

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Würzburg  
(Vorstand: Prof. Dr. med. H. SAAR).

## Selbstrettung beim Erhängen.

Von

ADALBERT MAYER.

Mit 1 Textabbildung.

In der Lehre vom Erhängungstod hat sich bis heute unangezweifelt die Meinung erhalten, daß sofort oder unmittelbar nach dem Vollzug des Erhängungsaktes das Bewußtsein schwindet. Hierauf stützt sich die geltende Ansicht, der Erhängte sei augenblicklich zu jeglicher Willenshandlung, insbesondere zur Selbstrettung, unfähig (REMER, V. HOFMANN, HABERDA und REINER, IGNATOWSKI, MILOSLAVICH u. a.).

SCHWARZACHER beginnt seine Ausführungen mit der Feststellung: „Es ist als gesicherte Tatsache zu betrachten, daß die beim Erhängen fast augenblicklich einsetzende Bewußtlosigkeit durch eine Kompression der Halsgefäße bewirkt wird.“ Er konnte nachweisen, daß bei typischer, symmetrischer Stranglage schon eine Zugkraft von 3,5 kg den Verschuß der Carotiden — bei einem maximalen Binnendruck von 170 mm Hg — und 16,6 kg eine Durchflußsperre der Aa. vertebrales bewirken. Weiterhin stellte er durch entsprechende Messungen fest, daß das Körpergewicht sowohl in knieender als auch in liegender Körperstellung für diese Effekte ausreicht. BROUARDEL fand unter ähnlichen Bedingungen, daß 5 bzw. 30 kg genügen. Allerdings konnte die Vermutung eines sofort eintretenden Bewußtseinsverlustes durch die Selbstversuche von MINOVICI nicht bestätigt werden. Er ließ sich 4—5 sec frei schwebend aufhängen und hatte dabei erhebliche Schmerzen. Vor den Augen bildete sich ein „Schleier“. Ähnliche Empfindungen erlebte vor ihm FLEISCHMANN bei Selbstdrosselungsversuchen.

Neueren Untersuchungen zufolge tritt Bewußtlosigkeit infolge Blutzufuhrsperre zum Gehirn nach 4—7 sec auf, was in dem großen Sauerstoffbedarf und der kleinen Sauerstoffreserve des Gehirns begründet liegt (RUFF und STRUGHOLD, REIN). Nach OPITZ können indessen 8—12 sec vergehen bis nach plötzlicher Blutzufuhrsperre Bewußtlosigkeit eintritt. Trotzdem lehnt auch er eine Handlungsfähigkeit, speziell eine Selbstrettung, nach Eintritt des Strangulationseffektes ab. Er macht einen Reflex dafür verantwortlich, der bei der Strangulation von den Pressoreceptoren des Sinus caroticus (HERING) ausgehe und eine sofortige Hemmung der Muskelaktivität mit Verschwinden der Reflexe und „reflektorischen Schlaf“ (EB. KOCH) bewirke.

Die Angaben der rechtzeitig vom Erhängungstod Geretteten über den augenblicklichen Bewußtseinsverlust müssen sehr zurückhaltend bewertet werden, wie zahlreiche Beobachtungen beweisen (WAGNER, SEYDEL, GERHARTZ u. a.).

Tatsächlich ist bisher kein Fall bekanntgeworden, bei dem eine Selbstrettung aus der Schlinge gelang. Allerdings hat TARDIEU die Leiche eines Erhängten gesehen, bei der die rechte Hand zwischen Schlinge und Hals eingeklemmt war; ein Befund, den man als mißlungenen Selbstrettungsversuch ansehen kann.

Gegen die Möglichkeit einer Selbstrettung spricht an sich die große Zahl der bekanntgewordenen Fälle von „zufälligem Erhängen“, wie sie bei spielenden Kindern und auch erwachsenen „Spaßmachern“ als reine Unglücksfälle vorkommen. Auch die vielfach komplizierten und wohldurchdachten Sicherungsmaßnahmen sexuell Abwegiger, die infolge Versagens zur Katastrophe führten, können als Beweis dafür gelten, daß ein Zurücktreten vom Erhängungstod unmöglich ist (ZIEMKE, v. HOFMANN, REUTER, WEIMANN u. a.).

Allerdings läßt die bloße Behauptung, daß ein Zurücktreten vom Erhängungstod unmöglich sei, die hierfür unentbehrlichen 3 Faktoren unberücksichtigt: Genügend langes Erhaltenbleiben des Bewußtseins, wie dies durch die Versuche von MINOVICI und FLEISCHMANN bewiesen sein dürfte, Vorsatz zur Selbstrettung und nicht zuletzt die Möglichkeit, sich wieder aus der Schlinge befreien zu können, nachdem entweder die Gefahr des Erhängens zum Bewußtsein gelangt ist (Unglücksfall) oder der Vorsatz des Freitodes infolge auftretender Angst oder Schmerzen erloschen ist.

