

Selbstmord durch „Hammelstich“ — Unfallfolge?

Von

J. H. Bommer, Stuttgart.

Selbstmorde durch Stichverletzungen sind selten. Sie spielen im Verhältnis zu anderen Suicidarten in der versicherungsrechtlichen Praxis eine äußerst untergeordnete Rolle. Wohl kommen auch bei uns gelegentlich bei Geisteskranken oder geistig schwer Gestörten Stichverletzungen und dann meist — im Gegensatz zu Morden — auf einer mehr oder weniger begrenzten Fläche — etwa Herzgegend — vielleicht in Verbindung mit ebenfalls selbst beigebrachten Schnittverletzungen des Halses vor. Aus einem derartigen Befund kann der erfahrene Gerichtsmediziner auf Grund einer genauen Sektion und mit der notwendigen Vorsicht gewisse Schlüsse auf eine geistige Abartung vor dem Tode ziehen, die ihrerseits durch sorgfältige Erhebungen über die Vorgeschichte ihre Bestätigung finden müssen. Diese Erhebungen müssen sich — um auch allen späteren Einwänden begegnen zu können — besonders dann nach jeder Richtung hin erstrecken, wenn die Angehörigen das Suicid mit einem vorangegangenen Unfall in Beziehung bringen, wobei es sich wohl ausschließlich nur um ein Kopftrauma handeln kann. Die Ermittlungen sollen im wesentlichen aufklären, ob der Verstorbene schon früher Schädeltraumen erlitten hat oder an endogenen Gehirnaffektionen erkrankt war, ob er schon Anzeichen geistiger Störungen gezeigt hat, überhaupt wie seine körperliche und seelische Verfassung vor dem fraglichen Unfälle gewesen ist. Besonders wichtig sind die Feststellungen über den Hergang des Unfalles selbst und das Verhalten des Betroffenen unmittelbar darauf. Unerlässlich sind weiterhin die Erkundigungen beim behandelnden Arzt, in Krankenhäusern oder Heilanstalten, um auf diese Weise über den klinischen Verlauf der Unfallfolgen ein möglichst lückenloses Bild zu erhalten [vgl. auch hierzu: *Jungmichel* „Zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges in der Unfallversicherung“ in *Ärztl. Sachverst.ztg* **39**, 127—132 (1933)]. Unabhängig davon sollten immer Erhebungen über die persönlichen, besonders wirtschaftlichen Verhältnisse, nach evtl. schon früher geäußerten Suicid-Absichten angestellt werden.

Wenn nun viele oder mehrere Stichverletzungen auf Mord hinweisen können, so ist allerdings eine Stichverletzung an besonderer Stelle, vielleicht noch eine solche, die eine gewisse Fertigkeit oder anatomische Kenntnisse voraussetzt, nicht unbedingt beweisend für Mord. Auch hierbei müssen alle Besonderheiten des Falles Berücksichtigung finden. So berichtet z. B. *Munck* [in *Dtsch. Z. gerichtl. Med.* **8**, 436—443

(1926)] von einem Selbstmord mit Stichverletzung im Rücken. In diesem Falle wurden zwar auch andere Schnittverletzungen gefunden. Jedoch ist *Munck* nicht der Ansicht, daß sich der Verstorbene die Stichwunde im Rücken möglicherweise aus reiner Verzweiflung darüber beigebracht hat, daß die übrigen Verletzungen nicht zum Erfolg führten. Es wäre aber auch denkbar, daß sich „hinter dieser Verletzung die Lust geborgen hätte, der Sache den Anschein zu geben, daß es sich um einen Mord handle.“

Der jetzt näher zu berichtende Fall weist sowohl wegen der Lokalisation des Stiches als auch wegen seiner Vorgeschichte und Beurteilung so viel mir besonders wichtig erscheinende Eigentümlichkeiten auf, so daß ich ihn — zumal ich in dem mir zugänglichen Schrifttum nichts Ähnliches gefunden habe — auszugsweise einer breiteren Leserschaft mitzuteilen mich für berechtigt halte.

Der 54-jährige A. B., der vor Jahren auch als Metzger beruflich tätig war, verlor am 1. II. 1935 durch Tod seine Ehefrau. B. ein Mann von ausgesprochen seelisch labiler Veranlagung zeigte seither deutliche Depressionszustände, die allerdings durch den Lauf der nächsten Zeit einen gewissen Ausgleich erfuhren. Äußerungen, die auf Suicid hindeuten könnten, sollen angeblich nicht getan worden sein.

