

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Rechtsmedizin
- Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer -

Der Nicht-Natürliche Tod beim Kind
—
**epidemiologische, pathophysiologische, forensisch-medizinische,
kriminologische und soziale Aspekte.**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Holtbecker, Marie-Danielle
aus Münster
2008

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Volker Arolt

1. Berichterstatter: PD Dr. B. Karger

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. G. Köhler

Tag der mündlichen Prüfung: 14.11.2008

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Institut für Rechtsmedizin

- Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer -

Referent: PD Dr. B. Karger

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. G. Köhler

ZUSAMMENFASSUNG

**Der Nicht-Natürliche Tod beim Kind –
epidemiologische, pathophysiologische, forensisch-medizinische, kriminologische und
soziale Aspekte.**

Marie-Danielle Holtbecker

Untersucht wurden alle Fälle von nicht-natürlichem Tod bei Kindern im Alter von sechs bis 16 Jahren, die sich zwischen 1985 und 2004 im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ereigneten. Von den insgesamt 146 Fällen handelte es sich in 88 Fällen um Unfälle, 31 Kinder begingen Selbstmord, und weitere 27 Kinder starben durch Fremdtötung. Unter den Unfällen rangierten an erster Stelle die Verkehrsunfälle (n=34), die bei den Opfern fast immer schwere Kopfverletzungen hervorriefen, gefolgt von den Todesfällen im Wasser (n=26). Während der Anteil von Mädchen und Jungen unter den Unfall- opfern fast gleich groß war, fanden sich unter den Suizidopfern deutlich mehr Jungen, die Motivation entstand in den meisten Fällen aus familiären Problemen. Mädchen fielen häufiger einer Fremdtötung zum Opfer, hier war das Motiv in 41% der Fälle sexueller Art.

Bei der Untersuchung der nicht-natürlichen Todesfälle wurden sowohl epidemiologische und soziale Faktoren als auch forensisch-medizinische und kriminologische Aspekte ausgewertet. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Diskussion spezifischer und vor allem differentialdiag- nostisch verwertbarer pathophysiologischer Befunde sowie von Ergebnissen spurentechnischer und toxikologischer Untersuchungen, besonders solcher, die auf Einwirkung von fremder Hand schließen lassen.

Im Rahmen dieser Diskussion konnte die große Bedeutung der Leichenschau und Leichen- öffnung sowie weiterer Untersuchungen aus dem Bereich der Rechtsmedizin für die sichere Unterscheidung zwischen natürlichem und nicht-natürlichem Tod sowie für die Abgrenzung von Unfall, Suizid und Fremdtötung gegeneinander herausgestellt werden.

Tag der mündlichen Prüfung: 14.11.2008

Den Kindern

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	1
2 Material und Methodik	
2.1 Einteilung und Untersuchungskriterien	6
2.2 Sektionsbefunde	7
2.3 Todesursache	8
2.4 Differentialdiagnostisch verwertbare Befunde	9
2.5 Vorgeschichte und Hintergrund	9
2.6 Motiv	10
3 Ergebnisse	
3.1 Allgemeine Epidemiologie der nicht-natürlichen Kindertodesfälle	11
3.1.1 Verteilung der Todesfälle im Untersuchungszeitraum	11
3.1.2 Verteilung der Opfer auf die Todesarten nach Geschlecht	11
3.1.3 Altersverteilung der Opfer	12
3.2 Unfall	13
3.2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer	13
3.2.2 Zeitliche Verteilung der Unfälle	15
3.2.3 Autopsiebefunde und Todesursache	15
3.2.3.1 Verkehrsunfälle	15
3.2.3.2 Tod im Wasser	17
3.2.3.3 Unfälle zu Hause	19
3.2.3.4 Unfälle im Freien	23
3.2.4 Art der Gewalteinwirkung	25
3.2.5 Eigen- / Fremdverschulden	26

3.3	Suizid	27
3.3.1	Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer	27
3.3.2	Zeit und Ort des Geschehens	27
3.3.3	Autopsiebefunde und Todesursache	28
3.3.3.1	Tod durch Strangulation	28
3.3.3.2	Intoxikation	30
3.3.3.3	Selbstverbrennung	30
3.3.3.4	Schädelhirntrauma	30
3.3.3.5	Polytrauma	31
3.3.4	Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug	32
3.3.5	Motiv	32
3.3.6	Familienhintergrund und Vorgeschichte des Opfers	34
3.4	Fremdtötung	36
3.4.1	Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer	36
3.4.2	Familienhintergrund und Vorgeschichte der Opfer	36
3.4.3	Zeit und Ort	39
3.4.4	Autopsiebefunde und Todesursache	39
3.4.5	Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug	46
3.4.6	Motiv	47
3.4.7	Täter	47
3.4.7.1	Allgemeine Epidemiologie (Alter, Geschlecht, Nationalität) und Beziehung zum Opfer	48
3.4.7.2	Familienhintergrund, soziale, kriminelle und psychiatrische Vorgeschichte des Täters	49

4 Diskussion

4.1	Allgemeine Epidemiologie der nicht-natürlichen Kindertodesfälle	56
4.2	Unfall	58
4.2.1	Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer	62
4.2.2	Zeitliche Verteilung der Unfälle	63
4.2.3	Autopsiebefunde und Todesursache	65

4.2.3.1	Verkehrsunfälle	65
4.2.3.2	Tod im Wasser	68
4.2.3.3	Unfälle zu Hause	68
4.2.3.4	Unfälle im Freien	71
4.2.4	Art der Gewalteinwirkung	72
4.2.5	Eigen- / Fremdverschulden	72
4.2.6	Am Unfallgeschehen beteiligte Personen	73
4.3	Suizid	75
4.3.1	Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer	75
4.3.2	Zeit und Ort des Geschehens	78
4.3.3	Autopsiebefunde und Todesursache	80
4.3.4	Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug	81
4.3.5	Motiv	81
4.3.6	Familienhintergrund und Vorgeschichte des Opfers	83
4.4	Fremdtötung	84
4.4.1	Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer	84
4.4.2	Familienhintergrund und Vorgeschichte der Opfer	85
4.4.3	Zeit und Ort	86
4.4.4	Autopsiebefunde und Todesursache	88
4.4.5	Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug	91
4.4.6	Motiv	94
4.4.7	Täter	97
4.4.7.1	Allgemeine Epidemiologie und Beziehung zum Opfer	97
4.4.7.2	Familienhintergrund, soziale, kriminelle und psychiatrische Vorgeschichte des Täters	99
4.5	Differentialdiagnostik	105
5 Schlußfolgerungen		111
6 Literaturverzeichnis		112

Danksagung

119

Anhang

1	Abbildungsverzeichnis	I
1.1	Tabellen	I
1.2	Diagramme	I
1.3	Sonstige Abbildungen	I
2	Tabellen	II
3	Diagramme	XII
4	Sonstige Abbildungen	XV

1 Einleitung

Verglichen mit der aktuellen durchschnittlichen Lebenserwartung von Menschen in den Industrienationen, müssen Todesfälle von Kindern und Jugendlichen zahlenmäßig als Besonderheit angesehen werden. Statistisch gesehen ist dieser frühe Lebensabschnitt seltener von schwerer Krankheit und Tod betroffen. Auch genießen Kinder in der Regel den Schutz durch Eltern und Familie. Doch seit einigen Jahrzehnten ist besonders der gewaltsame Tod von Kindern – also Unfall, Suizid oder Fremdtötung – immer wieder Thema in den Medien sowie Ursache für die Erhebung zahlreicher Statistiken und Durchführung von Studien. Die Kinder stellen aufgrund ihrer Unerfahrenheit und körperlichen Schwäche eine besonders gefährdete Gruppe in der Gesellschaft dar. Je jünger sie sind, um so abhängiger und schutzbedürftiger sind sie gleichzeitig. Die Gefahren sind zahlreich, von sehr unterschiedlicher Natur und oft schwer vorhersehbar. Daher ist der Tod von Kindern – vor allem der nicht-natürliche – einschließlich seiner Ursachen auch heute noch ein Thema mit ungeklärten Aspekten und von gesellschaftlichem Interesse.

Im Altertum war das Töten von Kindern, besonders durch ihre eigenen Eltern, keine Besonderheit. Das Opfern von Kindern, um das Böse fernzuhalten und die Götter wohlgesonnen zu stimmen, war bei verschiedenen Stammesvölkern wie Wikingern, Kelten und Phöniziern Brauch [84]. Kinder wurden in Flüsse oder brennende Gruben geworfen, ausgesetzt, verhungern gelassen, erstickt, erschlagen und verstümmelt. Sie wurden in Brücken und Hausfundamente mit eingebaut, um, wie man glaubte, deren Stabilität zu erhöhen [24]. Bei den alten Griechen war Kindstötung nicht nur erlaubt, sondern wurde in einigen Fällen sogar vom Gesetz verlangt: Schwache und mißgebildete Kinder wurden als eine Last für den Staat angesehen, eine Haltung, die von Platon und Aristoteles unterstützt wurde und ebenso im alten Rom praktiziert wurde [84]. Die Kinder wurden entweder sofort getötet oder ausgesetzt, wodurch die Entscheidung über deren Schicksal den Göttern überlassen wurde. Eine gängige Methode des Kindstötens im alten Ascalon im Römischen Reich bestand zum Beispiel im Aussetzen der hilflosen Säuglinge in unterirdischen Abwasserkanälen. In einem solchen Kanal unter einem Badehaus wurden bei Ausgrabungen ca. 100 Säuglingsskelette gefunden. In der Dunkelheit des Abwasserkanals unter der Erde hatten nach Auffassung der Römer die Götter keinen Einfluß, sodaß eine Rettung nicht möglich war. Auf diese Weise entledigten sich die Frauen, die als Prostituierte im Badehaus arbeiteten, ihrer ungewollten Kinder. Interessanterweise fiel beim späteren Auffinden der Skelette auf, daß in diesem Falle, entgegengesetzt zum üblichen Trend, hauptsächlich männliche Säuglinge getötet wurden. Eine Erklärung ergibt sich aus der Situation der Frauen: Männliche

Nachkommen waren im Bordell unmöglich, Mädchen dagegen konnten dort groß gezogen werden und später die Stelle der Mutter übernehmen und so deren Altersversorgung sichern.

Auch in der Bibel finden sich verschiedene Andeutungen von Kindstötungen: Der Pharaon von Ägypten befahl den Hebammen, alle männlichen Nachkommen der Hebräer zu töten, weil er in ihnen eine drohende militärische Gefahr sah [35]. Zur Zeit von Jesu Geburt befahl Herodes seinen Soldaten, alle männlichen Neugeborenen zu töten, da er sich in seiner Eigenschaft als Herrscher bedroht fühlte [36].

Im mittelalterlichen England war Kindstötung weit verbreitet [64]. Die Rechtsprechung für dieses Vergehen fiel in den Zuständigkeitsbereich der Kirche, nicht in den der weltlichen Gerichtsbarkeit, da die Kindstötung als eine Sünde gegen die Kirche angesehen wurde. Das Strafmaß war normalerweise nicht sehr schwer, sondern bestand in den meisten Fällen in einer öffentlichen Bloßstellung. Das Leben eines Säuglings schien im damaligen Ansehen nicht denselben Wert zu haben wie das eines älteren Kindes oder eines Erwachsenen. Viel mehr schien es sich bei der Haltung von Gesellschaft und Kirche im Bezug auf die Bestrafung derartiger Vergehen um die Verurteilung von außerehelichem Geschlechtsverkehr und Müttern unehelicher Kinder zu drehen. Dennoch handelte es sich um ein ernsthaftes Problem mit erschreckenden Ausmaßen. Neben dem Umstand der unehelichen Mutterschaft, die für eine junge Frau oft den Ausstoß aus ihrer Familie und gesellschaftliche Verachtung bedeutete, war es vor allem in ärmeren Familien mit großer Kinderzahl den Eltern häufig nicht möglich, noch ein weiteres Kind zu ernähren. Die verbreitetste Form der Tötung war das Erdrücken des Neugeborenen im elterlichen Bett, da es Gang und Gäbe war, daß der Säugling bei den Eltern schlief. Vorsatz war hier in den meisten Fällen schwer oder gar nicht nachweisbar. Viele Eltern entledigten sich heimlich ihrer getöteten Kinder, ohne daß deren Verschwinden überhaupt auffiel. Wegen der leichten Durchführbarkeit und des nur sehr schwer – oder gar nicht – zu führenden Schuldnachweises stieg die Zahl der vermuteten Kindstötungen unaufhörlich. Genaue Zahlen und Statistiken wurden allerdings nicht geführt. In ländlichen Gegenden zeigte sich bei Volkszählungen ein deutliches Überwiegen männlicher Nachkommen, was den Verdacht der vorsätzlichen Tötung besonders weiblicher Neugeborener nahe legt. Angesichts der harten körperlichen Arbeit konnten Jungen zum Unterhalt der Familie mehr beitragen als Mädchen.

Auch im England des 18. und 19. Jahrhunderts war die Kindstötung weiterhin ein großes Problem - ebenfalls als Folge von unehelicher Schwangerschaft und ärmlichen Verhältnissen - ,

das 1741 erstmals zur Gründung eines Waisenhauses in London führte. Im Verlauf der Zeit, vom Mittelalter bis ins 20. Jahrhundert hinein, kam es zur Entwicklung und wiederholten Reformierung sowohl der Rechtsprechung mit Übertragung der richterlichen Gewalt von der Kirche auf die weltlichen Gerichte während der Reformation als auch der rechtsmedizinischen Grundlagen zur Unterscheidung einer Kindstötung von einer Totgeburt oder einem Unfall. Unter dieser Entwicklung stiegen sowohl die Zahl der registrierten und bestraften Kindstötungen als auch das vorgesehene Strafmaß deutlich an. Im weiteren Verlauf wurden Wochenbett-bedingte psychische Störungen für die Mutter als strafmildernder Faktor anerkannt und das Vergehen der Kindstötung durch die Mutter mit dem ersten „Infanticide Act“ von 1922 von Mord auf Totschlag reduziert [59].

In neuer Zeit wiederholten sich Tötungen behinderter Kinder sowie deren Mißbrauch für medizinische Forschungen im Deutschland des Dritten Reiches. Durch einen am 18.08.1939 vom Reichsministerium des Inneren herausgegebenen geheimen Runderlaß wurden Hebammen und Ärzte verpflichtet, Kinder mit schweren angeborenen Leiden an die zuständigen Gesundheitsämter zu melden. Über die Amtsärzte wurden diese Kinder an den „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ weiter gemeldet. Dieser diente als Tarnung und wurde gleichzeitig zur leitenden Zentrale einer groß angelegten „Kindereuthanasie“-Aktion. Unter dem Vorwand einer erfolgversprechenden Behandlung wurden die Eltern aufgefordert, ihr Kind in eine der sogenannten Kinderfachabteilungen zu bringen. Waren sie mit der Einweisung nicht einverstanden, so drohten ihnen Repressalien bis hin zur Androhung des Sorgerecht-Entzugs [15]. In diesen Kinderfachabteilungen fanden zunächst ausführliche körperliche Untersuchungen und Wochen bis Monate andauernde Beobachtungen sowie Intelligenz- und Verhaltenstests statt, bis hin zu apparativer, teils invasiver Diagnostik, im Verlauf derer die Kinder nicht selten schon verstarben [55]. Therapeutische Maßnahmen wurden bei diesen Kindern nicht eingeleitet. Waren die Untersuchungen an den lebenden „Forschungskindern“ abgeschlossen, so wurden diese getötet, da ihr Leben als „lebensunwert“ angesehen wurde und sie als „Belastung für die Gesellschaft“ galten [81]. Meist wurden sie durch eine Überdosis Phenobarbital in einen Dauerschlaf versetzt, aus dem sie nicht mehr erwachten. Viele erkrankten schließlich aufgrund der Atemdepression und des ohnehin oft schlechten Allgemeinzustandes an Bronchitiden und Pneumonien, die dann einen natürlichen Tod vortäuschten [15, 126]. Die Kinder wurden nach ihrem Tod von Anstaltsärzten seziiert. Die den Leichen entnommenen Gehirne wurden auf pathoanatomische Befunde hin untersucht, um einen möglichen Zusammenhang zwischen geistiger Erkrankung und strukturellen Auffälligkeiten festzustellen [55, 86]. So sollten die ansonsten für die

Gesellschaft nutzlosen Kinder wenigstens der psychiatrischen Forschung zu einem Fortschritt verhelfen.

Auch in heutiger Zeit muß noch von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden – wenn auch die Kindstötung durch Veränderung von Gesellschaftsstrukturen, moralischen Grundsätzen und sozialer Absicherung sowie der Einführung von Verhütungsmitteln nicht mehr die gleichen Ausmaße annimmt - und auch heutzutage ist die rechtsmedizinische Abgrenzung der absichtlichen Tötung eines Säuglings gegenüber Totgeburt oder Unfalltod oft schwierig [49, 64, 104, 108].

Diese Berichte erschrecken, und für viele ist ein derartiges Verhalten nicht nachvollziehbar. Doch noch heute gilt das Leben eines männlichen Nachkommen in einigen Kulturen mehr als das eines Mädchens. In Indien bedeutet ein Sohn für die Familie eine effektive Arbeitskraft in der hauptsächlich landwirtschaftlich geprägten Gesellschaft. Er bringt Geld nach Hause, und die Eltern können im Alter auf seine Unterstützung hoffen. Auch aus religiöser Sicht ist ein männlicher Nachkomme für einige der hinduistischen Zeremonien unentbehrlich. Eine Tochter dagegen ist für die Eltern kostspielig: Für sie müssen aufwendige Feste veranstaltet werden und zur Hochzeit ist eine Mitgift zu zahlen. Ist die Tochter dann zur Familie ihres Ehegatten gezogen, haben die Eltern auch bei Alter und Krankheit keinen Anspruch mehr auf ihr Vermögen. Aus dieser Situation heraus entwickelte sich im indischen Volk eine deutliche Bevorzugung männlicher Nachkommen. Mädchen werden ausgebeutet und systematisch vernachlässigt. In Zeiten von Nahrungsknappheit bekommen zuerst die männlichen Familienangehörigen zu essen, während schwangere Frauen und Mädchen hungern müssen. Weibliche Neugeborene werden nicht selten von ihren Eltern getötet oder ausgesetzt. Die Entwicklung der Pränataldiagnostik führte zu frühzeitigen Geschlechtsbestimmungen und der gezielten Abtreibung weiblicher Feten, die in Indien legal ist. Auch ältere Mädchen kann noch ein ähnliches Schicksal ereilen, zum Beispiel, wenn sie in das heiratsfähige Alter kommen und die Eltern sich der Pflicht der Mitgiftzahlung entziehen wollen (sogenannter Mitgift-Tod). Die Tötung von Mädchen und jungen Frauen ist zwar auch in Indien strafbar, kommt aber trotzdem weiterhin vermehrt vor [2, 69, 83]. Ähnliche Zustände herrschen in China, wo zur Kontrolle des Bevölkerungswachstums die sogenannte one child policy eingeführt wurde. Zusammen mit einer traditionell verankerten Bevorzugung männlicher Nachkommen und der Fähigkeit, mit Hilfe von Ultraschall das Geschlecht eines Feten festzustellen, führte dieses Gesetz zu einer Welle von Abtreibungen weiblicher Feten mit einer deutlichen Verschiebung des Geschlechterver-

hältnisses in manchen Regionen. Das an die Ärzte gerichtete Verbot, den Eltern das festgestellte Geschlecht ihres Kindes mitzuteilen, wird häufig nach Bestechung mißachtet [23, 68].

Und auch in unserer Kultur – auch in Deutschland – ist der gewaltsame Tod von Kindern ein Problem, das zu klären immer wieder neue Untersuchungen angestrengt werden [37, 105, 108, 128]. Gerade Neugeborene und Kleinkinder, passiv, auf den Schutz und die Hilfe Erwachsener angewiesen, sind oft roher Gewalt – häufig durch die eigenen Eltern – hilflos ausgeliefert [31, 46, 47, 52, 60, 71, 75, 77, 115, 116, 119]. Sie können sich weder wehren noch fliehen oder ihren Peiniger anzeigen.

Aber was ist mit den älteren Kindern und den Jugendlichen? Sie sind schon selbständiger, können sich versorgen, selbständig essen, Gefahren erkennen und ihnen ausweichen – eher als ein Säugling. Aber sind sie weniger gefährdet als die Jüngeren oder sind es einfach nur andere Gefahren, die sie bedrohen? Sehr wenige Studien haben sich bisher mit dieser Frage befaßt. Es sind vornehmlich die ganz Kleinen und Schwachen, die die Gesellschaft interessieren, die unseren Beschützerinstinkt hervorrufen. Besonders die Mißhandlung von Säuglingen und Kleinkindern ist ein viel erforschtes Gebiet, zu dem es eine Unmenge von Studien gibt und auf dem zahlreiche Anläufe gemacht wurden, um Lösungen für dieses Problem zu finden [4, 31, 38, 39, 46, 47, 52, 60, 62, 67, 71, 75, 76, 93, 104, 105, 108, 115, 116, 119]. Ebenso existieren viele Untersuchungen zum sogenannten plötzlichen Kindstod [16, 44, 85, 118, 124]. Doch auch für die etwas älteren Kinder gibt es noch genug Situationen, mit denen sie noch nicht umzugehen gelernt haben. Welche Gefahren bedrohen die Kinder, die keine Kleinkinder mehr sind und die Jugendlichen, die noch nicht erwachsen sind, also die Altersgruppe der Sechs- bis Sechzehnjährigen? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? Inwieweit spielen familiärer und sozialer Hintergrund der Kinder eine Rolle? Was sind typische Autopsiebefunde bei den verschiedenen Todesarten und wie lassen sie sich differentialdiagnostisch und zur Aufklärung des Geschehens verwerten? Lassen sich aus den Ergebnissen Ansätze für Strategien zur Vermeidung oder Reduktion dieser Fälle entwickeln? Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, diese Fragen anhand des Sektionsgutes des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zu beantworten.

2 Material und Methodik

Es wurden alle Fälle von nicht-natürlichem Tod bei Kindern im Alter von sechs bis 16 Jahren untersucht, die in dem 20-Jahreszeitraum 1985 bis 2004 im Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster aufgetreten sind. Dabei handelt es sich um die Zuständigkeitsbereiche der Staatsanwaltschaften Münster, Osnabrück, Bielefeld, Detmold und Paderborn. Als Grundlage der Untersuchung dienten die Leichenöffnungsprotokolle einschließlich der Befunde von histologischen und toxikologischen Untersuchungen sowie – soweit zur Klärung der Sachlage notwendig – die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten. In jedem der nicht-natürlichen Kindertodesfälle war durch die Staatsanwaltschaft eine Ermittlung eingeleitet worden. Bei den meisten Unfällen war die Sachlage anhand der im rechtsmedizinischen Institut vorhandenen Daten jedoch hinreichend geklärt, sodaß wir die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten für unsere Untersuchung nicht hinzuzogen. Nur in den Unfällen, wo sich die Frage nach einem Fremdverschulden stellte oder die Abgrenzung zu Suizid oder Fremdtötung nicht eindeutig war, waren diese zusätzlichen Informationen für uns notwendig. Im Gegensatz dazu wurden die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten in fast allen Fällen von Suizid und Fremdtötung hinzugezogen, um die näheren Umstände des Geschehens, z. B. auch Vorgeschichte und soziale Situation von Opfer und Täter auswerten zu können.

2.1 Einteilung und Untersuchungskriterien

Insgesamt ereigneten sich in diesem Zeitraum im Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin der WWU Münster 146 Fälle von nicht-natürlichem Tod bei Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 16 Jahren, die in die drei Kategorien Unfall, Suizid und Fremdtötung unterteilt wurden.

Es wurde ein Untersuchungsbogen erstellt, der es aufgrund eines allgemeinen Teiles erlaubte, alle Fälle vergleichbar und nach denselben Kriterien zu untersuchen, und in einem speziellen Teil gleichzeitig auf die Besonderheiten und Umstände der jeweiligen Todesart – Unfall, Suizid oder Fremdtötung – einzugehen. Im allgemeinen Teil wurden die Opfer zunächst nach Alter, Geschlecht und Nationalität sortiert. Es folgte die zeitliche Verteilung der Fälle sowie die Spezifizierung des Todesortes in Elternhaus und außerhalb des Elternhauses. Ein kurzer Abriss des Geschehens gibt einen Überblick über Situation und Verlauf des Ereignisses. Auch in das

Geschehen involvierte Gegenstände, Verkehrsmittel oder Tatwerkzeuge wurden in die Untersuchung miteinbezogen.

Da die Kategorie der Unfälle die bei weitem größte Gruppe darstellt, wurde sie zur besseren Übersicht noch einmal in vier Untergruppen unterteilt:

- 1.) Verkehrsunfälle
- 2.) Tod im Wasser
- 3.) Unfälle zu Hause
- 4.) Unfälle im Freien

Besonders in der Gruppe der Verkehrsunfälle stellt sich die Frage, inwieweit ein Fremdverschulden oder Fahrlässigkeit des Unfallbeteiligten vorliegen bzw. das Opfer selber als Unfallverursacher anzusehen ist.

2.2 Sektionsbefunde

Das Kernstück des Untersuchungsbogens stellt die Auswertung der pathologisch-anatomischen Befunde dar, die sich unter der Obduktion zeigten. Bei Betrachtung der Leiche wurde zunächst der Gesamtaspekt beurteilt, also Ernährungs- und Entwicklungszustand des Kindes, seine Kleidung bzw. deren Fehlen sowie der Pflegezustand. Es folgt eine detaillierte Auswertung der Leichenöffnungsprotokolle mit Erfassung sämtlicher äußerer und innerer Verletzungen und Leichenveränderungen einschließlich Sekret- und Schmutzspuren und gegebenenfalls Spuren eines Tatbeteiligten/Täters (Tatwerkzeug, Faserspuren etc.). Dazu wurde ein Untersuchungsmuster erstellt, das nach den Körperregionen der Leiche in sechs Bereiche unterteilt ist:

- 1.) Kopf
- 2.) Hals
- 3.) Brust
- 4.) Bauch
- 5.) Rücken/Gesäß
- 6.) Extremitäten

Diese Unterteilung entspricht der anatomischen Gliederung des menschlichen Körpers und wird dadurch auch der Verteilung der inneren Organe und den mit der speziellen Funktion der einzelnen Körperregionen zusammenhängenden Verletzungen und Todesursachen gerecht.

In einem zusätzlichen Abschnitt des Untersuchungsprotokolls wurden Körperteil-übergreifend alle vorhandenen Hinweise auf einen möglicherweise stattgehabten sexuellen Mißbrauch gesammelt, angefangen bei Verletzungen des Genitale als eindeutiges Zeichen für einen sexuellen Mißbrauch bzw. eine sexuelle Motivation der Tat über Verletzungen der Brust-, Bauch- oder Oberschenkelhaut als unsicheres Zeichen bis hin zu Sekretspuren des Täters (Speichel, Sperma, Blut). Auch allgemeine Zeichen wie die Entkleidung des Opfers oder eine offensichtliche Inszenierung der Leiche in ihrer Umgebung können auf eine sexuell motivierte Tat hindeuten. Des Weiteren wurde nach älteren Verletzungen mit Hinweis auf eine vorausgegangene Mißhandlung des Opfers gesucht, zum Beispiel nach Hämatomen verschiedenen Alters an untypischen Stellen, die sich nicht ohne weiteres als Spielhämatome erklären lassen, nach älteren Frakturen in größerer Zahl oder Deformitäten der Gliedmaßen. Entsprechende Hinweise fanden sich allerdings in unserem Kollektiv nicht. Bei Suizidopfern achteten wir neben anamnestischen Hinweisen besonders auf Verletzungen wie Schnitte an den Handgelenken oder Ligaturspuren im Halsbereich, die für schon früher durchgeführte Suizidversuche sprechen können.

Weiterhin wurden die sogenannten frühen Leichenveränderungen, die Totenflecke, die Abnahme der Körpertemperatur und die Ausprägung der Totenstarre erfaßt, die sowohl zur Bestimmung des Todeszeitpunktes dienen können, als auch in bestimmten Fällen auf die Todesursache oder auf eine äußere Einflußnahme wie Lageveränderungen der Leiche nach dem Tode hinweisen können.

2.3 Todesursache

Nachfolgend wurde die jeweilige Todesursache festgelegt. Das Spektrum reicht in unserem Sektionsgut vom Schädel-Hirn-Trauma einschließlich Genickbruch über Erstickten, Ertrinken, Verbluten, Herzbeutelamponade, Luftembolie, Schocktod, meist in Verbindung mit einem Polytrauma, Intoxikation, Verbrennen, Unterkühlung, Stromschlag und Reflextod bis hin zum Spätod im Krankenhaus aus unterschiedlicher Ursache und nach diversen irreversiblen Schädigungen. Diese Festlegung war nicht immer eindeutig. Im Falle konkurrierender Todesursachen wurden alle erfaßt und nach ihrer Wertigkeit geordnet. Die Art der Gewalteinwirkung wurde in einer weiteren Aufstellung erfaßt, die die Kategorien scharfe Gewalt, stumpfe Gewalt, Schußverletzung, Strangulation, Intoxikation, Hitze, Kälte, Ertrinken und Strom einschließt. Dabei wurde auch eine Einteilung in singuläre und multiple Verletzungen vorgenommen.

2.4 Differentialdiagnostisch verwertbare Befunde

Unsere besondere Aufmerksamkeit richteten wir auf Verletzungen mit hinweisendem Charakter, die zur Differenzierung zwischen den drei Todesarten Unfall, Suizid, Fremdtötung bzw. zur Abgrenzung des nicht-natürlichen vom natürlichen Tod beitragen können. Dabei sind besonders die pathologischen Veränderungen von Bedeutung, die für eine bestimmte Todesursache charakteristisch sind, die zwangsläufig einen nicht-natürlichen Tod bedeutet, wie zum Beispiel Ertrinken. Verletzungen, die eine äußere Gewalteinwirkung belegen, wie etwa Würgemale, Fesselungsmale oder massive Verletzungen mit einem Gegenstand wie zum Beispiel einem Messer, die das Opfer sich unmöglich selbst beigebracht haben kann, sowie Abwehrverletzungen beweisen eine Fremdeinwirkung und somit einen nicht-natürlichen Tod, solange der Zusammenhang von Todeseintritt und entsprechender Gewalteinwirkung gesichert ist. Auch ältere Verletzungen, die aus vorausgegangenen Mißhandlungen oder bei Suizidopfern aus vorherigen Suizidversuchen stammen könnten, können in der aktuellen Situation als Hinweis auf die Umstände des Todes und somit auf Todesart und –ursache dienen.

Abgesehen von den makroskopischen Befunden und vorhandenen Photos wurden auch histologische Befunde, Blutalkoholgehalt, Toxikologie und spurengutachterliche Befunde (Sekretspuren, Haare, Faserspuren, DNA-Analysen etc.) in die Untersuchung miteinbezogen.

2.5 Vorgeschichte und Hintergrund

Bei Suiziden und Fremdtötungen wurde versucht, den familiären und sozialen Hintergrund der Opfer, und bei Fremdtötungen auch der Täter, zu ergründen, um einerseits Rückschlüsse auf die Motivation führen zu können und andererseits mögliche Ursachen für die einzelnen Todesfälle aufzudecken und daraus folgend gegebenenfalls Vermeidungsstrategien zu entwickeln.

Zur Person des Opfers wurde schon eingangs die Einteilung nach Alter, Geschlecht und Nationalität erwähnt. Soweit möglich wurde versucht, die Familiensituation hinsichtlich Familienmitgliedern, deren Funktion und gegebenenfalls vorhandenen Konfliktquellen zu erleuchten, um zu ergründen, in welchem Milieu das Kind vor seinem Tode gelebt hat. Dies ist im Falle eines Unfalltodes für dessen Ursache und Ablauf oft unerheblich, bei Suiziden und Fremdtötungen aber können sich daraus unter Umständen wichtige Informationen über die Motivation der Tat und den Auslöser des Geschehens bzw. eine Prädestination des jeweiligen

Kindes, einen entsprechenden Tod zu sterben, ergeben. Dabei wurde die Familie zunächst auf die Anzahl ihrer Mitglieder und deren Beziehungen untereinander sowie die Position des späteren Opfers in dieser Familie untersucht. Lebte das Kind bei seinen Eltern, bei Pflegeeltern oder in einem Heim? Kümmerten sich beide Eltern um die Familie oder lebten sie getrennt? Welchen Beruf übten sie aus? Gab es finanzielle Probleme oder andere Existenzsorgen, zum Beispiel Krankheit? Bestanden Konflikte zwischen den Elternteilen, zwischen Eltern und Kind oder unter den Geschwistern? Fühlte sich das Kind in der Familie umsorgt und geliebt? Was wurde dem Kind an Konfliktlösungsstrategien und Entfaltungsmöglichkeiten vorgelebt? Auch die persönliche Entwicklung des Kindes, eventuelle Erkrankungen sowie die soziale Anpassung und die Art und Weise, mit Problemen umzugehen, ist von Bedeutung.

Schließlich wurde auch die weitere Umgebung des Kindes wie Schule und Freundeskreis hinsichtlich seiner sozialen Kontakte, deren Art und Ausprägung untersucht. Bei älteren Kindern sind auch Ausbildungsstand und Leistungsfähigkeit sowie Leistungsbereitschaft von Interesse. Speziell im Falle eines Suizides ist die Frage wichtig, ob das Opfer eine entsprechende Vorgeschichte hat, also ob schon Suizidversuche stattgefunden haben, ob es sich mit dem Thema beschäftigt, darüber geredet und eventuell sogar eine Suizidabsicht geäußert hat.

In Fällen von Fremdtötung galt ein besonderes Interesse der sozialen, kriminellen und psychiatrischen Vorgeschichte der Person des Täters, um auch hier mögliche Vermeidbarkeiten von Straftaten aufzudecken. Ähnlich wie im Fall der Opferperson wurden auch vom Täter zunächst Alter, Geschlecht und Nationalität erhoben, außerdem der Beruf sowie eine grobe soziale Einstufung. Besonders wichtig für unsere Untersuchung ist die Kenntnis der Beziehung, die zwischen Opfer und Täter bestand. War sie verwandtschaftlicher Art? Handelt es sich bei dem Täter um den Vater oder die Mutter des Kindes? Oder bestand zwischen beiden nur eine Bekanntschaft, oder waren sie sich sogar völlig fremd und die Auswahl des Opfers rein zufällig? Ebenso war die Reaktion des Täters nach der Tat von Interesse: Gibt er ein Geständnis ab oder versucht er, die Tat zu verschleiern, eventuell sogar aus seiner eigenen Erinnerung zu verdrängen? Begeht er Suizid im Anschluß an die Tat?

2.6 Motiv

Ein wichtiger zu untersuchender Punkt war in den Fällen von Suizid und Fremdtötung das Tatmotiv. Dafür ergaben sich in beiden Gruppen jeweils verschiedene Kategorien. Nicht immer jedoch ließ sich das Motiv mit Sicherheit festlegen.

3 Ergebnisse

3.1 Allgemeine Epidemiologie der nicht-natürlichen Kindertodesfälle

Insgesamt ergab in dem Zeitraum von 1985 bis 2004 in 146 Fällen der im Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster durchgeführten Sektionen an Kindern im Alter von sechs bis 16 Jahren die Sektion eine nicht-natürliche Todesursache. Dabei verteilten sich die Opfer zu 58% auf das männliche Geschlecht (84 Fälle) und zu 42% auf das weibliche (62 Fälle).

Die 146 Fälle wurden nach der Art des Geschehens in drei Gruppen unterteilt: Unfall, Suizid und Fremdtötung, wobei der Hauptanteil in die Gruppe der Unfälle fiel (60%), während Suizide (21%) und Fremdtötungen (19%) annähernd gleich große Gruppen bildeten (**Diagramm 1**).

3.1.1 Verteilung der Todesfälle im Untersuchungszeitraum

In dem Beobachtungszeitraum von 20 Jahren wurden im Institut für Rechtsmedizin Münster insgesamt 146 Fälle (= n) von nicht-natürlichem Tod bei Kindern zwischen sechs und 16 Jahren untersucht. Die zeitliche Verteilung der Fälle unter Berücksichtigung der Todesmechanismen – Unfall, Suizid, Fremdtötung – gibt die **Tabelle 1** wieder. Bei einer Gesamtfallzahl von 146 Todesfällen über 20 Jahre beträgt die durchschnittliche Fallzahl pro Jahr 7,3 (arithmetisches Mittel) mit einer Spannweite R von 13.

3.1.2 Verteilung der Opfer auf die Todesarten nach Geschlecht

Das **Diagramm 2** veranschaulicht das Verhältnis der männlichen und weiblichen Opfer, die im Beobachtungszeitraum einen nicht-natürlichen Tod gestorben sind. 84 der insgesamt 146 Opfer waren männlichen Geschlechts und 62 Opfer waren weiblich. Daraus ergibt sich ein Verhältnis von 58% zu 42%, also eine nur leichte Bevorzugung von männlichen Opfern gesehen auf die Gesamtmenge der nicht-natürlichen Todesfälle. Betrachtet man aber die einzelnen Formen des nicht-natürlichen Todes, so bestätigt sich diese Ausgeglichenheit nicht: Von 88 Unfällen betrafen 54 männliche Opfer und nur 34 weibliche. Das ergibt ein Verhältnis von 61% zu 39%. In den beiden anderen Gruppen ist der Unterschied noch deutlicher: Mit 21 von 31 Opfern starben doppelt so viele Jungen durch einen Suizid wie Mädchen. In der Gruppe der

Fremdtötungen ist das Verhältnis genau umgekehrt: Mit 18 von 27 Gesamtfällen starben doppelt so viele Mädchen durch fremde Gewalt wie Jungen.

3.1.3 Altersverteilung der Opfer

Um mögliche Häufungen von Todesfällen in bestimmten Altersgruppen – bzw. deren Gefährdung - besser zu veranschaulichen, wurde das Gesamtkollektiv in drei Untergruppen unterteilt. Dadurch, daß die Spannweite der Altersunterschiede innerhalb des Kollektivs durch eine Primzahl – 11 – ausgedrückt wird, war es nicht möglich, drei gleich große Gruppen zu bilden. Es ergaben sich also eine Gruppe mit einer Spannweite von drei Jahren, sowie zwei Gruppen mit einer Spannweite von jeweils vier Jahren. Die kleinere Gruppe umfaßt die Kinder im Alter von sechs bis acht Jahren. Es folgt die Gruppe der Neun- bis Zwölfjährigen und schließlich die der 13- bis 16-jährigen.

Die **Tabellen 2** und **3** zeigen die Altersverteilung der Opfer nach Geschlecht und Todesart. Insgesamt fällt auf, daß es mit steigendem Alter zu einer steigenden Zahl von Todesfällen kommt. Dieselbe Tendenz läßt sich auch nach Aufsplitterung in Jungen und Mädchen beobachten. Betrachtet man die Verteilung der Altersgruppen auf die Todesarten (**Tabelle 3**), so kann man ebenfalls die gleiche Tendenz, allerdings je nach Todesart in sehr unterschiedlicher Ausprägung, beobachten.

3.2 Unfall

Die Kategorie der Unfälle wurde zur besseren Übersicht in die schon zuvor genannten vier Untergruppen unterteilt:

- 1.) Verkehrsunfälle
- 2.) Tod im Wasser
- 3.) Unfälle zu Hause
- 4.) Unfälle im Freien.

Das **Diagramm 3** zeigt die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Gruppen.

3.2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer

Wie schon zuvor aufgezeigt, betreffen die meisten Unfälle mit tödlichem Ausgang die Gruppe der 13- bis 16-jährigen, also die Ältesten unseres Untersuchungsgutes (**Tabelle 3**). **Tabelle 4** schlüsselt die Gruppe der Unfälle in die einzelnen Unfallarten auf und zeigt so, welche Altersgruppe am stärksten durch welche Art von Unfall gefährdet ist.

Da die unter dem Oberbegriff „Tod im Wasser“ zusammengefaßten Geschehensabläufe und Pathomechanismen, die zum Tod führen, sehr unterschiedlich sind, sollen diese anhand der **Tabelle 5** noch einmal getrennt veranschaulicht werden. Generell umfaßt der Begriff „Tod im Wasser“ zwei Kategorien: einerseits das eigentliche Ertrinken als einziger zum Tode führender Mechanismus mit den dafür typischen Zeichen wie dem Emphysema aquosum der Lunge, den verwaschenen, punktförmigen Blutungen im Bereich des Myokards sowie subepikardial und subpleural und Flüssigkeitsansammlungen in Luftröhre und Magen-Darm-Trakt. Diese Kategorie wurde innerhalb der Tabelle noch einmal unterteilt, nämlich in die Gruppe der Schwimmunfälle, also die Kinder, die sich bewußt und freiwillig in das Wasser begeben und dann ertrinken, und die Gruppe der Spielunfälle, bei denen die Kinder erst durch einen zufälligen Sturz in das Wasser hineingelangen und schon der Sturz an sich zum Unfallmechanismus gehört. Beim sekundären Ertrinken, oder Badetod, geht dem eigentlichen Ertrinken ein anderer Pathomechanismus voraus, der zunächst eine Bewußtlosigkeit bewirkt, die nachfolgend dazu führt, daß die nun hilflose Person ertrinkt. Die typischen Ertrinkungszeichen können bei diesen Opfern nur schwach ausgeprägt oder mit anderen Zeichen vermischt

sein. Eine andere Form des Badetodes ist der Reflextod, bei dem es durch äußere Einflüsse zu einer Reizung des Karotissinus und reflektorisch zur Asystolie, also zum Herzstillstand kommt. In diesem Fall werden bei der Leiche keine Ertrinkungszeichen gefunden.

Aus der Tabelle läßt sich ersehen, daß die Schwimmunfälle die größte Gruppe der Todesfälle im Wasser darstellen. Dabei fällt der Hauptanteil in die Gruppe der Sechs- bis Achtjährigen. Die Spielunfälle machen einen deutlich geringeren Anteil der Gesamtfälle aus. Ein Tod durch Ertrinken nach vorausgegangener Bewußtlosigkeit im Wasser durch Kohlenmonoxid-Intoxikation tritt in insgesamt drei Fällen aus unserem Untersuchungsgut auf. In allen drei Fällen ist der Geschehensablauf gleich, und in allen drei Fällen betrifft es die gleiche Altersgruppe, und, wie sich herausstellen wird, auch das gleiche Geschlecht: Es handelt sich um Mädchen im Alter von 13 bis 16 Jahren, die bei einem Bad in der elterlichen Badewanne durch den Einfluß von Kohlenmonoxid bewußtlos werden und im Anschluß daran ertrinken. Der Tod durch Bewußtlosigkeit im Wasser nach vorausgegangener Hyperventilation ist nur durch einen einzigen Fall vertreten. Ein Fall von Reflextod im Wasser kommt in unserem Untersuchungsgut nicht vor.

Die Unfälle zu Hause machen mit 19 Fällen noch 22% aller Unfälle aus (**Tabelle 4**). Dabei fällt eine stetige Zunahme der Unfälle mit dem Alter auf. 58% der Fälle treten in der Gruppe der 13- bis 16-jährigen auf. Woran das liegt, soll wiederum eine Aufschlüsselung in die verschiedenen Unfallmechanismen veranschaulichen (**Tabelle 6**). Innerhalb der fallstärksten Unfallgruppen dieser Kategorie, autoerotischer Unfall, Wohnungsbrand und Intoxikation, zeigt sich eine stärkere Vertretung der älteren Kinder, was mit der Gesamttendenz der Unfallverteilung korreliert.

Betrachtet man nun die Verteilung der Unfälle auf das Geschlecht, so fällt eine unterschiedliche Gewichtung der Geschlechter in den verschiedenen Unfallarten auf (**Tabelle 7**). Insgesamt resultiert aus dieser Verteilung das schon zuvor genannte deutliche Überwiegen der männlichen Unfallopfer. Die **Tabelle 8** beschreibt die Verteilung der Todesfälle im Wasser auf die Geschlechter. Die **Tabelle 9** zeigt die Verteilung der Mädchen und Jungen auf die tödlichen Unfälle innerhalb des Wohnbereiches.

3.2.2 Zeitliche Verteilung der Unfälle

Wie schon in **Tabelle 1** dargestellt, besteht bei der Verteilung der Unfälle über die Jahre 1985 bis 2004 ein erstes Maximum im Jahr 1990, dann ein weiteres im Jahr 1997 und 2001. **Tabelle 10** schlüsselt die Unfälle noch einmal in die vier Untergruppen – Verkehrsunfälle, Tod im Wasser, Unfall zu Hause, Unfall im Freien – auf und zeigt, daß diese herausragenden Fallzahlen durch die in diesen Jahren hohe Zahl an Verkehrsunfällen bzw. Todesfällen im Wasser hervorgerufen werden. Die **Tabelle 11** zeigt die Verteilung der Unfälle auf die Jahreszeiten. **Tabelle 12** zeigt die Verteilung der Unfälle auf die Wochentage. Es zeigt sich eine relative Häufung am Wochenende: An den Werktagen kommt es zu durchschnittlich 10,6 Unfällen pro Tag, während es an Samstagen und Sonntagen durchschnittlich 17,5 sind. **Tabelle 13** zeigt eine Häufung der Unfälle in den Nachmittagsstunden von 13.00H bis 18.00H (42% der Fälle).

3.2.3 Autopsiebefunde und Todesursache

3.2.3.1 Verkehrsunfälle

Die meisten betroffenen Kinder dieser Studie waren als eigenständige Verkehrsteilnehmer zu Fuß, mit dem Fahrrad oder Mofa unterwegs. Nur vier von 34 Kindern verunglückten als Fahrzeuginsassen.

Besonders auffällig ist, daß in 32 von 34 Fällen (94%) der Kopf verletzt ist. Von diesen 32 Fällen ist nur in einem einzigen Fall die Kopfverletzung leichteren Grades, es handelt sich hierbei um ein okzipitales Hämatom. Die tödlichen Verletzungen liegen bei diesem Opfer im Bereich der anderen Körperhöhlen. In allen anderen Fällen liegt entweder ein isoliertes Schädelhirntrauma (SHT) vor (4 Fälle), oder die Verletzungen im Kopfbereich sind so schwer, daß sie auch ohne weitere Verletzungen schon tödlich wären.

Im Folgenden soll die Verteilung der Verletzungen auf die betroffenen Körperhöhlen näher erläutert werden. Dabei wurde der menschliche Körper nach Funktion und Lage der Organe in vier Abschnitte, die Körperhöhlen, unterteilt. Diese sind Kopf, Thorax, Abdomen und Extremitäten. Aus dieser Einteilung entstehen vier Gruppen von Verletzungen: die Einhöhlenverletzung, bei der nur eine einzige Körperregion betroffen ist, die aber unabhängig davon auch tödlich sein kann. Die Zweihöhlenverletzung und so weiter die Drei- und Vierhöhlenverletzung.

Wie schon erwähnt, liegt in unserer Studie in vier Fällen ein isoliertes SHT vor. Dies sind auch die einzigen Einhöhlenverletzungen in unserem Untersuchungsgut. In fünf Fällen treten Zweihöhlenverletzungen auf. Die Kombinationen werden im **Diagramm 4** verdeutlicht. Das **Diagramm 5** veranschaulicht die Dreihöhlenverletzungen, die in unserem Untersuchungsgut in elf Fällen auftreten. In 14 weiteren Fällen sind alle vier Körperhöhlen betroffen. In 30 von 34 Fällen handelt es sich also um ein Polytrauma.

Insgesamt kommt es bei 34 Verkehrsunfällen zu 32 Schädelhirntraumen (94% der Fälle), 24 Thoraxtraumen (71%), 22 Abdominalverletzungen (65%) und 25 Extremitätenverletzungen (74%). Bei Betrachtung dieser Ergebnisse wird die Bedeutung des SHT bei kindlichen Unfallopfern klar. Daher sollen die genauen Befunde des SHT bei tödlich endenden Verkehrsunfällen noch einmal eingehender betrachtet werden. Wie **Tabelle 14** zeigt, sind die in unserem Untersuchungsgut vorkommenden Verletzungen an Kopf und HWS fast alle schwereren Grades und durch enorme Gewalteinwirkung verursacht. In 28 von den 34 Fällen von Tod durch Verkehrsunfall (82%) ist das SHT bzw. ein Genickbruch auch die eigentliche Todesursache, unabhängig vom Ausmaß der Verletzungen anderer Körperhöhlen. In den übrigen Fällen besteht die Todesursache dreimal im Verbluten nach innen bei Polytrauma, einmal in einer Kombination aus SHT und Herzerreißung (konkurrierende Todesursachen), einmal in einer Thoraxkompressionsverletzung mit Hämatothorax und im letzten Fall im Herzkreislaufversagen während einer Notoperation bei einem polytraumatisierten Kind.

Zu Verletzungen im Thoraxbereich kommt es bei den Verkehrsunfallopfern, wie schon erwähnt, in 24 Fällen (70%), also deutlich seltener als zu Verletzungen des Kopfes. Verletzungen der Lungen in Form von Kontusionen oder Parenchymzerreißen sind die häufigsten Thoraxverletzungen.

Abdominalverletzungen treten in 22 von 34 Fällen, also in 65% der Fälle unseres Untersuchungsgutes auf. Dabei sind Kontusionen und Rupturen von Leber und Milz am häufigsten.

Die **Abbildung 1** zeigt noch einmal die Verteilung der Organ- und Weichteilverletzungen der Verkehrsunfallopfer im Überblick. Auffällig ist das gehäufte Auftreten von Verletzungen, die auf eine enorme Gewalteinwirkung schließen lassen, nämlich Rupturen von Aorta, Herz, Trachea und Zwerchfell sowie Abrisse von Bronchien, Lungenarterien und Arteria subclavia.

In 25 der 34 Verkehrsunfälle kommt es zu schweren Extremitätenverletzungen. Dabei sind in jedem Fall deutliche Weichteilverletzungen vorhanden. **Abbildung 2** veranschaulicht die Verteilung aller Frakturen bei kindlichen Verkehrsunfallopfern.

3.2.3.2 Tod im Wasser

In der Gruppe der Todesfälle im Wasser sind die Obduktionsbefunde recht homogen. Es finden sich je nach Ablauf des Geschehens mehr oder weniger stark ausgeprägte typische Ertrinkungszeichen und je nach Dauer der Wasserliegezeit entsprechende Zeichen des Aufenthaltes im Wasser. Im Folgenden sollen die klassischen Befunde nach Ertrinken aufgezeigt werden.

Beim typischen Ertrinken gelingt es dem Opfer in der ersten Phase, der Dyspnoe-Phase, mehrfach an die Wasseroberfläche zu gelangen und nach Luft zu schnappen. Dabei vermischen sich in den Atemwegen Luft, aspiriertes Wasser und eiweißreiches Bronchialsekret. Es bildet sich ein Schaum, der zunächst durch den Wasserdruck in den Atemwegen zurückgehalten wird, und schließlich nach dem Bergen des Opfers aufsteigt und vor Mund und Nase als typischer Schaumpilz erscheint. Durch eine Ventilstenose in den kleinen Bronchien und Bronchiolen, die durch sezernierten Schleim, vermischt mit aspirierter Ertrinkungsflüssigkeit hervorgerufen wird, entsteht eine Überblähung der Lungen, da die beim Luftschnappen eingeatmete Luft nicht mehr vollständig ausgeatmet werden kann, das sogenannte Emphysema aquosum. Beim atypischen Ertrinken – wenn das Opfer gewaltsam untergetaucht wird oder es vor dem Ertrinken zu einer Bewußtlosigkeit kommt – entfällt dieses Luftschnappen, und damit fehlen auch der Schaumpilz und das Lungenemphysem normalerweise. In diesem Fall kommt es vielmehr zu einer wasserüberfüllten, blutreichen Lunge, einem Lungenödem, dem Oedema aquosum. Die makroskopisch erkennbaren Paltauf'schen Flecken, verwaschene, kleinfleckige, subpleurale Kapillarblutungen, entstehen durch rechtskardiale Stauung in Verbindung mit hypoxischer Kapillardurchlässigkeit, extremer Alveolarblähung und osmotischer Hämolyse. Gleichzeitig können sogenannte Erstickungsblutungen in der Gesichtshaut, den Konjunktiven und den serösen Häuten auftreten. Als weiteres Erstickungszeichen kommt es zum Hirnödem, eventuell mit Hirndruckzeichen. Das rechte Herz ist dilatiert. Das Leichenblut ist meist flüssig, möglicherweise als Folge einer postmortalen Hyperfibrinolyse, und es kommt zu einer Blutstauung der parenchymatösen Organe. Als weitere mögliche Befunde kann man Ertrinkungsflüssigkeit in Nasennebenhöhlen und Magen finden sowie eventuell mit dem Wasser

eingeatmete Bakterien und Kieselalgen. Falls ein Reanimationsversuch stattgefunden hat, kann es dabei auch zu einer Aspiration von Mageninhalt in die Lunge gekommen sein.

In unserem Untersuchungsgut waren in den meisten Fällen ausreichend Zeichen vorhanden, um den Tod durch Ertrinken durch die Obduktion zu bestätigen. In sechs von 26 Fällen (23%) fehlen allerdings die typischen Ertrinkungszeichen. In fünf dieser sechs Fälle handelt es sich um Kinder, die erst nach länger dauernder intensivmedizinischer Behandlung im Anschluß an den Ertrinkungsunfall verstarben, und bei denen durch das lange Zeitintervall und die medizinischen Maßnahmen keine typischen Ertrinkungszeichen mehr nachweisbar waren. In einem weiteren Fall findet der Tod zwar im Wasser statt, die Todesursache liegt aber in einer Kohlenmonoxid-Intoxikation. Zeichen für ein anschließendes Ertrinken sind in diesem Fall nicht zu finden.

Die am häufigsten vorkommenden typischen Ertrinkungszeichen in unserer Untersuchung sind das Emphysema aquosum in 77% der Fälle sowie Paltauf'sche Flecken im Lungenparenchym in 73% der Fälle. Als unspezifisches Ertrinkungszeichen findet sich ein Hirnödem in 69% der Fälle. In 14 Fällen (54%) kommt es zur Rechtsherz-Dilatation, die allerdings nicht als sicheres Ertrinkungszeichen gewertet werden kann. Ebenfalls in 14 Fällen findet sich eine Ansammlung von Wasser in Magen und Nasennebenhöhlen, die durch Wasseraspiration beim Versuch des Luftschnappens zustande kommt. In immerhin zehn Fällen war ein Schaumpilz oder Schaum in den oberen Atemwegen erkennbar, was als sicheres Zeichen für vitales Ertrinken gilt. In sechs Fällen findet sich ein Lungenödem, ein sehr unspezifisches Zeichen in Hinsicht auf die Todesursache. In drei Fällen haben sich Erstickungsblutungen in der Gesichtshaut, den Konjunktiven und der Mundschleimhaut ausgebildet. Des weiteren findet man bei histologischen Untersuchungen in drei Fällen Bakterienansammlungen bzw. Diatomeen in den Lungenalveolen. In zwei Fällen kam es bei Reanimationsversuchen zur Aspiration von Mageninhalt.

In neun der 26 Todesfälle im Wasser liegen Zeichen für eine längere Wasserliegezeit vor. Dabei handelt es sich in allen neun Fällen um eine Waschhautbildung an Händen und Füßen. In drei Fällen treten zusätzlich Fäulniserscheinungen auf. In einem weiteren Fall bildete sich durch die längere Zeit im Wasser ein Algenrasen auf der Leichenhaut.

Bei den typischen Zeichen einer Kohlenmonoxid-Intoxikation handelt es sich um eine Änderung der normalen Farbe von Totenflecken, Leichenblut und Muskulatur. Sie erscheinen hellrot bis lachsfarben. Außerdem kann in den meisten Fällen die Konzentration des CO-Hb im Leichenblut bestimmt werden. Der COHb-Gehalt im menschlichen Blut sowie seine Tödlichkeit sind abhängig von der CO-Konzentration in der eingeatmeten Luft, der Einwirkungszeit und dem Aktivitätsgrad der betroffenen Person (**Diagramm 6**). Die Tödlichkeitsgrenze liegt bei einem COHb-Gehalt von ca. 65%. Diese Konzentration ist unabhängig von der CO-Konzentration in der Atemluft und der Einwirkdauer tödlich. In unserem Untersuchungsgut treten drei Fälle von Kohlenmonoxid-Intoxikation im Wasser auf. Dabei weisen zwei dieser Fälle alle typischen Zeichen auf: Totenflecke, Leichenblut und Muskulatur sind hellrot gefärbt, und es kann ein CO-Hb von 55% bzw. 41% nachgewiesen werden, Konzentrationen, die mit großer Wahrscheinlichkeit tödlich sind. Dennoch führt in einem dieser Fälle die Vergiftung nur zu einer Bewußtlosigkeit, und es kommt zum anschließenden Ertrinken als letzte Todesursache. Dies wird deutlich, da bei der Obduktion auch typische Ertrinkungszeichen wie Lungenemphysem und Paltauf'sche Flecken gefunden werden. Im dritten Fall verstirbt das Kind erst vier Tage nach dem Ereignis. Nach dem langen Zeitintervall sind bei der Obduktion weder die typische hellrote Farbe noch eine CO-Konzentration im Blut festzustellen.

3.2.3.3 Unfälle zu Hause

Die Gruppe der Unfälle zu Hause setzt sich aus sehr verschiedenen Unfallmechanismen zusammen und umfaßt so auch entsprechend unterschiedliche Verletzungsmuster, daher sollen die Fälle im Folgenden nach der Unterteilung wie in **Tabelle 6** betrachtet werden.

Mit fünf Fällen stellen die Intoxikationen die größte Gruppe der häuslichen Unfälle. In zwei Fällen erfolgt der Todeseintritt durch eine Überdosis Heroin bei bekannterweise drogenabhängigen Jugendlichen, in einem Fall durch Methanol, welches das Kind in dem Glauben trinkt, es handele sich um trinkbaren Alkohol. Im vierten Fall stirbt das Kind im Spiel durch eine Inhalationsvergiftung mit einem Propan-/Butangasgemisch. Die Leichenöffnung zeigt jeweils unspezifische Befunde mit Hirnödem, Lungenödem, Herzdilatation und Punktblutungen der serösen Häute. Durch die Obduktion allein konnte jedoch die Todesursache nicht sicher geklärt werden. Daher wurden in allen Fällen toxikologische Untersuchungen durchgeführt, die eine tödliche Konzentration der jeweiligen Substanz nachweisen konnten. Im

fünften Fall handelt es sich um eine Lebensmittelvergiftung mit Salmonellen, die das Opfer über tiefgekühlte Fischstäbchen zu sich nahm. Das Mädchen und alle übrigen Familienmitglieder erkrankten an Erbrechen und Durchfall. Zum Tode führte diese Infektion nur bei dem Mädchen aufgrund einer vorbestehenden Grunderkrankung, eines Adrenogenitalen Syndroms, welches bei ihm zusammen mit Durchfall und Erbrechen zu einem lebensgefährlichen Salzverlust führte. Im Rahmen der Obduktion zeigt sich eine starke Entzündung der Darmschleimhaut mit Rötung und vermehrter Gefäßzeichnung sowie Zeichen einer deutlichen Austrocknung. Als Zeichen des AGS findet sich weiter eine unterentwickelte weibliche Brust, eine bräunliche Hautfarbe und eine deutliche Vergrößerung beider Nebennieren. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Stuhls wird der Keim Salmonella enteritidis nachgewiesen. Zwar wäre es ohne die bestehende Vorerkrankung wahrscheinlich nicht zum Tode des Mädchens gekommen, dennoch handelt es sich hier nicht um einen natürlichen Tod, denn Auslöser der lebensgefährlichen Situation war die Salmonelleninfektion. Ein AGS allein ist bei korrekter Einnahme der Medikamente nicht tödlich.

Mit vier Fällen machen die autoerotischen Unfälle einen weiteren Hauptanteil der Unfälle zu Hause aus. Der autoerotische Unfall resultiert aus einer Form von sexueller Selbstbefriedigung, bei der das Opfer versucht, durch eine Minderung der Sauerstoffzufuhr die Erregung zu steigern. Dabei entgleitet dem Opfer die Kontrolle über die Erstickungs- oder Drosselungs-Mechanismen, die dann zum ungewollten Tod führen. Der autoerotische Unfall fällt nicht in die Gruppe der Suizide, da der tödliche Ausgang vom Opfer nicht beabsichtigt war. Unter den vier Fällen in unserem Untersuchungsgut sind drei Fälle von Strangulation, sowie ein Fall von Ersticken in einer über den Kopf gezogenen Plastiktüte. Die Strangulation erfolgt im ersten Fall im Fitnessraum des Elternhauses mit Hilfe eines Punching-Balls. Der zwölf-jährige Junge hatte sich in kniender Position das Seil des Balls um den Hals geschlungen, sodaß der Sandsack auf seiner Brust zu liegen kam. Dadurch ergab sich eine Strangulation im Sinne eines Erhängens. Normalerweise werden beim Erhängen die Halsweichteile derart zusammengeschnürt, daß die zum Kopf führenden Arterien genau wie die, das Blut vom Kopf zum Herzen zurückführenden, Venen komprimiert werden. Dadurch bleibt der Blutgehalt im Kopf der gleiche wie zuvor, es kommt zu keiner Stauung, das Gehirn wird aber auch nicht mehr durchblutet. Dies bewirkt innerhalb weniger Sekunden das Schwinden von Handlungsfähigkeit und Bewußtsein. Ist die Kompression der Halsgefäße unzureichend, so kann neben der Anoxie des Hirns ein mechanisches Ersticken die letzte Todesursache sein. In einem solchen Fall kann es auch, wie beim Erdrosseln, durch Behinderung des venösen Rückstroms bei partiell erhaltenem arteriellen Zustrom zu einer starken Hyperämie im Kopfbereich kommen. Dies führt zu der typischen

Blauverfärbung des Gesichts mit Aufdunsung und petechialen Blutungen. Ein solches Bild zeigt sich bei der Obduktion des zwölfjährigen Jungen: Im Halsbereich befindet sich eine Strangulationsmarke, entstanden durch Hautabschürfung und –quetschung durch das Seil. Dunsung und Zyanose des Gesichts, sowie petechiale Blutungen der Augenlider, der Konjunktiven, der retroaurikulären Hautpartien und der Musculi sternocleidomastoidei sind Zeichen für die Stauung oberhalb des Strangwerkzeugs. Ein Lungenemphysem sowie eine akute Rechtsherzdilatation und subpleurale und subperikardiale Punktblutungen, sowie Petechien der Nierenbecken-Schleimhaut sind Zeichen für einen zusätzlichen Erstickungsmechanismus. Ein auch postmortal noch deutlich erigierter Penis bestätigt die Diagnose der autoerotischen Handlung. Der zweite Fall hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem ersten: Hier erfolgt die Strangulation ebenfalls im Fitnessraum, allerdings durch ein an der Hantelbank befestigtes Seil mit sich zuziehender Schlinge. Das Verletzungsmuster hat große Ähnlichkeit mit dem des ersten Falles. Im dritten Fall erhängt sich ein zwölfjähriger Junge mit einem Seil am Treppengeländer der ersten Etage des offenen Treppenhauses im Haus seiner Eltern. Allein die Auffindesituation ist sehr aussagekräftig und läßt kaum einen Verdacht auf Selbstmord oder Fremdverschulden zu: Der Junge ist, bis auf schwarze Unterwäsche seiner Mutter, unbekleidet. Zusätzlich sind drei Ledergürtel um Bauch und Oberschenkel gewunden. Solche Formen von Fetischismus und Abschnüren von Körperteilen werden häufig in Zusammenhang mit autoerotischen Unfällen beobachtet. Das Verletzungsmuster ist identisch mit dem des ersten Falles. Außerdem finden sich Simon'sche Blutungen unter dem vorderen Ligamentum longitudinale der Lendenwirbelsäule, Einblutungen, die meist durch generalisierte Krämpfe im Rahmen des Todeskampfes entstehen. Die Totenflecke finden sich in diesem Fall typischerweise verstärkt in den Fußsohlen. Im vierten Fall wird ein 16-jähriger Junge morgens von seinen Eltern in seinem Bett liegend aufgefunden mit einer über den Kopf gezogenen Plastiktüte, die mit einem Bademantelgürtel am Hals, dicht abgeschlossen, befestigt ist. Bei der Todesursache handelt es sich um Ersticken mit Lungenödem, Erstickungsblutungen subpleural, subepikardial und in der Nierenbeckenschleimhaut sowie einem Hirnödem. Eine Strangmarke, entstanden durch den Bademantelgürtel, existiert nicht. Die Schlafanzughose bedeckt den Genitalbereich nur knapp und läßt das Gesäß frei. Es gibt keinen sicheren Hinweis für einen Samenabgang. Da aber auch keine Zeichen für äußere Gewalteinwirkung vorliegen und anamnestisch kein Anhalt für Suizidabsichten besteht, ist die Diagnose des autoerotischen Unfalls im Gesamtzusammenhang sehr wahrscheinlich.

Vier der Opfer tödlicher Unfälle zu Hause kommen bei einem Wohnungsbrand ums Leben. In drei Fällen ergibt sich als Todesursache eine Rauchgasintoxikation. Bei der Obduktion erscheint

eine Verkohlung der Haut sowie Antragungen von Ruß am gesamten Körper. In Rachen, Kehlkopf und Trachea bis in die Lunge hinein findet sich eingeatmeter Ruß, teilweise bis unter die Pleura, sowie gleichzeitig ein Lungenemphysem als Zeichen für Ventilationsstörungen. Geht man weiter nach Innen, so zeigen sich ein Hirnödem, eine Rechtsherzdilatation, wieder ein Zeichen für einen Erstickungsmechanismus, und subperikardiale Petechien. Blut, Muskulatur und innere Organe haben eine kirschrote Farbe, typisch für die Kohlenmonoxidintoxikation. Auch die Totenflecke sind rot-violett. Tatsächlich ergibt sich bei den toxikologischen Untersuchungen ein COHb oberhalb der Tödlichkeitsgrenze. Im Fall eines 15-jährigen Jungen erbringt die Obduktion die typischen Befunde einer Brandleiche mit Verbrennungen 3. und 4. Grades von 100% der Körperoberfläche. Es zeigt sich eine abgebrannte Kopfschwarte und im Inneren der Schädelhöhle ein Brandhämatom. An den Armen fällt eine angedeutete Fechterstellung auf, Handskelett und Muskulatur der Arme sind fast vollständig abgebrannt. Radius und Ulna links sind hitzebedingt frakturiert. Auch die Muskulatur von Rumpf und Beinen sowie das Fußskelett sind teilweise abgebrannt. Die Lunge zeigt eine massive Rußeinatmung bis in die peripheren kleinen Bronchien. Das kirschrote Leichenblut ebenso wie die angedeutet hellrote Muskulatur geben Hinweise auf eine stattgehabte CO-Einatmung. Als Zeichen des Schocks dienen das flüssige Leichenblut, die schlaffe Dilatation der Herzhöhlen, ein mäßiges Lungenödem sowie eine Ektasie der Hohlorgane. Die toxikologischen Untersuchungen ergeben für das COHb einen Wert von nur 33%, der in dieser Situation nicht todesursächlich sein kann. Der Tod trat also durch einen Kreislaufschock infolge Verbrennens ein.

Weiterhin finden sich in unserem Untersuchungsgut zwei Fälle von Stromunfall, beide ereignen sich im Badezimmer. Beide Jungen versterben an den Folgen von schweren Herzrhythmusstörungen. Die Befunde bei der Leichenöffnung sind unspezifische Zeichen des Schockgeschehens. Strommarken auf der Haut, entstanden durch die Hitzewirkung an den Strom-Ein- und -Austrittsstellen sowie Spuren des Stromflusses im Gewebe können nur in einem Fall nachgewiesen werden: Bei dem Jungen zeigen sich Myokardnekrosen sowie drei Strommarken an den Fingern der linken Hand, kokardenartig geformt mit leicht gerötetem Randwall, zentraler weißlicher Verfärbung und Blasenbildung.

In zwei weiteren Fällen sterben die Kinder einen Erstickungstod. Ein 6-jähriges Mädchen stranguliert sich beim Spielen im Kinderzimmer mit seinem Halstuch. Es zeigen sich eine

Strangmarke, Stauungszeichen und die typischen Erstickenzeichen. Ein 13-jähriger Junge spielt mit einer Plastiktüte, durch einen Rückatmungsmechanismus kommt es zum Ersticken.

Die zwei letzten Fälle der Unfälle zu Hause sind Einzelfälle, sie lassen sich ihrem Ablauf und der Todesursache nach keiner der Gruppen zuordnen. Es handelt sich dabei um einen Fall von Verbluten nach Sturz in eine Glasscheibe mit Verletzung der Axillarhöhle und massiver arterieller und venöser Blutung sowie um einen Fall von Bolustod mit plötzlichem letalen Kreislaufstillstand aufgrund vagaler Reflexe bei der Verlegung der oberen Luftwege durch einen Fremdkörper.

3.2.3.4 Unfälle im Freien

Die Gruppe der Unfälle im Freien umfaßt neun Fälle mit sehr unterschiedlichen Unfallmechanismen und folglich auch ganz verschiedenen Verletzungsmustern.

Es findet sich erneut – wie schon in der Gruppe der Unfälle zu Hause – ein Fall von Intoxikation durch Inhalation von Butanol, außerdem ein Fall von Strangulation eines achtjährigen Jungen im Schlitz eines Papiercontainers mit den typischen Erstickenzeichen und einer Druckmarke an der Halsvorderseite. Ein zehnjähriges Mädchen wird beim Spiel im Sand verschüttet und erstickt ebenfalls. Ein Junge stürzt beim Spiel vom Deck eines Parkhauses und verstirbt an einem Schädelhirntrauma. Ein weiterer Fall könnte auch unter die Gruppe der Verkehrsunfälle gefaßt werden: Zwei Brüder fahren im Spiel auf dem elterlichen Hof mit einem Traktor umher. Dabei gerät der eine unter die Querstange des Traktors, erleidet ein stumpfes Thorax- und Bauchtrauma mit Abriß des Truncus coeliacus und der linken Nierenvene und verblutet.

Weiter findet sich in unserem Untersuchungsgut ein Fall von Tod durch Unterkühlung. Ein 16-jähriges Mädchen geht an einem Januarabend auf eine Party, wo sie große Mengen Alkohol trinkt. Gegen Mitternacht verläßt sie die Party, kommt aber nicht zu Hause an. Am übernächsten Tag wird sie in der Nähe des Elternhauses tot aufgefunden. Ihre Schuhe stehen zehn Meter von der Leiche entfernt. Bei der Obduktion finden sich keine äußeren Verletzungen. Es zeigen sich eine starke Dilatation beider Herzkammern, eine akute Stauungsfülle der inneren Organe sowie ein Hirnödem. Weiter sind eine schleimige Entzündung der Luftwege, eine Schwellung der Schleimhaut im Bereich des Rachenringes und Kehlkopfeingangs und Erosionen und Blutungen der Magenschleimhaut zu erkennen. Die Totenflecke sind von hellroter Farbe. Die chemisch-

toxikologische Untersuchung von Leichenblut und Urin ergibt einen Blutalkoholgehalt von 1,23 pro mille sowie Spuren von Aceton und Acetaldehyd als Abbauprodukte des Ethanols und einen Urinalkohol von 2,48 pro mille. Bis auf die Schuhe ist das Mädchen vollständig angezogen, die Kleidung ist stark durchnäßt mit Schnee daran und darin. Auch wenn dieses Bild auf den ersten Blick eher unspezifisch erscheint, so enthält es doch einige typische Zeichen des Todes durch Unterkühlung. Dabei ist die kritische Grenze eine Abkühlung bis auf einen Wert von etwa 25°C Körpertemperatur. Bei dieser Temperatur droht tödliches Herzkammerflimmern. Bewußtseinstrübung und Bewußtlosigkeit können jedoch schon oberhalb davon eintreten. Dabei kann es zu einem paradoxen Wärmegefühl und zum Entkleiden kurz vor Eintritt der Bewußtlosigkeit kommen. Feuchtigkeit und ebenso Alkoholeinwirkung begünstigen die Unterkühlung. Die Farbe der Totenflecke ist typischerweise hellrot, oft auch die der inneren Organe, was auf einer veränderten Sauerstoffabgabe bei niedrigen Temperaturen beruht. Wird eine Unterkühlung zunächst überlebt und führt dann nach einigen Stunden doch zum Tod, so können Lungenentzündungen, Pankreas- Herzmuskel- und Leberschäden sowie Erosionen und Blutungen an der Magenschleimhaut – wie in unserem Fall vorhanden - nachweisbar sein.

Als weiterer Fall findet sich ein Reitunfall mit Tod durch Schädelhirntrauma sowie ein tödlich endender Angriff eines Schäferhundmischlings auf ein neunjähriges Mädchen mit Bißverletzungen der rechten Halsregion mit Ein- und Abrissen der großen Halsgefäße. Dabei zeigt sich eine sichtbare Luftfüllung der Halsvenen. Die inneren Organe zeigen eine Ausblutungsblässe, die Totenflecke sind spärlich. Die Todesursache liegt in einer Luftembolie in Verbindung mit Verbluten nach außen.

Der letzte Fall ist in unserem Untersuchungsgut der einzige Fall von akzidenteller Verletzung mit einer Schußwaffe. Vier Jungen spielen mit Pistolen, die sie zuvor aus dem Tresor des Vaters entnommen haben. Als einer der Jungen in dem Glauben, die Pistole sei nicht geladen, auf seinen Freund zielt, geht ein Schuß los und trifft den Jungen in den Thorax. Der Schußkanal verläuft von ventral links nach dorsal rechts. Die Eintrittsstelle befindet sich am Thorax unterhalb der linken Mamille. Danach durchbohrt das Projektil zunächst das Perikard, dann die Herzmuskulatur mit Eröffnung des rechten Ventrikels, weiter den Ösophagus und schließlich den rechten unteren Lungenlappen. Nach Zerstörung der neunten Rippe dorsal bei Austritt aus dem Thorax bleibt es lateral des äußeren Randes der Scapula direkt unter der Haut liegen. Es handelt sich also um einen Steckschuß. In den Herzkammern sowie in den großen Gefäßen befindet sich bei der Obduktion nur wenig Blut. Dafür werden 1 Liter flüssiges Blut in der linken Brusthöhle und 1,2 Liter in der rechten Brusthöhle gemessen. Leber, Milz und Nieren

zeigen eine Ausblutungsanämie, die Totenflecke sind nur mäßig ausgeprägt. Die Todesursache besteht im Verbluten nach innen. Auf der Haut findet sich im Bereich der Einschußstelle eine konzentrische Hautvertrocknung, die von dem Abdruck der Stirnfläche des Waffenlaufs herrührt, eine sogenannte Stanzmarke. Die Wundränder sind schwärzlich verfärbt, ebenso das Gewebe unter der Haut. Durch das Pressen von Pulverschmauch in und unter die Haut entstand eine Schmauchhöhle. Stanzmarke und Schmauchhöhle sind beides Zeichen für einen absoluten Nahschuß, also einen Schuß mit aufgesetzter Waffe.

3.2.4 Art der Gewalteinwirkung

Je nach Unfallmechanismus ist auch die Art der Gewalteinwirkung sehr unterschiedlich. Die Gruppe der Verkehrsunfälle stellt sich bezüglich dieser Frage ganz homogen dar: Die Art der Gewalteinwirkung besteht in sämtlichen Fällen aus stumpfer Gewalt. Die Gewalteinwirkung entsteht durch den Aufprall des beteiligten Verkehrsmittels – meist ein Pkw oder Lkw – auf das Kind, welches meist zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs ist, und gegebenenfalls durch anschließendes Überrollen, Mitschleifen bzw. Wegschleudern des Körpers. Die Kräfteverteilung ist von vorneherein, schon allein durch die Art der Fortbewegung, in fast allen Fällen zum Nachteil des Kindes.

In der Gruppe der Todesfälle im Wasser kommen zwei Mechanismen in Betracht. Der eine besteht im Tod durch Ertrinken und macht mit 23 von 26 Fällen (88%) den weitaus größten Teil aus. In zwei Fällen führt eine Vergiftung mit Kohlenmonoxid zum Tode. Eine Kombination beider Mechanismen liegt in einem weiteren Fall vor: Das Kind verliert durch eine Angiftung mit CO das Bewußtsein und ertrinkt im Anschluß daran.

Die Unfälle zu Hause und die Unfälle im Freien stellen die zahlenmäßig schwächsten Gruppen dar, aber gleichzeitig zeigen sie die größte Heterogenität im Bezug auf die Gewalteinwirkung. Es kommen je sechs verschiedene Arten von Gewalteinwirkung vor. Bei den Unfällen zu Hause sterben sechs Opfer durch Ersticken, davon vier mal durch Strangulation. Weiter treten acht Fälle von Intoxikation auf. Die Giftaufnahme erfolgt in vier Fällen inhalativ, zweimal über die Vene und in zwei Fällen oral. Zwei Kinder sterben durch einen Stromschlag, ein weiteres Kind stirbt einen Reflextod durch einen verschluckten Gegenstand. Die letzten beiden tödlichen Unfälle zu Hause werden durch Hitze und scharfe Gewalt hervorgerufen. Bei den Unfällen im

Freien kommen als Gewalteinwirkung dreimal stumpfe Gewalt, zweimal Erstickten und je einmal scharfe Gewalt, Schuß, Kälte und Intoxikation vor.

Die in der Gruppe der Unfälle vorkommenden Arten von Gewalteinwirkung sind also scharfe Gewalt, stumpfe Gewalt, Ertrinken, Erstickten, Intoxikation, Hitze, Kälte, Strom, Schuß und Reflextod.

3.2.5 Eigen- / Fremdverschulden

In den meisten der 34 Verkehrsunfälle mit Todesfolge liegt zumindest eine Mitschuld beim verunglückten Kind: Die meisten Kinder hielten sich als Fußgänger oder Radfahrer auf oder direkt neben der Fahrbahn auf, gingen auf der Fahrbahn spazieren oder rannten im Spiel plötzlich auf die Straße. Teilweise mißachteten sie die Vorfahrt eines Fahrzeugs oder eine rote Ampel. Ein Mädchen war mit Walkman auf dem Fahrrad unterwegs und bog ab, ohne sich umzusehen, ein anderes überquerte hinter dem Schulbus die Straße, ein Junge stürzte während der Fahrt vom Motorroller und wurde dann von einem Pkw erfaßt. In zwei Fällen jedoch stand der Unfallgegner unter Alkoholeinfluß, in zwei Fällen war die Geschwindigkeit zu hoch, in zwei weiteren Fällen mißachtete ein rechtsabbiegender Lkw die Vorfahrt und überrollte das Kind.

In der Gruppe der Ertrinkungsfälle wurde nur in einem Fall auf Fremdverschulden entschieden: Ein achtjähriger Junge ertrank in einem städtischen Brunnen mitten auf dem Marktplatz. Die Sicherungsmaßnahmen, die nach einem ähnlichen Unfall fünf Jahre zuvor angebracht worden waren, waren aufgrund optischer Aspekte wieder aufgehoben worden. Daraufhin wurde der Stadtdirektor wegen Fahrlässigkeit verklagt. In den 22 übrigen Ertrinkungsfällen konnte kein eindeutiges Fremdverschulden festgestellt werden. Zum Teil handelte es sich bei den Opfern um Nichtschwimmer, die sich überschätzten oder Verbote mißachteten. Oft waren die Kinder nur unzureichend beaufsichtigt, zum Teil nur durch Gleichaltrige. In einem Fall ertrank ein 16-jähriger Junge, nachdem er auf einer Party Alkohol getrunken hatte und im Anschluß daran mit anderen im Freibad schwimmen ging. Von den drei Todesfällen durch CO-Vergiftung wurde in zwei Fällen Fremdverschulden festgestellt, weil der Zwangsentlüftungsschlitze in der Badezimmertür unerlaubterweise verschlossen worden war oder technische Mängel an der Installation des Gasdurchlauferhitzers vorlagen. Im dritten Fall wurde ein Dohlennest gefunden, daß den Kamin verschloß.

3.3 Suizid

Die Gruppe der Suizide umfaßt 31 Fälle. In unserem Untersuchungsgut finden sich sechs verschiedene Methoden der Selbsttötung. Die mit Abstand häufigste ist die der Strangulation. Es folgen der Sturz aus der Höhe, die Intoxikation mit Medikamenten, die Überfahung durch Eisenbahn oder Pkw sowie je einmal die Schußverletzung und die Selbstverbrennung.

3.3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer

Wie schon im allgemeinen Teil festgestellt, nimmt in allen drei Gruppen von nicht-natürlichem Tod mit steigendem Alter auch die Fallzahl zu. Obwohl die Gruppe der Suizide nur eine geringe Fallstärke aufweist (21% aller Fälle), zeigt sie gleichzeitig die stärkste Polarisierung mit 87% aller Suizide in der Gruppe der Ältesten (**Tabelle 3**). Betrachtet man die Verteilung der verschiedenen Arten von Selbsttötung bezogen auf das Alter der Opfer, wie in **Tabelle 15** geschehen, so fällt auf, daß sich die Strangulation als meistgewählte Tötungsform in allen drei Altersgruppen wiederfindet. Bezogen auf das Geschlecht hat sich gezeigt, daß in der Gesamtschau der Anteil von Jungen und Mädchen in etwa gleich ist. In der Gruppe der Suizide fällt jedoch eine sehr ungleiche Verteilung auf: Mit 21 männlichen und nur zehn weiblichen Opfern ergibt sich ein Verhältnis von zwei zu eins zugunsten der Jungen (**Diagramm 2**). Die **Tabelle 16** zeigt, wie sich die männlichen und weiblichen Opfer auf die verschiedenen Formen von Suizid verteilen.

3.3.2 Zeit und Ort des Geschehens

Bei der Verteilung der Suizide auf die Jahreszeiten zeigt sich ein klares Überwiegen in den Wintermonaten (61% der Fälle) (**Tabelle 17**). Die **Tabelle 18** zeigt die Verteilung der Suizide auf die Wochentage. Im Durchschnitt ereignen sich innerhalb der Woche 4,2 Fälle pro Tag, während es am Wochenende im Schnitt fünf Fälle pro Tag sind. Damit wird eine geringe Bevorzugung des Wochenendes gegenüber den Wochentagen erkennbar. Die Verteilung der Suizide auf die Tageszeiten wird in **Tabelle 19** wiedergegeben. Der Hauptanteil der Fälle ereignet sich in den Abend- und Nachtstunden.

Bezüglich der räumlichen Verteilung der Suizide lassen sich drei Bereiche unterscheiden. Mit 13 Fällen finden 42% der Suizide im Wohnbereich des Kindes statt. Davon ereignet sich gut die Hälfte der Fälle (n = 7) im Kinderzimmer, die übrigen verteilen sich auf Wohnzimmer, Dachbo-

den, Balkon, Wintergarten oder Garage des Elternhauses, in diesen Fällen erfolgt die Auswahl nach technischen Aspekten. 45% der Kinder wählen einen Ort im Freien. Dabei handelt es sich um Straßen, Wäldchen, Eisenbahngleise, Brücken, Kirchtürme oder Felsklippen in der Nähe des Elternhauses. Diese beiden Bereiche sind also in etwa gleichwertig in der Häufigkeit ihrer Wahl. Der dritte Bereich macht mit 13% der Suizide den kleinsten Teil aus. Hierbei handelt es sich um vier Kinder, die ihren Aufenthaltsort nicht frei wählen können, da sie sich zur Tatzeit in Haft, in einer Betreuungsstätte für schwer erziehbare Kinder oder in einer Klinik befinden.

3.3.3 Autopsiebefunde und Todesursache

Sortiert man die Suizidfälle nach der Todesursache, so ergeben sich fünf verschiedene Gruppen, die zum Teil identisch sind mit der Einteilung nach den Tötungsmethoden. Nach wie vor machen die Strangulationen die stärkste Gruppe aus.

3.3.3.1 Tod durch Strangulation

In unserem Untersuchungsgut finden sich zwölf Fälle von Suizid durch Strangulation. Die Autopsiebefunde sind in zehn Fällen sehr ähnlich. In sieben dieser zehn Fälle finden sich mehr oder weniger stark ausgeprägte Stauungszeichen im Gesicht: Petechien der Konjunktiven und der Augenlider, zum Teil auch der Gesichtshaut, der Schleimhaut des Mundvorhofs und der Zunge. Diese Stauungszeichen treten auf bei dem sogenannten atypischen Selbsterhängen. Es ist charakterisiert durch eine unregelmäßige Stranglage, die einen arteriellen Blutfluß weiterhin zuläßt, während der venöse Rückfluß gestoppt wird oder durch Abstützung des Körpers während des Strangulationsvorganges. Beim sogenannten typischen Erhängen werden arterieller und venöser Blutfluß gleichermaßen unterbunden, es kommt nicht zu Stauungsblutungen im Gesichtsbereich und auch nicht unbedingt zu Blutungen im Gewebe unter der Strangfurche.

In sechs Fällen kann ein deutliches Hirnödem nachgewiesen werden, ausgelöst durch die Hypoxie, teils mit einer Hyperämie von Großhirn, Kleinhirn, Hirnstamm sowie der weichen Hirnhäute. Auch die Gewebe im Halsbereich sind oft blutgestaut, ebenso wie die großen Organe der unteren Körperhälfte Leber, Nieren und Darm.

Eine Strangmarke ist in allen zehn Fällen vorhanden, in ihrer Art und Ausprägung jeweils abhängig vom benutzten Strangwerkzeug. Neun der zehn Opfer weisen Zeichen einer vitalen Strangulation auf. Dies bestätigt die Diagnose Suizid und spricht gegen die Möglichkeit einer Fremdtötung mit dem anschließenden Versuch der Verschleierung. Derartige Zeichen sind zum Beispiel Zeichen von Speichelfluß, wie eine entsprechende Abrinnspur, Zwischenkammlutungen, die bei Anwendung eines doppelläufigen Strangwerkzeugs zwischen den Touren des Stranges entstehen, Blutungen in den Halsweichteilen unterhalb der Strangmarke sowie Zerrungsblutungen in der Halsmuskulatur und Blutungen in den Disci intervertebrales und unter das vordere Längsband der Lendenwirbelsäule, sogenannte Simon'sche Blutungen, die normalerweise im Rahmen des Todeskampfes durch generalisierte Krämpfe entstehen. Sowohl die Simon'schen Blutungen als auch die Zwischenkammlutungen sind allerdings keine absolut sicheren Zeichen für vitales Erhängen und konnten auch in Postmortalexperimenten erzeugt werden.

Weiter findet sich in sechs der zehn Fälle ein zum Teil schweres Lungenemphysem, hervorgerufen durch das krampfhaftes Luftschnappen während des Erstickungsvorgangs und die erschwerte Expiration durch das Komprimieren der Halsweichteile durch den Strang.

Ebenfalls in sechs Fällen fanden wir die typischen Erstickungsblutungen, subpleurale und subepikardiale Punktblutungen. Die Lunge ist, genau wie Leber und Nieren, blutreich, zum Teil ödematös, durch die Blutstauung vor dem rechten Herzen. Eins der Kinder weist noch post mortem eine sogenannte Pfötchenstellung der Hände auf, Resultat einer durch die Atemnot hervorgerufenen Hyperventilationstetanie. Eine Herzdilatation, vor allem des rechten Herzens, ist in drei Fällen nachgewiesen. Die Totenflecke sind bei allen Opfern, soweit schon vorhanden, in den abhängigen Körperpartien entsprechend der Lage des Körpers bei Todeseintritt lokalisiert.

In zwei Fällen von Tod durch Strangulation bestand die Todesursache nicht im Ersticken. In dem einen Fall handelt es sich entweder um einen Reflextod, oder der Todeseintritt kam durch eine akute Unterbindung des arteriellen Zuflusses zum Gehirn zustande. Bei der Leichenöffnung konnten keine Erstickungszeichen nachgewiesen werden. Es könnte sich hier um einen Fall des oben erwähnten typischen Erhängens handeln. In dem anderen Fall trat der Tod erst sekundär im Krankenhaus durch Herzkammerflimmern ein.

3.3.3.2 Intoxikation

Die fünf Intoxikationen erfolgen allesamt mit Hilfe von Medikamenten. Mit Ausnahme eines Falls wurden diese von den Kindern nicht regelmäßig eingenommen, schwerwiegende Vorerkrankungen waren nicht bekannt, eine akzidentelle Vergiftung ist in allen Fällen sehr unwahrscheinlich. Es handelt sich dabei um Vergiftungen mit Bencyclan, einem Mittel zur Durchblutungsförderung durch Senkung des Herzzeitvolumens, Theophyllin, einem Wirkstoff aus der Gruppe der Methylxanthine mit bronchospasmolytischer Wirkung, Dibenzepin und Amitriptylin, trizyklischen Antidepressiva sowie Benzodiazepinen. Wie die Kinder an diese Medikamente heran kamen, ist nicht in allen Fällen bekannt. In keinem der Fälle sind äußere Verletzungen zu sehen, die Totenflecke sind jeweils entsprechend der Lage des Körpers ausgeprägt. Anzeichen für ein Einwirken von außen sind nicht vorhanden. Die Todesursache konnte pathologisch-anatomisch in keinem der Fälle geklärt werden, jedoch wurde in allen Fällen die Intoxikation durch chemisch-toxikologische Untersuchungen nachgewiesen.

3.3.3.3 Selbstverbrennung

Ein 14-jähriger Junge übergießt sich mit einem brennbaren Grundiermittel und zündet dies an. Das Motiv Liebeskummer ist durch den vorgefundenen Abschiedsbrief gesichert, in dem er auch auf den geplanten Suizid durch Verbrennen hinweist. Der herbeigerufene Notarzt kann nur noch den Tod feststellen. Bei der Leichenöffnung finden sich die typischen Zeichen einer Rauchgasintoxikation aber auch großflächige Verbrennungen und teilweise Verkohlungen, sodaß letztendlich die Todesursache nicht sicher festgelegt werden kann.

3.3.3.4 Schädelhirntrauma

Die Unterteilung der übrigen Fälle in die beiden letzten Gruppen ist fließend, da in den meisten Fällen von Schädelhirntrauma (SHT) auch schwere Verletzungen der anderen Körperhöhlen vorliegen, und die Bestimmung einer der Verletzungen als todesursächlich nicht immer möglich ist. So wurden die Fälle der Gruppe SHT zugeordnet, in denen das Ausmaß der vorliegenden Kopfverletzungen allein sicher zum Tode geführt hätte und die Verletzungen der anderen Körperhöhlen eher untergeordnet sind. Dies trifft auf fünf der Fälle zu. Dabei handelt es sich in

nur einem Fall um ein isoliertes Schädelhirntrauma, die anderen Fälle sind Drei- bzw. Vierhöhlenverletzungen. Die Verletzungen in dieser Gruppe kommen durch Überfahung durch einen Pkw, Bahnüberfahung, Kopfschuß sowie zweimalig durch Sturz aus der Höhe zustande. In all diesen Fällen kommt es zu umfangreichen Kopfverletzungen mit Schädigung der Weichteile, mehrfachen Schädelfrakturen und schweren Zerstörungen im Bereich von Großhirn, Kleinhirn und Medulla oblongata. Die Verletzungen der anderen Körperregionen sind zwar zum Teil auch schwererer Natur, aber nicht unbedingt letal.

3.3.3.5 Polytrauma

In der Gruppe der Suizide finden sich acht Fälle mit einem Polytrauma als Todesursache. Bei diesen Fällen ist also die Summe der Verletzungen letztendlich todesursächlich, bzw. mehrere Organsysteme sind gleichzeitig so schwer verletzt, daß keine der Verletzungen als primär todesursächlich hervorgehoben werden kann. Im ersten Fall ist die Körperzertrümmerung so umfangreich, daß einzelne möglicherweise letale Verletzungen nicht mehr nachweisbar sind. Hier handelt es sich um eine Bahnüberfahung mit der Folge einer fast vollständigen Zertrümmerung von Schädel-, Brust- und Bauchhöhle sowie der Extremitäten. Bei den übrigen Fällen handelt es sich um einen weiteren Fall von Bahnüberfahung, einen Fall von Sturz von einer Autobahnbrücke mit anschließendem Überrollen durch einen Pkw und einen Lkw sowie fünf weitere Fälle von Sturz aus der Höhe.

In **Abbildung 3** ist noch einmal die Verteilung der knöchernen Verletzungen dargestellt unter Zusammenfassung der Gruppen Schädelhirntrauma und Polytrauma. Wie schon bei der Betrachtung der Verkehrsunfälle fällt auch hier ein deutliches Überwiegen der Schädelfrakturen auf. Die Extremitätenknochen sind in dieser Gruppe relativ stärker betroffen als unter den Verkehrsunfällen. Auch Frakturen im Rumpfbereich, also der Wirbelsäule, der Rippen und des Beckenrings, sind in der Gruppe der Suizide deutlich häufiger.

Abbildung 4 veranschaulicht die Organverletzungen bei Schädelhirntrauma und Polytrauma. Mit 77% der Fälle sind die Lungen in dieser Gruppe deutlich häufiger von Verletzungen betroffen als unter den Verkehrsunfällen (42%), auch der Anteil von Verletzungen der großen Bauchorgane und des Herzens ist größer.

3.3.4 Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug

Die Art der Gewalteinwirkung ist bei allen zwölf Strangulationsopfern identisch. Nur die Tatwerkzeuge sind unterschiedlich. Sie stammen jedoch allesamt aus dem Lebensbereich der Kinder. Eine Strangmarke ist, wie schon oben bemerkt, in allen Fällen vorhanden und entspricht in ihrer Konturierung, Breite und Ausprägung dem jeweiligen Strangwerkzeug. Im Falle eines Springseils findet sich eine Strangmarke mit knotenförmigen Abdrücken, ein Bettlaken hinterläßt einen entsprechenden Textilabdruck.

Die Gruppe der Intoxikationen ist in bezug auf die Art der Gewalteinwirkung und das gewählte Hilfsmittel ebenfalls sehr homogen. In allen fünf Fällen erfolgte die Intoxikation mithilfe von Medikamenten, die überdosiert wurden.

Die beiden Gruppen Schädelhirntrauma und Polytrauma sollen aufgrund der teils ähnlichen Mechanismen, wie schon oben geschehen, zusammengefaßt werden. Es handelt sich dabei um insgesamt 13 Fälle. Davon töteten sich neun Kinder durch Stürze aus der Höhe beziehungsweise Überrollen durch Pkws. Die hierbei entstandenen Verletzungen wurden durch das Einwirken von stumpfer Gewalt hervorgerufen. Drei Opfer starben durch eine Bahnüberfahung und erlitten hierbei ebenfalls multiple Verletzungen durch Einwirken einer Kombination von scharfer und stumpfer Gewalt. Ein einziger Suizid erfolgte durch Schuß mit einer singulären Verletzung als Folge.

Ein Kind wählte die Hitze als einwirkende Gewalt. Es übergießte sich mit einer brennbaren Substanz, die es anzündete, und starb durch Verbrennen in Kombination mit Rauchgasintoxikation.

3.3.5 Motiv

In fünf der 31 Fälle ist das Motiv für den Suizid nicht bekannt, es lag weder eine für die Umgebung erkennbare problematische Situation vor, noch hat das Opfer zuvor Suizidabsichten geäußert oder einen Abschiedsbrief hinterlassen. Die übrigen Fälle lassen sich im weiteren Sinne auf sechs Hauptmotive reduzieren, die auch in Kombination auftreten. Zum Teil werden

die Handlungen der Kinder durch Alkohol, Drogen oder Medikamente beeinflusst, die als zusätzliche Stressoren in andauernden Streßsituationen die Reaktionen der Kinder verstärken oder erst den Auslöser für die Selbsttötung darstellen oder aber in einer eigentlich harmonischen Lebenssituation die Wahrnehmung der Kinder so verändern, daß diese ohne von außen erkennbaren Grund Selbstmord begehen.

In zehn Fällen, also einem Drittel der Suizide, können familiäre Probleme als Motivation zugrunde gelegt werden. Hierunter fallen sowohl akute Streitereignisse als auch dauerhafte Konflikte innerhalb der Familie oder Trennung der Eltern bis hin zu völlig zerrütteten Familienverhältnissen, zum Teil mit einer starken Beeinflussung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung des Kindes, einhergehend mit Drogen- oder Alkoholproblemen und wiederholter Straffälligkeit.

Unter die Suizide aufgrund von Problemen mit Gleichaltrigen fallen sowohl Konflikte mit Gleichaltrigen und Bedrohung durch diese, sodaß das eigentliche Suizidmotiv die Angst vor weiteren Repressalien ist, als auch Gruppenzwang und daraus folgende gemeinschaftliche Selbsttötung in der Clique. Den größten Anteil in dieser Motivgruppe machen jedoch die Suizide aufgrund von Liebeskummer sowie pubertären Spannungen und Eifersuchtsszenen innerhalb von Teenager-Beziehungen aus. Insgesamt töten sich 26% der Kinder und Jugendlichen aus unserem Untersuchungsgut als Reaktion auf Probleme mit Gleichaltrigen.

In vier Fällen (13% der Fälle) liegt das Motiv in der Angst vor Strafe bzw. in einer Perspektivlosigkeit nach vorausgegangenem Fehlverhalten wie zum Beispiel Diebstahl oder anderen Straffälligkeiten.

Ein weiteres Motiv ist zwar nur mit geringer Fallzahl in unserem Untersuchungsgut vertreten (2 Fälle), doch erschreckt allein die Tatsache, daß es überhaupt als Suizidmotiv fungieren kann: die Nachahmung. In beiden Fällen handelt es sich um Mädchen im Alter von 14 Jahren, die sich erhängen. Beide hatten sich zuvor in der Schule oder innerhalb einer Jugendgruppe intensiv mit dem Thema Suizid beschäftigt, bei beiden hatte es im Familien- oder Freundeskreis in naher Vergangenheit Suizidfälle gegeben. Im Fall des einen Mädchens kommen zur offensichtlichen Nachahmung noch Probleme in der Schule sowie die Trennungssituation der Eltern hinzu. In dem anderen Fall sind keine anderen möglichen Motive zu erkennen.

Schulprobleme als Auslöser für den Suizid Jugendlicher treten mit nur einem Fall in unserem Untersuchungsgut in ihrer Bedeutung stark hinter den anderen Motiven zurück. Ebenfalls ein Einzelfall in unserem Untersuchungsgut ist die Selbsttötung aufgrund von Krankheit. Es handelt sich hier um ein 14-jähriges Mädchen, welches sich wegen Anorexia nervosa in stationärer Behandlung befindet. Wegen ihrer panischen Angst, Gewicht zuzunehmen, stürzt sie sich vom Glockenturm der Klinikkapelle.

3.3.6 Familienhintergrund und Vorgeschichte des Opfers

Zum Teil wurde dieses Thema schon im vorausgegangenen Kapitel angesprochen. Besonders wichtig für die Entwicklung der Ereignisse bis hin zum Selbstmord ist der familiäre Hintergrund des Opfers in der Gruppe derjenigen Suizide aufgrund von familiären Problemen. Hier fällt auf, daß nur in zweien dieser Fälle ein intaktes familiäres Umfeld vorliegt. Als Auslöser für die Selbsttötung kam lediglich ein Streit mit den Eltern am selben Tag in Frage. In allen übrigen Fällen liegen andauernde schwierige Familienverhältnisse vor:

In zweien der zehn Fälle mit familiärem Motiv leben die Eltern schon seit langer Zeit getrennt. In einem dritten Fall hat die Mutter vier Tage vor dem Unglück den Vater und die fünf gemeinsamen Kinder verlassen. In weiteren Fällen werden die Familienverhältnisse als „zerrüttet“ und „dissozial“ beschrieben, Details über die genaue elterliche Situation sind nicht bekannt. Daraus geht jedoch hervor, daß in mindestens der Hälfte der Fälle die Beziehung zwischen den beiden Elternteilen nicht harmonisch ist. Die Entwicklung der Kinder verläuft entsprechend:

Drei Jungen werden schon früh straffällig. Als der eine sich mit 16 Jahren zum zweiten Mal in Haft befindet und seine Mutter ihm daraufhin verweigert, das bevorstehende Weihnachtsfest mit ihr zusammen zu verbringen, nimmt er sich aus dem Gefühl heraus, sie enttäuscht zu haben und ihr nur Schande zu bereiten, in seiner Zelle das Leben. In drei Abschiedsbriefen legt er ihr zuvor seine Gedankengänge dar und begründet seine Entscheidung. Der zweite Junge ist zum Zeitpunkt seines Todes ebenfalls 16 Jahre alt. Sein Vater, Gewohnheitstrinker, Heroin-abhängig und spielsüchtig, hatte das Familienvermögen verspielt. Der Junge brachte schlechte Leistungen in der Schule, lief wiederholt von zu Hause fort und war seit dem elften Lebensjahr selbst alkoholabhängig. Im Alter von 13 Jahren nahm sein Vater ihn mit in ein Bordell. In der Folge beging der Junge verschiedene Straftaten, machte mehrere mißglückte Entziehungskuren durch,

den Alkoholkonsum konnte er nicht steuern und neigte im Rausch zu Extremhandlungen. Schließlich bringt er sich in einem Anfall von Perspektivlosigkeit um. Der dritte, zum Zeitpunkt des Suizids 14 Jahre alte Junge war zuvor wegen Körperverletzungs-Delikten, oft im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, mehrfach kriminalpolizeilich in Erscheinung getreten. Nach einem Streit mit seiner Mutter, der darauf beruhte, daß er wiederholt seine 13-jährige Schwester geschlagen hatte, verwies ihn die Mutter aus der Wohnung, woraufhin er sich mit Tabletten vergiftet. In einem weiteren Fall handelt es sich um ein „schwer erziehbares Kind“, welches in verschiedenen Kinderheimen groß wird und zeitweise Drogen nimmt. Als Auslöser für seinen Suizid fungiert ein Streit mit dem Heimleiter. Als eigentliches Motiv ist jedoch eher seine allgemeine Perspektivlosigkeit, begründet in der fehlenden familiären Geborgenheit, anzusehen, eventuell kombiniert mit der Absicht, Aufsehen zu erregen.

Nur zwei dieser Kinder hatten in der Vorgeschichte tatsächlich schon einmal einen Selbstmord versucht und auch des öfteren derartige Absichten geäußert. Ein Junge fügte sich häufiger selbst Verletzungen zu, hatte aber noch nie ernsthaft versucht, sich das Leben zu nehmen. In den anderen Fällen scheinen die Kinder zuvor nicht an einen Selbstmord gedacht zu haben.

Bei dieser Betrachtung wird zwar deutlich, daß das Aufwachsen in einer heilen Familie und in einem behüteten Elternhaus sehr wichtig ist für die Entwicklung eines Kindes, einer starken Persönlichkeit und der Fähigkeit, Probleme zu lösen. Jedoch bezieht sich diese Beobachtung nur auf jene Kinder, die sich aufgrund von familiären Schwierigkeiten umbrachten. Die Kinder, die aus anderen Motiven Selbstmord begingen, kamen fast ausnahmslos aus angeblich intakten Familienverhältnissen.

3.4 Fremdtötung

In unserem Untersuchungsgut finden sich 27 Fälle von Fremdtötung. Nach der Motivation sowie der Beziehung zwischen Opfer und Täter lassen sie sich in drei Gruppen unterteilen. Die Gewaltverbrechen ohne familiäre Beziehung zwischen Opfer und Täter machen mit 17 Fällen den größten Anteil (63%) der Fremdtötungen aus. Zehn dieser Fälle werden aus sexueller Motivation heraus ausgeführt. Die zweite Gruppe ist die der innerfamiliären Tötungen. Mit neun Fällen (33%) schließt sie alle Tötungsfälle ein, in denen es sich bei dem Täter um einen Verwandten des Opfers handelt, ungeachtet dessen, ob das Motiv aus Fürsorge oder Aggression entspringt. Die letzte Gruppe umfaßt nur einen einzigen Fall. Die Tötung auf Verlangen läßt sich keiner der anderen Gruppen zuordnen.

3.4.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer

Die **Tabelle 20** gibt die Altersverteilung der Opfer auf die Fremdtötungen wieder. In der Gesamtschau fällt auf, daß mit zunehmendem Alter der Kinder auch die Zahl der Fremdtötungen ansteigt. Bei Betrachtung der Untergruppen wird deutlich, daß diese Verteilung am stärksten mit der Altersverteilung in der fallstärksten Gruppe, den Gewaltverbrechen, korreliert, und hier vor allem mit der Verteilung der Sexualverbrechen. In **Tabelle 21** ist die Geschlechtsverteilung der Opfer auf die Fremdtötungsfälle wiedergegeben. Mit 18 von 27 Fällen (67%) überwiegen eindeutig die weiblichen Opfer.

3.4.2 Familienhintergrund und Vorgeschichte der Opfer

Insgesamt kann man sagen, daß in 19 der 27 Fremdtötungsfälle (70%) die Familienverhältnisse der Opfer harmonisch sind, was so definiert ist, daß es keine für das Opfer erkennbaren ernsthaften Konflikte oder Sorgen innerhalb der Familie gibt. Dabei kann trotzdem zum Beispiel eine Trennung der Eltern vorliegen oder kurz vor dem tödlichen Ereignis ein Streit zwischen Eltern und Kind stattgefunden haben. Solange die häuslichen Verhältnisse insgesamt harmonisch sind und das Kind sich wohl fühlt, wurden die Fälle in diese Gruppe eingeteilt. Es bleiben also nur acht Fälle (30%), in denen ernsthafte Probleme zu Hause eine Rolle spielen. Im Folgenden soll gezeigt werden, inwiefern solche familiären Probleme in unserem Untersuchungsgut ursächlich sind für die Entwicklung der Ereignisse bis hin zur Tötung des Kindes.

In der Gruppe der Gewaltverbrechen ohne familiäre Verbindung zwischen Opfer und Täter besteht in zwei der 17 Fälle ein enger Zusammenhang zwischen der familiären Situation und der Tötung des Kindes. Dabei handelt es sich einmal um einen jugoslawischen Jungen, der bei einem Brandanschlag auf die Unterkunft seiner Familie ums Leben kam. Die Familie war als Asylbewerber in Deutschland. Bei dem Brandanschlag gab es keine Hinweise auf einen fremdenfeindlichen Anschlag, sondern Streitigkeiten unter den Bewohnern der Unterkunft sowie auch mit einer benachbarten türkischen Familie waren mit großer Wahrscheinlichkeit Hintergrund der Tat. Ein weiteres mögliches Motiv ergab sich aus der Tatsache, daß der Asylantrag der seit viereinhalb Jahren in Deutschland wohnenden Familie abgelehnt worden war. Der Brand ereignete sich zwei Tage vor dem geplanten Abschiebetermin und erregte insofern den Verdacht, daß die betroffenen Familien selber den Brand gelegt haben könnten. Der Täter konnte jedoch nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Der zweite Fall ist der eines 13-jährigen Jungen, der als einziger Junge in unserem Untersuchungsgut einem Sexualdelikt zum Opfer fällt. Er lebte mit seinen zwei Geschwistern und beiden Elternteilen zusammen. Das Verhältnis zu seinem Vater war jedoch sehr gespannt. Der Junge war schlecht in der Schule, er hatte keine Freunde und kaum Kontakte zu Gleichaltrigen. Aufgrund seines Übergewichts wurde er oft gehänselt. Laut Eltern und Lehrern zeigte er ein auffälliges Verhalten, war oft wehleidig und wurde schnell wütend. Die Eltern hatten seinetwegen um eine Betreuung durch die Familienhilfe des Jugendamtes gebeten. Nach einem Streit mit dem Vater wegen eines schlechten Zeugnisses hatte er einmal versucht, von zu Hause fortzulaufen. Insgesamt war er nach Aussagen der Lehrer „für Zuneigung jeder Art sehr empfänglich“, auch gegenüber Fremden und vor allem gegenüber Erwachsenen. Im Verlauf der Ermittlungen nach Auffindung seiner Leiche stellte sich heraus, daß er auf Ansprache durch den Lkw-Fahrer, den späteren Täter, freiwillig zu diesem ins Fahrerhäuschen stieg, obwohl er ihn nicht kannte, und mit ihm davon fuhr. So bewirkte möglicherweise die Situation zu Hause mit dem Gefühl des Liebesentzugs durch den Vater das falsche und letztendlich fatale Verhalten des Jungen in der entscheidenden Situation. Insgesamt hat aber in dieser Gruppe von Fremdtötungen die häusliche Situation eher selten Einfluß auf das Schicksal der Kinder.

Anders ist das Verhältnis in der Gruppe der Tötungen innerhalb der Familie: Von neun Fällen basieren sechs auf großen familiären Problemen. In einem weiteren Fall liegt zwar eine heile Familie in guter physischer Gesundheit sowie eine stabile finanzielle Situation vor. Im Rahmen einer krankhaften Depression bildet sich der Vater jedoch ein, die Situation sei aussichtslos und er könne seiner Familie keinen angemessenen Lebensstandard bieten. Daraufhin tötet er im Rahmen eines erweiterten Suizids, auch Diadic Death genannt (abgeleitet von dem griechischen

διαδίδωμι), zunächst seine Frau und seinen jüngsten Sohn und schließlich sich selbst. Hier sind also eingetragene familiäre Probleme der Auslöser für die Tötung.

Unter den sechs Fällen mit familiärer Problematik sind fünf Kinder, die im Rahmen eines erweiterten Suizids umkommen, oder wo von dem jeweiligen Elternteil ein erweiterter Suizid ursprünglich geplant war, die Selbsttötung dann aber, teils in mehreren Versuchen, scheitert. Die Probleme, die diesen Taten zugrunde liegen, sind drohende Ehescheidung oder schon vollzogene Trennung der Ehepartner, Streit um das Sorgerecht für die Kinder und finanzielle Sorgen. Im sechsten Fall tötet der Vater seinen 16-jährigen Sohn im Streit. Die Beziehung zwischen beiden Elternteilen war sehr konfliktbelastet, und auch zwischen Vater und Sohn gab es ständig Streit, bis dahin gehend, daß der Vater seine Vaterschaft leugnete. In einem solchen Streit kam es dann zur gewaltsamen Tötung des Sohnes durch den Vater.

Damit resultiert in sechs von neun Fällen (67%) in der Gruppe der Tötungen innerhalb der Familie die Tötung des Kindes direkt aus der Familiensituation.

Ein Fall von innerfamiliärer Tötung stellt in unserem Untersuchungsgut einen Sonderfall dar: Hier handelt es sich um den einzigen Fall von Tötung eines Kindes aus sexueller Motivation durch ein Familienmitglied. Täter ist in diesem Fall der eingeheiratete Onkel des elfjährigen Mädchens, zu dem das Kind eine sehr freundschaftliche und vertrauensvolle Beziehung hatte. Es war in der Vorgeschichte nie zu Belästigungen gekommen. Der Tat ging ein Streit des Täters mit seiner Ehefrau und den Stiefkindern voraus. Als der Onkel dann im Tagesverlauf das Mädchen alleine in der elterlichen Wohnung antrifft, überkommt ihn die sexuelle Erregung. Er entführt seine Nichte aus der Wohnung. Als sie sich gegen seine sexuellen Annäherungen wehrt, kommt es zur Flucht, zur Verfolgung und schließlich zur Tötung des Mädchens in einem Waldstück.

In der letzten Gruppe der Fremdtötungen, dem einen Fall von Tötung auf Verlangen, besteht wiederum eine harmonische Familiensituation. Die Eltern leben zwar getrennt, dies scheint jedoch das Familienverhältnis nicht zu belasten und die Entwicklung des Kindes nicht zu beeinflussen. Die Tötung steht nicht im Zusammenhang mit der Familiensituation des Opfers.

In den Fällen von Tötungen innerhalb der Familie ist also erwartungsgemäß die Familiensituation ein wichtiger Faktor, der die Entwicklung der Ereignisse entscheidend mitbestimmt,

während in den beiden anderen Gruppen von Fremdtötungen die Bedeutung der Familiensituation des Opfers in den Hintergrund rückt.

3.4.3 Zeit und Ort

Wie schon im allgemeinen Teil beschrieben, ist die Verteilung der Fremdtötungen über die Jahre im Untersuchungszeitraum eher unspezifisch (**Tabelle 1**), was sicherlich auch mit der relativ geringen Fallzahl zusammen hängt. Auffällig ist eine deutliche Abnahme der Fälle nach 1998. Betrachtet man die Verteilung der Fälle auf die Jahreszeiten (**Tabelle 22**), so fällt auf, daß 70% der Fälle in die Sommermonate fallen. Dieses ungleiche Verhältnis wird hauptsächlich durch den hohen Anteil der Sexualverbrechen in den Sommermonaten hervorgerufen. Dagegen häufen sich die Tötungsdelikte innerhalb der Familie in den Wintermonaten. Betrachtet man die Verteilung der Fremdtötungen auf die Tageszeiten (**Tabelle 23**), so fällt eine ganz eindeutige Bevorzugung der zweiten Tageshälfte und der Nacht auf (85% der Fremdtötungen).

Im Folgenden sollen die als Tatort ausgewählten Örtlichkeiten betrachtet werden. Dabei sind der Ort des Zusammentreffens von Opfer und Täter und der Ort, an dem die tatsächliche Tötung vollzogen wird, nicht immer identisch. Die **Tabelle 24** gibt zunächst Aufschluß über die Orte, an denen das kritische Ereignis beginnt. Das Elternhaus des Opfers ist der am häufigsten auftretende Tatort (52%). In diese Gruppe fallen sämtliche Fälle von innerfamiliärer Tötung. In 37% der Fälle liegt der Tatort im Freien, genauer in Wäldchen und Grünanlagen. Hier findet der größte Teil der Gewalt- und Sexualverbrechen statt. In acht der zehn Fälle mit Tatort im Freien stimmen der Ort des Zusammentreffens von Opfer und Täter und der Ort der Tötung überein. In den Fällen, in denen Opfer und Täter erst im Grünen aufeinander treffen und dort anschließend auch die Tötung stattfindet, handelt es sich nicht um sehr abgelegene Gegenden, sondern um öffentliche Spazierwege und meist recht stark frequentierte Naherholungsgebiete. Die Kinder befinden sich auf dem Weg zu Freizeitbeschäftigungen und Arztterminen oder im Spiel in der Nähe des Elternhauses. In zwei Fällen handelt es sich um Jugendliche, die ihren späteren Mörder gut kennen und mit ihm regelmäßige sexuelle Kontakte pflegen und sich freiwillig mit ihm aus der Gruppe entfernen.

3.4.4 Autopsiebefunde und Todesursache

Auch in der Gruppe der Fremdtötungen sind die Formen der Gewalteinwirkung zahlreich. Anders als in den Fällen von Unfall und Suizid kommt es hier häufiger zu Kombinationen

verschiedener Arten von Gewalteinwirkung an einem Opfer. Daraus resultiert ein häufig sehr komplexes Verletzungsmuster, und nicht in allen Fällen läßt sich bei der Obduktion eindeutig festlegen, welche Einwirkung letztendlich todesursächlich war. Bei konkurrierenden Todesursachen wurden diese im Folgenden als Kombination aufgeführt.

Die **Tabelle 25** gibt eine Übersicht über die in unserem Untersuchungsgut vorkommenden Todesursachen. Mit zehn von 27 Fällen stirbt die größte Gruppe der Fremdtötungsoffer durch Ersticken. Mit Hinblick auf die kombinierten Todesursachen kommt sogar in 13 Fällen, also 48% der Fremdtötungen, das Ersticken als Todesursache in Frage. Bei Aufschlüsselung der Fremdtötungen in die drei oben genannten Untergruppen fällt auf, daß die Häufung bestimmter Todesursachen am stärksten mit dem Vorkommen in der fallstärksten Gruppe, der Gruppe der Gewaltverbrechen, korreliert. Acht der zehn isolierten Erstickungsfälle fallen in diese Gruppe sowie drei von fünf Todesfällen durch Schädelhirntrauma und vier der fünf Intoxikationen.

Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Organverletzungen in der Gruppe der Fremdtötungen. Den größten Anteil nehmen die Haut- und Weichteilverletzungen ein. Darunter wurden auch Würge- oder Drosselmale und einfache Stich- und Schnittverletzungen ohne tiefergehende Organverletzungen gefaßt. Sekundäre Veränderungen wie Stauungszeichen, Erstickungsblutungen, Lungenödem oder –emphysem, Herzdilatation und Hirnödem wurden nicht als direkte Verletzungen gewertet und somit in dieser Abbildung nicht aufgeführt. In der großen Zahl von Hautverletzungen spiegelt sich auch der hohe Anteil von Erstickungsoffern unter den Fremdtötungen mit Würge- oder Drosselmalen oder Zeichen einer äußeren Verlegung der Atemwege wieder. An zweiter Stelle stehen die Kopfverletzungen, die mit 44% wie schon in den Gruppen Unfall und Suizid einen hohen Stellenwert einnehmen. Verletzungen des Genitale können in drei Fällen nachgewiesen werden, in einem Fall liegt eine Bißverletzung der Brust vor, ebenfalls ein Zeichen für eine sexuell motivierte Aggression. Bei den drei Darmverletzungen handelt es sich einmal um eine Stichverletzung im Bereich des Colon transversum, die beiden anderen sind jedoch Verletzungen des Anlrings bzw. der Enddarm-Schleimhaut, hervorgerufen durch erzwungenen Analverkehr bzw. digitale Manipulation. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß Anal- und Genitalverletzung in einem Fall kombiniert vorkommen, weisen fünf von 27 Opfern (19%) Verletzungen auf, die eine sexuell motivierte Tat beweisen. Andere Hinweise, wie z. B. Entkleidung des Opfers oder Spermanachweis, finden sich in weiteren Fällen.

In **Abbildung 8** werden die knöchernen Verletzungen unter den Fremdtötungen wiedergegeben. Die Kopfverletzungen nehmen den größten Anteil ein. Wirbelkörperverletzungen und

knöcherne Thoraxverletzungen sind hier seltener. Auch die langen Röhrenknochen sind auffällig selten betroffen. Dieses Bild stimmt gut mit der Verteilung der Weichteilverletzungen (**Abbildung 7**) überein: Die Auswirkungen der verschiedenen Erstickungsmechanismen spiegeln sich in den knöchernen Verletzungen nicht wieder, abgesehen von Abbrüchen der Kehlkopffortsätze oder Frakturen des Zungenbeins, zu denen es beim Würgen kommen kann, die aber aufgrund ihrer geringen Größe in dieser Abbildung nicht aufgeführt werden.

Wie schon anhand der **Tabelle 25** aufgezeigt, erfahren 13 der Fremdtötungsoffer eine Behinderung der äußeren Atmung in Form von Drosseln, Würgen oder Verlegung der Atemwege mit bei der Leichenöffnung noch nachweisbaren Zeichen einer solchen Gewalteinwirkung. Bei zehn dieser Opfer konnte dieser Mechanismus anhand der Obduktionsbefunde auch als eindeutig todesursächlich eingestuft werden. In drei der Fremdtötungsfälle weist das Opfer ein isoliertes Drosselmal, dem Drosselwerkzeug entsprechend, in Form einer schmalen, bandförmigen Druckmarke im Bereich des Halses auf, begleitet von punktförmigen Hautblutungen. In einem Fall ist sogar die Halshaut ventral eingerissen, es liegen zirkulär massive Exkorationen und Hämatome vor, was auf eine starke Gewaltanwendung von Seiten des Täters schließen lässt. Weiter finden sich lokale Einblutungen in Unterhautfettgewebe, Bindegewebe, Muskulatur, auf dem Schildknorpel und unter dem Periost der Klavikeln. In einem Fall ist einer der Kehlkopffortsätze abgelöst, was wiederum auf eine große Gewalteinwirkung hinweist. Vier der Kinderleichen weisen isolierte Würgemale auf mit Exkorationen und Hämatomen in Halshaut, -bindegewebe und -muskulatur, teilweise geformt mit Eindruckstellen von Fingern sowie Fingernagelimpressionen. In einem der Fälle liegt außerdem eine Fraktur des Zungenbeins vor. In zwei weiteren Fällen erfährt das Opfer eine Kombination aus Drosseln und Würgen, bei der Obduktion finden sich sowohl Drossel- als auch Würgemale. Wieder kommt es zu Abbrüchen der Kehlkopfhörner. In einem Fremdtötungsfall führte das Verlegen von Mund und Nase zum Tod des Opfers durch Ersticken. Hier zeigen Hämatome und Exkorationen im Bereich von Wangen und Nase Art und Lokalisation der Gewalteinwirkung. In einem anderen Fall erstickte das Opfer durch eine Kombination aus Spannungspneumothorax nach multiplen Thoraxstichen und Aspiration, nachdem der Täter dem Mädchen große Mengen Erdreich in den Mund gestopft hatte. Bei der Leichenschau waren Mundhöhle und Rachen vollständig mit Erde ausgefüllt. In allen diesen Fällen finden sich sekundäre Veränderungen wie Stauungszeichen und Erstickungszeichen. Dazu gehören Punktblutungen und Zyanose im Gesicht, allgemeine Blutstauung in den Geweben oberhalb der Gewalteinwirkung, ein Hirnödem sowie Erstickungsblutungen in den serösen Häuten von Herz und Lunge, eine mehr oder minder stark ausgeprägte Rechtsherzdilatation und ein Lungenemphy-

sem. Eins der Opfer zeigt außerdem Ertrinkungszeichen in Form von schaumiger Flüssigkeit in den Atemwegen, da es nach dem Würgevorgang, möglicherweise nur bewußtlos, in einen Fluß geworfen wurde. Da die Erstickungszeichen aber überwiegen, wurde ihm diese Todesursache zugeordnet. In zehn dieser 13 Erstickungsfälle handelt es sich um Gewaltverbrechen ohne familiäre Verbindung zwischen Opfer und Täter, alle zehn mit sexueller Motivation. In zwei Fällen handelt es sich um Tötungen durch Familienmitglieder, einmal durch den Vater im Rahmen eines erweiterten Suizids, im zweiten Fall durch den Onkel des Opfers, hier wieder aus sexueller Motivation. Der letzte Fall ist der einzige von Tötung auf Verlangen in unserem Untersuchungsgut. In diesem letzten Fall ist das Opfer durch Alkohol und Medikamente allerdings schon bewußtlos, bevor es erstickt wird. Durch Schnittwunden an Hals und Handgelenken kommt es zusätzlich zu einem Blutverlust mit den Tod beschleunigender Wirkung. Der im Rahmen der toxikologischen Untersuchungen festgestellte Paracetamol-Wirkspiegel im Blut liegt im therapeutischen Bereich, der Blutalkoholgehalt von 0,75 pro mille ergibt einen Zustand der leichten Trunkenheit zum Todeszeitpunkt. Eine Intoxikation kommt als Todesursache also nicht in Frage.

In fünf Fällen liegt die gesicherte Todesursache in einem Schädelhirntrauma, in zwei weiteren Fällen konkurriert die Todesursache SHT mit Erstickten bzw. Verbluten. In fünf dieser sieben Fälle ist eine massive stumpfe, zum Teil auch kombiniert mit scharfer Gewalt auf den Kopf des Opfers ausgeübt worden, in einem Fall kam das SHT durch Kopfschuß zustande. Im siebten Fall konnten auch nach der Obduktion keine genauen Angaben zu den tatsächlichen Kopfverletzungen des Opfers gemacht werden, da der Kopf nicht aufgefunden wurde. In den übrigen Fällen weisen alle Opfer schwere Verletzungen der Haut und Weichteile des Kopfes auf, mehrfache Schädelfrakturen bis hin zu einer umfangreichen Schädelzertrümmerung in Verbindung mit einer vollständigen Verformung von Kopf und Gesicht sowie Hirnverletzungen in Form von Kontusionen, Hirngewebsblutungen und Blutungen zwischen den Häuten, in vier der sechs Fälle sogar mit Hirngewebszerreißen und ausgedehnten Substanzdefekten sowie Austritt und Verschleppung von Hirngewebe. Aufgrund der Ausblutung durch die Schädeltraumen findet sich bei diesen Opfern eine nur spärliche Ausprägung der Totenflecke. In zwei Fällen sind Autolyse und Fäulnis jedoch so weit fortgeschritten, daß über die Totenflecke keine Aussage mehr getroffen werden kann.

Wie aus **Tabelle 25** ersichtlich, sterben zwei Opfer am Verbluten nach außen, es handelt sich dabei um zwei Fälle von erweitertem Suizid. Die Kinder werden jeweils mit einem Messer oder Beil von ihren Vätern angegriffen. Dabei befinden sich die Schnittverletzungen im einen Fall ausschließlich im Halsbereich mit Durchtrennungen der rechten Arteria vertebralis, der

Halswirbelsäule und des Rückenmarks. Es kommt auch zu Subdural- und Subarachnoidalblutungen an der Hirnbasis und in der Umgebung der Medulla oblongata. Im anderen Fall verteilen sich die circa zehn Stich- und Schnittverletzungen auf den Hals- und Brustbereich. Es kommt durch einen tiefgehenden, zirkulär geführten Halsschnitt zur teilweisen Enthauptung mit partieller Durchtrennung der großen Halsgefäße und der Trachea. Weiter finden sich Stich- und Schnittverletzungen der Halswirbelkörper. Im Thoraxbereich kommt es durch zahlreiche tiefe Stiche zu Verletzungen der linken Lunge mit Ausbildung eines Hämato-pneumothorax sowie zur glatten Durchtrennung der zweiten Rippe links. In diesem Fall finden sich außerdem zahlreiche Abwehrverletzungen an linker Hand und linkem Unterarm, die zeigen, daß das Opfer, welches im Schlaf überrascht wurde, noch aufwachte, bevor es verstarb. Als Zeichen der Ausblutungsanämie finden sich in beiden Fällen spärliche Totenflecke, blasse Haut und Schleimhäute sowie anämische innere Organe. In zwei anderen Fällen konkurrieren die Todesursachen Verbluten und Ersticken miteinander. Dabei handelt es sich um einen weiteren Fall von erweitertem Suizid, in dem der Vater seinem Sohn neben dem Drosseln multiple Thorax-, Bauch- und Hals-Stichverletzungen mithilfe verschiedener Küchenmesser versetzt. Dabei kommt es zu multiplen Rippendurchtrennungen und Anstichen von Herz, Lunge, Leber, Milz und Colon. Auch hier zeigen sich Abwehrverletzungen im Bereich des linken Handgelenks mit Durchtrennung der A. radialis. Ein weiterer Fall mit entsprechenden Zeichen ist der Sexualmord an einem siebenjährigen Mädchen, welches neben Erstickungsmechanismen in Form von Drosseln und Würgen auch mehrere Stich- und Schnittverletzungen mit einem Messer erlitt. Sechs Stiche trafen den Thorax, davon gingen drei in die linke Lunge mit Entwicklung eines akuten Emphysems und drei in das Herz mit Verletzung des Herzbeutels und beider Kammern und Ausbildung eines Hämato-perikards. Es folgte eine massive Einblutung in das Mediastinum. Zwei Stiche trafen in den Hals und fünf weitere, nach Umdrehen des Opfers, in den Rücken. Der Umstand, daß der Täter sein zu diesem Zeitpunkt noch lebendes Opfer während der Tötungshandlung umdrehte, um ihm auch noch mehrere Stiche in den Rücken zu versetzen, zeigt, mit welcher Brutalität und Gefühlskälte er vorging. Neben dem oben beschriebenen Drosselmal und anderen Erstickungszeichen finden sich auch in diesem Fall deutliche Ausblutungszeichen als Hinweis auf einen möglichen Tod durch Verbluten.

In fünf Fällen liegt die Todesursache in einer Intoxikation. Darunter befindet sich ein achtjähriger Junge, der an einer Schlafmittelintoxikation im Rahmen eines versuchten erweiterten Suizids durch die Mutter verstarb. Hier konnte die Todesursache anhand des toxikologischen Gutachtens bestimmt werden. Die vier anderen Kinder starben bei Hausbränden an einer Rauchgasintoxikation. In diesen Fällen zeigen sich regelrechte Brandleichen mit

Verbrennungen zweiten, dritten und vierten Grades nahezu der gesamten Körperoberfläche, teils mit rißartigen Haut- und Weichteildefekten im Bereich der Extremitäten durch Schrumpfung der gesamten Körperhaut. Infolge Hitzeschrumpfung der Muskulatur kam es zur sogenannten Fechterstellung der Arme. Als Zeichen der Rauchgaseinatmung fanden sich lachsfarbene Organe und Muskulatur und hellrotes Leichenblut sowie Rußschlieren auf der Schleimhaut der oberen Atemwege und des Ösophagus mit verstärkter Gefäßzeichnung der Schleimhaut. Die histologischen Untersuchungen zeigten ein Hirnödem mit Hyperämie, ein Lungenemphysem als Zeichen der Atemstörung und ein eiweißreiches alveoläres und interstitielles Lungenödem als Zeichen des Hitzeschadens. Die toxikologischen Untersuchungen des Herzblutes ergaben COHb-Gehalte zwischen 68 und 80%. Damit ist die Todesursache gesichert, die Kinder waren schon durch die CO-Intoxikation gestorben, bevor sie verbrannten. Ebenfalls nach einem Hausbrand verstarb ein weiteres Kind im Krankenhaus sekundär an den Folgen der Verbrennungen.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der bei Betrachtung der Leiche eines Fremdtötungsopfers sowohl im Rahmen der Auffindung als auch der Leichenöffnung beachtet werden muß, sind neben Verletzungen im Genitalbereich andere Befunde, die auf einen sexuellen Mißbrauch, oder zumindest eine sexuelle Motivation der Tat hinweisen. Schon Lage und Zustand der Kleidung können hier wegweisend sein. In vier von elf sexuell motivierten Fremdtötungsfällen in unserem Untersuchungsgut sind die Opfer völlig unbekleidet, in drei Fällen ist die Kleidung geöffnet und zum Teil heruntergeschoben oder ausgezogen. Bei zwei weiteren Kindern sitzt die Oberbekleidung ordnungsgemäß, jedoch fehlt bei dem Jungen die Unterhose, ein Mädchen hält seine Slipenlage in der Hand, was darauf hinweist, daß sie zuvor entkleidet waren. Nur zwei der Kinder sind bei der Auffindung vollständig bekleidet. In drei Fällen ist die Unterwäsche der Mädchen blut- und sekretdurchtränkt, zum Teil mit Anhaftungen von Erde und Pflanzenteilen zwischen den Kleidungsschichten, an der Haut und in den Schuhen.

Fünf Kinder weisen Hämatome, Kratzspuren, Exkorationen oder sogar Bißmarken an kritischen Körperstellen wie Brust, Unterbauch und Oberschenkeln auf, zum Teil treten auch vermehrt Hämatome an Ober- und Unterarmen auf, deren Herkunft nicht geklärt ist, die aber auf ein Abwehrmanöver des Opfers hinweisen könnten. Zwei Mädchen wurden an Händen und Füßen gefesselt, nach ihrem Tod finden sich noch entsprechende Fesselungsmale in Form von zirkulären Hautvertrocknungen sowie ein Blutstau an den abgeschnürten Partien. Eindeutige Genitalverletzungen in Form von Einrissen und Einblutungen der äußeren Scheidenanteile, Überdehnung des Scheideneingangs und Blutungen und Einrissen des Hymenalringes wurden

bei drei Mädchen nachgewiesen, einmal in Kombination mit Unterblutungen der Enddarmschleimhaut durch Fingernagelverletzungen, bei einem vierten Opfer zeigte die Obduktion massive Verletzungen des Anlringes und des Enddarms nach Analpenetration. Bei einem Mädchen, welches mit unbedecktem Oberkörper aufgefunden wurde, fand sich eine Bißmarke der rechten Brust. Einem anderen Mädchen wurde nach dem sexuellen Mißbrauch und anschließender Tötung durch den Täter eine Schnittverletzung der Haut im Bereich des Schamhügels beigebracht. Später erklärte er seine Absicht: Er wollte die Scheide aufmachen und hineinsehen, um herauszubekommen, was sich darin befindet. Ein weiteres Mädchen wurde völlig unbedeckt auf dem Waldboden liegend aufgefunden. Die Beine waren gespreizt, zwischen den großen Schamlippen eingeklemmt stand ein Holzstückchen, welches der Täter dorthin gesteckt hatte als Zeichen, daß dort niemand mehr etwas zu suchen habe. Bis auf ein paar bräunliche Hautvertrocknungen, durch das Stückchen hervorgerufen, war das Genitale sonst unverletzt.

Ein Nachweis von Spermien konnte nur in drei Fällen sicher geführt werden. In einem vierten Fall war der Nachweis von saurer Phosphatase positiv. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine fermentchemische Vorprobe zum Nachweis von Spermaflüssigkeit, die aber allein nicht beweisend ist. Allerdings kann sie noch positiv sein, wenn der mikroskopische Spermienachweis (48H bis zu sechs Tagen) nicht mehr gelingt, und stellt insofern einen wertvollen Hinweis dar. Aufgrund der positiven Phosphatasereaktion wurden in diesem Fall weitere Untersuchungen durchgeführt, die Prostaglandine in dem fraglichen Sekret nachweisen konnten, was einen sicheren Schluß auf Spermaflüssigkeit zuläßt. Wie sich im Verlauf der Ermittlungen herausstellte, war das Ejakulat dieses Täters aufgrund einer organischen Anomalie spermatozoenfrei. In anderen Fällen wurden an der Kleidung der Kinder zum Teil Spuren eines weiblichen Sekrets gefunden, dessen Ursprung aber nicht festgestellt werden konnte, entsprechende Untersuchungen blieben negativ.

Die Ausprägung der Totenflecke zeigt im Bezug auf ihre Lage und Formung nur in zwei Fällen Auffälligkeiten. Bei einem Jungen, der nach Todeseintritt längere Zeit in einem Lkw transportiert worden und dann an einer Autobahnraststätte abgeladen worden war, waren die Totenflecke flächenhaft, vor allem an der Körperrückseite ausgeprägt, ihrer Anordnung nach war das Kind mehrfach umgelagert worden. In den Totenflecken zeigten sich unregelmäßige Streifen und teils faltenartige Aussparungen, die genau wie die Abdrücke einer geriffelten Unterlage auf dem Rücken und der linken Gesichtshälfte auf den Transport in einem Kraftfahrzeug und auf eine entsprechende Fußmatte als Unterlage hinweisen. Bei seiner Auffindung waren die Totenflecke kaum noch wegdrückbar, die Totenstarre war in allen Gelenken voll

ausprägt, was ebenfalls auf eine längere Zeitspanne zwischen Todeseintritt und Auffindung und damit auf den Transport hinweist. Außerdem entsprach die Körperhaltung bei der Auffindung nicht den dortigen Gegebenheiten, denn die Extremitäten hoben sich vom Untergrund ab. Das beweist, daß die Totenstarre an einem anderen Ort und in einer entsprechenden Körperhaltung eintrat. Ein Mädchen wurde nach seiner Tötung in einen Fluß geworfen und trieb dort bis zu seiner Auffindung knapp 24 Stunden mit dem Gesicht nach oben im Wasser. Durch den Auftrieb des Wassers nahm es passiv eine fast sitzende Haltung ein entsprechend dem Körperschwerpunkt. Dabei trieben Arme und Beine höher im Wasser als der Rumpf. Entsprechend dieser Haltung bildeten sich auch Totenstarre und Totenflecke aus. Durch das Aufsitzen im Flußbett kam es zur Ausbildung von flächenhaften Totenfleckausparungen im Gesäßbereich mit zahlreichen Abdrücken von Sandkörnern darin in Form von feinen bläulichen Punkten.

3.4.5 Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug

Im vorangegangenen Kapitel wurde unter Todesursachen der jeweils tatsächlich zum Tode führende Mechanismus genannt, soweit dies bei kombinierten Gewalteinwirkungen möglich war. In diesem Kapitel wird nun deutlich, daß nur selten eine isolierte Form von Gewalteinwirkung vorgelegen hat, sondern der Täter meist auf mehrere Weisen auf das Opfer eingewirkt hat. Dabei hatte zwar nicht jede Gewalt tatsächlich auch letale Auswirkungen, im Folgenden sollen aber alle angewandten Formen von Gewalt, auch die Kombinationen, beachtet werden. Die **Tabelle 26** gibt einen Überblick über alle in unserem Untersuchungsgut vorkommenden Formen. Bei Betrachtung der Tabelle fällt auf, daß, entsprechend der Gewichtung der Todesursachen (**Tabelle 25**), die Erstickungsmechanismen, also die Formen von Strangulation sowie die äußere Verlegung der Atemwege, in unserem Untersuchungsgut die am häufigsten angewandte Gewalt darstellen (48% der Fälle). Auffällig ist hierbei, daß acht der zehn Fälle, in denen eine Verlegung der Atemwege des Opfers durch Würgen oder Drosseln erfolgte, in die Gruppe der außerfamiliären Gewaltverbrechen fallen, und alle diese Tötungen erfolgten aus sexueller Motivation.

Bezüglich der Tatwaffen setzte der Täter in zehn Fällen die eigenen Hände ein, und zwar sechs Mal, um das Opfer zu erwürgen, einmal, um ihm durch Verschließen von Mund und Nase die Atmung zu verlegen, und in drei Fällen gefaustet als Schlagwerkzeug. Hier trägt der Täter die Waffe am Körper. Als weitere Schlagwerkzeuge diente in vier Fällen ein mitgeführter Hammer, in zwei Fällen ein vor Ort befindlicher Holzknüppel und in einem Fall ein Garderobenständer, um stumpfe Gewalt auf den Kopf des Opfers auszuüben. Zum Drosseln wurden in vier Fällen

Kleidungsstücke von Opfer oder Täter benutzt, also spontan ergriffene Gegenstände, nur einmal – im Fall eines geplanten Erweiterten Suizids – hatte sich der Täter zuvor als Drosselwerkzeug eine Nylonschnur zurecht gelegt. In zwei Fällen nutzten Mütter ein Kissen, um ihre Kinder zu ersticken. Mit zehn Fällen ist auch die Anwendung scharfer Gewalt relativ häufig. Es wurde sieben Mal ein Messer, zweimal ein Beil und einmal ein Schraubendreher benutzt. Der Schraubendreher wurde wahrscheinlich in der Tatsituation zufällig zum Tatwerkzeug, sechs der Messer und beide Beile waren vom Täter in Hinblick auf die geplante Tat ausgewählt und mitgeführt worden, ein Messer gehörte dem späteren Opfer, welches die Waffe zur eigenen Verteidigung bei sich hatte. Ein Opfer wurde durch einen Schuß mit einer Pistole getötet, eins wurde mit Schlaftabletten vergiftet und fünf kamen durch Rauchgasvergiftung und Hitze um.

3.4.6 Motiv

In **Tabelle 27** sind die Motive für die Fremdtötungen in unserem Untersuchungsgut wiedergegeben. Mit elf von 27 Fällen sind 41% aller Tötungen sexuell motiviert. Davon ist in sechs Fällen die sexuelle Motivation mit dem Motiv der Verschleierung gekoppelt. In einem weiteren Fall liegt die Motivation nicht allein in einer reinen Befriedigung des sexuellen Triebes, sondern genauer in einem sexuellen Sadismus. Dabei erfolgte die Annäherung an das Opfer bzw. dessen Tötung nicht mit dem Ziel, sexuelle Handlungen zu ermöglichen, sondern der Täter empfand durch die Tötung an sich Befriedigung, es handelt sich in diesem Fall um das sogenannte Lustmorden.

3.4.7 Täter

Den 27 Fremdtötungs-Opfern stehen 23 Täter gegenüber. 20 der 23 Täter konnten sicher überführt werden, davon hatten sich drei im Anschluß an die Tat selbst umgebracht, ein vierter beging im Verlauf der Haft Suizid, die übrigen wurden einem gerichtlichen Urteil zugeführt. In zwei Fällen gab es jeweils einen Tatverdächtigen, der durch Zeugenaussagen und Indizien erheblich belastet wurde, schließlich aber aus Mangel an Beweisen freigesprochen wurde. Diese beiden Fälle sollen später noch eingehender betrachtet werden. Im letzten Fall, dem einen Brandanschlag auf das Asylbewerberwohnheim, konnte zwar das Milieu, aus dem der Täter stammte mit großer Wahrscheinlichkeit eingegrenzt werden, eine konkrete Person konnte aber nicht überführt werden. Im Folgenden werden zunächst nur die die gesicherten Täter betreffenden Daten betrachtet.

3.4.7.1 Allgemeine Epidemiologie (Alter, Geschlecht, Nationalität) und Beziehung zum Opfer

Es bleiben 20 Täter, die überführt werden konnten. Wie aus **Tabelle 28** ersichtlich, befinden sich 75% der Täter in einem Alter zwischen 15 und 40 Jahren. Niemals ist der Täter jünger als das Opfer. In fünf Fällen (sechs Täter) – drei Sexualdelikte, ein Brandanschlag sowie der Fall von Tötung auf Verlangen – sind Opfer und Täter annähernd gleich alt. Alle übrigen Täter sind älter als 20 Jahre. Auffällig ist, daß sich die Sexualstraftäter eher im jüngeren Altersbereich, also hauptsächlich zwischen 15 und 40 Jahren konzentrieren mit einem auffällig hohen Anteil von Tätern unter 20 Jahren.

Tabelle 29 zeigt die Geschlechtsverteilung der Täter. Mit 85% der Fälle sind die männlichen Täter mit Abstand am stärksten vertreten. Dieses Ungleichgewicht ist vor allem hervorgerufen durch die hohe Zahl an Sexualstraftätern, die in unserem Untersuchungsgut ausnahmslos männlich sind.

Was die Nationalität der Täter angeht, so haben 16 der 20 überführten Täter die deutsche Staatsbürgerschaft. Bei den anderen Tätern handelt es sich um einen Russen und einen Jugoslawen, die sich als Asylbewerber und erst seit kurzer Zeit vor der Tat in Deutschland aufhielten, außerdem um einen Italiener, der seit elf Jahren mit einer deutschen Frau verheiratet war und dann bei drohender Ehescheidung die gemeinsamen Kinder umbrachte. Der letzte überführte Täter nicht deutscher Herkunft ist ein Holländer, der über Jahre hinweg als Lkw-Fahrer sowohl in Deutschland als auch in Holland mehrere Kinder sexuell mißbrauchte und tötete. Seine Flexibilität führte dazu, daß er erst zwei Jahre nach der Tat an dem Kind aus unserem Untersuchungsgut und nach der Tötung zweier weiterer Kinder gefaßt wurde.

Betrachtet man die Beziehung zwischen Opfer und Täter, so zeigt sich, daß die innerfamiliären Tötungsdelikte bis auf eine Ausnahme immer von den Eltern bzw. Pflegeeltern des Opfers ausgeführt werden. Dabei ist der Täter fünf Mal der Vater und zweimal die Mutter des Kindes. Bei der Ausnahme handelt es sich bei dem Täter um einen Onkel des Opfers. Dies ist gleichzeitig der einzige Fall in unserem Untersuchungsgut von innerfamiliärer Tötung aus sexueller Motivation. In dem Fall von Tötung auf Verlangen besteht zwischen dem Opfer und den beiden Tätern eine freundschaftliche Beziehung. Anders ist die Verteilung in der Gruppe der Sexualdelikte. Hier ist in fünf Fällen der Täter dem Opfer gänzlich unbekannt, wobei allerdings einer der Täter sein Opfer vor der Tat schon über Wochen hinweg beobachtet hat und

die wie zufällig erscheinenden täglichen Begegnungen durch Beobachtung der Gewohnheiten des Kindes provoziert hat. In unserem Untersuchungsgut ist nur einmal der Sexualstraftäter mit dem Kind verwandt. Vier Täter sind Bekannte bzw. Freunde des Opfers.

3.4.7.2 Familienhintergrund, soziale, kriminelle und psychiatrische Vorgeschichte des Täters

Betrachtet man zunächst die Täter der innerfamiliären Tötungsdelikte, so fällt auf, daß in drei von sieben Fällen sowohl deren Kindheit bzw. Jugend als auch die aktuelle Lebenssituation mit großen Problemen belastet waren. Die späteren Täter hatten zum Teil traumatische Kindheitserlebnisse. Die Familienverhältnisse im Erwachsenenalter waren ebenfalls gespannt, meist kam es zur Trennung der Ehepartner. Häufig kamen noch finanzielle Sorgen hinzu. In dem vierten Fall führte eine endogene Depression des späteren Täters zum subjektiven Eindruck, daß die finanzielle Situation nicht abgesichert sei, und daß sowohl seine Frau als auch einer seiner Söhne schwer krank seien und in ihrem Leben nur noch leiden würden. Der Vater ließ sich nicht vom Gegenteil überzeugen, was schließlich zum Erweiterten Suizid mit Tötung seiner Frau und des jüngeren Sohnes führte. Im fünften Fall sieht sich die Mutter nach der Ehescheidung, dem nachfolgenden Tod des Lebensgefährten und außerdem bestehenden finanziellen Problemen in einer ausweglosen Situation. Sie tötet ihre achtjährige Tochter. Die anschließenden Suizidversuche scheitern. Im sechsten Fall führte ein beruflicher Fehlschlag zur Entscheidung des Vaters, seine Familie und dann sich selbst zu töten, obwohl weder familiäre noch finanzielle Probleme bestanden. Auch im letzten Fall ist es eher eine akute Veränderung der Situation, die zum Entschluß des Mitnahme-Suizids führt: Durch aggressives Verhalten des Vaters gegenüber Mutter und Kindern hatte sich die eheliche Beziehung zwar schon kontinuierlich verschlechtert, zur Eskalation der Situation kommt es aber erst, als die Mutter ankündigt, sich trennen zu wollen und die Kinder mitzunehmen. Eine große Rolle für die Entwicklung der Dinge bis hin zur Tötung der beiden gemeinsamen Kinder spielt hier auch die Persönlichkeit des Vaters. Sie ist gekennzeichnet durch narzißtische und hysterische Züge, eine erhöhte Kränkbarkeit und labile Affektivität. Die Androhung der Scheidung löst bei ihm eine massive Kränkung und panische Angst vorm Verlassenwerden aus. Seine Verschmelzungsphantasien mit den Kindern, die zum Entschluß des Erweiterten Suizids führen, sind daher nicht altruistisch sondern egoistisch motiviert.

Bei dem achten Fall von innerfamiliärer Tötung handelt es sich um einen Sexualmord. Daher soll die Vorgeschichte des Täters auch mit denen der anderen Sexualstraftäter gemeinsam betrachtet werden.

In der Gruppe Tötung auf Verlangen gibt es nur einen Fall, die Tötung wird jedoch ausgeführt von zwei Tätern. Es handelt sich dabei um zwei Jugendliche, ein 15-jähriges Mädchen und einen 16-jährigen Jungen. Das Mädchen kam aus einem zerrütteten Elternhaus, die Mutter war Alkoholikerin, sie selbst war ein Nachzügler und unerwünscht. Daraus ergab sich ein konfliktbeladenes Mutter-Tochter-Verhältnis. Aus dem Gefühl heraus, nicht geliebt zu werden, entwickelte sie Haß und Verachtung gegenüber ihrer Mutter. Sie hatte einen hohen Alkohol- und Nikotinkonsum und als Folge des schwierigen Verhältnisses zur Mutter eine ausgeprägte Neigung zu reaktiven Depressionen sowie eine sehr egozentrische Haltung mit hohem Aggressionspotential und Unsicherheit im emotionalen Bereich. Laut psychiatrischem Urteil lag zur Tatzeit eine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer schweren anderen seelischen Abartigkeit vor. Aus dieser Situation heraus faßte sie den Entschluß, sich das Leben zu nehmen. Da sie sich dies aber alleine nicht zutraute, wandte sie sich an ihren 16-jährigen Freund. Dieser kam aus stabilen Familienverhältnissen. Zu den Eltern wie auch zum Bruder bestand ein gutes Verhältnis. Der Junge besuchte die Hauptschule. In seiner Freizeit beschäftigte er sich intensiv sowohl mit Politik als auch mit Religion. Die Bibel hatte er komplett gelesen und kannte sich darin gut aus. Im Alter von fünf Jahren machte er eine Mumps-Meningitis durch sowie im Verlauf der Kindheit mehrere Gehirnerschütterungen. Er berichtete, seit dem Alter von sechs Jahren unter Angstanfällen zu leiden. Auch er hatte einen hohen Alkohol- und Nikotinkonsum. Aus der Diskrepanz zwischen dem ihm eigenen starken Dominanzstreben und dessen Realisierbarkeit folgten Frustrationen, im Rahmen derer er eine Realitätsbezugsstörung entwickelte und in eine Phantasiewelt floh. Diese Phantasiewelt war eine Synthese aus seinem pathologischen Narzißmus, einem religiösen Wahn und Allmachtsphantasien. Er sah sich als der irdische Vertreter Luzifers, des Bösen, mit dem er in Kontakt treten konnte und in dessen Auftrag er handelte. Nach seiner Auffassung konnte er Menschen in Trance versetzen und empfing von Luzifer Informationen darüber, wer „auf der Erde nicht mehr benötigt“ würde. Er versprach seiner Freundin, sie zu begleiten und mit ihr gemeinsam Selbstmord zu begehen. Die Freundin der beiden, das spätere Opfer, kam aus entspannten Familienverhältnissen und war eigentlich ein fröhliches Mädchen ohne ernsthafte Probleme. An dem Abend, an dem sie von dem gemeinsam geplanten Suizid ihrer beiden Freunde erfuhr, war sie entsetzt und versuchte zunächst, die beiden davon abzubringen. Schließlich begleitete sie sie auf ihrem Weg in den Wald und ließ sich von den beiden mitreißen. Sie planten also den Selbstmord zu dritt, nahmen

unterwegs Schmerztabletten ein und tranken Alkohol. Noch bevor sie mit den Tötungshandlungen begannen, verlor das spätere Opfer als Folge von Tabletten und Alkohol das Bewußtsein, sodaß sie zur Selbsttötung nicht mehr imstande war. Die beiden anderen, noch immer in der Absicht, auch sich selbst zu töten, wollten ihr daraufhin „helfen“ und begannen, ihr die Pulsadern aufzuschneiden. Vom Opfer kam zu diesem Zeitpunkt keine Gegenwehr, sondern nur ein leises Stöhnen, sie kam nicht wieder zu Bewußtsein. Als die beiden meinten, das Verbluten geschehe zu langsam, fügten sie ihrem Opfer noch einen Halsschnitt zu, aus dem es ebenfalls stark blutete. Daraufhin begann sie zu röcheln. Um die Geräusche zu stoppen, verlegte der Freund ihr Mund und Nase, bis die Atmung aussetzte. Als die Tötung vollzogen war, wurden die beiden Täter langsam wieder nüchtern. In Panik brachen sie die Tötungshandlungen an sich selbst ab und flohen. Aus diesem Verlauf wird klar, daß das Opfer zwar zu einem gewissen Zeitpunkt die Absicht geäußert hatte, mit ihren Freunden sterben zu wollen, jedoch kein wirkliches Motiv hatte und sich nur aus der traurigen Stimmung der Freunde und dem Rausch heraus dazu verleiten ließ mitzumachen. Von einem echten Willen zu sterben kann keine Rede sein. Da die beiden Täter sich aber selbst im Rausch befanden, beide durch ihre Lebenssituation und ihre persönlichen Probleme beeinflußt waren und sich in einer präsuizidalen Verfassung befanden, war ihre Urteilsfähigkeit eingeschränkt. Die Tötung erfolgte aber nicht, um dem Opfer zu schaden, sondern im Rahmen einer freundschaftlichen Beziehung. Das Urteil des Gerichts lautete auf Tötung auf Verlangen.

Betrachtet man die Vorgeschichte der Sexualstraftäter, so fällt auf, daß sie alle aus einem sozial schwachen Milieu stammen. Allein in dem Fall des niederländischen Lkw-Fahrers ist über die Kindheit und Jugend nichts bekannt. In acht der neun übrigen Fälle hatten die Täter eine schwierige Kindheit mit erheblichen Erziehungsschwierigkeiten und schulischen Problemen. Die meisten stammen aus Scheidungsfamilien, sind bei der alleinerziehenden Mutter, bei den Großeltern oder auch im Heim groß geworden und hatten zum Teil häufig wechselnde Bezugspartner. Oft hatten sie viele Geschwister, das Geld war knapp, und anstatt emotionaler Zuwendung erhielten sie zu Hause Schläge. Zwei von ihnen waren in ärmlichen Verhältnissen in Kasachstan aufgewachsen und kamen als Jugendliche mit den Eltern als Asylsuchende nach Deutschland.

Sechs der zehn Täter erreichten keinen Schulabschluß, drei von ihnen erlangten den Hauptschulabschluß. Danach machte einer von ihnen eine Ausbildung zum Schäfermeistergesellen, einer wurde Lkw-Fahrer, vier von ihnen begannen teils mehrere Ausbildungen, die sie aufgrund mangelnden Interesses nie beendeten, ein anderer befand sich in

einer Ausbildung zum KFZ-Mechaniker, als er die Straftat beging. Die drei übrigen haben niemals eine Ausbildung begonnen. Im weiteren Verlauf arbeiteten fünf der zehn späteren Täter in verschiedenen Bereichen als Hilfsarbeiter, wurden aber wegen häufigen Fehlens oder völliger Unbrauchbarkeit immer wieder entlassen und waren zeitweise arbeitslos. Ein weiterer arbeitete aufgrund seiner geistigen und körperlichen Behinderung in einer Behindertenwerkstätte der Lebenshilfe, der Holländer war zwischen mehreren Haft- und Psychiatrieaufenthalten als Kraftfahrer hauptsächlich in Deutschland und Holland unterwegs. Ein zur Tatzeit 24 Jahre alter Mann hatte niemals gearbeitet, da er sich seit seinem 15. Lebensjahr ununterbrochen in Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik befand, und einer der Asylbewerber aus Kasachstan arbeitete nicht, da er nach eigenen Angaben dazu keine Lust hatte.

Einer der späteren Täter erkrankte in seiner frühen Kindheit an einer Meningitis, was als mögliche Ursache seiner später aufgefallenen geistigen Behinderung angesehen wurde. Ein anderer erlitt im Alter von dreieinhalb Jahren bei einem Verkehrsunfall ein schweres Schädelhirntrauma, woraufhin bei ihm sowohl Verhaltensänderungen als auch Gleichgewichts- und Sprachstörungen auftraten. Eine zwei Jahre später folgende Meningitis förderte durch eine passagere Reifungsverzögerung noch seine soziale Ausgrenzung. Eine weitere Person litt, vermutlich als Folge einer frühkindlichen Enzephalitis, an einer infantilen Zerebralparese mit Tetraspastik sowie im Verlauf auftretenden epileptischen Anfällen. Im Alter von 29 Jahren war dieser Mann wegen Geistesschwäche entmündigt und unter Vormundschaft gestellt worden. Bei einem vierten Mann wurde erst während der Untersuchungshaft nach Ausführung der betreffenden Tat eine psychosexuelle Reifungsverzögerung mit daraus folgenden massiven sozialen Problemen als Folge eines bis dahin unerkannten Prolaktinoms festgestellt.

Bezüglich der kriminellen Vorgeschichte der Täter ist erschreckend, daß vier der zehn Personen (40%) schon vor Ausführung der betreffenden Taten mit tödlichem Ausgang mehrfach strafrechtlich in Erscheinung getreten sind. Die Vorstrafen beziehen sich bei einer Person auf Straftaten wie Diebstahl und wiederholte Brandstiftung. Seit dem 19. Lebensjahr befand sich dieser Mann in einer psychiatrischen Klinik. In psychiatrischen Gutachten war ihm wiederholt eine schwere Persönlichkeitsstörung mit hoher Aggressivität und Gefühlslabilität sowie eine erhebliche Rückfallgefährdung attestiert worden. Mehrere Wiedereingliederungsversuche in Form von offener Betreuung und einem Erprobungsurlaub in einer Einrichtung des betreuten Wohnens scheiterten. Bei dem Patienten wurde schon lange eine hohe sexuelle Aktivität beobachtet. 32-jährig begeht er den Sexualmord an einem 13-jährigen Mädchen. Bei den drei

übrigen Männern liegen bedeutend schwerwiegendere Delikte in der Vergangenheit vor. Der Kraftfahrer aus Holland war zuvor wegen wiederholten sexuellen Mißbrauchs an Kindern in Holland verurteilt worden. Sechs Jahre hatte er mit Unterbrechungen in Haft bzw. in einer geschlossenen psychiatrischen Anstalt verbracht. Der Junge aus unserem Untersuchungsgut war das erste Kind, welches durch seine Hand starb. Da jedoch nach diesem Delikt der Täter nicht sofort ermittelt werden konnte, fielen ihm noch zwei weitere Kinder zum Opfer, die er ebenfalls im Anschluß an sexuelle Handlungen tötete, bevor er zwei Jahre später gefaßt wurde. Der Unterbringung des 24-jährigen Mannes, der sich seit seinem 15. Lebensjahr in einer psychiatrischen Klinik aufhielt, lagen mehrere schwere Übergriffe auf Kinder zugrunde. Schon im Alter von 15 Jahren machte er sich des sexuellen Mißbrauchs an einer Zwölfjährigen in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung schuldig. Kurz darauf folgte der sexuelle Mißbrauch eines achtjährigen Mädchens mit sexueller Nötigung, worauf er in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wurde. Ein Jahr später während einer Beurlaubung griff er ohne ersichtlichen Grund ein zwölfjähriges Mädchen an, welches in einer Parkanlage zusammen mit einem 15 Monate alten Kleinkind auf dem Rasen saß. Er schlug sie mit den Fäusten sowie einem Teppichmesser, welches er in der Hand hielt, bis zur Bewußtlosigkeit. Als sie am Boden lag, schlug er noch einige Male mit einem metallenen Fahrradschloß auf ihren Kopf ein. Das Mädchen verbrachte daraufhin 15 Tage bewußtlos in intensivmedizinischer Behandlung. Der Täter wurde wegen gefährlicher Körperverletzung unter Anwendung des Paragraphen 20 StGB wegen Schuldunfähigkeit in die forensische Psychiatrie verlegt. Ein zu diesem Zeitpunkt erstelltes psychiatrisches Gutachten kam zu dem Schluß, daß „solange sich ... bei dem Angeklagten keine wesentliche Besserung einstellt, ... von diesem immer wieder erhebliche Gewalttaten zu erwarten“ sind. „... angesichts der brutalen Vorgehensweise, die von dem Angeklagten bisher gezeigt worden ist, muß mit der mehr als naheliegenden Möglichkeit gerechnet werden, daß er ... auch einmal einen anderen Menschen bei einer derartigen Tat töten wird.“ Anläßlich einer Überprüfung der Fortdauer der Unterbringung drei Monate vor der betreffenden Tat wurde eine weiterhin bestehende Wiederholungsgefahr entsprechender Taten festgestellt. Trotzdem wurden die Unterbringungsbedingungen gelockert. Er bekam als Vergünstigung Einzelausgang, das bedeutet, daß er jeden Tag für eine Stunde allein und ohne Aufsicht die Klinik verlassen konnte. Diese Zeit nutzte er, um sein späteres Opfer zu beobachten und dessen Gewohnheiten zu studieren. Jeden Tag schrieb er seine Beobachtungen in sein Tagebuch. Seinen Ausgang plante er absichtlich so, daß er ihr begegnen mußte. Bis zu dem Tag hin, an dem er sie tötete. Das geschah nur einen Monat, nach Einführung des Einzelausgangs. Im dritten Fall trat der Täter ebenfalls schon im Alter von 15 Jahren mit sexuellem Mißbrauch eines Kindes erstmals strafrechtlich in Erscheinung. Er erhielt daraufhin

vom Jugendrichter eine Ermahnung und eine Arbeitsauflage. Drei Jahre später machte er sich des Mordes in Tateinheit mit versuchtem sexuellem Mißbrauch eines Kindes schuldig und erhielt daraufhin eine Jugendstrafe von acht Jahren Gefängnis. Nach vier Jahren wurde unter der Auflage, den Volksschulabschluß nachzuholen, der Rest der Strafe zur Bewährung ausgesetzt. Diese Bedingung wurde nicht erfüllt, eine neu angetretene Arbeitstelle verlor der Mann nach anderthalb Jahren aus eigenem Verschulden. Trotzdem wurde die Reststrafe erlassen. In der Folge fiel er wegen fahrlässiger Trunkenheit am Steuer auf. Im Alter von 27 Jahren machte er sich der Freiheitsberaubung mit Körperverletzung schuldig. Er erhielt wiederum eine Gefängnisstrafe von dreieinhalb Jahren, die er diesmal abbüßte. Eine anschließende Führungsaufsicht von sechs Jahren wurde ebenfalls eingehalten. Drei Jahre später jedoch beging er erneut sexuellen Mißbrauch an einem Kind, woraufhin er eine Freiheitsstrafe von anderthalb Jahren bekam. Sieben Jahre später hat er sich noch immer nicht um eine Berufsausbildung bemüht. Er ist weiterhin unbeaufsichtigt und in der Lage, das nächste Kind, das zehnjährige Mädchen aus unserem Untersuchungsgut, zu töten. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens anläßlich seines ersten Mordes, den er im Alter von 18 Jahren beging, von den Psychiatern die Vermutung geäußert wurde, daß seine Entwicklung in die Richtung des Lustmordens ginge, woraus allerdings keine Konsequenzen gezogen wurden. Mit diesem weiteren Mord 21 Jahre später bestätigt sich diese Verdachtsdiagnose.

Unter den sechs übrigen Personen waren zwei weitere in ihrer Umgebung durch vermehrte Aggressivität und Übergriffe auf andere Personen aufgefallen: Ein 33-jähriger geistig und körperlich behinderter Mann, der in einer Einrichtung der Lebenshilfe wohnte, sich aber sowohl in der Einrichtung als auch außerhalb davon frei bewegen konnte, war schon vorher sowohl gegenüber Frauen und Mädchen aus der Bevölkerung als auch gegenüber weiblichen Behinderten aus der Einrichtung und dem Heimpersonal aufdringlich und aggressiv geworden, hatte sie beobachtet und belästigt und, teilweise unter Androhung und sogar Anwendung von Gewalt, zu sexuellen Handlungen zu bewegen versucht. Anzeige war diesbezüglich gegen ihn nicht erstattet worden, da sich die Bevölkerung in der Umgebung dieser Einrichtung mit deren Bewohnern arrangiert hatte und sich bei Bedarf selbst zur Wehr setzte. Er war in solchen Situationen schon des öfteren von anwesenden Männern verprügelt worden. Daß man in seinem Fall aufgrund einer sexuellen Frühreife und Neugierde eventuell mit sexuellem Fehlverhalten rechnen mußte, darauf hatte schon die ihn untersuchende Psychologin anläßlich seines Eintritts in die Einrichtung der Lebenshilfe im Alter von zwölf Jahren hingewiesen. Erst acht Jahre nach dem Sexualmord wird ihm von den ihn betreuenden Ärzten ein triebhemmendes Medikament verabreicht, welches jedoch nicht anschlägt. Zu diesem Zeitpunkt ist der Mordfall aufgrund von

Falschaussagen des Heimpersonals immer noch nicht aufgeklärt. Ein anderer späterer Täter war durch verstärkte Aggressivität gegen Familienmitglieder und Bekannte aufgefallen. Mehrfach hatte er seinen Vater geschlagen und war auch mit einem Holzknüppel auf einen Bekannten losgegangen. Einer der Asylbewerber aus Kasachstan hielt sich erst seit neun Monaten in Deutschland auf, über Vorstrafen in seiner Heimat ist nichts bekannt, er zeigte jedoch keinerlei Integrationsbemühungen, auch nach einem Sprachkurs hatte er kaum Deutschkenntnisse, sein ganzes Geld gab er für seinen regelmäßigen Alkoholkonsum aus.

In Kenntnis dieser Tatsachen wird deutlich, daß in sechs von zehn Fällen die von dem Täter ausgehende Gefahr schon lange vor Ausübung des dieser Studie zugrunde liegenden Verbrechens erkennbar war.

4 Diskussion

Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, welche Gefahren im Vergleich zu Säuglingen und Kleinkindern heutzutage besonders auf die älteren Kinder im Alter von sechs bis 16 Jahren lauern und welches die wichtigsten Ursachen für diese Bevölkerungsgruppe sind, einen nicht-natürlichen Tod zu sterben. Welche Kinder besonders betroffen sind, welche Todesursachen am häufigsten sind, welche Verletzungsmuster vorkommen, welche Hinweise die Obduktion der Leiche bringen kann, welche Kriterien diese Verletzungen beeinflussen und wie sie eventuell zu vermeiden sind, dies sind die Fragen, die dieser Studie zugrunde liegen.

4.1 Allgemeine Epidemiologie der nicht-natürlichen Kindertodesfälle

Auf alle 146 nicht-natürlichen Kindertodesfälle im Untersuchungszeitraum gesehen ist die Verteilung der männlichen und weiblichen Opfer annähernd gleich. Mit 58% der Fälle überwiegt das männliche Geschlecht leicht das weibliche. Ein mit 63% der Fälle deutlicheres Überwiegen der Jungen fanden Schmitz et al. in ihrer Analyse von 160 Kindern, die im Raum Hamburg einem gewaltsamen Tod zum Opfer fielen [111]. Dabei handelt es sich in 75% der Fälle um Opfer von Verkehrsunfällen, die übrigen 25% verteilen sich auf Haus- und Spielunfälle sowie Kindesmißhandlungen.

Mit 60% der Fälle machen die Unfälle in unserer Studie den größten Anteil aus. Suizide und Fremdtötungen folgen mit 21% und 19%. Eine ähnliche Verteilung der Todesarten, nur mit einem deutlich geringeren Anteil von Suizidfällen (9% der Fälle in der vergleichbaren Altersgruppe), fanden Bartsch, Riße et al. in einer Untersuchung über Todesfälle im Vorschul- und Schulalter im Bereich Gießen heraus [9]. Von allen Jungen sterben in unserer Untersuchung 64% durch einen Unfall, 25%, also ein Viertel durch einen Suizid und 11%, nur etwa ein Achtel durch eine Fremdtötung. Unter den Mädchen fallen mit 55% anteilmäßig etwas weniger einem Unfall zum Opfer, dafür werden mit 29% knapp ein Drittel der Mädchen Opfer einer Fremdtötung, also deutlich mehr als bei den Jungen. Mit 16% der Fälle begeht ein Sechstel der Mädchen Suizid, deutlich weniger als in der Gruppe der Jungen. Insgesamt läßt sich also sagen, daß sowohl Jungen als auch Mädchen dieser Altersgruppe die größte Gefahr laufen, durch einen Unfall umzukommen. An zweiter Stelle steht bei den Jungen der Suizid, während die Mädchen eher Opfer einer Fremdtötung werden.

Im großen und ganzen gilt, je älter die Kinder sind, um so gefährdeter sind sie auch, einen nicht-natürlichen Tod zu sterben. Dies bezieht sich auf Jungen und Mädchen gleichermaßen. Die stärkste Polarisierung wird, trotz der geringen Fallstärke dieser Gruppe, bei den Suiziden deutlich: 87% aller Fälle sind Kinder aus der Gruppe der 13- bis 16-Jährigen, während nur ein bzw. drei Fälle in die jüngeren Gruppen fallen. Dies läßt sich wohl darauf zurückführen, daß die Kinder mit zunehmendem Alter aktiver und selbständiger werden. Sie stellen sich neuen Herausforderungen und begeben sich häufiger unbeaufsichtigt in Gefahr, da normalerweise die Kontrolle durch die Eltern mit zunehmendem Alter der Kinder nachläßt. In der Gruppe der Suizide wird diese Verteilung besonders deutlich, da ein Suizid sehr viel selbständige Planung und eigenständige Handlung des Kindes erfordert, wozu die Jüngeren meist noch nicht in der Lage sind. Außerdem ist eine sehr schwere Enttäuschung, die nicht von den Eltern aufgefangen wurde, meist die Voraussetzung für solch eine Handlung. Da die Kinder, je jünger sie sind, normalerweise aber noch ständig von den Eltern umsorgt und getröstet werden, kommt es meist gar nicht erst zu solchen Gedanken. Jugendliche wollen ihre Probleme alleine lösen und sind oft auch der Ansicht, die Eltern könnten sie nicht verstehen. Durch mangelnde Kommunikation kann es hier eher zu entsprechenden Kurzschlußhandlungen kommen.

4.2 Unfall

Die mit 39% aller Unfälle stärkste Gruppe ist die der Verkehrsunfälle, die trotzdem in unserer Studie einen deutlich geringeren Anteil an der Gesamtfallzahl ausmachen als zum Beispiel in der Untersuchung von Schmitz et al. im Raum Hamburg [111]. Dort sterben 72,5% der Kinder an den Folgen eines Verkehrsunfalls. Es scheinen also regionale Unterschiede vorzuliegen. In 29% der Unfälle handelt es sich um Todesfälle im Wasser. Es folgen mit 22% die Unfälle zu Hause und als kleinste Gruppe mit 10% die Unfälle im Freien. Bei den in der Literatur am häufigsten diskutierten tödlichen Unfällen mit kindlichen Opfern handelt es sich um Verkehrsunfälle sowie um Unfälle im Haushalt. Die in unserer Studie auch sehr fallstarke Gruppe der Todesfälle im Wasser wird eher vernachlässigt. Der Grund dafür liegt wohl auch in der Tatsache, daß durch Aufklärung und entsprechende Vorsichtsmaßnahmen, wie zum Beispiel auch die Einführung des Fahrradhelms für Kinder oder die Kindersicherungen bei Steckdosen, Medikamenten und Reinigungsprodukten, sowohl im Straßenverkehr als auch im Haushalt viele Unfälle vermieden werden konnten, und daß deshalb in diesem Bereich viele Studien durchgeführt wurden, um neue Schutzmaßnahmen zu entwickeln und die Bevölkerung zu informieren, während die Todesfälle im Wasser und die Unfälle im Freien weniger gut vorherzusehen und zu beeinflussen sind. Gleichzeitig könnte man aber auch vermuten, daß aufgrund der offensichtlichen Todesursache einige Ertrinkungsoffer keiner gerichtlichen Obduktion zugeführt wurden, und sich dem Verdacht Klages' anschließen, daß „zu allen Zeiten die häufig vorkommenden, sozusagen gewöhnlichen Todesursachen seltener Veranlassung zu gerichtsarztlichen Sektionen geben als die unerwarteten Fälle“ [67] und somit auch nicht in der Literatur erscheinen. Klages bezog diese Vermutung in seiner Studie über Säuglinge und Kleinkinder im Raum Hamburg allerdings auf Haus- und Verkehrsunfälle, wodurch wiederum eine regional unterschiedliche Ausprägung der verschiedenen Unfallarten deutlich wird.

Wie aus unserer Studie hervorgeht, konnten immerhin 17% der bei Bade- oder Spielunfällen im oder am Wasser tödlich verunglückten Kinder sicher schwimmen, was zeigt, daß durch Schwimmkurse die Gefahr der tödlichen Badeunfälle zwar gemindert aber nicht vollends gebannt werden kann. Auch war in mehreren Fällen eine erwachsene Aufsichtsperson in unmittelbarer Nähe des Kindes, als dieses verunglückte, sodaß Rettungsmaßnahmen sofort eingeleitet wurden, die aber dennoch ohne Erfolg blieben.

In Australien und den USA sind auch tödliche Unfälle mit Schußwaffen ein großes Problem und kommen deutlich häufiger vor als bei uns. Entsprechend werden sie dort auch häufig diskutiert

[12, 25, 26, 50, 72, 91, 122, 129]. In unserem Untersuchungsgut befindet sich lediglich ein durch eine akzidentelle Schußwaffenverletzung umgekommenes Kind.

Die tödlichen Unfälle durch Strangulation machen in unserem Untersuchungsgut nur fünf von 88 Unfällen aus (5,7%), also einen sehr kleinen Anteil an der Gesamtzahl der Unfälle. Verkehrsunfälle und Ertrinkungsunfälle mit tödlicher Folge sind im Kindesalter deutlich häufiger. Diese Beobachtung machten auch Hurst [58], Nixon [87] und Copeland [29] in ihren Studien über tödliche Unfälle bei Kindern, die in Australien und Florida durchgeführt wurden. Dabei fanden sich in den beiden australischen Studien [58, 87] unter insgesamt 114 tödlich verunglückten Kindern vier Strangulationsfälle, ein Anteil von 3,5% an der Gesamtfallzahl. Vergleicht man unser Ergebnis mit dem dieser beiden Studien, so kommt man mit 5,7% auf einen nur geringfügig höheren Anteil der Strangulationsfälle an dem Kollektiv der Unfälle. Dabei muß man aber beachten, daß in den beiden australischen Studien nur Fälle mit Kindern bis zu einem Alter von zwölf Jahren untersucht wurden. Cooke, der eine Reihe von elf Strangulationsfällen mit kindlichen Opfern unterschiedlichen Alters beschreibt [27], die sich zwischen 1972 und 1987 im Westen Australiens ereigneten, hat anhand seines Untersuchungsgutes zwei typische Szenarios des tödlichen Strangulationsunfalls beim Kind herausgearbeitet. Dabei handelt es sich einerseits um die tödliche Strangulation bei Säuglingen und Kleinkindern in ihrem Bettchen oder Kinderwagen, entweder in dessen Konstruktion selbst oder mit Fixierungsgurten, Kleidungsstücken, Spieluhren oder Schnullerbändern, und andererseits um das versehentliche Selbsterhängen meistens kleiner Jungen im Spiel. Nach seinen Angaben sind die autoerotische Strangulation bei Jungen sowie auch die absichtliche Strangulation eines Kindes in suizidaler Absicht und erst recht die Strangulation eines Kindes im Rahmen einer Fremdtötung sehr selten. In diesem Punkt weichen die Ergebnisse unserer Studie etwas von denen Cookes ab, denn bei den Fällen akzidenteller Strangulation in unserem Untersuchungsgut handelt es sich in drei Fällen um autoerotische Unfälle. Auch Sheehan und Garfinkel [114] kamen in ihrer Untersuchung von Strangulationstodesfällen bei Jugendlichen in den USA innerhalb einer Zehnjahresperiode auf einen Anteil von 31% der autoerotischen Unfälle an der Gesamtfallzahl, was das größere Ausmaß dieses Problems belegt und die Ergebnisse unserer Studie bestätigt. Dabei muß allerdings beachtet werden, daß es sich bei dem ältesten von Cooke beschriebenen Opfer um einen elfjährigen Jungen handelt, während die andere Studie Todesfälle bei Jugendlichen untersucht. Nicht ganz klar ist, ob im Untersuchungsgut von Cooke tatsächlich keine älteren Opfer auftraten, oder ob er sie aufgrund des Alters nicht mehr als Kinder definiert und somit nicht in seine Untersuchung mit einbezogen hat. Im Gegensatz zu Cookes Erkenntnissen machen die Strangulationsfälle in

unserem Untersuchungsgut immerhin fast 19% aller Fälle aus. Dabei handelt es sich um fünf von 88 Unfällen, wie oben beschrieben, um zwölf von 31 Suiziden, womit den Aussagen von Cooke deutlich widersprochen wird, sowie um zehn von 27 Fremdtötungsfällen. Bei den Fremdtötungen unseres Untersuchungsgutes handelt es sich allerdings nicht um Fälle von Erhängen, sondern um Strangulationen in Form von Drosseln und Würgen. Fünf der elf von Cooke untersuchten Kinder (45%) waren bei ihrem Tod zwischen vier Monaten und zwei Jahren alt und machen diesen großen Anteil von in ihrer Schlafstätte strangulierten Kindern aus. Prädestinierend für diese Art von Unfall sind die Besonderheiten des kindlichen Körpers, ein im Verhältnis zum Rumpf relativ großer und schwerer Kopf, noch schwach ausgeprägte Hals- und Nackenmuskulatur sowie eine allgemein erst mangelhafte Entwicklung von zielgerichteten und koordinierten Bewegungsabläufen. Daraus entstehen voraussehbare Gefahrensituationen, welche immer wieder zu Fällen akzidenteller Selbststrangulation führen [73]. Daß unsere Untersuchung sich erst mit Kindern ab sechs Jahren beschäftigt, erklärt die völlig andere Gewichtung der Fälle. In unserer Studie finden sich nur zwei Fälle von akzidenteller Strangulation im Spiel. In der Zwillingsarbeit zu der vorliegenden Studie [117], die sich mit den nicht-natürlichen Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von null bis sechs Jahren aus dem Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster aus den Jahren 1982 bis 1992 befaßt, finden sich unter 68 Unfällen ebenfalls nur zwei Fälle akzidenteller Strangulation von Kindern, wobei sich allerdings nicht genau nachvollziehen läßt, ob es sich dabei um Säuglingsstrangulationen oder um Spielunfälle von Kleinkindern handelt. In Anbetracht der Tatsache, daß die Studie Cookes zehn Jahre früher begann als die entsprechende Studie zu Säuglingen und Kleinkindern unseres Instituts, besteht die Möglichkeit, daß in den folgenden Jahren schon viele dieser Unglücksfälle vermieden werden konnten, dadurch, daß die Gefahren erkannt waren und sich sowohl die Industrie mit der Produktion von Gebrauchsgegenständen für den Lebensbereich von Kindern als auch die Privathaushalte besser den Bedürfnissen und Sicherheitsvorkehrungen angepaßt haben, was sich in den Ergebnissen der Studie widerspiegelt. Diese Beobachtung einer abnehmenden Fallzahl machten auch Elbel und Schulte in Heidelberg [39], Mallach in Berlin [76] und Eisele in Aachen [38]. Auch Saturnus und Dotzauer stellten im Rahmen einer Studie fest, daß Fälle von Säuglingsstrangulationen im Raum Köln verhältnismäßig selten sind [104]. Ein viel größeres Problem stellt der plötzliche Säuglingstod aus natürlicher Ursache dar [4]. Allerdings scheint es im Bezug auf die Häufigkeit regionale Unterschiede zu geben [113, 62]. Trotz der inzwischen relativen Seltenheit dieser Fälle werden die Aufklärung und Information von Haushalten und Industrie sowie die Entwicklung und Verbreitung von Vorbeugungsmaßnahmen weiterhin für wichtig und notwendig erachtet. Doch auch aus rechtsmedizinischer Sicht bleiben diese Fälle

problematisch, und zwar in Bezug auf eine Abgrenzung zwischen Unfall und natürlichem Tod oder gar gegen ein Verbrechen. Die Klärung dieser Frage kann unter Umständen im Säuglings- und Kindesalter viel schwieriger sein als beim Erwachsenen. Aufgrund der sehr viel geringeren Körperkräfte des Opfers liegen bei getöteten Kindern seltener und weniger stark ausgeprägte Abwehrverletzungen vor. Der Tatort gibt hierbei wenig Aufschluß, da es sich in den meisten Fällen (über 80%) um den Wohnbereich handelt [61, 93]. Da sehr häufig nach stumpfer Gewalteinwirkung, wie zum Beispiel nach einem Sturz von der Wickelkommode, äußerlich keine Verletzungen an der kindlichen Leiche zu erkennen sind, und außerdem der Unfall oft verschwiegen wird – von der Pflegeperson aus Furcht vor den Eltern, von einem Elternteil aus Furcht vor dem anderen und vor der Verwandtschaft und schließlich auch von beiden Eltern aus Furcht vor der Polizei – entgehen derartige Traumata der Aufdeckung, wenn man sich nur vom äußeren Aspekt leiten läßt, einen natürlichen Säuglingstod (SIDS) annimmt und auf eine Obduktion verzichtet [102]. Auch beim Drosseln mit einem weichen Drosselwerkzeug oder beim Erwürgen müssen sich äußerlich keine Drossel- oder Würgemale abzeichnen, zum Beispiel beim Einwirken einer großen Erwachsenenhand am Kinderhals. Auch können sich Drosselfurchen nach frühzeitiger Entfernung des Strangwerkzeugs teilweise oder vollständig nivellieren [49]. Durch einen sofortigen kompletten Verschuß der Karotiden bei sehr guter Nachgiebigkeit der Halsorgane in diesem Alter muß es außerdem nicht zu petechialen Blutungen in Gesichtshaut und Schleimhäuten kommen [49, 74, 104, 108]. So können mögliche Fälle von nachträglichem Aufhängen des zuvor getöteten oder tödlich verunfallten Kindes ohne eine Obduktion nicht entdeckt werden. Nur mit Hilfe der Leichenöffnung können innere Verletzungen, hervorgerufen durch eine stärkere stumpfe Gewalteinwirkung bei einem Sturz oder durch Kindesmißhandlung, und auch Verletzungen der inneren Halsweichteile als Folge eines Drossel- oder Würgevorgangs nachgewiesen werden, auch, wenn im Anschluß versucht wurde, die äußerlichen Spuren des Drosselns oder Würgens durch nachfolgendes Erhängen zu verdecken. Gleichzeitig dient die Obduktion der Leiche aber auch zur Entlastung der Eltern und zur Bestätigung ihrer Aussagen, wenn es sich tatsächlich um einen Unfall oder natürlichen Tod handelt. So sind diese vor möglicherweise später auftretenden böswilligen Verleumdungen geschützt. Aus diesen Gründen fordern Saturnus und Dotzauer in allen plötzlichen Kindertodesfällen, da man ihnen nicht von vornherein ansehen kann, ob es sich um einen natürlichen oder nicht-natürlichen Todesfall handelt, eine Obduktion der Leiche [104]. Auch Lockemann und Püschel [74] schließen sich, wie viele andere [1, 128], dieser Forderung an.

4.2.1. Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer

Es erfolgte die Einteilung des Gesamtkollektivs in drei Altersgruppen. Die kleinere Gruppe umfaßt die Kinder im Alter von sechs bis acht Jahren. Sie sind noch nicht sehr weit vom Kleinkindesalter entfernt, begeben sich aber durch ein zunehmendes Maß an Selbständigkeit und Neugier in neue Gefahren, wobei sie nun nicht mehr ständig unter der Aufsicht Erwachsener stehen. In diese Altersgruppe fällt in der Regel auch die Einschulung, mit der der tägliche Weg zur Schule, also die aktive Teilnahme am Straßenverkehr – für viele Kinder ohne die Begleitung Erwachsener – verbunden ist. Die nächste Gruppe, die der Neun- bis Zwölfjährigen, stellt den Übergang dar zwischen den kleinen Kindern und den Jugendlichen. Sie können Situationen besser überschauen und Gefahren schon besser erkennen als die Kleinen, zeichnen sich aber auch durch noch größere Aktivität und Selbständigkeit aus, was sie wiederum in neue Gefahren bringen kann. Die 13- bis 16-jährigen erfahren normalerweise von den Erwachsenen ein deutlich geringeres Maß an Aufsicht, sind also in den meisten alltäglichen Situationen auf sich allein gestellt. Dadurch, daß sie oft versuchen, die Verhaltensweisen Erwachsener zu kopieren, kann es zu Fehleinschätzungen und Überschätzung der eigenen Person kommen.

Insgesamt betreffen die meisten Unfälle mit tödlichem Ausgang die Gruppe der 13- bis 16-jährigen. Die Todesfälle im Wasser weisen mit 46% der Fälle jedoch ein Maximum in der jüngsten Altersgruppe auf. Die wichtigste Gruppe unter den Todesfällen im Wasser ist die der Schwimmunfälle mit primärem Ertrinken. Von diesem Tod sind besonders die Jüngsten betroffen (**Tabelle 5**). Von den zehn Fällen unter den Sechs- bis Achtjährigen waren fünf Kinder, also 50%, bekannterweise Nichtschwimmer oder konnten nicht sehr gut schwimmen. Die beiden anderen Fälle dieser Altersgruppe liegen in der Gruppe der Spielunfälle am Wasser. Hier handelt es sich um zwei Kinder, die beim Spielen in einen Brunnen oder Kanal stürzten und dann ertranken. Auch sie konnten nicht schwimmen. Hier wird also deutlich, wie wichtig es ist, daß Kinder, die sich im oder am Wasser aufhalten, zu schwimmen gelernt haben. Ist dies nicht der Fall, so sollten sie ununterbrochen von erwachsenen Aufsichtspersonen beobachtet werden. Die hohe Fallzahl in der Gruppe der 13- bis 16-jährigen Ertrinkungsopfer (31%) resultiert vor allem aus den drei Fällen von Bewußtlosigkeit im Wasser durch CO-Intoxikation. In jedem der Fälle war die Lüftung des Badezimmers mangelhaft. Durch entsprechende Kamine und Offenhalten der Zwangslüftungsschlitze in der Badezimmertür, die eben aus diesem Grunde eingeführt wurden, ließen sich solche Unfälle vermeiden.

Unter den Unfällen zu Hause steigt die Zahl der Opfer mit zunehmendem Alter, was auf den ersten Blick ein überraschendes Ergebnis darstellt. Diese Verteilung wird jedoch vor allem durch die autoerotischen Unfälle, die typischerweise erst mit Beginn der Pubertät auftreten, und die akzidentellen Intoxikationen hervorgerufen. Akzidentelle Intoxikationen würde man wohl eher bei kleineren Kindern erwarten als bei Jugendlichen. Betrachtet man aber die Art der in unserem Untersuchungsgut vorkommenden Vergiftungen, so erklärt sich auch die Altersverteilung. Es handelt sich in 60% der Fälle um selbst beigebrachte Heroinintoxikationen bei jugendlichen Drogenabhängigen bzw. um eine Vergiftung durch Methanol, enthalten in einem alkoholischen Getränk, welches das Opfer ohne Wissen um dessen Giftigkeit zu sich nahm. Sowohl Drogen- als auch Alkoholkonsum kommen eher bei Jugendlichen und Erwachsenen vor als bei Kindern.

Die Verteilung der Unfälle auf das Geschlecht verhält sich in den einzelnen Untergruppen sehr unterschiedlich. Während unter den Verkehrsunfallopfern und den Opfern der Unfälle im Freien Jungen und Mädchen etwa gleich stark vertreten sind, überwiegen in der Gruppe Tod im Wasser mit 69% der Fälle deutlich die Jungen. Dabei fällt auch auf, daß die meisten Mädchen dieser Gruppe Schwimmer waren, während fast alle als Nichtschwimmer oder schlechte Schwimmer deklarierten Kinder unter die Jungen fielen. Dies kann schon die Ursache für den deutlichen Jungenüberhang unter den Ertrinkungsopfern sein. Jungen sind häufig übermütig und überschätzen sich leicht, während Mädchen meist zurückhaltender sind und sich nur zutrauen, was sie sicher können. Auch in der Gruppe der Unfälle zu Hause überwiegen mit 63% der Fälle die Jungen, was primär durch die relativ hohe Fallzahl an autoerotischen Unfällen hervorgerufen wird, die in unserer Studie nur Jungen betreffen.

4.2.2 Zeitliche Verteilung der Unfälle

Die Verteilung aller Unfälle auf Sommer und Winter ist gleichmäßig (**Tabelle 18**). Bei Aufsplitterung in die einzelnen Untergruppen ergibt sich mit 73% der Fälle ein deutliches Überwiegen der Todesfälle im Wasser in den Sommermonaten, was wohl auf die Badesaison und die größere Aktivität der Kinder im Freien während der warmen Jahreszeit zurückzuführen ist. Bei den Unfällen zu Hause ist das Verhältnis umgekehrt. 74% der Fälle fallen in die Wintermonate. Da sich die Kinder im Winter bei schlechtem Wetter mehr im Haus aufhalten und dort ihre Aktivitäten ausüben, läßt sich dieses Ergebnis leicht erklären. In der Gruppe der Verkehrsunfälle fällt mit 59% ebenfalls ein leichtes Überwiegen der Fälle in den

Wintermonaten auf, was vermutlich durch die schlechteren Witterungs- und Sichtverhältnisse im Winter bedingt ist. Die Verteilung der Todesfälle im Freien ist, nach Abtrennung der Todesfälle im Wasser, unspezifisch.

