbedingten, mit Unzurechnungsfähigkeit verbundenen Geistesstörung als Suicidmotiv ist nicht erweisbar. Sie ist sogar im allerhöchsten Grade unwahrscheinlich. Dies ergibt sich besonders aus der Art, wie die Tat ausgeführt wurde: der Tote wird aus dem Wasser gezogen, gleichzeitig stellt sich ein Schädelsteckschuß heraus. Daß der Mann als Toter von fremder Hand in den Fluß geworfen wurde, kann als ausgeschlossen bezeichnet werden. Somit bleibt keine andere Annahme übrig, als daß er sich, am Rande des Wassers stehend, den Schuß beibrachte, d. h. es handelt sich um einen kombinierten Selbstmord. Nach allen gerichtsmedizinischen Erfahrungen kommt es dann zum kombinierten Selbstmord, wenn der Täter möglichst sicher gehen will, daß er seinen Zweck — die Selbsttötung — auch erreicht. Zu einem solchen Tathergang gehört weitgehende Überlegung. Fälle solcher Art streifen hart an den „physiologischen“ Selbstmord, also eine bei weitgehender Geistesklarheit ausgeführte Selbsttötung.

*Epikrise*: Beobachtungen der geschilderten Art dürften in der ärztlichen Begutachtung am wenigsten Schwierigkeiten machen. Sie liegen von Anfang an klar.

Zu beanstanden ist im vorliegenden Falle nur das Verhalten der Polizei. Trotzdem die anfänglichen Angaben der Angehörigen (solange diese nicht wußten, daß der Mann tot war!) ganz eindeutig lauteten und das Verschwinden des Mannes nur auf die Familienstreitigkeiten

bezogen, macht sich der Ermittlungsbeamte später die Unfallmotivierung des Selbstmordes zu eigen. Er geht dabei meines Erachtens über seine Befugnisse weit heraus und begibt sich auf ein Gebiet, von welchem er nichts versteht. Es hätte genügt, wenn er die diesbezüglichen Angaben der Angehörigen zu Protokoll nahm, sich einer eigenen Stellungnahme aber enthielt.

*Eigene Beobachtung 6:* Dem am 25. VII. 1900 geborenen Manne fällt am 10. I. 1931 bei seiner Arbeit als Bergmann unter Tage ein Stempel gegen den Kopf. Das künstliche Gebiß wird zerbrochen. Es ist niemals Klarheit darüber zu gewinnen gewesen, ob ihm der Stempel gegen das Gesicht (Angabe der Unfallanzeige) oder gegen den Hinterkopf (Angabe des Verletzten) geschlagen ist. Es soll eine Schwellung „am Scheitelbein“ bestanden haben. Der Mann hat nach dreitägiger Bettruhe bis zum 17. VI. 1931 weiter gearbeitet, will aber schon seit dem 15. I. 1931 wegen dauernder Kopfschmerzen und Schwindelgefühle bei seinem Revierarzt in Behandlung gewesen sein. Dieser weist ihn am 19. VI. 1931 dem Krankenhaus zu, wo weder klinisch noch röntgenologisch Anhaltspunkte für eine ernstliche Schädelverletzung gefunden wurden. Unfallzeugen behaupten, daß der Mann 4—5 Minuten bewußtlos gewesen sei. Das Knappschaftskrankenhaus hielt in einem Gutachten vom August 1931 eine allerdings geringfügige Gehirnerschütterung für gesichert. Der klinische Befund ergab jedoch lediglich nervöses Stigmata ohne organische Komponenten, röntgenologisch kein krankhafter Befund. Ein fachinternistisches Gutachten vom Dezember 1931 glaubt jedoch, daß es sich um Fallsucht handle und daß die Beschwerden wahrscheinlich ursächlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Grund zu dieser Annahme war die Angabe des Mannes, er habe etwa einmal wöchentlich Schwindelanfälle, nach welchem er lange und tief schlafe (einmal ununterbrochen 3 Tage und 3 Nächte lang). Der Mann wirkte bei seinen Angaben und Klagen glaubhaft. — Ein anderer Internist kommt dagegen im Januar 1932 zu der Annahme, daß eine Epilepsie zwar möglich, aber noch nicht genügend gesichert sei. Die Schlafzustände ließen sich zwanglos als Äußerung eines nervösen und körperlichen Erschöpfungszustandes deuten. Der Mann sei seiner ganzen Körperverfassung nach für die Arbeit unter Tage wenig geeignet. Objektiv hatte dieser Gutachter lediglich eine mäßige Erhöhung der Arm- und Kniesehenreflexe gefunden. Der Mann wirkte auch jetzt glaubwürdig. Auf Grund der Akten schließt sich ein nervenfachärztlicher Gutachter im Juni 1932 dem letzten Gutachten an: Unfallfolgen seien nicht erweislich, insbesondere nicht eine traumatische Fallsucht. Dagegen seien die Anfälle des Mannes ihrer Natur nach nicht aufgeklärt. Am ehesten müsse man an eine vasomotorische Neurose denken, deren Ursachen allerdings auch nicht völlig klar liegen, die man aber wohl nicht auf den Unfall beziehen könne. — Der erstgenannte Internist zieht daraufhin seine Diagnose Fallsucht zurück, Rente wird abgelehnt. — Der Mann legt Berufung ein. Ein neuer Gutachter (Nervenarzt) kommt im April 1933 zu nachstehendem Ergebnis: Sehnreflexe äußerst lebhaft, Kniescheibenreflexe auch von anormaler Stelle auslösbar. Leichteste Unsicherheit links beim Finger-Nasenversuch, konstantes, in den Ausmaßen wechselndes Abweichen nach rechts beim Gehen im Dunkeln, und leichtes, aber konstant nach rechts gerichtetes Schwanken bei Fuß-Augenschluß, Zittern der Zunge im Gewebe, feinschlägiges Zittern der geschlossenen Augenlider und der vorgestreckten Hände, idiomuskuläre Erregbarkeit vermehrt, beim Beklopfen der Adduktorenansätze klonusartige, sich erschöpfende Zuckungen der Adduktorenmuskulatur, leichte Störung der Wortfindung, eine gewisse Merkschwäche und eine Verlangsamung des psychischen Tempos. Alle diese Symptome seien im einzelnen wenig ausge-

prägt und wenig charakteristisch, doch wiesen sie in ihrer Gesamtheit auf den ersten Beginn einer organischen Nervenkrankheit hin. Bei dem negativen Ausfall der WaR. sei in erster Linie an eine typische multiple Sklerose zu denken, welche unfallbedingt sei. Erwerbsminderung 20%. — Die beiden Internisten, welche schon vorher den Mann begutachtet haben, nehmen zu diesem Gutachten ausführlich Stellung und weisen darauf hin, daß bei erneuter Untersuchung der geschilderte neurologische Befund sich nicht gefunden habe, daß aber überdies aus den genannten neurologischen Abwegigkeiten die Diagnose multiple Sklerose unmöglich sei. Selbst wenn sie vorliege, sei sie nicht als unfallbedingt zu bezeichnen. Trotzdem wird die BG. zur Zahlung einer 20proz. Dauerrente verurteilt, sie legt jedoch Rekurs ein. Im Rekursverlauf wird der ablehnende erste Rentenbescheid wiederhergestellt, der Mann wird seitens der BG. veranlaßt, die zwischenzeitig an ihn ausgezahlten Rentenbeträge ratenweise zurückzuzahlen.

Am 25. XI. 1935 erschießt sich der Mann in seiner Wohnung. Die Frau meldet den Tod des Mannes der BG. und erklärt, daß sie ihn auf die Unfallverletzung des Kopfes zurückführe. Sie erklärt aber gleichzeitig, daß sie seit dem 23. XI. nicht bei dem Manne in der Wohnung war. Nur am Todestage war sie 20 Minuten in der Wohnung, und zwar vormittags. Der Mann lebte noch. Erst am 27. XI. habe sie in ihrer elterlichen Wohnung von dem Selbstmord des Mannes Kenntnis erhalten.

Bei der *Leichenöffnung* stellte ich fest, daß eine ganz oberflächliche, knapp bis in die Unterhaut reichende kleine Stichöffnung in der Herzgegend vorlag, ferner fanden sich am linken Handgelenk in der Pulsadergegend zwei ganz oberflächliche Hauteinschnitte von etwa 3 cm Länge. An der linken Kopfseite, und zwar im vordersten unteren Anteil der linken Schläfenbeinschuppe war in der Haut eine typische Nahschußwunde mit starker Pulverschmauchung zu sehen. Der Schußkanal führte an der linken Schläfenbeinschuppe vorn unten (wie gestanztes, 0,6 cm im Durchmesser haltendes Loch im Knochen, ohne Sprünge in die Umgebung) in das Schädelinnere, drang an entsprechender Stelle in das linke Schläfenhirn und verlief von hier aus schräg von vorn unten links nach rechts hinten oben durch Stammganglien und Ventrikel zum rechten Scheitellhirn. Hier war das Geschoß ausgetreten, ohne Verletzung des Knochens in den Schußkanal zurückgeprallt und fand sich im rechten Scheitellhirn vor. Anhaltspunkte für das Bestehen einer *alten* Schädelhirnverletzung ergaben sich auch bei genauester makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung nirgendwo. Ebenso konnte das Vorhandensein einer multiplen Sklerose mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

*Epikrise:* Schon zu Lebzeiten des Mannes war durch Rekursverfahren der Rentenstreit abgeschlossen worden. Das klinische Bild war in mancher Hinsicht unklar gewesen, man hatte sogar an organische Nervenleiden wie traumatische Fallsucht und unfallbedingte multiple Sklerose gedacht. Die Leichenöffnung ergab einwandfrei, daß von irgendeiner organischen Nervenkrankheit genau so wenig die Rede sein konnte wie auch von einer Hirnverletzung durch den Unfall. Bei dem Toten handelte es sich um einen eindeutig asthenischen Typus. Der Selbstmord kann keineswegs als Unfallfolge aufgefaßt werden. Eine absolut sichere Motivierung ist nicht bekannt. Sehr eigentümlich ist jedoch, daß die Frau schon 2 Tage vor dem Tode des Mannes dessen Wohnung verlassen hatte und erst 2 Tage nach erfolgtem Tod Mitteilung hiervon erhielt.

In dieser Tatsache dürfte wohl das Motiv zur Tat hauptsächlich zu suchen sein (Familienstreit).

### III. Militärversorgung.

*Eigene Beobachtung 7:* Da der Fall schon in anderem Zusammenhang ausführlich geschildert ist (Arbeit und Gesundheit 1935, H. 26, 38), fasse ich mich kurz: Der Mann wird 1914 (25 Jahre alt) durch Infanteriegeschloß am linken Ellbogen und Unterarm verwundet, will dabei in den Graben gestürzt sein und 3 Tage später erstmalig Krampfanfälle bekommen haben. DB. wird auch für die als mutmaßlich hysterisch bezeichneten Anfälle anerkannt, die EM. wird insgesamt auf 45% geschätzt, später auf 30% erniedrigt. Es folgt ein langjähriger Rentenkampf, der sich in der üblichen Art und Weise abspielt und bis zum November 1934 hinzieht. Nach erfolglos ausgehendem Rekursverfahren erhängt sich der Mann am 27. XI. 1934 in seinem Friseurladen, der allmählich immer mehr zurückgegangen war, da die Kunden Angst hatten, sich von dem Manne, dessen Anfälle sie kannten, weiter rasieren zu lassen. — Bei der *Leichenöffnung* konnte ich an den Organen nirgendwo einen krankhaften Befund (abgesehen von den Zeichen des Erhängens) feststellen. Insbesondere fand sich an Schädel und Gehirn nicht die Spur einer alten Verletzung, auch die eingehende mikroskopische Untersuchung sämtlicher Hirnabteilungen ergab keinerlei pathologische Befunde. Nur in der Kopfschwarte über der Mitte der linken Hinterhauptschuppe fand sich eine belanglose kleine Narbe.

*Epikrise:* Daß es sich auf Grund der gesamten klinisch-anatomischen Sachlage bei dem Manne lediglich um konstitutionell bedingte seelische Abwegigkeiten gehandelt hat und daß aus diesen heraus mit größter Wahrscheinlichkeit der Selbstmord motiviert war, dürfte klar sein. Wesentlich für den Gesamtverlauf ist aber, daß im Verlauf des Rentenkampfes seitens des zuständigen Versorgungsamtes schon frühzeitig der Versuch gemacht wurde, durch Rentenkürzung auf 10% den gordischen Knoten zu durchhauen. Aber das Versorgungsgericht erkannte weiterhin auf eine Rente von 30% und damit wurde der eigentliche Rentenkampf mit seinem tragischen Ausgang erst richtig heraufbeschworen.