Am 12. II. 1935 stürzte B. zufolge Rutschens einer Leiter etwa 3 m hoch ab auf den mit Schnee und Eis bedeckten Boden. Er war nicht bewußtlos und klagte nur über äußerst heftige Schmerzen in der Nackengegend. Er begab sich anschließend daran zu Fuß und ohne Begleitung zu seinem etwa 10 Gehminuten entfernt wohnenden Hausarzt. Dieser stellte eine ziemlich starke Anschwellung im Nackengebiet fest und nahm als Unfallfolge eine Verstauchung der Halswirbelsäule an. B. blieb auf ärztliche Verordnung hin vom Unfalltage an 14 Tage ständig zu Bett. Er hatte oft über starke Kopfschmerzen zu klagen, während die Schmerzen im Nacken sich langsam behoben. Auffallend war aber besonders die Veränderung im psychischen Zustandsbild, die seit dem Unfalltag mehr und mehr in Erscheinung trat. B. wurde teilnahmslos, verfiel oft in erhebliche seelisch-depressive Zustände, er zeigte für nichts mehr Interesse, irgendwelche Arbeit leistete er nicht. Zeichen ausgesprochen geistiger Störungen wurden jedoch nie festgestellt, die Gedankengänge blieben soweit geordnet. Auch jetzt keinerlei Äußerungen auf Suicid-Vorhaben. Am Vorabend des Tages, als sich B. beim Vertrauensarzt der Krankenkasse in Z. vorstellen sollte, am 12. III., ordnete er von selbst seine Sonntagskleider, legte Uhr und Geld zurecht. Als in der Morgenfrühe die Tochter ihn aufwecken wollte, fand sie den B. in einer großen, zum Teil schon eingetrockneten Blutlache im Bett vor. Er zitterte am ganzen Körper, machte mit den Händen heftig abwehrende Bewegungen, reagierte aber dann auf wiederholten Anruf mit der Erklärung, er sei von einem Fremden heute Nacht überfallen und gestochen worden. Der unverzüglich gerufene Hausarzt überführte B. sofort ins Krankenhaus Z.

Die daselbst vorgenommene genauere Untersuchung ergab dann auf der rechten Halsseite unterhalb des Unterkieferwinkels eine 1 cm lange quer liegende mit Blutgerinnsel verklebte Stichwunde. Am Nacken etwa in Höhe des 3. Halswirbels eine weitere Stichwunde von gleicher Beschaffenheit. Keine Nackensteifigkeit, Kopf konnte bewegt werden.

Beim Verbandwechsel am nächsten Tage entleerte sich aus der Nackenwunde ziemlich klare seröse Flüssigkeit, die als Liquor angesprochen wurde. Bei der

Wunderweiterung fand sich unter der Haut ein größerer mit Liquor angefüllter Hohlraum. — Das Allgemeinbefinden des B. verschlechterte sich zusehends; nach 3 Tagen verstarb er an zunehmender Herzschwäche.

Bei der Untersuchung des „Tatortes“ wurde im Bett des B. ein blutbeschmiertes, mäßig scharfes, einschneidiges, spitzes Stilet von 10 cm Klinglänge und 2 cm Breite gefunden. Nach den gesamten Erhebungen stand es außer Zweifel, daß sich B. mit diesem die erwähnten zwei Wunden selbst beigebracht hatte.

Die Angehörigen des B. waren der Meinung, daß B. durch den Sturz von der Leiter eine Gehirnschädigung erlitten hatte und daß das Suicid mit dieser in Zusammenhang stände. Da diese Annahme zunächst — die weiteren Erhebungen ergaben später das oben geschilderte Bild — nicht unwahrscheinlich war, ließ die in Anspruch genommene Unfallversicherung die Obduktion der Leiche des B. vornehmen. Diese ergab, daß durch den Nackenstich eine Durchtrennung des Dornfortsatzbandes zwischen 2. und 3. Halswirbel und Eröffnung der harten Rückenmarkshäute verursacht wurde. Aus dieser hatte sich damals reichlich Liquor entleert. Die Rückenmarkshäute waren im Wundgebiet von Eiter durchsetzt, die Eiterung breitete sich auf das Gehirn aus und umspülte deren Unterfläche wie auch beide Großhirnhälften. Das Rückenmark selbst war unverletzt. — Von irgendwelchen Veränderungen traumatischer Natur war weder am Gehirn noch am Schädel etwas zu finden, auch die mikroskopischen Untersuchungen blieben in dieser Hinsicht völlig negativ.

