

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Szeged (Ungarn)
(Direktor: Prof. Dr. I. Gy. FAZEKAS)

Gerichtlich-medizinische Bewertung der bei einer einzigen Eingangsöffnung entstandenen multiplen Herzstichwunde

Von

Dr. I. Gy. FAZEKAS

(Eingegangen am 10. März 1963)

Zweck der bei gewaltsamem Tod vorgenommenen Sektionen ist — außer der Feststellung der Todesursache —, in Erfahrung zu bringen, ob es sich um Mord oder Selbstmord handelt. Die Frage: Mord oder Selbstmord? ist aber allein auf Grund ärztlicher Beweise nicht immer zu beantworten. In besonderem Grade gilt dies für jene infolge von Stichverletzungen eingetretenen Todesfälle, wo der Tod durch einen einzigen Stich herbeigeführt wurde, der — in Anbetracht seines Charakters und seiner Lokalisation — sowohl von dem Betroffenen selbst als auch von einer anderen Person verübt worden sein kann. So z. B., wenn ein einziger Stich in die Herzgegend — durch eine einzige Verletzung des Herzens — zum Tode führt. In solchen Fällen steht hinsichtlich der Frage, ob die Verletzung selbsthändig oder aber von einer anderen Person herbeigeführt wurde, keinerlei ärztlich zu bekräftigender Beweis zur Verfügung. Es gibt aber auch Stichverletzungen in der Herzgegend bzw. im Herzmuskel, die die Eigenhändigkeit der Tat, d. h. den Selbstmord ohne Zweifel feststellen lassen. Ein gutes Beispiel hierfür ist unser folgender Fall.

Der 62jährige P. J. wurde in seiner Wohnung in einer Blutlache liegend bewußtlos aufgefunden, neben ihm ein blutbeflecktes Küchenmesser. In der Herzgegend befand sich eine Stichwunde, aus der zuweilen Blut sickerte. Vom herbeigerufenen Rettungsdienst wird der Verletzte in die Chirurgische Klinik befördert, wo er einige Minuten später starb. Die polizeiärztliche Sektion ergab folgendes:

Die Leiche des 170 cm großen, wohlgenährten Mannes war nur mit einem langen weißen Nachthemd bekleidet, das im Gebiet des Brustkorbes vorn und hinten blutdurchtränkt war; vorn war es offen und wies keinerlei Beschädigung auf.

Spuren äußerer Verletzung

An der linken vorderen Brustkorboberfläche, in Höhe des oberen Randes der 5. Rippe, 23 mm von der Medianlinie, befindet sich eine einzige quergerichtete, spindelförmige, scharfrandige Kontinuitätsunterbrechung von 22 mm Länge und 7 mm Breite, die in spitzen Ausläufern endet, von deren glatten Seitenwänden die untere von unten nach oben und schräg einwärts abgedacht ist. Weitere Spuren äußerer Verletzungen sind nicht zu beobachten.

Von den Befunden der inneren Untersuchung

Als Fortsetzung der äußeren Wunde ist am Brustmuskel und neben dem oberen Rand der 5. Rippe eine die Intercostalmuskeln durchdringende scharfrandige Kontinuitätsunterbrechung von 48 mm Länge und 5 mm Breite feststellbar. An der vorderen Herzbeutelwand, 20 mm oberhalb des Diaphragma, wird eine querliegende, 40 mm lange und 15 mm breite, scharfrandige, durchdringende Kontinuitätsunterbrechung sichtbar. Ihr gegenüber finden sich an der hinteren Herzbeutelwand zwei durchdringende Verletzungen. Bei der ersten handelt es sich um einen am unteren Herzbeutelrand bzw. 50 mm oberhalb des Zwerchfelles, 20 mm vom linken Rande des Herzbeutels befindlichen, quergereichten Kontinuitätsmangel von 6×12 mm Ausdehnung und bei der anderen um eine Kontinuitätsunterbrechung von 5×10 mm, die 70 mm über dem unteren Rand des Herzbeutels und 40 mm vom linken Herzbeutelrand gelegen ist und schräg verläuft. Beide Verletzungen sind von einem etwa fünfmarkstückgroßen, dunkelroten blutigen Hof im Gewebe der Herzwand umgeben.

Die linke Brusthöhle enthält 2700 cm^3 und die Herzbeutelhöhle 100 cm^3 flüssiges und geronnenes Blut.

Das Herz weist vier durchdringende Verletzungen auf, von denen zwei an der vorderen und zwei an der hinteren Wand der linken Kammer liegen.

Die eine der an der Vorderwand der linken Kammer befindlichen Verletzungen stellt eine querverlaufende, spindelförmige Unterbrechung des Gewebes dar, die 35 mm oberhalb der Herzspitze und 3 mm von der vorderen linken Kranzarterie entfernt beginnt und 33 mm lang und 3 mm breit ist. Die Ränder sind scharf, die Seitenwände glatt, und die Enden bilden einen spitzen Winkel. Diese Wunde durchbricht die vordere Wand der linken Kammer vollkommen, die andere — 5 mm unterhalb dieser gelegen und parallel mit ihr verlaufend — beginnt 30 mm über der Herzspitze, 28 mm von der linken Kranzarterie, und hört am linken Herzrande auf. Sie hat 30 mm Länge und 4 mm Breite, ihre Ränder sind scharf, ihre Seitenwände glatt; die untere Seitenwand ist von unten auf- und einwärts schreitend schräg abgedacht.

Die an der Hinterwand der linken Kammer beobachtete Verletzung ist eine 30 mm über der Herzspitze, 20 mm von der hinteren rechten Kranzarterie beginnende, 15 mm lange und 9 mm breite, mit ihrer Spitze dem linken Herzrand zugekehrte durchdringende Kontinuitätsunterbrechung, keilförmig, scharfrandig und glattwandig, deren untere Wand schräg abgedacht ist. Die andere beginnt 80 mm über der Herzspitze, 45 mm von der rechten hinteren Kranzarterie, fast parallel derselben liegend, hat eine Größe von 6×15 mm, scharfe Ränder, das obere Ende verläuft spitzwinklig, das untere endet etwas abgerundet, die Seitenwände sind glatt, die äußere Wundwand schräg abgedacht.

Die an der vorderen und hinteren Wand der linken Kammer an erster Stelle und die an der vorderen und hinteren Wand der linken Kammer an zweiter Stelle beschriebenen Verletzungen sind als Ergebnis ein und desselben durchbohrenden Stiches zu betrachten. Weitere Verletzungen seitens der inneren Organe werden nicht beobachtet. In allen Organen besteht große Blutarmut. Von der Schilderung weiterer Einzelheiten des Sektionsbefundes wollen wir hier absehen.

Die obigen Daten des Sektionsbefundes lassen feststellen, daß der Tod des P. J. infolge innerer und äußerer Verblutung eintrat, bedingt durch die durchdringende Stichverletzung des Herzens. Die Wunden waren auf die Einwirkung der mit einem spitzen, flachen, scharfen, messerartigen Gegenstand durchgeführten Stiche entstanden. Das Instrument dürfte das am Schauplatz der Tat gefundene Küchenmesser gewesen sein.

Die Frage, ob es sich bei den vorgefundenen Verletzungen um selbstständig beigefügte oder von fremder Hand stammende Eingriffe handelt, kann an Hand der folgenden Überlegungen beleuchtet werden.

1. Im Falle eines von fremder Hand ausgeführten Stiches pflegt der Täter gewöhnlich den verwendeten Gegenstand aus der Wunde herauszureißen. Diese Entfernung des *Corpus delicti* ist meistens keine überlegte bzw. bewußte Handlung, sondern eine Folgeerscheinung des aufgeregten psychischen Zustandes des Täters.

2. Es kann auch vorkommen, daß der Täter nach vollbrachter Tat den verletzenden Gegenstand in der Wunde beläßt.

Im ersteren Fall entsteht neben der einzigen am Brustkorb sichtbaren Eintrittsöffnung entweder nur an der vorderen Herzwand oder aber — je nach dem Vordringen des Gegenstandes in die Tiefe — an der vorderen und hinteren Wand je eine Verletzung. Weitere als die genannten Verletzungen können also nur durch mehrfache Stichführung entstehen. Im Falle eines Herausziehens des Gegenstandes wäre dies aber nur möglich, wenn der Täter den zweiten Stich genau an der gleichen Eintrittsöffnung und durch denselben Einstichkanal vollziehen könnte. Von der Unmöglichkeit des Gelingens eines solchen Vorhabens haben wir uns aber durch experimentelle Stichsetzungen an Ton, Kitt und Leichen überzeugt.

Bei diesen Versuchen wurden die wiederholten und geübten Probe- stiche mehrerer Personen beobachtet und dabei festgestellt, daß während des ersten Versuches nur jeder zehnte bis vierzigste Stich in die erste Stichwunde gelingt, aber auch dieser dringt nicht genau entlang der ursprünglichen Eingangsöffnung vor, sondern kreuzt entweder — infolge der Achsendrehung des verletzenden Gegenstandes — die durch wiederholtes Treffen gesetzte Wunde mehr oder minder stark die Richtung der ersten Einstichöffnung, oder aber die durch das erneute Eindringen verursachte Verletzung verschiebt sich in Richtung des einen Poles der Wunde. Erst nach langem Üben gelang es manchmal einigen der Versucher, anlässlich der 6.—15. Stichführung mehr oder minder genau in die zuerst hervorgerufene Einstichöffnung zu treffen, doch wich dabei die Richtung des Stichkanals stets von der des vorangegangenen Stiches ab.

Die Versuche zeigten, daß der verletzende Gegenstand der ersten Stichwunde um so näher kam, je kleiner die Entfernung war, aus der der nächste Stich verübt wurde, d. h., die Möglichkeit, erneut — teilweise! — in die erste Stichwunde zu treffen, ist demnach um so größer, je geringer die Entfernung ist, aus der der wiederholte Stich erfolgt.

Somit konnte experimentell festgestellt werden, daß es unmöglich ist, durch dieselbe Eingangsöffnung und denselben Einstichkanal zu wiederholten Malen das verletzende Instrument derart einzuführen, daß

die Ränder oder Enden der ersten Eingangsöffnung unversehrt bleiben und dabei der verletzende Gegenstand genau entlang des ersten Stichkanals in die Tiefe vordringe.

Wenn bei einmaligem Einstich der Gegenstand — in den Brustkorb eindringend — das Herz verletzt und eine gewisse Zeit lang in der Wunde bleibt, so besteht die Möglichkeit, daß bei einer einzigen Einstichöffnung am Brustkorb am Herzen zwei oder mehr Verletzungen entstehen. Trifft nämlich der verletzende Gegenstand das Herz während der Diastole, so gleitet wegen der nächsten Systole das Herz von dem eingedrungenen Gegenstand ab, um bei der nächsten Diastole wieder gegen ihn zu stoßen, worauf dieser erneut in das Herz eindringt. Bei einem solchen Mechanismus entsteht aber nur an der vorderen Wand des Herzens eine multiple Verletzung, während die hintere Herzwand bzw. die hintere Lamelle des Herzbeutels stets verschont bleibt, weil der verletzende Gegenstand nicht tief genug eindrang, um sie durchstoßen zu können. Derartige multiple Verletzungen der vorderen Herzwand können bei einmaliger Stichführung sowohl von dem Betreffenden selbst als auch von einem fremden Täter zustande kommen.

Bei einer einzigen und unversehrten Eingangsöffnung am Brustkorb können multiple Stichwunden am Herzen auch noch so zustande kommen, daß die verletzende Hand den Gegenstand nach dem ersten Einstich zurückzieht, aber nur soweit, daß er den Brustkorb nicht verlasse, und ihn erneut in die Tiefe stößt, wobei dann die zweite Herzverletzung resultiert. In solchen Fällen kann der verletzende Gegenstand, wenn er genügend tief vordringt, die hintere Herzwand und sogar auch die hintere Herzbeutel lamelle durchstechen, wie es im vorliegenden Falle geschah. Zieht man aber in Betracht, daß im Falle der Handlung einer fremden Person der Täter den verletzenden Gegenstand gewöhnlich aus der Wunde herauszieht und auf Grund unserer Untersuchungen ein eventueller zweiter Stich die an der Haut befindliche Eingangsöffnung oder den Einstichkanal schon verändert, muß angenommen werden, daß die neben der am Brustkorb befindlichen einzigen Eingangsöffnung — ohne Nebenverletzungen — und dem einzigen die Brustkorbschichten durchdringenden Einstichkanal bestehende, sowohl den Herzbeutel als auch die vordere und hintere Wand der linken Kammer durchbohrende multiple Stichverletzung mit fast vollkommener Sicherheit auf ein eigenhändiges Vorgehen, d. h. auf Selbstmord, zurückzuführen ist. Denn auf Grund des Gesagten ist es kaum vorstellbar, daß nach diesem letzteren Mechanismus bei einem in wachem Zustand befindlichen Individuum auf die Einwirkung eines fremden Eingriffes eine multiple Herzverletzung — wie die gefundene — entstehe. Es ist zwar denkbar, daß an einer schlafenden oder bewußtlosen — oder aus einem anderen Grunde unbeweglichen — Person von fremder Hand

unter Anwendung dieses Mechanismus ähnliche Herzverletzungen auslösbar sind; hierzu wäre aber nur ein so ruhig und überlegt handelnder Mörder, der mit dem obigen Mechanismus vertraut sein müßte — fähig, wie sie im praktischen Leben äußerst selten vorkommen.

Auf Grund dieser Überlegungen haben wir uns in unserem Falle für die Eigenhändigkeit der Herzverletzungen ausgesprochen. Hierfür sprechen auch jene Phänomene, die auf Grund älterer Beobachtungen als die Annahme des Selbstmordes unterstützende — aber nicht unbedingt beweisende! — Momente gewertet zu werden pflegen, wie z. B. die blutige Verunreinigung der rechten Hand, die Unversehrtheit des *aufgeknöpften* Hemdes des Toten. Letzteres spricht dafür, daß die Tat bei aufgeknöpftem Hemd bzw. bei entblößter Brust verübt wurde, wie es bei Selbstmördern meistens der Fall ist. Die späteren Recherchen haben dann das für Selbstmord stellungnehmende ärztliche Gutachten in allem bestätigt.

JANKOVICH hatte 1942 einen Fall mitgeteilt (Orvostudományi Közlemények 3, 95), bei dem bei einer einzigen Eingangöffnung vier Stichkanäle durch den linken Intercostalraum III—IV zum Herzen führten, von denen der eine das Herz vollkommen durchbohrt hatte, während die übrigen drei nur bis in die Weichteile des Brustkorbes reichten. In seinem Gutachten sprach er sich für Selbstmord aus, da es kaum vorstellbar ist, daß durch ein und dieselbe Eingangöffnung eine fremde Person viermal hätte einstechen können, ohne daß der gebrauchte Gegenstand die Wunde verlassen hätte. Diese Feststellung JANKOVICHs können wir an Hand unserer Stichversuche bekräftigen. Die drei weniger tief vordringenden Stichkanäle können als Spuren eines Versuches betrachtet werden, wie sie ähnlich — meistens aber nur ganz oberflächlich — bisweilen bei Selbstmorden zu beobachten sind.

Zusammenfassung

Auf Grund der in Verbindung mit einem humanen Fall vorgenommenen Stichversuche an Ton, Kitt und Leichen konnte festgestellt werden, daß die bei einer einzigen Hautwunde am Brustkorb als Eingangöffnung und einem einzigen intakten Einstichkanal an der Vorder- und Hinterwand des Herzens sowie an der hinteren Herzbeutelamelle entstandenen mehrfachen Stichverletzungen als Folge eines eigenhändigen Eingriffs, d. h. Selbstmordes, zustande kommen. Im Falle derartiger Verletzungen kann eine Vollziehung der Tat von fremder Hand fast vollkommen ausgeschlossen werden.

Prof. Dr. I. Gy. FAZEKAS,
Institut für gerichtliche Medizin der Universität Szeged (Ungarn),
Kossuth Lajos sugárút 40