*Eigene Beobachtung 8:* Der am 2. III. 1890 geborene Mann verläßt am 6. III. 1915 die Truppe und treibt sich an der Ostfront 4 Monate lang in Wäldern herum, ehe er aufgegriffen werden kann. Vom 8. VII. 1915 bis 15. XII. 1916 in verschiedenen Lazaretten und Irrenanstalten (Diagnose: Katatonie), dann als g. v. Heimat entlassen. Das Zustandsbild scheint nicht ganz klar gewesen zu sein, da von einer Irrenanstalt die Diagnose „Erschöpfungszustand“ gestellt worden war. KDB. (Strapazen des Feldzuges) wird für die Schizophrenie anerkannt, EM. 25%. Im Jahre 1917 wird bei fachärztlicher Begutachtung gesagt, daß ein katatonies Zustandsbild vorliege, welches aber nicht endogen, sondern exogen durch die Kriegsstrapazen entstanden sei und die Diagnose „Erschöpfungspsychose mit katatonem Einschlag“ gestellt. Von 1918 an arbeitet der Mann auf einer Steinzeugröhrenfabrik (nur leichte Arbeiten), im Januar 1923 ist nervenärztlich keine Befundänderung zu erheben. Rente von 30% wird gewährt. Mitte 1926 besteht nach Angabe des Hausarztes „dauernder Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Druck und Benommenheit im Kopf, schlechter unruhiger Schlaf mit lebhaften

Traumbildern, Auftreten von allen möglichen Gedanken und Nachgrübeln. M. war mutlos und in den körperlichen Bewegungen langsam, hatte Angstgefühle usw., kurz ein nicht gerade deutlich ausgesprochenes, aber doch erkennbares Bild einer Psychose“. Es bleibt in der Folgezeit bei der Rente von 30%. Das Verhalten des Mannes war stets gleich. In den letzten 3 Monaten vor dem Tode soll er sehr deprimiert gewesen sein, klagte viel über Kopfschmerzen, lief im Hause herum und hielt sich den Kopf fest, schlief nur wenig. Am 13. VI. 1935 wird er in einer mit Wasser gefüllten alten Tuffsteingrube tot gefunden. — Bei der *Leichenöffnung* fand ich die typischen Zeichen des Ertrinkungstodes (ausgesprochenes Emphysema aquosum, flüssiges Blut, Petechien in Conjunctiven und Kopfschwarte, Anämie der Milz). Irgendein krankhafter Befund an den inneren Organen, speziell am Gehirn, lag nicht vor, der Schädel und die Kopfschwarte waren völlig intakt.

*Epikrise:* Daß es sich um einen konstitutionell abnorm veranlagten Menschen gehandelt hat, ergibt die gesamte Vorgeschichte eindeutig. Daß es sich bei dem ganzen klinischen Bilde mit großer Wahrscheinlichkeit von Anfang an nicht um eine echte Schizophrenie, sondern um eine eigenartig gefärbte abnorme Reaktion gehandelt haben dürfte, geht schon aus den damaligen Diagnosen hervor. Für den Selbstmord fehlt jedes greifbare Motiv (ein Rentenkampf hat nie bestanden). Selbstverständlich können die Kriegsstrapazen nicht als Ursache aufgefaßt werden, ärztlich therapeutisch war jedoch die ins Endlose fortgesetzte Zahlung einer Rente nicht richtig. Sie war nur geeignet, das Krankheitsgefühl in dem Manne dauernd zu erhalten.

*Eigene Beobachtung 9:* Der am 7. VIII. 1888 geborene Mann stand als Offizier im Felde, machte eine Artilleriegeschösspaltterverletzung des Kopfes durch, bei welcher keinerlei Anzeichen für ernstere Hirnbeteiligung bestand, war später wieder an der Front sehr tätig. Nach dem Kriege entwickelt sich bei ihm ein phasenhaft verlaufendes Bild psychotischer Störungen. Zumeist handelte es sich um Depressionszustände, in welchen der Mann sich als Krüppel vorkam und (er war im übrigen als sehr wahrheitsliebend bekannt) seinen behandelnden Ärzten gegenüber die Behauptung aufstellte, daß noch Splitter in seinem Kopfe vorhanden seien. Die Ärzte machten sich die Angaben des Mannes zu eigen (Röntgenaufnahme wurde nicht gemacht), der Versuch des Mannes, berentet zu werden, wurde jedoch von den Versorgungsbehörden stets abgewiesen. Am 26. XI. 1929 erhängte sich der Mann. Er wurde mitten in seinem Rentenkampf beerdigt, zwischen den Angehörigen und den Behörden ging ein jahrelanger Streit auf und ab. Die Witwe behauptete, daß der Mann sich lediglich wegen seiner Schädelverletzung erhängt habe. — Am 15. VI. 1935 wurde die *Exhumierung* vorgenommen (also  $4\frac{1}{2}$  Jahre nach dem Tode). Die Leiche war in allen äußeren Einzelheiten noch sehr gut erhalten. Ich konnte mühelos die Lage der Strangfurche am Halse erkennen. Es ließ sich auch noch mit Sicherheit sagen, daß an den Brust-Bauchorganen ein wesentlicher krankhafter Befund nicht vorlag. Am rechten Scheitelbein lag eine kleine, ganz oberflächliche alte Narbe der Außentafel des Knochens vor. Sonst waren sämtliche Schädelknochen intakt. Hirnhäute und Hirn waren so erhalten, daß mit Sicherheit das Bestehen einer Verletzung ausgeschlossen werden konnte. Selbst das genaueste Absuchen der Schädelweichteile und des Gehirns förderte keine intra- oder extrakraniell gelegenen Metallsplitter zutage.

*Epikrise:* Wesentlich ist, daß sich trotz der langen Verweildauer im Grabe absolut sichere Befunde erheben ließen. Daß der Selbstmord

nicht zu der Kriegsverletzung in ursächliche Beziehung zu setzen war, sondern in einer höchstwahrscheinlich endogen bedingten depressiven Phase schicksalsmäßig erfolgt war, ist selbstverständlich. Daß man Äußerungen eines sonst als wahrheitsliebend bekannten Menschen, die in einer psychotischen Phase getan werden, nicht ohne weiteres übernehmen und in Gutachten zur diagnostischen Grundlage machen darf, sollte dem Facharzt eigentlich bekannt sein. Hätte man damals sofort eine Röntgenaufnahme angefertigt, so blieb den Angehörigen und den Behörden eine jahrelange unerquickliche Auseinandersetzung erspart (und dem Staat eine Menge überflüssiger Unkosten!).

*Eigene Beobachtung 10:* Der am 22. VIII. 1895 geborene Mann wird am 8. V. 1915 durch unbekanntes Geschöß am linken Scheitelbein verwundet, Knochensplitter sind bis in eine Tiefe von 5 cm im Hirn vorhanden, erhebliches neurologisches Bild. Es bleibt ein 7:2 cm messender Knochendefekt zurück mit motorischer Aphasie, Schwäche des rechten Armes und Lähmung der rechten Hand. EM. 100%. 1918 wird für die rechte Hand (totale Beugekontraktur der Finger) einfache Verstümmelungszulage gegeben. In der Folgezeit bleibt der körperlich-neurologische Befund im ganzen unverändert, seelisch wird stets die schlechte Merkfähigkeit und eine demente Euphorie hervorgehoben. Der Mann hatte unter anderem eine monatliche Zusatzrente von 78 RM. Diese wird ihm auf Grund einer neuen Zusatzrentenordnung auf 10,50 RM. gekürzt, auf Grund eines länger sich hinziehenden Beschwerdeganges aber wieder auf 38 RM. erhöht. Der Mann erstrebte nun für die Beschwerdezeit gleichfalls eine nachträgliche Erhöhung auf 38 RM., die dann auch für drei der vergangenen Monate gewährt wurde. Eine Beschwerde auch hiergegen wird endgültig verworfen. Die Mitteilung hiervon wird dem Manne am 11. VI. 1935 auf einer Fürsorgestelle gemacht. Er geriet in einen starken Erregungszustand und wurde am 12. VI. 1935 tot aus dem Wasser gezogen. — Bei der *Leichenöffnung* stellte ich eindeutig fest, daß Tod durch Ertrinken vorlag (sicheres Emphysema aquosum usw.). Im hinteren Anteil des linken Stirnbeins und in den angrenzenden Teilen des linken Scheitelbeins lag ein 6:1,7 cm messender Defekt vor, der fest mit einer entsprechenden Kopfschwartennarbe einerseits und mit der anliegenden Dura andererseits verwachsen war. Etwa entsprechend dieser Knochenlücke fand sich an der Hirnoberfläche eine alte fetzige, bräunliche, weiche Gewebszertrümmerung, die in einem über markstückgroßen Bezirk mit dem narbigen Füllgewebe der Knochenlücke fest verwachsen war. Am Frontalschnitt reichte diese alte Trümmerzone durchschnittlich 1 cm, an manchen Stellen jedoch bis zu 2,5 cm tief ins Mark.

*Epikrise:* Zur Zeit der Leichenöffnung war mir außer dem vorangegangenen Erregungszustand des Mannes klinisch nichts bekannt. Ich habe im Hinblick auf die Schwere der alten Schädelschußverletzung im vorläufigen Gutachten des Protokolls zum Ausdruck gebracht, daß zumindest die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Suicid und Hirnverletzung gegeben sei. Die Behörden haben den Tod als DB.-Folge anerkannt. Die schwere Hirnverletzung sei Ursache der triebhaften, hemmungslosen Handlungsweise, welche den schnell gefaßten Entschluß zum Freitod sofort ausführen ließ.

*Eigene Beobachtung 11:* Der am 7. IX. 1878 geborene Mann wird am 9. VIII. 1916 durch Artilleriegeschöß am linken Scheitelbein verwundet, bei der Operation

fand sich ein kleiner Kontusionsherd der Hirnoberfläche. Erst einige Zeit später stellt sich Lähmung des rechten Armes ein und da die Kopfwunde dauernd fistelt, wird operiert, wobei sich ein walnußgroßer Hirnabsceß findet. Es bleibt ein Defekt des linken Scheitelbeins ( $5 \times 7$  cm, pulsierend), sowie eine Schwäche des rechten Armes zurück. Erwerbsminderung 50%. Der Mann findet Anstellung als Bote in einem staatlichen Amt. Erst im August 1933 bittet er um Rentenerhöhung, da sich sein Kriegsleiden verschlimmert habe. Bei einer Begutachtung im Oktober 1933 werden als Klagen starke Zunahme der Kopfschmerzen, starke Schwindelgefühle, Gedächtnisschwäche, vermehrte Lähmung des rechten Armes, krampfartige Schmerzen im rechten Bein nach längerem Gehen angegeben. Objektiv ergibt sich, daß die Armlähmung tatsächlich zugenommen hatte. Die Rente wird auf 60% erhöht. Am 2. VI. 1935 steht der Mann, der sich einige Zeit vorher Bekannten gegenüber schon mehrfach geäußert hatte, er sei zu nichts mehr zu brauchen, morgens nach ruhig verbrachter Nacht auf und begibt sich zum Klosett. Da er nicht zurückkommt, brechen die Angehörigen die Tür auf. Er sitzt zusammengesunken neben dem Klosettbecken, um den Hals ist eine ganz dünne Paketschnur fest angezogen, das freie Ende der zerrissenen Schnur fand sich an einer mit zwei kleinen Schrauben im Holzrahmen des Klosettfensters befestigten kleinen Metallöse und nicht an dem dicht daneben befindlichen sehr festen Griff des Fensters (Ergebnis der von mir vorgenommenen Tatortbesichtigung). — Bei der *Leichenöffnung* fand ich den eindeutigen Befund des vital erfolgten atypischen Erhängens (Blutungen unter der Strangmarke, massenhaft Petechien in Gesichtshaut, Conjunctiven usw.). Mäßiges Lungenödem. Geringe Aortensklerose. An den Bauchorganen kein wesentlicher Befund. Im linken Scheitelbein fand sich eine  $4,2 \times 3,5$  cm messende Knochenlücke, die schwartig mit der Kopfschwarte einerseits und mit der Dura andererseits verwachsen war. Unterhalb der Knochenlücke ein feinfetziger alter Hirnrindendefekt, dessen Umgebung eine milchige Verdickung der weichen Häute zeigte. Der Defekt selbst war total mit dem narbigen Füllmaterial der Lücke verbacken. Er reichte auf Frontalschnitten 1 cm tief ins Mark. — *Gutachtlich* habe ich mich wie folgt geäußert: Die Schädel-Hirnverletzung ist als sehr schwer zu bezeichnen. Aktenmäßig liegt fest, daß in den letzten Jahren eine allmähliche Verschlimmerung der Folgen objektiv erweisbar war. Sind weiterhin die Angaben der Frau (die auf mich bei der Vernehmung einen sehr guten Eindruck machte) richtig, so ist weiterhin an der Tat doch manches recht auffällig: Der Mann hat die Nacht ruhig verbracht, die gewählte Schnur war für einen Erhängungsversuch des ziemlich schweren Mannes ganz ungeeignet, ist ja auch tatsächlich gerissen (der Tod ist mehr durch Erdrosseln als durch Erhängen zustande gekommen) und wurde überdies an denkbar ungünstigster Stelle angebracht, nämlich an einer kleinen schlecht befestigten Öse, während der massive Fenstergriff nicht benutzt wurde. Alle diese genannten Momente legen doch den Schluß nahe, daß der Mann sich bei Ausübung der Tat nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte befunden hat und somit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Selbstmord und Hirnverletzung mit Wahrscheinlichkeit gegeben ist.

*Epikrise:* Die Versorgungsbehörde hat sich meinem Gutachten angeschlossen und den Selbstmord als unmittelbare Hirnverletzungsfolge anerkannt. Besonders beachtlich ist noch, daß das staatliche Amt, in dem der Mann tätig war, aus Gründen einer privaten Hinterbliebenenversicherung von mir ein Zeugnis einforderte, aus welchem hervorgehen sollte, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande geistiger Umnachtung erfolgt sei. Ich habe in dem gewünschten

Zeugnis lediglich (wie auch im Versorgungsgutachten) geschrieben, daß „ein ursächlicher Zusammenhang des Selbstmords mit der als sehr schwer zu bezeichnenden Kriegsschußverletzung des Schädels und des Gehirns mit Wahrscheinlichkeit gegeben ist“ und daß einzelne Tat-umstände dafür sprechen, daß sich der Mann „bei der Ausführung des Selbstmords nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte befunden hat“. Obwohl damit nicht die strengen Forderungen privater Versicherungen erfüllt wurden, ist die Versicherungssumme doch in voller Höhe (1000 RM.) gezahlt worden, und zwar ohne Schwierigkeiten<sup>1</sup>.

#### *Allgemeine Ergebnisse und Schlußfolgerungen.*

Die vorstehend geschilderten Beobachtungen betreffen 11 Männer im Alter von 51, 55, 52, 51, 32, 35, 45, 45, 41, 40 und 57 Jahren. Es liegt also zumeist ein mittleres bis höheres Lebensalter vor.

Die zwischen dem Kopfunfall und der Selbsttötung liegende *Zeitspanne* beträgt: 2 Jahre 7 Monate, 7,5 Monate, 10 Tage, 17 Jahre, 2,5 Monate, 4 Jahre 10 Monate, 20 Jahre, 20 Jahre, 12 Jahre, 20 Jahre, 19 Jahre. — Da gerade die beiden Beobachtungen, bei welchen ein Zusammenhang des Suicids mit dem Schädelunfall am wahrscheinlichsten ist (10 und 11) mit die längsten Zeitspannen aufweisen, so möchte ich meine Meinung dahingehend äußern, daß der zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und Selbstmord weder in seiner Kürze noch in seiner Länge irgendwie von Bedeutung zu sein scheint. Es ist somit nicht möglich, gutachtlich aus den zeitlichen Verhältnissen sichere Schlüsse für oder gegen einen Zusammenhang zu ziehen.

Bezüglich des *ursächlichen Zusammenhangs* des Unfalls mit dem Selbstmord ist zu sagen: in 2 Fällen war er fraglich, in 2 weiteren Fällen mußte der Selbstmord als Ursache des Unfalls angesehen werden, in 7 Fällen konnte das Unfallereignis bzw. seine Folgen als Todesursache abgelehnt werden. Im einzelnen ergab sich folgendes: die beiden fraglichen Fälle hätten sich mit Sicherheit näher klären lassen, wenn die Leichenöffnung nicht teils verspätet (Fall 1), teils infolge Verweigerung durch die Frau überhaupt nicht vorgenommen worden wäre (Fall 2). Die beiden positiven Fälle (10 und 11) betreffen sehr schwere Schädel-Hirnverletzungen des Krieges. Bei Beobachtung 11 war eine objektiv erweisliche Verschlimmerung der Folgezustände der Verletzung in der letzten Zeit vor dem Tode vorhanden, bei Beobachtung 10 lag infolge der Verletzung u. a. eine deutliche Charakterveränderung vor. Ganz abgesehen von der noch zu besprechenden Frage der Motivierung der Selbsttötung würde mich in diesen beiden Fällen schon die außerordentliche Schwere der Hirnverletzung bewogen haben, einen ursächlichen

<sup>1</sup> Die klinisch-anatomischen Einzelheiten der Beobachtungen 7—10 werden demnächst in anderem Zusammenhang eingehend beschrieben werden.

Zusammenhang der Selbsttötung mit dem Unfall als wahrscheinlich anzunehmen. Bei den Beobachtungen 3—9 war der ursächliche Zusammenhang zweifellos abzulehnen. Einmal war zwar von den Angehörigen ein Kopftrauma behauptet worden (Fall 8), ließ sich aber weder klinisch noch anatomisch erweisen, ein zweites Mal war klinisch eine Narbe am Hinterkopf festgestellt worden; anatomisch ergab sich aber nicht der mindeste Anhalt für eine Hirnverletzung (Fall 7), 2mal waren zwar direkte äußere Folgen des Traumas in Form von Quetschungen der Kopfschwarte vorhanden, doch bot das folgende klinische Bild entweder nur sehr wenige oder gar keine wesentlichen Erscheinungen (Fall 3 und 5), anatomisch fehlte beidemal jeder Anhalt für eine Schädel-Hirnverletzung. Auch bei Beobachtung 6 fehlte anatomisch jeder Anhalt für eine Verletzung des Schädels oder seines Inhalts. Klinisch war das Bild zu Lebzeiten des Mannes jedoch äußerst unklar, man hatte eine Zeitlang an traumatische Fallsucht, ein Gutachter sogar an traumatisch bedingte atypische multiple Sklerose gedacht. Bei Beobachtung 9 bestand wenigstens eine geringe alte Verletzung der Tabula externa des Knochens, das Hirn war jedoch ganz unverändert. Nur in Beobachtung 4 fanden sich immerhin deutliche und nicht ganz unerhebliche alte traumatische Restzustände an der Hirnrinde, doch war der Befund nicht so erheblich, daß er als *wesentlich* am Suicid beteiligt aufgefaßt werden konnte wie bei Fall 10 und 11.