Dieser Befund, verbunden mit dem Ergebnis aller übrigen Erhebungen, durfte genügen, einen Zusammenhang zwischen Unfall und Suicid abzulehnen. Man war berechtigt, den Selbstmord ausschließlich als Folge der auf endogener Basis beruhenden depressiven Verstimmung zu betrachten.

Es bleibt aber nun noch die Erörterung der Frage, ob nicht die Nackenstichverletzung als solche, abgesehen von allen äußeren Umständen, ein „Unfall“ ist. Dagegen spricht einmal die zweite mehr als Schnittverletzung anzusprechende Verletzung auf der rechten Halsseite. Diese hatte sich B. offenbar *vor* der Nackenstichverletzung beigebracht, und da B. beim Versuch des Halsabschneidens — diese Verletzung an der rechten Halsseite war offenbar der Beginn des Halschnittes — Schmerzen verspürte, ließ er von der Beendigung der Ausführung dieser Selbsttötungsart ab, eine Tatsache, die ja nicht allzu selten bei erfolgreichen Selbstmördern oder bei Selbstmordversuchen zu beobachten ist. Zum anderen aber sprach die Nackenstichverletzung als solche schon allein gegen die Annahme des „Unfalles“. Denn einmal ist es schon unwahrscheinlich, daß G. mit offenem Messer oder Stilet ins Bett gegangen ist; aber selbst wenn dem B. das Messer versehentlich in sein Bett geraten wäre, war es wohl völlig ausgeschlossen, daß dieses Messer durch eine unglückliche Bewegung des G. etwa im Schlaf genau zwischen dem 2. und 3. Halswirbel hätte eindringen können! Und wie auch Versuche ergeben haben, muß eine erhebliche Kraft aufgewendet werden, um das an dieser Stelle besonders dicke Haut-Unterhaut-Muskelnackepolster einschließlich der harten Sehnen zu

durchstechen. Außerdem gelang dies natürlich nur, wenn das Messer irgendwo — etwa in den Kissen oder zwischen Kissen und Bettlade oder ähnlichem — gewissermaßen eingeklemmt war, so daß es einmal gerade, zum anderen auf einer etwas harten Unterlage stehen konnte. Denn ohne diese Voraussetzungen wäre es nie zu einem völlig horizontalen Durchstich bis auf das Rückenmark gekommen! Da das Rückenmark selbst nicht verletzt war, konnte B. das Messer nach Beibringen der Verletzung noch herausziehen und auch einen Überfall vorzutäuschen versuchen. Bei allem war ja B. als früherer Metzger vollauf mit dem Beibringen des „Hammelstiches“ vertraut, wobei er allerdings die Wirkung dieses Stiches beim Menschen mangels anatomischer Kenntnisse überschätzt hatte.

Auf die Frage, ob B. vielleicht in seiner depressiven Stimmung wegen etwa bestehender Schmerzen in der Halswirbelsäule diese schmerzende Stelle mit dem Stilet treffen wollte — eine bei Geisteskranken öfters zu beobachtende Tatsache —, sei deshalb nicht näher eingegangen, weil einmal B. selbst nicht mehr über besondere Schmerzen im Nacken geklagt hatte. Zum anderen wurden aber auch bei der Sektion keinerlei krankhafte Veränderungen an der Halswirbelsäule oder Nackengegend gefunden.

Zusammenfassend handelt es sich also um einen Selbstmordversuch durch „Hammelstich“ zwischen 2. und 3. Halswirbel mit nachfolgender aufsteigender eitriger Hirnhautentzündung, die den Tod des B. nach 3 Tagen herbeigeführt hat. Ein vor 4 Wochen erlittener Unfall hatte zu keiner anatomisch (makroskopisch und mikroskopisch) nachweisbaren Veränderung im Schädel, Gehirn, Rückenmark oder Halswirbelsäule sowie Nacken geführt, so daß auch das 4 Wochen zurückliegende Unfallereignis nicht als ursächlich für den Selbstmord und damit für den Tod angesehen werden konnte. Der Selbstmord war vielmehr die Folge einer endogenen, durch den Tod der Ehefrau offenbar ausgelösten tiefen depressiven Verstimmung. In der Seltenheit des Falles — „Selbstmordversuch durch Hammelstich“ — liegt die Berechtigung der Veröffentlichung. Jedoch zeigt auch dieser Fall, daß bei ähnlichen Vorkommnissen, in denen die Mitwirkung eines Unfalles in engere Betrachtung zu ziehen ist — so konnten wir kürzlich eine Gehirngeschwulst als *Ursache* und *nicht* als Folge eines Unfalles durch eine Sektion feststellen —, nie auf eine sachgemäße Sektion durch erfahrene Ärzte verzichtet werden kann.