In der Regel dürfte vor allem die Möglichkeit, vom Erhängungstod zurückzutreten, nicht gegeben sein.

Daß unter günstigen Bedingungen, wenn die genannten Faktoren zusammentreffen, auch einmal eine Selbstrettung aus der Schlinge möglich sein kann, legt folgende Beobachtung nahe<sup>1</sup>:

Anfang Mai 1951 gelangte eine selbstmordgefährdete Schizophrene zur Beobachtung, bei der sich in der Mitte der rechten Halsseite eine 6,5 cm lange, strichförmige, braunrote, zum Nacken leicht ansteigende Hautverfärbung fand, die sich gegen den Vorderhals am Vorderrand des großen Kopfwenders gabelte. Der obere Ausläufer endete, 1,5 cm von der Mittellinie entfernt, knapp oberhalb des Kehlkopfes; der untere,  $\frac{1}{2}$  cm lange, bildete zu diesem einen Winkel von etwa 30°. Das nackenwärts gelegene Ende der Verfärbung lag dicht hinter dem großen Kopfwender, der von ihr in der Mitte, etwas schräg aufwärts, gequert wurde. Im Bereiche der Verfärbung waren die obersten Hornhautschichten perlschnurartig abgelöst oder abgehoben. An entsprechender Stelle fand sich auf der linken Hals-

<sup>1</sup> Herrn Professor Dr. med. H. SCHELLER, Direktor der Universitäts-Nerven-klinik Würzburg, sei an dieser Stelle für die freundliche Erlaubnis zur Veröffentlichung des Falles gedankt.

seite eine etwa  $1,5 \times 0,5$  cm große, mehr diffuse und etwas schwächere Braunfärbung der Haut (s. Abb. 1).

Nach Angaben der Patientin und ihrer Schwester rührte die Hautveränderung von einem Erhängungsversuch her, der 2 Tage zurücklag und bei dem es der Kranken gelungen war, sich wieder aus der Schlinge zu befreien.

Die Kranke litt seit Wochen unter anderem unter akustischen Halluzinationen. Diese „Stimmen“ befahlen ihr, sich „im Holz“ aufzuhängen, damit die „Andern“ gerettet würden.

Am Morgen der Tat konnte sie sich dieser befehlenden Stimmen und des Dranges zum Selbstmord nicht mehr erwehren. Da sie von ihrem Mann im Hause festgehalten wurde, kletterte sie aus dem Fenster des 1. Stockes an den Weinranken

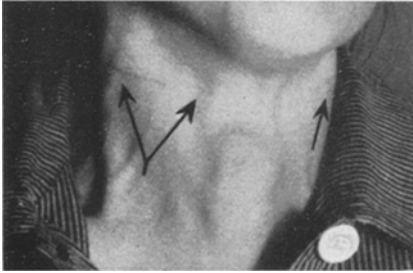


Abb. 1. Als Kammblutung imponierende Hautverfärbungen am Halse, 6 Tage nach der Selbstbefreiung aus einer gleitenden Schlinge.

hinab und lief mit einem Strick, den sie sich aus der Bodenkammer geholt hatte, in den nahen Wald. An einer Eiche, auf deren untersten Ästen sie stehen konnte, befestigte sie am höchsten erreichbaren Ast die freien Enden des Strickes mit einem dreifachen Knoten, schlug eine laufende Schlinge, steckte den Kopf hindurch und trat von den Ästen herunter, so daß sie frei schwebend hing. Da ihr das Zuziehen der Schlinge sofort sehr starke Schmerzen, besonders an der rechten Halsseite, bereitete, zog sie sich mit der einen Hand an den Zweigen des Baumes wieder hoch, trat auf die

unteren Äste zurück und lockerte mit der anderen Hand die Schlinge, die sie am Halse hochschob. Ehe sie die Tat ausführte, wehrte sie sich gegen die befehlende Stimme und betete, diese Sünde nicht tun zu müssen. Aber der Drang und die „imperativen Stimmen“ waren zu stark in ihr.