Überblickt man die Gesamtheit der *anatomischen Befunde* bei unseren Fällen, so muß festgestellt werden, daß sie nur bei negativer Befunderhebung für die ursächliche Zusammenhangsfrage wirklich allein entscheidende Bedeutung haben. Bei Beobachtungen mit positiver Befunderhebung genügen sie meines Erachtens lediglich zur Feststellung der einfachen Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs und auch dies nicht in *allen* Fällen. Auch die *Art der Tatausführung* gibt nur selten einen gewissen Hinweis. In den geschilderten Beobachtungen lag 6mal Erhängen vor (Fall 2, 3, 4, 7, 9 und 11), 2mal Ertränken (Fall 8 und 10), 1mal Erschießen (Fall 1). Die beiden noch übrigbleibenden Beobachtungen sind insofern bemerkenswert, als es sich um kombinierten (bzw. hartnäckig versuchten) Selbstmord handelt, nämlich Erschießen und Ertränken (Fall 5) und Erschießen nach ziemlich schwächlichen Versuchen durch Herzstich und Öffnen der Pulsadern dem Leben ein Ziel zu setzen (Fall 6). Im allgemeinen unterscheidet sich also die gewählte Todesart nicht wesentlich von derjenigen, die auch ohne Unfall bei männlichen Selbstmördern mit besonderer Beliebtheit gewählt wird. Für die Zusammenhangsfrage mit einem Unfall sind meines Erachtens nur die beiden kombinierten Fälle beachtlich, als hier schon allein die Tatausübung der vom Gesetz geforderten Ausschaltung der freien Willensbestimmung durch eine unfallbedingte Geistesstörung einiger-

maßen widerspricht. Mit dieser Feststellung begibt sich der Gutachter aber schon vom anatomischen Felde hinweg auf das klinisch psychiatrische Gebiet und es taucht in diesem Zusammenhang als erste die Frage auf, ob sich aus dem *klinischen Verlauf* heraus eine Klärung der Zusammenhangsfragen ermöglichen läßt.

*Mendel* hält in seiner Arbeit (1913) folgende Verlaufsform für allgemeingültig: Im Anschluß an den Unfall tritt, unabhängig von seiner Schwere, ein neurasthenisches Vorstadium auf, evtl. kombiniert mit einer organischen Erkrankung, während welchem äußere Schädlichkeiten die Widerstandskraft des Kranken untergraben. Dann treten bei fortschreitender trauriger Verstimmung hypochondrische Ideen auf. Infolgedessen reift allmählich der Entschluß zum Selbstmord. Die hypochondrischen Vorstellungen hält *Mendel* für eine klinische Besonderheit der unfallkranken Selbstmörder. Der Unfall sei nur auslösender Faktor bei konstitutioneller Disposition. Der Kopfunfall führe seltener als andere Unfallereignisse zum Suicid.

Betrachtet man demgegenüber zunächst einmal das, was der Psychiater (*Hoche*, 1934) über den Selbstmord *allgemein* (den Selbstmord nach Unfall nimmt *Hoche* ausdrücklich aus) sagt, so ergibt sich:

„Eine starke Beteiligung haltloser, labiler, disharmonischer Individuen ist schon darum wahrscheinlich, weil beim Freitod in der weit überwiegenden Zahl der Fälle eine *Affekthandlung* vorliegt.“ Eine große Zahl der Selbsttötungen bedeutet eine Überschätzung der Episode und es besteht ein Mißverhältnis zwischen auslösendem Anlaß und der Schwere der Tat. Eine kaltbewußte Abwägung des Für und Wider, die sachlich und logisch zum endgültigen Entschluß führt, ist die Ausnahme, kommt aber vor. In der Mehrzahl der Fälle liegt aber die erkennbare Tatsache eines aus dem Gefühl geborenen Irrtums in der Bewertung der Augenblicklage vor.

Prüft man auf dem Boden dieser Anmerkungen des Schrifttums unsere Fälle, so liegen nur in Beobachtung 1 und 2 etwa die *Mendel*-schen Kennzeichen eines neurasthenischen Vorstadiums mit folgender hypochondrisch tendierter trauriger Verstimmung vor, in allen übrigen Fällen fehlt dieses angeblich so besonders charakteristische Bild, besonders auch — worauf ausdrücklich hingewiesen sei — in den beiden Beobachtungen 10 und 11, die als positiv zu bezeichnen waren. Vielmehr ist in sämtlichen sonstigen Beobachtungen bei uns nur im günstigsten Falle ein einfacher „Verstimmungszustand“ erkennbar, der zumeist noch recht unklar war. Auch aus den im Schrifttum niedergelegten Beobachtungen konnte ich bei der Durchsicht nicht den Eindruck gewinnen, daß die Feststellungen *Mendels* zutreffend sind. Ich glaube kaum, daß die klinische Verlaufsform uns irgendwelche, für die Begutachtung eindeutig brauchbare Züge bieten kann, ob man einen Selbstmord als Unfallfolge auffassen kann oder nicht.

Demgegenüber steht nun die so überaus wichtige Frage der etwaigen *Motiverfassung*. Schon beim nicht unfallbedingten Suicid liegen hier, wie jeder Gerichtsarzt weiß, nicht zu selten erhebliche Schwierigkeiten vor, d. h. in einer nicht unbeträchtlichen Zahl der Fälle bleibt die eigent-

liche Motivierung der Tat mehr oder weniger unklar. Infolgedessen scheint mir ein gutachtlicher Fehlschluß vorzuliegen, wenn man mangels *erkennbarer* andersartiger Gründe einen Selbstmord ohne weiteres auf einen Unfall beziehen wollte. Darüber hinaus aber scheint mir die möglichst eingehende Erforschung der näheren Lebensumstände des Toten und vor allem auch eine möglichst weitgehende Klärung der Einzelheiten der Ausführung der Tat von besonderem Werte zu sein. Bei unseren 11 Fällen ergab sich diesbezüglich folgendes:

Bei Fall 1 handelt es sich um einen in höchstverantwortlicher Position befindlichen Mann, von dessen Tätigkeit das Wohl und Wehe einer großen Menschengruppe abhing und der sich in schweren wirtschaftlichen Krisen befand. Diesem Motiv mußte unbedingt bei der gutachtlichen Bewertung des Falles ein nicht unerhebliches Gewicht eingeräumt werden.

Bei Fall 2 sind irgendwelche sonstigen Motive, die die Tat bedingen konnten, nicht bekannt geworden. Hätte also bei diesem Manne eine einigermaßen deutliche „traumatische Demenz“ vorgelegen, so hätte man die Zusammenhängefrage im positiven Sinne beantworten müssen, da der Lebenslauf und die familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse durchaus geordnet waren. Nur die Unklarheit des zugrunde liegenden klinischen Zustandes verbot die Entscheidung.

Fall 3 und 5 sind ganz besonders beachtlich. In beiden Fällen war lediglich von einem ganz uncharakteristischen Verstimmungszustand die Rede. Beide Beobachtungen zeigten ein grundsätzlich anderes Bild, je nachdem man die Polizeiakten oder die Versicherungsakten einsah. Während der Polizei gegenüber Angaben über Familienstreiterei gemacht worden waren, wird diese Angabe in den Versicherungsakten mehr oder weniger unterschlagen und alles auf den Unfall bezogen. Ähnlich geartet ist Fall 6, bei welchem die Frau der Berufsgenossenschaft angab, sie habe Samstags die Wohnung verlassen und habe erst am Mittwoch in ihrer elterlichen Wohnung erfahren, daß ihr Mann sich am Montag erschossen habe. Also auch hier der eindeutige Hinweis auf tiefgreifende Familienstörung.

Eindeutig scheint auch die Motivierung bei Beobachtung 7, wo ein Psychopath den lange Jahre hindurch fortgesetzten und schließlich endgültig durch Rentenablehnung seitens der höchsten Instanz beendeten Rentenkampf mit seinem Leben bezahlt.

Beobachtung 9 scheint mir gleichfalls ganz eindeutig zu liegen. Das klinische Zustandsbild wies so bestimmt auf endogen-depressive Phasen hin, daß man den Selbstmord nur als Folge einer echten Geisteskrankheit auffassen kann.

Keine Schwierigkeiten scheint mir auch der Fall 10 zu bereiten: Eine ganz belanglose Rentenkürzung veranlaßt bei dem schwer Hirnverletzten einen ganz massiven Erregungszustand, in dessen unmittelbarer Folge er sich ertränkt. Der Zusammenhang dieses Suicids mit der durch die Verletzung vorhandenen Seelenstörung ist kaum zu bezweifeln.

Schwierig liegt dagegen wieder der Rest der Beobachtungen. Fall 4 wies nach sehr langer symptomloser Pause nach an und für sich erheblichem Unfall in den späteren Jahren eine zunehmende Neigung zum Alkoholabusus mit periodischer Verstimmung auf. Eine absolute Klärung, ob dieser Zustand eine Verschlimmerung der Unfallfolge (etwa im Sinne epileptischer Äquivalente) gewesen sein kann oder ob einfacher Alkoholmißbrauch mit schließlicher Selbsttötung vorlag, läßt sich nicht geben. Auch Fall 11 ist nicht absolut eindeutig. Immerhin muß hier doch die sonderbare Ausführung der Tat zu einer ganz ungewöhnlichen

Tageszeit (nach ruhig verbrachter Nacht) hinsichtlich der Geistesklarheit zur Zeit der Begehung der Tat sehr stutzigmachen. Vollkommen unklar ist das Motiv bei Fall 8.

Es ergibt sich somit, daß man das Problem in unseren Fällen von jeder nur denkbaren Seite anfassen kann, ohne daß es gelingt, von einem Punkte aus zur Klarheit zu kommen. Deswegen scheinen mir für die Begutachtung der Frage, ob ein Selbstmord Folge eines Kopfunfalls (ich möchte hinzusetzen: eines Unfalls überhaupt) ist, folgende Forderungen unumgänglich notwendig zu sein:

1. Zur Klärung der Zusammenhangsfrage zwischen Unfall und Selbstmord ist die Zusammenarbeit des Psychiaters, des Pathologen und des Kriminalisten unumgänglich nötig. Nur durch eingehende Fachkenntnisse dieser 3 Stellen ist in sehr vielen Fällen ein wirklicher Entscheid zu geben, bei welchem keiner Partei unrecht getan wird. Zur Gewährleistung dieser Zusammenarbeit müssen vorhandene Polizeiakten stets zugezogen werden, den Berufsgenossenschaften, Versicherungen u. dgl. muß das Recht der notfalls zwangsweisen Leichenöffnung eingeräumt werden. Es geht nicht an, daß Angehörige das Recht der Verweigerung der Leichenöffnung haben, daß sie aber dann auf der anderen Seite bei Ablehnung des Rentenanspruchs durch die BG. die Möglichkeit langdauernder, für die Öffentlichkeit sehr kostspieliger Rentenstreitverfahren haben. Der Pathologe darf sich nicht einfach mit der makroskopischen Hirnobduktion begnügen. *Eingehende* histologische Untersuchung sämtlicher Hirnabschnitte ist *stets* nötig.

2. Die Auswahl der in Funktion tretenden Gutachter muß mit großer Sorgfalt geschehen. Es geht nicht an, daß „Gelegenheitssachverständige“, die weder von der klinischen noch von der anatomischen Seite der Frage genügend Kenntnisse besitzen, als Gutachter tätig sind. In dieser Hinsicht ist besonders Fall 3 lehrreich. Es ist eine bekannte Tatsache (*Hoche*), „daß auf seiten der Ärzte eine *übergroße Bereitwilligkeit* besteht, in Fällen von Selbsttötung die Krankhaftigkeit zu bejahen“. Mit dieser durch keinerlei Forschungsergebnisse fundierten allgemeinen Meinung des Nichtfachmanns wird keiner Seite genutzt, am wenigsten auch dem ärztlichen Prestige. Gerade bei der Beurteilung der Selbstmordfragen ganz allgemein spielen außerordentlich viele Faktoren eine Rolle, die den meisten Ärzten (und auch Gutachtern) nicht geläufig sind. So hat, um nur ein Beispiel zu nennen, *Weiler* (1933) darauf hingewiesen, daß eine graphische Aufstellung der Häufigkeit der Selbstmorde in Deutschland in den einzelnen Jahresmonaten erweist, daß „eine sehr starke Häufung im Frühjahr und Sommer dieser gemeinhin doch als die Folgeerscheinung ungünstiger äußerer Umstände betrachteten Erscheinung“ besteht. *Weiler* weist darauf hin, daß die gleiche Häufung bezüglich der Empfängnishäufigkeit, der Aufnahmen von Geisteskranken

in Anstalten und Kliniken usw. besteht und schließt aus alledem, daß die Ausdruckserscheinungen abnormer seelischer Zustände nicht nur von der persönlichen Veranlagung, sondern auch von tiefgreifenden kosmischen Einflüssen beherrscht werde.

3. Die in den geltenden Rechtsbestimmungen bestehenden sehr scharfen Bestimmungen bezüglich der Anerkennung eines Selbstmordes als Unfallfolge sind etwas zu weitgehend, abgesehen von den Forderungen, die die Reichsversorgungsgesetzgebung an den Gutachter stellt. Die „mit Sicherheit“ bzw. „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ geforderte Beantwortung der Zusammenhangsfrage läßt sich nicht immer geben. Es sollte genügen, wenn vom wirklichen *Fachgutachter* die „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ gefordert würde, und zwar seitens sämtlicher Zweige der Sozialversicherung (also auch von der Versorgungsgesetzgebung). Auf diese Weise würde vermieden, daß Gutachter in einem Falle, wo sie wirklich nicht in der Lage sind, die gesetzlichen Bestimmungen zu erfüllen, wo aber andererseits die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs nicht von der Hand zu weisen ist, mehr sagen, als sie mit vollkommen reinem Gewissen sagen können.

#### Literaturverzeichnis.

- Bartel, J.*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **1**, 389. — *Betriebsunfall und Selbstmord*: Ref. Ärztl. Sachverst.ztg **1934**, 12. — *Böhme, M.*, Selbstmord als Unfallfolge. Veröff. Med.verw. **1934**. — *Brandis*, Med. Klin. **1926**, 621. — *Dalchow*, Ärztl. Sachverst.ztg **1932**, 11. — *Eliasberg, W.*, Ärztl. Sachverst.ztg **1931**, 193. — *Esser, A.*, Arch. orthop. Chir. **33**, 10 (1933) u. Pathologisch-anatomische und klinische Untersuchungen von Kriegsverletzten durch Schädelchüsse. Leipzig: Thieme 1935. — *Ewald, F. K.*, Med. Welt **1933**, 811. — *Fehre, K.*, Ärztl. Sachverst.ztg **1931**, 198. — *Fribourg-Blanc*, Ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **21**, 177 (1933) u. **19**, 273 (1932). — *Gottschick*, Arch. Kriminol. **83**, 266 (1928). — *Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 3. Aufl. Berlin: Julius Springer 1934. — *Jankau*, Z. Neur. **130**, 148 (1930). — *Leppmann*, Selbstmord und Dienstbeschädigung. In Dienstbeschädigung und Rentenversorgung, herausgeg. von C. Adam. Jena: Fischer 1919. — *Loudet, O.*, Ref. Mschr. Unfallheilk. **1935**, 365. — *Mendel, K.*, Mschr. Psychiatr. **1913**, 310 u. Med. Klin. **1927**, 1824. — *Milanovic*, Ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 76 (1930). — *Mosdzien, K.*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **6**, 53. — *Nikoloff, V.*, Bedeutung sowie Beurteilung pathologisch-anatomischer Befunde bei Selbstmördern usw. Inaug.-Diss. München 1928. — *Nippe*, Ärztl. Sachverst.ztg **1928**, 91. — *Piccard*, Ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **6**, 688. — *Plötner*, Ärztl. Sachverst.ztg **1923**, 181. — *Reichardt, M.*, Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. Jena: Fischer 1921 u. Z. f. Krüppelfürs. **27**, 167 (1934) u. Arch. orthop. Chir. **35**, 13 u. 15 (1934); s. auch die Diskussion *Magnus-Heyde-Lohmar*, Ebenda S. 93, 95 u. 96. — *Rostock, P.*, Unfall-Begutachtungen. Leipzig: Barth 1935 — Entscheidungen des RVA. Stuttgart: Enke 1931, 176. — *Ruhemann*, Mschr. Unfallheilk. **1929**, 217. — *Schackwitz, A.*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **10**, 312 (1927). — *Schramm, E.*, Über kombinierten Selbstmord. Inaug.-Diss. München 1934. — *Scouras*, Ref. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **19**, 197 (1932). — *Simon, A.*, Ärztl. Sachverst.ztg **1926**, 339 u. **1927**, 60 u. **1929**, 343 u. **1930**, 69, 135, 356 u.

1931, 85, 200 u. 1929, 311 u. Med. Klin. 1927, 841. — *Thiem*, Unfallerkkrankungen. Bd. II, Teil I. Stuttgart: Enke 1910. — *v. Ungern-Sternberg*, Die Ursachen der Steigerung der Selbstmordhäufigkeit usw. Veröff. Med.verw. 1935. — *Weber*, Beitr. path. Anat. 71, 656 (1923). — *Weichbrodt*, In *Lininger*, Weichbrodt u. Fischer, Handbuch der ärztlichen Begutachtungen. Bd. II, S. 390. Leipzig: Barth 1931 — *Mschr. Unfallheilk.* 1933, 175 — *Mschr. Psychiatr.* 1923, Beih. 22. — *Weiler*, Nervöse und seelische Störungen bei Teilnehmern am Weltkrieg usw. Leipzig: Thieme 1933. — *Zygowski*, Der Selbstmord vom unfallrechtlichen Standpunkt. Inaug.-Diss. Bonn 1920.

(Aus dem Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin der Universität Bonn.  
Direktor: Professor Dr. *Pietrusky*.)

## Veränderungen am Ependym und den subependymären Zonen des Gehirns bei frischen stumpfen Kopfverletzungen.

Von

Dr. med. **J. Gierlich**,

Assistent am Institut.

Mit 3 Textabbildungen.

Die Arbeit stellt eine Fortsetzung der Untersuchungen *Essers* über frische stumpfe Kopftraumen dar; es wurden nur Fälle untersucht, bei denen der Tod spätestens nach 2 Wochen erfolgt ist.

Auf dem Boden sehr zahlreicher Fälle soll dabei nur eine Spezialfrage geklärt werden, nämlich die der Veränderungen der Ventrikelwände und der direkten subependymären Zonen, insbesondere sollte dem Umfang etwaiger Veränderung in den den Ventrikeln benachbarten Hirngebieten nachgegangen werden.

Weiter sollte die Frage geklärt werden, ob bestimmte Angriffsorte der stumpfen Gewalt am Schädel mit besonderer Vorliebe für Ventrikel-läsionen Hand in Hand gehen. Gerade die letztere Frage ist um so wichtiger, als *Esser*, *Spatz* und *Hellenthal* für die Stoß- und Gegenstoß-läsionen der Großhirnrinde folgendes Schema (*Esser*) gefunden haben:

Bei Einwirkung der Gewalt auf das Stirnbein (also von vorn oder vornseitlich) können sowohl Stoß- wie Gegenstoßverletzung des Hirns nicht selten völlig fehlen. In anderen Fällen liegen am Stoß leichte bis ganz umfangreiche Zertrümmerungen vor, auch Gegenstöße an den Hinterhauptlappen werden gesehen, aber diese letzteren sind stets auffallend gering. Grad und Umfang der Stöße scheinen von dem Umfang des etwaigen Schädelbruches mitbestimmt zu werden, während das für die Gegenstöße nicht gilt.

Trifft die Gewalt das Scheitelbein, also den Schädel von oben oder oben-seitlich, so werden Gegenstöße nur ausnahmsweise vermißt. Meist sind sie vorhanden und betreffen dann die seitlichen (auch etwaige verdeckte) Windungen und die basalen Abschnitte des Frontale-Temporale, während die Frontalpole in