

## *Kasuistiken / Casuistics*

# **Ein neues Zeichen zum Nachweis der Schußabgabe durch eigene Hand?**

**V. Schneider<sup>1</sup> und T. Pietrzak<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin, Hittorfstr. 18, 1000 Berlin 33

<sup>2</sup>Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin, Invalidenstr. 52, 1000 Berlin 21

### **A New Sign for Establishment of Evidence Involving Suicide by Gunshot?**

**Summary.** Two cases involving deadly bullet shots to the head are reported (entry wounds at the right temple, shots fired at absolutely close range, 7.65 or 9 mm caliber). In both cases bleeding was determined in the fissure of the right shoulder joint. This bleeding can be explained by hyperextension and extreme position of the joint at the time of the gun firing. Should further cases of bleeding be confirmed during additional autopsies, then this bleeding could be an indication of death „by one’s own hand.”

**Key words:** Temple bullet wounds, hemarthrosis – Suicide, by gunshot

**Zusammenfassung.** Es wird über zwei Fälle von tödlichen Kopfschüssen berichtet (Einschufwunden rechte Schläfe, absolute Nahschüsse, Kaliber 7,65 bzw. 9 mm), bei denen im Spalt des rechten Schultergelenks Blutungen festgestellt werden konnten. Diese werden durch Überdehnung bei Schußabgabe und extremer Gelenkposition erklärt. Sie könnten, sollten sie sich in einem größeren Obduktionsgut bestätigen, ein Hinweis für „eigene Hand“ sein.

**Schlüsselwörter:** Schläfenschüsse, Blutungen im Schultergelenk – Suicid, Schuß

Zur Beurteilung von tödlichen Schußverletzungen hat sich unlängst Krauland (1984) ausführlich geäußert. Die Arbeit trägt den Untertitel „Die Waffe in der Hand“. Einleitend heißt es dort, daß die Frage „eigene oder fremde Hand?“ bei tödlichen Schußverletzungen mitunter schwierig zu beantworten sei. Es sei deshalb nicht verwunderlich, daß seit mehr als 100 Jahren die Diskussion darüber trotz aller Fortschritte nicht aufgehört habe. Schwerd (1975) meint, daß die Lage der Waffe (Faustregel: Waffe in der Hand des Opfers spricht dafür, daß

*Sonderdruckanfragen an:* V. Schneider (Adresse siehe oben)

sie nachträglich hineingelegt wurde und damit für Mord) und die Lokalisation der Wunde vielfach wichtige Schlüsse zuließen. Ähnlich äußern sich auch Forster und Ropohl (1982): „Für eine Tötung durch fremde Hand spricht eine in der Hand liegende Waffe (Versuch, Selbstmord vorzutäuschen)“. Dagegen handelte es sich bei den 20 Fällen von Krauland (Kopfschüsse), bei denen die Waffe in der Hand vorgefunden wurde, durchweg um Selbsttötungen. Dies ergab sich aus den polizeilichen Ermittlungen, den kriminaltechnischen Untersuchungen, in einigen Fällen aus dem Ergebnis der Obduktion, den flankierenden Laborwerten und den Abschiedsbriefen. Abschließend kommt Krauland zu dem Ergebnis: „Liegt die Waffe schußgerecht fest umschlossen in der totenstarrten Hand, scheint dies in erster Linie bei Selbsttötungen vorzukommen, liegt diese nur locker, wird man besonders zurückhaltend mit der Beurteilung sein müssen. Ist die Lage der Waffe aber nicht ‚schußgerecht‘, wird man selbstverständlich Verdacht schöpfen.“

Das Fehlen der Waffe am Ort läßt zunächst an fremde Hand denken. Aber auch hier wird man in Betracht zu ziehen haben, daß die ursprüngliche Auffindungssituation verändert worden ist, so durch die Angehörigen, um einen Suizid zu verschleiern, oder aber durch Fremde, die die Waffe an sich genommen haben können. Aber auch der Selbstmörder kann durchaus Vorkehrungen getroffen haben, daß die Waffe nach dem tödlichen Schuß nicht ohne weiteres auffindbar ist (z. B. Schußabgabe über einem Brückengeländer). Bei zunächst noch erhaltener Handlungsfähigkeit kann er aber auch die Waffe selbst noch beseitigt haben.