Es steht somit außer Zweifel, daß eine Selbstmörderin mit eigener Kraft vom Erhängungstod zurücktrat. Die nur einseitig ausgeprägte Kammblutung spricht nicht gegen eine wirksame Strangulation. Es sei an die Untersuchungen SCHWARZACHERS erinnert und auf eine Mitteilung von FOG und TAGE-JENSEN verwiesen, die bei einem Erhängten nur einseitig ausgeprägte Partialstrangfurchen fanden. Der Vorsatz zur Selbsttötung war sicher kein freiwilliger, sondern die Reaktion einer Geisteskranken auf imperative Stimmen, die ihr die Tat befahlen. Offenbar kamen hier die akustischen Halluzinationen infolge der durch die Zirkulationsstörung bedingten Sauerstoffverarmung des Gehirns zum Schweigen, während das Bewußtsein, zumindest aber das Unterbewußtsein, für den Selbsterhaltungstrieb lange genug erhalten blieb, um entsprechende „Instinkthandlungen“ zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang mag vielleicht die Tatsache nicht unwesentlich sein, daß bei der Probandin ein erheblicher Knotenkropf bestand, der eine genügend starke Kompression des Sinusbereiches

der Carotiden und die damit nach OPITZ gleichlaufende reflektorische Hemmung der Muskelaktivität verhinderte, andererseits aber eine für die Aufhebung der schizophrener Reaktion genügende Blutsperr bewirkte, so daß die vorgenannten Reaktionen in Erscheinung treten konnten. Dazu gesellten sich glückliche Begleitumstände, wie die Verwendung einer gleitenden Schlinge und die Möglichkeit, einen für die Aufhebung der Wirkung des Strangwerkzeuges geeigneten Platz wieder zu finden.

Jedenfalls läßt sich auf Grund dieser Beobachtung folgende Feststellung treffen: Die bisher bestehende Ansicht, daß es unter keinen Umständen möglich sei, vom Erhängungstod zurückzutreten, muß revidiert werden. Dies ist unter günstigen Bedingungen sehr wohl möglich, und zwar dann, wenn der Impuls zur Tat erlischt, aber das Bewußtsein und der Selbsterhaltungstrieb überdauern, wenn also z. B. die Kompression des Sinus caroticus aus mechanischen oder anatomischen Gründen unvollständig ist und wenn gleichzeitig die Situation ein Wiederbefreien aus der Schlinge ermöglicht.

#### *Zusammenfassung.*

Auf Grund eigener Beobachtung muß als erwiesen gelten, daß unter besonderen, günstigen Bedingungen eine Selbstrettung beim Erhängen möglich ist.

#### **Literatur.**

BROUARDEL: La Pendaison etc. Paris 1897. Zit. nach SCHWARZACHER, Dtsch. Z. gerichtl. Med. 11, 145 (1928). — EGGERT, F.: Henke Z. Staatsarzneikde 7, 255 (1824). — FLEISCHMANN: Henke Z. Staatsarzneikde 3, 310 (1822). — FOG, J., u. S. TAGE-JENSEN: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 3, 559 (1924). — GERHARTZ, H.: Dtsch. Z. Nervenheilk. 128, 109 (1932). — HABERDA, A., u. M. REINER: Vjschr. gerichtl. Med. 8, 126 (1894). Festschrift für E. v. HOFMANN. — HOFMANN, E. v., u. A. HABERDA: Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin, 11. Aufl. 1927. — JGNATOWSKI: Vjschr. gerichtl. Med. 7, 250 (1893). — KOCH, EB.: Zit. nach OPITZ. In A. PONSOLD, Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin Stuttgart, 1950. — MILOSLAVICH, E.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 58, 162 (1919). — MINOVICI, N.: Arch. di Antrop. crimin. 1905, Nr 40. — OPITZ, E.: A. PONSOLD, Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin, Stuttgart 1950. — POPP, F.: Vjschr. gerichtl. Med. 59, 213 (1920). — REIN, H.: Einführung in die Physiologie des Menschen, 7. Aufl. Berlin 1943. — REMER, D.: Henke Z. Staatsarzneikde 3, 44 (1822). — REUTER, K.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 29, 186 (1938). — RUFF, S., u. H. STRUGHOLD: Grundriß der Luftfahrtmedizin. Berlin 1939. — SCHWARZACHER, W.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 11, 145 (1928). — SEYDEL, C.: Vjschr. gerichtl. Med. 8, 89 (1894). — TARDIEU: Zit. nach HOFMANN-HABERDA, Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin, 11. Aufl. 1927. — WAGNER: Wien. Klin. Wschr. 1891, 53. — Münch. med. Wschr. 1893, 87. — WEFMANN, W.: Arch. Kriminol. 97, 62 (1935). — ZIEMKE, E.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 5, 103 (1925).

Dr. ADALBERT MAYER, Würzburg, Koellikerstr. 4 a.  
Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität.