

The demonstration of the barium was done by histological examination and spectro-chemical analysis of the lungs. The chemical examination gave no hint, that death was caused by an intoxication.

#### *Literatur*

- GEBHARDT, H. O.: Über Dickdarmverletzungen gelegentlich therapeutischer Maßnahmen, deren Zustandekommen und deren strafrechtliche Beurteilung. Inaug.-Diss. München 1939.
- HOHLDOERFF, J.: Verletzungen des Rectums. Inaug.-Diss. Hamburg 1962.
- MÜLLER-HESS, V., u. W. HALLERMANN: Schwangerschaftsunterbrechung durch salbenartige Mittel. *Med. Welt* 11, 373—375 (1932).
- WILDEGANS, H.: Die Krankheiten und Verletzungen des Dickdarms und Mastdarms, S. 58—59, 64—68. Stuttgart: Ferdinand Enke 1959.

Dr. A. GEIPEL  
Institut für gerichtliche Medizin  
der Universität Köln  
5 Köln, Zulpicher Straße 47

#### **F. PETERSOHN (Mainz): Über die Aktions- und Handlungsfähigkeit bei schweren Schädeltraumen.**

Die Frage, ob ein tödlich Verletzter noch zur Handlung fähig war, ist im Rahmen der gerichtsmedizinischen Aufklärung eines Tatgeschehens von ganz entscheidender Bedeutung. Überblickt man die Literatur in dieser Beziehung, so werden immer wieder überraschende Einzelbeobachtungen mitgeteilt, bei denen der Betroffene trotz schwerster Verletzungen noch bestimmte Handlungen ausführte (URBACH, GORONCY, 1924 und 1930; KRATTER, WEIMANN, GRÜNEWALD, WALCHER, 1929; LEGENDRE und PROVENT, MEIXNER, 1931; STRASSMANN, LESCHMANN, STERBA und NAEGEL). BADE, BECKER, FÖRSTER und ILLCHMANN-CRIST haben in zusammenfassenden Darstellungen Kriterien für die Beurteilung der Handlungsfähigkeit zusammengestellt. Aus den neueren Einzeldarstellungen von TESAR, SPITZ, PETHY und FISHER, PATSCHEIDER und WAGNER ergibt sich jedoch, daß eine positive Entscheidung in dieser Beziehung außerordentlich schwer ist. Da jede Art von Bewegung des Schwerverletzten die ursprünglichen Verhältnisse zu verändern vermag, ist es für die Aufklärung eines Sachverhaltes entscheidend, ob den Umständen, dem Tatort oder dem Spurenbild nach eine solche Möglichkeit auszuschließen ist. Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet ist der Begriff der Handlungsfähigkeit zu eng gefaßt. Man wird vielmehr jenen psycho-physischen Zustand, in dem der Verletzte noch zu Bewegungen oder bestimmten Verhaltensweisen in der Lage ist, als Aktionsfähigkeit bezeichnen. Je nach den biologischen Gegebenheiten sind verschiedene Stufen derselben zu unterscheiden. Die unterste Stufe bildet die Befähigung zur reflektori-schen Aktion. Jenen noch in der Agonie möglichen Reaktionen fehlt eine

höhere Koordination. Sie laufen unabhängig von dem Bewußtsein ab und erschöpfen sich rasch.

Als zweite Stufe folgt dann die Möglichkeit zu Automatismen. Im Unterschied zu den reflektorischen Aktionen handelt es sich hier um zusammenhängende Bewegungen im Sinne der Fortsetzung eines bereits vor dem Eintritt der Bewußtlosigkeit oder der Agonie aktivierten Handlungsentwurfs. Die dritte Stufe bildet die Befähigung zu einer instinktiven situationsentsprechenden Reaktion, wie sie in einem Dämmerzustand beobachtet wird, während die Handlungsfähigkeit als ein vom Bewußtsein getragenes, einer Zielvorstellung entsprechendes Verhalten der vierten Stufe zuzuordnen ist.