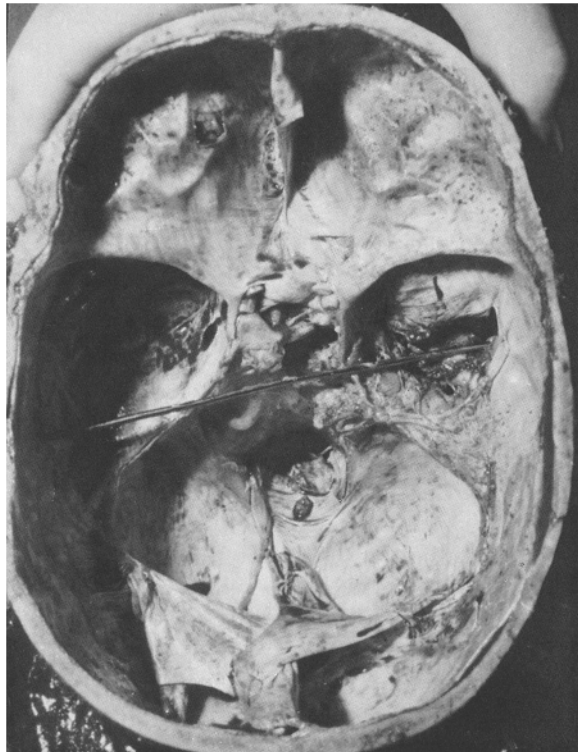
Aufgrund dieser Überlegungen war man natürlich seit jeher auf der Suche nach objektiven Befunden zur Abgrenzung „eigene Hand/fremde Hand“. Wichtige Hinweise liefert in diesem Zusammenhang die Einschußwunde. In dem von Ponsold (1967) herausgegebenen „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin“ hat sich Sellier (von ihm stammt auch der Beitrag „Schädigungen und Tod infolge Schußverletzungen“ in dem Lehrbuch „Gerichtliche Medizin“ von Mueller 1975) dahingehend geäußert, daß das Fehlen von Nahschußzeichen im allgemeinen für eine Schußabgabe von fremder Hand beweisend sei; beim Selbstmord sei ein Schuß mit aufgesetzter Mündung (absoluter Nahschuß) das Wahrscheinlichste. In seiner Monographie „Schußwaffen und Schußwirkungen I“ schreibt Sellier (1982): „Das Vorhandensein von Nahschußzeichen ist zwar im allgemeinen beweisend für Selbstbeibringung der Schüsse, schließt aber einen Mord nicht aus, da der Täter durch Überraschung, Bewußtlosigkeit oder Schlaf des Opfers bis auf Nahschußweite herankommen kann“; und weiter: „Noch unbefriedigender wird die Situation, wenn es sich um die Differenzierung von Selbstmord und Tötung auf Verlangen handelt. Nahschußzeichen sind in beiden Fällen vorhanden, Abwehrverletzungen werden nicht gefunden. Mit medizinischen und naturwissenschaftlichen Befunden ist eine Differenzierung nicht möglich.“

Auf die Merkmale des absoluten Nahschusses sei in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen, vielmehr sei auf eine weitere Differenzierungsmöglichkeit hingewiesen. Bei Selbstbeibringung des Schusses sind Spuren der Waffe, aber auch Spuren des Körpers zu finden (Schmauchspuren, evtl. auch Pulvereinsprengungen, Blut- und Gewebsspritzer). Aber auch diese Aussage

schränkt Sellier (1982) gleich wieder ein: „Wichtig ist, daß bei bestimmten Waffen keine Schmauchspuren zu finden sind und daß bei Schläfenschüssen infolge „Abfiltrierens“ durch dichtes Haar eine Verschmutzung der Waffe durch rückgeschleuderte Gewebsteilchen, die immer aus der Einschußwunde austreten, verhindert werden kann.“ Und an anderer Stelle: „Blut- und Gewebsspritzer sind nicht obligatorisch, d.h. aus deren Nichtvorhandensein (unterstellt, die Hand ist nicht abgewischt) kann nicht der Schluß gezogen werden, das Opfer habe sich den Schuß nicht selbst beigebracht.“