Die Entscheidung, ob oder welcher Grad der Aktionsfähigkeit in einem bestimmten Fall den Umständen nach auszuschließen ist, muß sich bei dem Fehlen entsprechender Aussagen von Zeugen zunächst auf den pathologisch-anatomischen Befund stützen, wobei die am Gehirn getroffenen Feststellungen sowie jene Befunde, welche über den Ausfall lebenswichtiger Reflexe als Ausdruck einer Bewußtseinsstörung Auskunft geben, im Vordergrund stehen. Es ergeben sich somit folgende Fragen, deren Beantwortung für das Aufstellen bestimmter Kriterien als Entscheidungsgrundlage des Einzelfalles von Bedeutung sind:

1. Ist aus dem Fehlen oder dem Vorhandensein mikroskopischer Veränderungen am Gehirn als sog. vitale Reaktion ein sicherer Schluß bezüglich der Überlebenszeit oder eines sofort eingetretenen Todes möglich?

2. Läßt sich aus dem Grad der Zerstörung und der Lokalisation derselben in bestimmten Hirnteilen eine Aktionsfähigkeit und insbesondere die Fähigkeit zu situationsentsprechendem Verhalten ausschließen?

3. Ergeben sich aus Feststellungen anderer Art Anhaltspunkte für eine Bewußtseinsstörung und damit für eine Handlungsunfähigkeit des Verletzten?

Unter diesem Gesichtspunkt wurden aus dem Sektionsmaterial des Institutes 72 Fälle mit tödlichen Schädeltraumen außer Schußverletzung, bei denen genaue Angaben über die Überlebenszeit, den Bewußtseinszustand und die Aktionsfähigkeit zur Verfügung stehen, ausgewählt und durchgesehen.

Wendet man sich der ersten Frage zu, so wird in der Literatur von den meisten Autoren die Auffassung vertreten, daß Reaktionen an der Glia und an den Ganglienzellen sowie das Auftreten perivaskulärer Blutungen, Endothelverfettungen und Strukturveränderungen am Grundgewebe wie Quellung- und Ödembildung erst 6 Std nach dem Trauma beobachtet werden (KATZENSTEIN, ESSER, WOLFF, WEIMANN). Selbst wenn man berücksichtigt, daß ILLCHMANN-CRIST bereits Parenchymveränderungen dieser Art innerhalb von 2 Std gesehen hatte und von ihm sogar die Entstehung eines Erweichungsherdens innerhalb von 3—4 Std in Er-

wägung gezogen wird, müßte man bei dem Vorhandensein solcher Befunde an eine längere Überlebenszeit denken, womit ohne Kenntnis der Bewußtseinslage eine Handlungsfähigkeit nicht auszuschließen wäre. Andererseits wäre bei dem Fehlen entsprechender histologischer Besonderheiten und dem Bestehen lebensgefährlicher Verletzungen anderer Art ein relativ rasch eintretender Tod in Betracht zu ziehen, und, wenn auch mit der Möglichkeit von Reflexbewegungen und Automatismen, so doch kaum mehr mit Handlungen im engeren Sinne zu rechnen. Bei Durchsicht des gesamten Materials haben sich recht unterschiedliche Zeiträume bezüglich der Ausbildung sog. früher Gewebsreaktionen ergeben, auf die in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden kann. Es ist auch zu bestätigen, daß fast durchweg dann, wenn der Tod innerhalb weniger Minuten eintrat, keine auffälligen Reaktionen an der Glia und insbesondere keine Blutungen sowie Endothelveränderungen bestanden. Nur in drei Fällen, in denen nicht mit aller Sicherheit der Überlebenszeitraum festzustellen war, da es sich um Verkehrsunfälle mit Unfallflucht handelte, zeigten sich geringfügige perivaskuläre Blutungen in verschiedenen Teilen des Gehirns. Diese Befunde könnten noch mit der Beobachtung von PETERS in Einklang gebracht werden, der eine  $\frac{1}{2}$  min nach gesetztem Trauma am Gehirn pericapilläre Blutaustritte beobachtete. Bemerkenswert ist aber, daß in einem Fall, bei dem das Großhirn im Ganzen im Rahmen eines Verkehrsunfalles aus dem Schädel herausgeschleudert worden war, sowohl in den Stammknoten als auch im Mark einzelne perivaskuläre Blutungen vorhanden waren und auch Endothelverfettungen in den Capillaren nachgewiesen werden konnten. Da dieser Gehirnteil abgetrennt mit dem Kreislauf nicht mehr in Zusammenhang stand, können jene Beobachtungen nur als Ausdruck supravitaler Vorgänge gedeutet werden, wobei möglicherweise die besonderen Umstände bei der Entstehung der Veränderungen eine gewisse Rolle spielten.

Berücksichtigt man außerdem, daß durch postmortale Vorgänge sich das Bild der Gewebsstruktur im Sinne der Quellung und der Ödembildung verändert (PETERSON), so erscheint es im höchsten Grade zweifelhaft, ob man aus den erwähnten histologischen Auffälligkeiten in der Lage ist, eine klare und verbindliche Aussage über die Überlebenszeit zu machen und darüber hinaus aus dem Vorhandensein oder Fehlen derselben die Aktionsfähigkeit zu beurteilen.

Die zweite Frage, ob das Vorhandensein grober Veränderungen im Gehirn oder die Zerstörung lebenswichtiger Hirnteile die Annahme einer Aktions- bzw. Handlungsunfähigkeit rechtfertigt, kann nur unter Bezug auf die eingangs erwähnte Abstufung vorgenommen werden.

Die Möglichkeit der reflektorischen Aktion eines tödlich Verletzten kann selbst bei weitgehender Zerstörung lebenswichtiger Organe niemals mit Sicherheit verneint werden. Eine eingehende Erörterung erübrigt sich

jedoch im Rahmen dieser Betrachtung deshalb, weil im allgemeinen nur geringfügige Bewegungen des tödlich Verletzten in Betracht kommen, deren Auswirkungen im Rahmen des Gesamtspurenbildes ohne weiteres übersehen werden können. Anders liegen die Verhältnisse jedoch bei den Automatismen. Hier ist es durchaus möglich, daß durch solche Aktionen nicht nur das gesamte Spurenbild verwischt wird, sondern der tödlich Verletzte sich noch fortbewegt, daß sogar falsche Rückschlüsse bezüglich des Tatortes gezogen werden.



Abb. 1

So war ein Taxifahrer, welcher im Wagen sitzend einen Messerstich in die Schläfe erhielt, durch welchen das Mittelhirn durchtrennt war und die Pyramidenbahn unterbrochen wurde, noch in der Lage, einige Schritte bis zum Straßenrand zu laufen, wo er tot zusammenbrach.

Wäre der Mörder nicht von seinem Verfolger gestellt worden, so hätte sich, insbesondere da im Fahrzeug keine Blutspuren festzustellen waren, eine ganz andere Tatrekonstruktion ergeben.

In einem weiteren Fall wurde ein Motorradfahrer von dem Aufbau eines LKW's in einer seichten Kurve so erfaßt, daß der Schädel aufge-  
rissen und das Gehirn herausgeschleudert wurde. Das Motorrad fuhr dann mit dem leblosen Fahrer die Kurve weiter und prallte etwa 60 m von der Unfallstelle entfernt gegen einen Mast. Auch hier hätte sich möglicher-

weise eine ganz andere Unfallrekonstruktion ergeben, wenn nicht Zeugen des eigentlichen Tatablaufes vorhanden gewesen wären. Man wird deshalb auch in solchen Fällen mit zweifellos sofort tödlichen Verletzungen stets mit der Möglichkeit einer Aktion des Betroffenen, ja sogar einer Fortbewegung rechnen müssen.

In jedem Einzelfall ist für diese Beurteilung jedoch der Befund in seiner Gesamtheit einschließlich der übrigen Verletzungen an den Gliedmaßen entscheidend.



Abb. 2

Wesentlicher aber als jene agonal noch möglichen Aktionen ist die Beurteilung, ob den Umständen nach eine im Dämmerzustand erfolgende instinktive Reaktion bzw. eine Handlungsfähigkeit im engeren Sinne auszuschließen ist. Hierbei ist zunächst herauszustellen, daß eine Abgrenzung zwischen einer Handlung im Dämmerzustand und einer solchen bei vollem Bewußtsein aus dem pathologisch-anatomischen Befund nicht möglich ist (GORONCY). Man wird lediglich aus dem Befund an der Leiche die Frage der Befähigung zu differenzierten Tätigkeiten, die im allgemeinen zumindest einen gewissen Bewußtseinsgrad voraussetzen, beantworten können. ILLCHMANN-CHRIST glaubte, daß eine enge Beziehung zwischen kontinuierlich bestehender Bewußtlosigkeit und somit auch der

reaktiven Handlungsfähigkeit seit der Verletzung bis zum Tod mit dem pathologisch-anatomischen Nachweis einer akut entstandenen intracraniellen Druckerhöhung, einer schweren allgemeinen Hirnschwellung, einer Contrecoup-Contusion der Rinde und einem ausgeprägten Vasomotorenkollaps bestehe. Bei Durchsicht des vorliegenden Materials hat sich diese

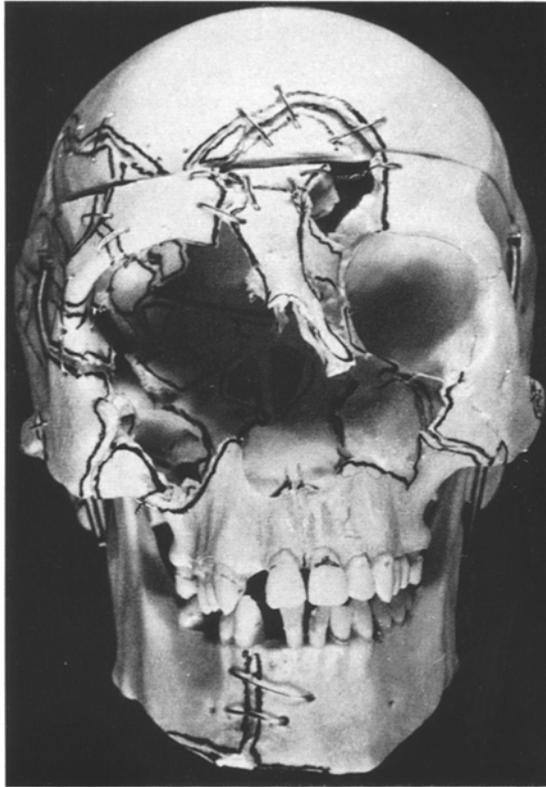


Abb. 3

Auffassung auch insofern bestätigt, als bei dem Vorhandensein einer akuten Hirnschwellung in Verbindung mit den übrigen oben angeführten Befunden in den allermeisten Fällen eine kontinuierliche Bewußtlosigkeit vorlag. Es ist in diesem Zusammenhang aber zu betonen, daß in fünf Fällen mit dem oben erwähnten Syndrom eine, wenn auch nur kurz dauernde Bewußtseinsklarheit mit Sprech-, Schreib- und Bewegungsfähigkeit bestand. Es erscheint deshalb fraglich, ob man aufgrund dieser Befunde allein den Beweis einer Handlungsunfähigkeit führen kann. Somit richtet sich das Interesse auf spezielle Gehirnbefunde, bei denen, sei es durch Blutungen oder sonstige herdförmige Veränderungen, eine so

weitgehende Zerstörung der lebenswichtigen und motorischen Zentren eingetreten ist, aus denen man aus der Erfahrung über die Lokalisation bestimmter Aktionszentren eine Handlungsfähigkeit ausschließen kann (DANCZ).

Es ist wohl allgemein bekannt, daß bei längerer Überlebenszeit solche Rückschlüsse wegen der oft nicht unerheblichen posttraumatischen Veränderungen recht zweifelhaft sind. Daß aber auch bei Zeiträumen von

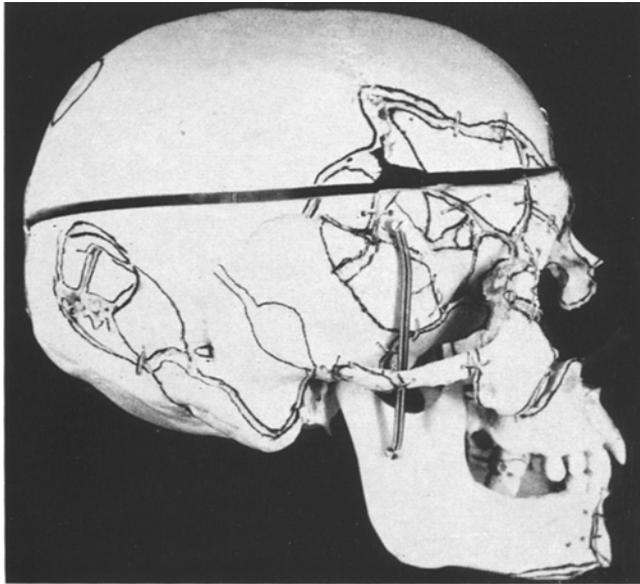


Abb. 4

Minuten Schlußfolgerungen dieser Art nicht begründet sind, zeigt folgendes Beispiel:

Im Rahmen einer tätlichen Auseinandersetzung versetzte der Ehemann seiner Frau neben mehreren Messerstichen vielfältige Schläge mit dem Hammer auf den Kopf, wobei der Schädel an mehreren Stellen so tief eingeschlagen wurde, daß das Gehirn hervortrat.

Die Frau war infolge dieser Mißhandlungen zusammengebrochen, sprang aber in dem Augenblick, als der Mann weglief, plötzlich auf, rannte zum Treppenabsatz und rief den Nachbarn, sie mögen die Kinder retten, da ihr Mann sicherlich auch diese tot schlage. Bei diesen Worten wurde die Schwerverletzte bewußtlos und verstarb. Bei der Obduktion fanden sich neben schweren Schädelverletzungen, Rindenprellungsherde im Bereich der Frontal-, Parietal- und Occipitalregion, ausgedehnte Blutungen im Streifenkörper und mikroskopisch solche im Sehhügelgebiet sowie im Zwischenhirn, in der Brücke und im verlängerten Mark.

Nach den allgemeinen Erfahrungen hätte eine Handlungsfähigkeit nicht mehr bestehen dürfen. Die Tatsache, daß die Frau nach den Schlägen noch in der Lage war, jene durchaus zielgerechten Handlungen vorzunehmen, läßt sich nur so erklären, daß jene bei der Obduktion festgestellten Blutungen erst nach dem Hilferuf entstanden sind. Darüber hinaus könnte man daran denken, daß die Ausdehnung der Blutungen agonal

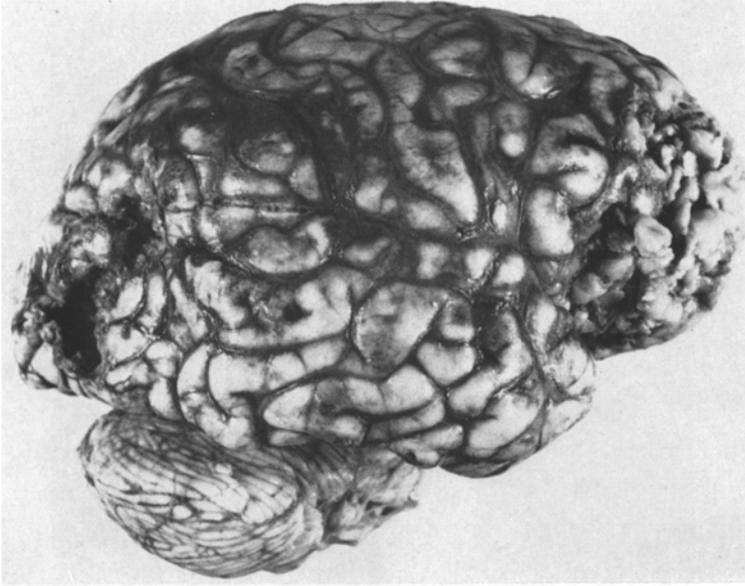


Abb. 5

eine Erweiterung erfahren haben. Daraus ergibt sich, daß keine unmittelbare Beziehungsmöglichkeit zwischen den bei der Obduktion erhobenen Befunden und dem Zustand des Gehirns bei bzw. unmittelbar nach Erhalt der Verletzung besteht. Man wird deshalb auch die Frage der Aktions- bzw. Handlungsfähigkeit nicht allein aus dem Gehirnbefund beantworten können.

Damit gewinnen aber jene Feststellungen an anderen Organen, welche auf das Vorliegen einer tiefen Bewußtlosigkeit schließen lassen, Bedeutung. Bereits WALCHER wies darauf hin, daß die Fremdkörperaspiration Ausdruck einer zentral bedingten Reflexlähmung sei, weshalb bei bestehender Blutaspiration auch auf eine Bewußtlosigkeit und damit auf eine Handlungsunfähigkeit zu schließen sei. Es wurde vielfach diskutiert, ob das Vorhandensein von Blut im Magen und im Zwölffingerdarm neben den Zeichen der Blutaspiration auf eine vorübergehende Handlungsfähigkeit oder zumindest auf eine erst allmählich einsetzende Bewußtlosigkeit

hinweise. Da aber Blut auch bei bestehender Bewußtlosigkeit sowie agonal oder gar postmortal in den Magen gelangen kann, wie es in drei Fällen zu beobachten war, und mit einer nach Eintritt des klinischen Todes fortdauernden Darmperistaltik zu rechnen ist (PROKOP), kann der Blutbefund im Magen-Darm-Kanal weder im positiven noch im negativen Sinne bei der Beurteilung der Handlungsfähigkeit herangezogen werden.

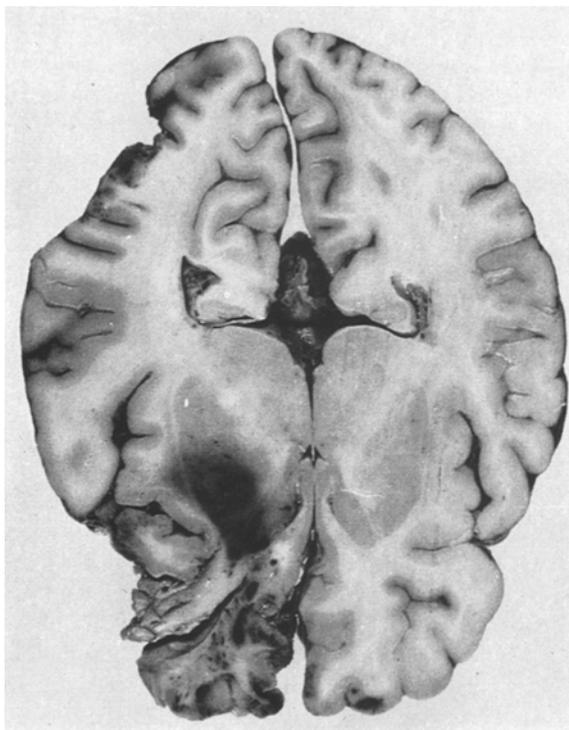


Abb. 6

Es ist aber aufgrund des durchgearbeiteten Materials zu betonen, daß in allen Fällen, bei denen eine Blutung in den Nasen-Rachenraum erfolgte und eine Bewußtlosigkeit vorlag, eine massive, bereits bei makroskopischer Betrachtung ausgebildete Blutaspiration vorhanden war. Es soll jedoch in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, daß der Grad der Verstopfung der Luftröhrenäste kein Maß für die Überlebenszeit darstellt, da auch bei Überlebenszeiten von nur wenigen Minuten massive Einatmungen von Blut gefunden wurden. Es erscheint deshalb den Umständen nach durchaus berechtigt, aus dem Vorliegen eines isolierten typischen Aspirationsbefundes von dem Zeitpunkt des Bestehens einer Blutung in den Nasen-Rachenraum auf eine Bewußtlosigkeit zu

schließen, womit auch eine Handlungsunfähigkeit anzunehmen ist, während auch dieser Befund eine reflektorische oder autonome Aktionsfähigkeit nicht ausschließt.

Hier sind, wie bereits bei den Automatismen ausgeführt, alle getroffenen Feststellungen an der Leiche mit zu berücksichtigen. Die Auffassung von WALCHER, FÖRSTER und BADE erscheint somit unter dieser Einschränkung aufgrund des hier durchgesehenen Materials in vollem Umfange bestätigt.

Überblickt man die gewonnenen Ergebnisse, so ist ganz allgemein zu sagen, daß die Frage der Aktions- bzw. Handlungsfähigkeit allenfalls im Sinne des Ausschlusses einer solchen zu beantworten ist. Geringfügige, mikroskopisch nachweisbare Reaktionen an der Glia oder an der Grundstruktur des Gehirns schließen einen sofort eingetretenen Tod nicht aus, so wie umgekehrt der Nachweis solcher oder das Vorliegen einer tiefen Blutaspilation nicht auf eine längere Überlebenszeit hinweisen. Es ist selbst bei schwersten Veränderungen im Gehirn nicht möglich, eine gewisse Aktionsfähigkeit auszuschließen, durch welche ganz erhebliche Veränderungen der ursprünglichen Tatsituation geschaffen werden. Als einziges Kriterium einer Handlungsunfähigkeit ist die als Ausdruck einer Bewußtlosigkeit zu wertende isolierte Blutaspilation anzusehen. Ob und inwieweit der Verletzte noch zu Aktionen im Sinne von reflektorischen Reaktionen oder Automatismen befähigt ist, kann jedoch nicht nur aus dem Befund an der Leiche in seiner Gesamtheit beurteilt werden. So wichtig und für die Beantwortung bestimmter Fragestellungen sogar entscheidend der Gehirnbefund und die Feststellungen über das Bestehen einer Bewußtlosigkeit sind und so wesentlich auch die übrigen Leichenbefunde erscheinen, so wird man die so schwierige Frage der Aktionsfähigkeit aus pathologisch-anatomischer Sicht nur bedingt beantworten können. Es muß die Tatortsituation und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten mit dem anatomischen Befund in Beziehung gebracht werden. Aus dieser Ganzheitsschau ist es erst erlaubt im Sinne eines Ausschlußes die Frage der Aktionsfähigkeit zu entscheiden.

#### *Zusammenfassung*

Für den als zu eng aufgefaßten Begriff der Handlungsfähigkeit wird der Begriff der Aktionsfähigkeit vorgeschlagen und nach den biologischen Gegebenheiten vier Stufen derselben, nämlich die Befähigung zur reflektorischen Aktion, die Möglichkeit zu Automatismen, die instinktive Reaktion und die Handlungsfähigkeit als bewußtes Verhalten unterschieden. Anhand von Beispielen wird ausgeführt, daß mit den Automatismen auch bei sofort tödlichen Verletzungen zu rechnen sei. Eine positive Relation zwischen anatomischen Veränderungen und Überlebenszeit, sowie den bei der Sektion feststellbaren Gehirnveränderungen und dem Be-

wußtseinszustand hat sich nicht ergeben. Ein Ausschluß der Handlungsfähigkeit kann allenfalls bei dem Nachweis einer isolierten Blutaspilation von dem Zeitpunkt einer Blutung in dem Nasen-Rachenraum ab angenommen werden.

#### *Resumé*

Au lieu du terme «capacité d'agir consciemment» qui a un sens trop étroit, on propose le terme «capacité d'agir inconsciemment». Selon les conditions biologiques on distingue quatre stades, à savoir le pouvoir de réflexe, la possibilité d'automatisme, la réaction instinctive et la capacité d'agir consciemment. Les exemples montrent que s'il y a blessures à mort, on peut s'attendre à un automatisme. Il n'en résulte pas de relation positive entre les changements d'anatomie et le temps qu'il reste à vivre et aussi entre les changements du cerveau constatés au cours de l'autopsie, et l'état de conscience. L'exclusion de la capacité d'agir consciemment pourrait être supposée sauf dans le cas où l'on peut constater la pénétration isolée du sang dans les voies respiratoires dès l'arrivée du sang dans la fosse nasale.

#### *Literatur*

- BADE, W.: Beitrag zur Handlungsfähigkeit tödlich Verletzter. Med. Inaug.-Diss. Kiel 1935.
- BECKER, W.: Handlungsfähigkeit vor dem Tode nach Verletzungen mit tödlichem Ausgang. Med. Inaug.-Diss. Münster 1939.
- DANCZ, M.: Über die Lokalisation der Bewußtseinsstörungen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **134**, 217 (1934).
- ESSER, A.: Die Verletzungen der Hirnrinde bei stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schädel mit besonderer Berücksichtigung des forensischen und unfallpathologischen Standpunktes. Arch. orthop. Unfallchir. **23**, 10—106 (1955).
- FÖRSTER, A.: Handlungsfähigkeit, S. 338. Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik. Berlin 1940.
- GORONCY, C.: Handlungsfähigkeit Kopfschußverletzter. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **4**, 145 (1924).
- Zur Handlungsfähigkeit nach schwerer Kopfverletzung. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **15**, 239 (1930).
- GRÜNEWALD, M.: Sind tödlich Verletzte noch handlungsfähig? Mschr. Kriminalpsychol. **19**, 540 (1928).
- ILLCHMANN-CHRIST, A.: Zur Frage der Beurteilung der Handlungsfähigkeit und Lebensdauer nach stumpfen Schädeltraumen. Arch. orthop. Unfall-Chir. **44**, 568 (1951).
- KATZENSTEIN, E.: Das Schädeltrauma. Basel 1956.
- KRATTER, J.: Über Handlungsfähigkeit tödlich Verletzter. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **5**, 30 (1925).
- LE GENDRE, A., u. P. PROVENT: Handlungsfähigkeit während des Überlebens oder mit einer automatischen Bewegung während der Agonie. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **14**, 177 (1930).
- LESCHMANN, W.: Über einen Fall von Dissimulation einer schweren Kopfschußverletzung. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **19**, 82 (1932).
- MEIXNER, K.: Die Handlungsfähigkeit Schwerverletzter. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **16**, 139 (1931).

- NAEGELI, O.: Zwei perforierende Hirnschüsse. Mord oder Selbstmord. Vjschr. gerichtl. Med. **41**, 231 (1884).
- PATSCHEDER, H., u. TH. FUCHS: Überlebenszeit und Handlungsfähigkeit bei Verletzungen großer Schlagadern. Beitr. gerichtl. Med. **22**, 261 (1962).
- PETERS, G.: Die Gehirnveränderungen bei stumpfer Gewalteinwirkung von vorn (auf die Stirn). Luftfahrtmed. **7**, 344 (1943).
- Über gedeckte Gehirnverletzungen (Rindenkontusionen) im Tierversuch. Zbl. Neurochir. **8**, H. 1—5, 172 (1943).
- PETERSOHN, F.: Postmortale Veränderungen am Gehirn. Ein Beitrag zum Problem der Hirnschwellung und des Gehirnödem. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **54**, 178 (1963).
- PROKOP, O.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin 1960.
- SPITZ, W. U., CHR. S. PETHY u. R. S. FISHER: Handlungsfähigkeit nach tödlichen Verletzungen durch Schuß- und Stichwaffen. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **53**, 23 (1962/63).
- STERBA, O.: Der Selbstmordversuch eines Schülers. Beitr. gerichtl. Med. **6**, 106 (1924).
- STRASSMANN, G.: Über Lebensdauer und Handlungsfähigkeit Schwerverletzter. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **24**, 391 (1935).
- TESAR, J.: Handlungsfähigkeit bei Schwer- und Tödlich-Verletzten. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **48**, 454 (1958/59).
- URBACH, J.: Die Verletzung des Herzens durch stumpfe Gewalt. Beitr. gerichtl. Med. **4**, 104 (1922).
- WAGNER, H.-J.: Über die Beziehung zwischen histologischem Lungenbild und der Handlungsfähigkeit nach vorausgegangenem Würgen. Acta Med. leg. soc. (Liège) (im Druck).
- WALCHER, K.: Über Bewußtlosigkeit und Handlungsunfähigkeit. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **13**, 313 (1929).
- WEIMANN, W.: Zur Frage der Handlungsfähigkeit Kopfverletzter. Arch. Kriminol. **82**, 178 (1928).
- Zum Tod im Boxkampf. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **16**, 341 (1931).
- WOLFF, K.: Todesfälle durch Boxsport. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **12**, 392 (1928).
- Beitr. path. Anat. **89**, 249 (1932).
- Beitrag zur Morphologie der Kreislaufstörungen im Gehirn. Bau und Entstehung der Ringblutungen. Virchows Arch. path. Anat. **298**, 98 (1936).

Priv.-Doz. Dr. med. FRANZ PETERSOHN  
 Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik  
 der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
 65 Mainz, Langenbeckstr. 1

### J. v. KARGER (Kiel): Suicid im Versicherungsrecht.

Die Selbsttötung als eine Möglichkeit menschlichen Handelns hat in der Geschichte eine unterschiedliche Bewertung durch die Mitwelt und ihre Institutionen erfahren. Daneben ist sie immer noch vom Odium des Unheimlichen, Uneinfühlbaren umgeben, und dieses Unheimliche findet seinen adäquaten Niederschlag in dem Wort „Selbstmord“ — einem Wort, das nicht mehr gebraucht werden sollte; denn es steht vom Wort-sinn her begriffsgleich mit geächteten Verhaltensweisen wie Vatermord,