Sellier, der im deutschsprachigen Raum sicher wohl die größten Erfahrungen auf dem Gebiet der Schußwaffen und Schußwirkungen unter forensischen Gesichtspunkten haben dürfte, kommt letztlich zu dem Schluß, daß oftmals durch das Ergebnis der Sektion und durch Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden die Frage, ob ein Mord oder Selbstmord vorliegt, nicht zu entscheiden sei. Ein solcher Fall soll im Folgenden kurz beschrieben werden.

Am frühen Morgen wurde der 52 Jahre alte F.K. von Spaziergängern auf einer Parkbank in einer Grünanlage erschossen aufgefunden. Das Fehlen einer Waffe und das Ergebnis der weiteren Ermittlungen ließ an eine Schußabgabe durch fremde Hand denken. Andererseits bestand nach dem Ergebnis der gerichtlichen Leichenöffnung kein Zweifel, daß es sich um eine Schußabgabe aus nächster Nähe (offensichtlich angesetzt) gehandelt hat. Die mehrstrahlige Einschußwunde fand sich knapp vor der rechten Ohrmuschel, das dazugehörige



**Abb. 1.** Kopfsteckschuß, Kaliber 7,65, Einschuß rechte Schläfe, absoluter Nahschuß, Verlauf des Schußganges siehe eingelegte Sonde (Prot.-Nr. 143/85, Prof. Schneider/Pietrzak)



**Abb.2.** Blutspritzer an der linken Hand (beidhändige Schußabgabe?)

deformierte Mantelgeschoß (Kaliber 7,65) lag unter der Haut, etwas oberhalb der linken Ohrmuschel (Kopfsteckschuß). Neben den Nahschußzeichen im Bereich der Einschußwunde fanden sich auch sehr hohe Kohlenoxidhämoglobingehalte (40%). Die weitere chemisch-toxikologische Untersuchung hatte ein negatives Ergebnis. BAK 0,85‰, Im Hinblick auf den Verlauf des Schußganges im Schädel mit Zerstörung großer Teile des Hirnstammes und Zerreißen der Hirngrundschlagader war davon auszugehen, daß F.K. nach Schußabgabe nicht mehr handlungsfähig war und daß der Tod ganz rasch eingetreten sein dürfte (Abb.1).

Das polizeiliche Ermittlungsergebnis sprach, wie gesagt, für fremde Hand; das Obduktionsergebnis und das der Nachuntersuchung war mit der Annahme einer Schußabgabe durch eigene Hand durchaus in Einklang zu bringen, hierfür könnten auch Blutspritzer an der linken Hand (Abb.2) sprechen (beidhändige Schußabgabe?). Das Ergebnis der kriminaltechnischen Untersuchung wiederum sprach gegen eine Schußabgabe von eigener Hand, da eine Beschmauchung nicht festgestellt werden konnte.

Um bei der unterschiedlichen Interpretation der Befunde weiterzukommen, sind wir erstmals in diesem Falle der Frage nachgegangen, ob der Nachweis der Schußabgabe durch eigene Hand möglicherweise nicht auch noch dadurch zu führen sei, daß man in den Gelenken, insbesondere im Schultergelenk, nach Blutungen sucht, aus der Überlegung heraus, daß dieses Gelenk bei Schußabgabe (Schläfenschuß) sich in einer Extremposition befindet, so daß der Rückschlag der Waffe möglicherweise zu Zerrungen im Gelenk und damit zu Blutungen in das Gelenk bzw. in die umgebenden Weichteile führen kann. Und tatsächlich fanden wir im rechten Schultergelenk eine Blutverschmierung im Bereich des Gelenkspaltes, aber auch kleine Blutungen in der Muskulatur in der Umgebung des rechten Schultergelenkes (Abb.3). Im linken Schultergelenk und in beiden Ellenbogengelenken waren Blutungen nicht festzustellen.



**Abb. 3.** Blutverschmierungen auf der Gelenkfläche des rechten Oberarmkopfes (neues Zeichen zum Nachweis der Schußabgabe durch eigene Hand?)

Zwar hat dieser Befund die ermittelnden Polizeibeamten von der Annahme einer Selbsttötung nicht letztlich überzeugen können, andererseits sind die sehr intensiv geführten Ermittlungen im Hinblick auf eine Schußbeibringung durch fremde Hand ebenfalls ergebnislos geblieben.

Kurz danach hatten wir Gelegenheit, einen weiteren Fall mit einer Blutung im rechten Schultergelenk zu beobachten, bei dem auch vom Ermittlungsergebnis keinerlei Zweifel an einer Selbsttötung bestand. Es handelte sich um den 79 Jahre alten Rentner E.S., der im Badezimmer seines Einfamilienhauses von einem Bekannten tot aufgefunden worden ist (Kopfdurchschuß, Kaliber 9 mm). Die Einschußwunde (angedeutete Stanzmarke, Schmauchhöhle) befand sich an der rechten Schläfe, der Schußgang verlief durch beide Stirnlappen mit Zertrümmerung des vorderen Anteils des Schädelgrundes zu einer Ausschußwunde im linken Stirnbereich. Weitere Befunde: Mäßige Bluteinatmung, spärliche Totenflecke, stärkere Sklerose der Hirnbasisarterien, alter Hinterwandinfarkt mit inkomplettem Herzwandaneurysma, substantielles Lungenemphysem, lappenfüllende Pneumonie rechter Unterlappen. Eine frische Verletzung am linken Handgelenk wurde zunächst als Pulsaderschnitt fehlgedeutet; tatsächlich handelte es sich dabei um eine Schußverletzung; das Geschoß hatte nach Verlassen des Kopfes den erhobenen linken Unterarm durchschlagen (Abb. 4). Auch hier war im Gelenkspalt des rechten Schultergelenkes eine dünne Blut-



**Abb. 4.** Kopfdurchschuß, Kaliber 9 mm, Selbsttötung, Einschub rechte Schläfe, absoluter Nahschuß, Durchschuß des linken Unterarmes, Einschubwunde oberhalb des linken Handgelenkes zunächst als Pulsaderprobierschnitt fehlgedeutet (L.-Nr. 245/85), Prof. Schneider/Dr. Maxeiner)

verschmierung zu erkennen, allerdings keine Blutungen in der umgebenden Muskulatur. BAK negativ, Einschub wie Ausschub 8% CO-Hb, Vergleichswert 0%. Tatmotiv: Vermutlich Angst vor körperlicher Gebrechlichkeit und Siechtum.

In zwei weiteren Fällen (Schläfenschüsse) war eine Blutung in dem entsprechenden Schultergelenk nicht festzustellen. Dies zeigt, daß derartige Blutungen offensichtlich kein konstanter Befund sind. Können sie aber nachgewiesen werden, so wird man ihnen vielleicht eine gewisse Bedeutung bei der Differenzierung „eigene Hand oder fremde Hand“ beimessen dürfen, insbesondere wenn sich diese Ergebnisse an einem größeren Obduktionsgut bestätigen sollten.

## Literatur

- Forster B, Ropohl D (1982) Rechtsmedizin. Enke, Stuttgart (3. Aufl)  
 Krauland W (1984) Zur Beurteilung von tödlichen Schußverletzungen. Arch Kriminol 174: 1–22  
 Sellier K (1967) Schuß. In: Ponsold A (Hrsg) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Thieme, Stuttgart (3. Aufl., S 360–369)  
 Sellier K (1975) Schädigungen und Tod infolge Schußverletzungen. In: Mueller B (Hrsg) Gerichtliche Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York (2. Aufl., S 563–608)  
 Sellier K (1982) Schußwaffen und Schußwirkungen I. Schmidt-Römhild, Lübeck  
 Schwerd W (1975) Schußverletzungen. In: Schwerd W (Hrsg) Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln-Lövenich, S 58–64

Eingegangen am 28. Juni 1985