Die Verkehrsunfälle zeigen mit 59% der Fälle ein leichtes Überwiegen an den Werktagen gegenüber dem Wochenende, sicherlich Folge der vermehrten Teilnahme der Kinder am Straßenverkehr im Zusammenhang mit dem Schulweg. Bei den Unfällen im Freien fällt ein entgegengesetztes Verhalten auf, was wohl auf eine erhöhte Freizeitaktivität am Wochenende zurückzuführen ist. Insgesamt zeigt sich, auf die Anzahl der Tage gesehen, eine relative Häufung von Unfällen am Wochenende (durchschnittlich 17,5 Unfälle/d) gegenüber 10,6 Unfällen/d an den Werktagen, was die Theorie des protektiven Effekts des Schulbesuchs unterstützt [25, 91].

Eine tageszeitliche Häufung der Unfälle findet sich in den Nachmittagsstunden, hervorgerufen vor allem durch die beiden fallstärksten Gruppen Verkehrsunfälle und Tod im Wasser. In diesem Zeitraum spielen sich die meisten Aktivitäten der Kinder ab, während sie sich vormittags normalerweise in der Schule aufhalten. Auch Schmitz et al. konnten ein Tagesmaximum von 32,5% der Fälle in den Nachmittagsstunden zwischen 15.00H und 18.00H feststellen [111]. Damit widersprechen ihre und unsere Ergebnisse einer an anderen Stellen beschriebenen Häufung von Unfällen am Vormittag [8, 41].

In ihren Studien über akzidentelle und homizidale Todesfälle bei Kindern vor allem durch Schußwaffen in den Regionen von Chicago und Ohio, USA, fanden sowohl Choi et al. [25] als auch Paulson und Rushforth [91] ebenfalls eine Häufung von Fällen in den Nachmittags- und frühen Abendstunden und schlossen daraus auf einen protektiven Effekt des Schulbesuchs während des Tages. Weiterhin zeigten sich in der Untersuchung von Paulson und Rushforth abnehmende Fallzahlen für Kinder bis zu 15 Jahren nach 21.00H, gleichzeitig aber eine Zunahme der Fälle mit Opfern im Alter zwischen 15 und 19 Jahren mit einem Höhepunkt um Mitternacht und insgesamt hohen Fallzahlen bis drei Uhr morgens, ähnlich wie in den Fällen unserer Untersuchung. Diese Verteilung läßt darauf schließen, daß auch der Schlaf die Kinder vor Unfällen und Übergriffen durch andere Personen schützt. Auch wenn sich diese Untersuchungen hauptsächlich auf Todesfälle, hervorgerufen durch Schußwaffenverletzungen, beziehen, die in den USA deutlich häufiger vorkommen als bei uns, so lassen sich die tageszeitlichen Verteilungsmuster doch mit denen unserer Fälle vergleichen.

4.2.3 Autopsiebefunde und Todesursache

4.2.3.1 Verkehrsunfälle

Fast alle betroffenen Kinder in unserer Studie (88%) waren als eigenständige Verkehrsteilnehmer zu Fuß, mit dem Fahrrad oder Mofa unterwegs. Nur vier der 34 Opfer (12%) verunglückten als Fahrzeuginsassen. In der Studie von Schmitz et al. [111] verunglückte ebenfalls mit 62% der Großteil der Kinder als Fußgänger, mit 22,4% ein kleinerer Anteil mit dem Fahrrad. Nur 10,3% der Kinder verunglückten als Fahrzeuginsassen. Dabei handelte es sich meist um Klein- und Vorschulkinder, die nicht durch einen Kindersitz geschützt waren. Die letzten kindlichen Verkehrsunfallopfer als Fahrzeuginsassen treten in dieser Studie im Jahr 1979 auf. Vermutlich haben sich in der Zwischenzeit die Verkehrsrichtlinien geändert, dahingehend, daß Kindersitze für kleine Kinder im PKW Pflicht wurden, um Kinder als Fahrzeuginsassen besser zu schützen. Da die Gruppe der Kleinkinder in unserer Studie nicht betrachtet wurde, müssen hier andere Ursachen für das weitere Auftreten von kindlichen Todesopfern als Fahrzeuginsassen vorliegen. Durch ihre fortgeschrittene Körpergröße greifen die Sicherheitsgurte bei Kindern und Jugendlichen ähnlich gut wie bei Erwachsenen. Betrachtet man den Unfallhergang in den vier Fällen unserer Studie mit kindlichen Todesopfern als Fahrzeuginsassen, so zeigt sich, daß es sich bei den Ursachen nicht mehr um Kind-spezifische Probleme handelt: In einem Fall fuhr das Kind auf der offenen Ladefläche eines Transporters mit, war also völlig ungeschützt. Als das Fahrzeug scharf bremsen mußte, wurde der Junge von der Ladefläche geschleudert und verstarb noch an der Unfallstelle am Schädel-Hirn-Trauma. Zwei Jugendliche verstarben, als sie gemeinsam mit ihrem 18-jährigen Bruder nach einem Disco-Besuch auf dem Heimweg im Pkw mit viel zu hohem Tempo verunglückten. Ein weiterer Junge saß korrekt angeschnallt auf dem Rücksitz eines Pkw, als es zur Kollision mit einem Trecker kam, mit Hauptanprall an der linken hinteren Fahrzeugseite, wo der Junge saß. In diesen Fällen handelt es sich also um, teils von den Eltern, teils von den Opfern selber mutwillig herbeigeführte Risiken, nicht um Gefahren, die aus typischen kindlichen Verhaltensweisen oder der kindlichen Anatomie entstehen. Nur in dem Fall der Kollision mit dem Trecker ist der Unfallhergang rein zufallsbedingt. Auch hier resultieren die tödlichen Verletzungen des Kindes nicht aus typischen kindlichen Charakteristika sondern einzig aus seiner Position im verunglückten Pkw.

Am häufigsten sind in unserem Untersuchungsgut schwere Kopfverletzungen (91% der Fälle). In vier Fällen treten sie isoliert auf und stellen die vier einzigen Einhöhlenverletzungen unseres

Untersuchungsgutes dar. Insgesamt kommt es in 94% der Fälle zu einem Schädelhirntrauma, gefolgt von den Extremitätenverletzungen (74%), dem Thoraxtrauma (71%), und an letzter Stelle den Abdominalverletzungen (65%). Bei Betrachtung dieser Ergebnisse wird die Bedeutung des SHT bei kindlichen Unfallopfern deutlich. In 82% der Fälle ist das SHT bzw. ein Genickbruch auch die eigentliche Todesursache, unabhängig vom Ausmaß der Verletzungen anderer Körperhöhlen.

Im Gegensatz zu den Untersuchungen von Schmitz [111], Ballham [8], Baker [6, 7] und Schickedanz [107] steht in unserer Studie nicht die Einhöhlenverletzung im Vordergrund. Die Kinder erlitten ganz im Gegenteil in der Mehrzahl der Fälle (88%) Mehrhöhlenverletzungen. Dennoch können wir das SHT als häufigste Todesursache (bei Schmitz et al. [111] 62% der Fälle) und auch häufigste Verletzung (bei Schmitz et al. 81%, bei Gädeke [43] 75% der Fälle) bei Verkehrsunfallopfern bestätigen. Damit ist das SHT die vital bedrohendste Verletzung des Kindes. Der Anteil von Frakturen beim SHT ist in unserem Untersuchungsgut mehr als doppelt so hoch (77%) wie in der Literatur [106, 111]. Die hohe Eigenelastizität des kindlichen Schädels vermindert normalerweise den Anteil an Frakturen beim SHT. Der hohe Anteil an Frakturen in dieser Studie spricht für die besondere Schwere der Traumata. Auch das Auftreten von Hirngewebskontusionen und Hirnödemen konnten wir in unserem Untersuchungsgut deutlich häufiger beobachten als dies in der Literatur aufgeführt war. Subdural- und Subarachnoidalblutungen waren mit einem Auftreten in 50% der Fälle deutlich häufiger als die Epiduralblutung, die in nur 12% der Verkehrsunfälle zu finden war. Beim Kind verläuft die Arteria meningea media noch nicht in einem Knochenkanal der Kalotte und wird somit bei einer Schädelfraktur oft nicht geschädigt. Andererseits sind die venösen Sinus noch sehr viel vulnerabler als im Erwachsenenalter. Durch diese anatomischen Besonderheiten des kindlichen Schädels finden sich normalerweise häufiger subdurale und subarachnoidale Blutungen als epidurale Blutungen. Diese Verteilung konnten auch Schmitz et al. in ihrer Studie bestätigen: Mit einem Anteil von 19% an den Gesamtfällen überwogen die Subdural- und Subarachnoidalblutungen deutlich die Epiduralhämatome, die bei ihnen nur in 2% der Fälle auftraten. Das deutlich häufigere Auftreten sowohl von Subdural- und Subarachnoidalblutungen, als auch von Epiduralblutungen in unserer Studie könnte wiederum mit der recht hohen Anzahl von Schädelfrakturen zusammen hängen und auf eine insgesamt höhere Gewalteinwirkung auf die kindlichen Schädel in den Fällen unseres Untersuchungsgutes hindeuten. Häufigste Kombinationsformen von Verletzungen der verschiedenen Körperhöhlen

sind sowohl in unserer Untersuchung als auch in den Studien von Schmitz [111] und Schickedanz [107] die Verletzung von Kopf und Extremität sowie von Kopf und Thorax.

Bei den anderen unter den Verkehrsunfallopfern unseres Untersuchungsgutes vorkommenden Todesursachen handelt es sich in 12% der Fälle um ein Polytrauma mit Verbluten nach innen, in einem Fall (3%) um ein schweres Thoraxkompressionstrauma mit Hämato-pneumothorax. Im letzten Fall konkurrieren ein schweres SHT und eine Herzerreißung miteinander als Todesursache. Auch in diesem Punkt sind unsere Ergebnisse mit denen von Schmitz et al. sowie auch Ottoson [89] vergleichbar, die als jeweils zweithäufigste Todesursache in ihren Studien ein Verbluten in 13% bzw. 27% der Fälle nachweisen konnten. Beim Kind kann schon ein Blutverlust schwerwiegende Auswirkungen haben, der im Vergleich zum Erwachsenen nur gering erscheint. Die Adaptationsbreite des Kindes ist schnell erschöpft [111].

Unter den Verletzungen im Thoraxbereich kommt es am häufigsten zu Kontusionen und Parenchymzerreißen der Lungen sowie zu knöchernen Thoraxverletzungen in Form von Rippenserienfrakturen und Verletzungen der BWS. Diese relativ hohe Zahl von knöchernen Thoraxverletzungen stimmt überein mit den Ergebnissen der Studie von Schmitz et al. [111], steht jedoch im Gegensatz zu den allgemeinen Erwartungen: Aufgrund der noch hohen Eigenelastizität des kindlichen Skeletts findet man bei kindlichen Unfallopfern – vor allem bei Kleinkindern – meist Weichteilverletzungen, auch schwereren Grades, häufig ohne entsprechende knöcherne Verletzungen [54]. Ähnlich wie schon beim SHT kann das vermehrte Vorkommen knöcherner Thoraxverletzungen in unserem Untersuchungsgut als Hinweis auf die besondere Schwere der Verletzungen gedeutet werden. In diese Richtung weisen auch die Herz- und Zwerchfellrupturen, Folge einer enormen Gewalteinwirkung, die immerhin in 15% bzw. 12% der Fälle auftreten, sowie die Abrisse von Bronchien und Lungenarterien und die Rupturen von Aorta und Trachea. Insgesamt treten Thoraxverletzungen bei Verkehrsunfällen, wohl auch durch Proportionsunterschiede bedingt, bei Kindern seltener auf als bei Erwachsenen [42].

Abdominalverletzungen kommen immerhin noch in 65% der Verkehrsunfälle vor. Am häufigsten sind Verletzungen von Leber, Milz und Nieren (35%, 32% und 29% der Fälle). Es folgen Darm- und Mesenterialverletzungen (21% der Fälle). In der Literatur wird eine absteigende Häufigkeit der Abdominalorganverletzungen in der Reihenfolge Leber-Milz-Darm-Niere beschrieben [42, 109]. Vor allem Leber und Milz sind im Kindesalter besonders gefährdet, da sie

relativ größer sind als beim Erwachsenen und zudem ungeschützt hinter der Bauchwand liegen, da sie durch den physiologischen Zwerchfelltieftand weniger Schutz durch die Rippen erhalten. Mit einem Vorkommen in 21% der Verkehrsunfälle sind Darm- und Mesenterialverletzungen in unserer Studie immer noch recht häufig, was auch von Schmitz et al. mit einem Anteil von 16% beobachtet werden konnte [111]. Daher sollte bei abdominellen Komplikationen schwerverletzter Kinder vermehrt auch an eine Darmverletzung gedacht werden.

In 74% der Verkehrsunfälle kommt es zu schweren Extremitätenverletzungen. Die Verteilung der Extremitätenfrakturen zeigt eine stammnahe Betonung, die auch von Schmitz et al. [111] bestätigt wird. Gut die Hälfte der Extremitätenfrakturen (59%) fällt auf die untere Extremität, ein etwas kleinerer Anteil (41%) auf die obere (**Abbildung 2**). Diese Verhältnis, auch von Schmitz et al. bestätigt, ist zu erwarten gewesen und erklärt sich durch die größere Bodennähe der unteren Extremität beim stehenden oder laufenden Kind oder auch beim Kind, welches auf dem Fahrrad sitzt. Sämtliche Anstoßverletzungen treffen zwangsläufig die untere Extremität. Als Todesursache spielt die Verletzung der Extremitäten beim polytraumatisierten Kind eine untergeordnete Rolle.

4.2.3.2 Tod im Wasser

In mehr als drei Viertel der Fälle (77%) aus unserem Untersuchungsgut waren sichere Ertrinkungszeichen vorhanden, sodaß der Tod durch Ertrinken durch die Obduktion sicher bestätigt werden konnte. In 23% der Fälle fehlten die typischen Ertrinkungszeichen, entweder aufgrund einer längeren Überlebenszeit und der Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen, oder weil der Tod zwar im Wasser stattfand, aber das Ertrinken nicht die primäre Ursache war.

4.2.3.3 Unfälle zu Hause

Die Gruppe der Unfälle zu Hause ist charakterisiert durch eine große Heterogenität, was die Unfallmechanismen betrifft. Folglich sind auch die Verletzungsmuster sehr verschieden. Mit fünf Fällen stellen die Intoxikationen die größte Untergruppe der häuslichen Unfälle. Hier sind die Befunde, die bei der Obduktion erhoben werden, eher unspezifische Zeichen eines Kreislaufversagens. Zur Feststellung der Todesursache mußten in allen Fällen zusätzliche toxikologische Untersuchungen durchgeführt werden.

Mit vier von 19 Fällen (21%) machen die autoerotischen Unfälle einen weiteren Hauptanteil dieser Gruppe aus. Es handelt sich hier um drei Fälle von Strangulation sowie einen Fall von Erstickten in einer Plastiktüte. In einem dieser Fälle hatte der Junge sich zuvor entkleidet und schwarze Unterwäsche seiner Mutter angezogen. Drei Ledergürtel hatte er fest um Bauch und Oberschenkel gewunden. So zeigte sich ein typisches Bild mit dem Abschnüren von Körperteilen und einer Art Fetischismus, wie sie häufig im Zusammenhang mit autoerotischen Unfällen beobachtet werden [17, 66]. Die Obduktion ergab in drei Fällen die typischen Zeichen eines atypischen Erhängens mit Strangulationsmarke. Der vierte Junge zeigt typische Erstickenzeichen. Ähnliche Obduktionsbefunde wie in diesen Fällen fand auch Cooke [27] bei seinen Fällen akzidenteller Strangulationen, unter denen sich allerdings nur ein einziger Fall von autoerotischer Strangulation befand. Auch die Untersuchung von Lockemann über kindliche Strangulationstodesfälle in der Umgebung von Hamburg [73] ergab vergleichbare Sektionsbefunde wie in unserer Studie sowohl bezüglich akzidenteller Strangulationen, als auch in Fällen von Suizid oder Fremdtötung.

Vier der Kinder kamen bei einem Wohnungsbrand ums Leben. Drei von ihnen starben schon durch eine Rauchgasvergiftung, bevor sie verbrannten, das vierte durch den Hitzeschock. In allen Fällen zeigte sich bei der Obduktion eine Brandleiche. In drei Fällen kamen noch die typischen Zeichen einer CO-Vergiftung hinzu. Waller und Marshall untersuchten über einen Zehnjahreszeitraum hinweg alle Fälle von Kindern in einem Alter bis zu 14 Jahren, die in Neuseeland aufgrund von thermischen Ereignissen hospitalisiert werden mußten oder starben [125]. Unter die in dieser Studie untersuchten durch Hitze hervorgerufenen Traumata fielen alle Verbrennungen, Verbrühungen oder Verätzungen, die durch einen Kontakt mit Feuer und Flammen, mit heißen Gegenständen, Substanzen oder Flüssigkeiten, mit heißem Dampf oder mit Ätzmitteln zustande kamen und als Hauptdiagnose einer Krankenhausbehandlung bzw. als Todesursache aufgeführt waren sowie auch im weiteren Sinne durch ein Hitzeereignis hervorgerufene Verletzungen wie die Vergiftung durch bei einem Brand entstandenes Kohlenmonoxid. Es kam zu 81 Todesfällen und 634 Krankenhausbehandlungen in dem Untersuchungszeitraum. Dabei fiel auf, daß sowohl in der Gruppe der Todesfälle als auch in der der Hospitalisationen die männlichen Opfer die weiblichen deutlich überwogen. Gleichzeitig waren die jüngeren Kinder stärker gefährdet. Der Schwerpunkt lag bei den Kindern unter fünf Jahren. In diese Altersgruppe fielen 60% der Todesfälle und 75% der Krankenhausaufenthalte. Auch waren Kinder allgemein im Vergleich zur übrigen Bevölkerung für Krankenhausaufenthalte wegen Verbrennungen deutlich überrepräsentiert. Im Jahr 1988 machten sie fast 50% aller solcher Behandlungen in Neuseeland aus. 75% der tödlichen

Ereignisse und 90% der Verbrennungen, die einer Behandlung im Krankenhaus bedurften, passierten zu Hause. Dabei handelte es sich in der Gruppe der tödlichen Verletzungen in den meisten Fällen um Hausbrände, die wiederum in der Mehrzahl der Fälle durch Zigaretten verursacht wurden. Unter den Krankenhausaufenthalten waren 75% der Verletzungen durch Kontakt mit heißen Flüssigkeiten wie heißen Getränken oder Leitungswasser hervorgerufen. Die Tatsache, daß in unserer Studie nur die tödlich endenden Ereignisse untersucht wurden, wie auch das untersuchte Kollektiv, welches Kinder in einem Alter von sechs bis 16 Jahren umfaßt und so die Gruppe der unter Sechsjährigen nicht berücksichtigt, können erklären, warum sich in unserem Untersuchungsgut verhältnismäßig wenige Verletzungen durch Hitze befinden. Bei den vier tödlich endenden Hitzeereignissen unserer Studie handelt es sich aber, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Waller und Marshall, ebenfalls um Hausbrände. In diesen vier Fällen akzidenteller Hausbrände liegen die Brandursachen jedoch nicht in Zigaretten sondern in einem offenen Kohleofen, einem elektrischen Heizlüfter, einer defekten Sicherung und einer Kerze. Alle vier Fälle ereignen sich im Wohnbereich der Kinder. Es handelt sich um zwei Jungen und zwei Mädchen, wobei die geringe Fallzahl keine Wertung dieser Verteilung zuläßt. Die Opfer sind zwischen sechs und 15 Jahren alt.

Zwei weitere Kinder sterben einen Erstickungstod. Dabei ist die Einordnung des einen Falls als Unfall nicht ganz eindeutig: Ein 13-jähriger Junge spielt mit einer Plastiktüte, die er sich vor das Gesicht hält, „Tauchermaske“. Durch ein Loch in der Tüte sprüht er ein Desodorant-Spray hinein. Nachdem er mehrere Atemzüge aus der Plastiktüte genommen hat, kollabiert er und bleibt leblos liegen. Ein Erwachsener entfernt sofort die Plastiktüte, der Junge kommt aber nicht wieder zu sich. Die Anamnese ergibt, daß er ca. drei Wochen zuvor an einem Atemwegsinfekt erkrankt gewesen war. Andere Vorerkrankungen bestanden nicht. Bei der Leichenöffnung fällt eine eitrig-entzündliche Entzündung der Gaumenmandeln und blutig tingierter Schleim in den Nasenöffnungen auf. Am Herzen werden epikardiale Petechien sowie eine starke Dilatation des rechten Ventrikels und des linken Vorhofs entdeckt. In der Lunge finden sich Pleurapetechien, herdförmige Überblähungen, ein leichtes Lungenödem und ein keilförmiger Blutungsbezirk im rechten Oberlappen. Weiter besteht ein Hirnödem. Da die Todesursache morphologisch nicht geklärt werden kann, werden zusätzlich feingewebliche und toxikologische Untersuchungen durchgeführt. Die histologischen Untersuchungen erbringen eine interstitielle Myokarditis, eine herdförmige interstitielle Pneumonie mit ausgedehnten Hämorrhagien wie bei einer Virusinfektion sowie eine Entzündung der Speicheldrüsen. In dem Spray konnten keine toxischen Substanzen nachgewiesen werden. Die histologisch festgestellten pathologischen Befunde des Herzens, der Lungen, der Speicheldrüsen und der Gaumenmandeln können einen

natürlichen Todeseintritt erklären. Hier stellt sich also die Frage, ob es sich in diesem Fall wirklich um einen Unfall oder doch um einen Fall von natürlichem Tod handelt. Im Rahmen eines Infektgeschehens mit Beteiligung des Herzens, wie es hier der Fall ist, kann es vor allem in den Wochen nach der akuten Infektion, oft im Zusammenhang mit eigentlich unbedeutenden Belastungen, zu einem plötzlichen und unerwarteten Todeseintritt kommen. In diesem Fall handelt es sich definitionsgemäß, da durch eine Krankheit herbeigeführt, um einen natürlichen Tod. Diese Möglichkeit ist mit den Befunden der Leichenöffnung vereinbar. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit wäre die einer allgemeinen Behinderung der äußeren Atmung über einen durch die Plastiktüte vergrößerten Totraum. Wird der Totraum vergrößert, so steigt in der eingeatmeten Luft der CO₂-Gehalt an, während der O₂-Gehalt abnimmt. Es kommt zur Rückatmung. Bei längerem Anhalten dieser Situation kommt es zum Bewußtseinsverlust und schließlich zum Tod durch Ersticken in Kombination mit CO₂-Anstieg. In diesem Fall handelt es sich eindeutig um einen Unfalltod. Bei rascher Entfernung der Atembehinderung tritt allerdings der Tod nicht ein, sondern die Person wacht aus der Bewußtlosigkeit wieder auf. In unserem Fall wurde die Plastiktüte sofort nach Eintritt der Bewußtlosigkeit entfernt, der Junge blieb leblos. Diese Erklärung trifft also nicht zu. Trotzdem bestand durch die Plastiktüte eine kurzzeitige Behinderung der Atmung im Sinne einer allgemeinen Belastung von Herz-Kreislauf und Atmung. Diese Belastung ist der Anlaß des Todeseintritts, die Todesursache liegt in der Myokarditis. Betrachtet man also nur die Todesursache, muß man diesen Fall als natürlichen Tod einstufen. Ohne die außergewöhnliche Belastung durch die Rückatmung wäre der Junge aber nicht zwangsläufig an seiner Myokarditis verstorben, diese Belastung war, zumindest in diesem Moment, zwingender Auslöser. Wertet man den Todeseintritt nach dem Auslöser, so handelt es sich um einen nicht-natürlichen Todesfall, einen Unfall.

4.2.3.4 Unfälle im Freien

Verletzungen von Kindern durch Schußwaffen sind in Deutschland relativ selten, was sich darin widerspiegelt, daß sich in unserem Untersuchungsgut nur ein einziger Fall von akzidenteller Tötung eines Kindes durch eine Schußwaffe, sowie in der Gruppe der Suizide ebenfalls nur ein solcher Fall befindet. In den USA ist dieses Problem sehr viel stärker ausgeprägt, hervorgerufen durch die Tatsache, daß Schußwaffen dort leichter zu erwerben sind und sich in vielen Haushalten befinden, und hat innerhalb der vergangenen Jahrzehnte immer größere Ausmaße angenommen [25], was dazu führte, daß zahlreiche Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt wurden [12, 25, 26, 50, 72, 122, 129]. Von den rund 30.000 Personen, die in den

USA jedes Jahr durch Schußwaffen getötet werden, sind etwa 2% jünger als 15 Jahre [26, 129]. Dabei fanden Choi et al. eine Verteilung von 69% Homiziden und 31% Unfällen [25]. Unter die Homizide wurden allerdings neben den Kindern, die vorsätzlich erschossen wurden, auch jene gefaßt, die durch einen Querschläger getroffen wurden, und solche, die von einem Erwachsenen unabsichtlich erschossen wurden, der leichtsinnig mit einer geladenen Waffe spielte. In der Gruppe der Unfälle entstand die Tötung des Kindes immer aus der gleichen Situation, in der eins oder mehrere Kinder mit einer geladenen Waffe spielten, die sie im Haus der Eltern gefunden hatten. Diese Rahmensituation ist identisch mit der unseres Falles.

4.2.4 Art der Gewalteinwirkung

Die in der Gruppe der Unfälle vorkommenden Arten von Gewalteinwirkung sind scharfe Gewalt, stumpfe Gewalt, Ertrinken, Ersticken, Intoxikation, Hitze, Kälte, Strom, Schuß und Reflextod. Auf 19 Opfer kommen also zehn verschiedene Arten von Gewalteinwirkung. Dabei gibt es nur in den Gruppen der Todesfälle im Wasser und der Brandopfer Mischbilder, nämlich die Kombination von CO-Vergiftung und Ertrinken bzw. CO-Vergiftung und Verbrennen. In den übrigen Gruppen kommt es zu keinen Kombinationen, jedes Kind erleidet nur eine Form von Gewalt, durch die es stirbt.

4.2.5 Eigen- / Fremdverschulden

In einem Großteil der Verkehrsunfälle liegt eine Mitschuld beim Opfer, welches sich oft unvermittelt – durch Unachtsamkeit oder Fehleinschätzung bedingt – auf die Fahrbahn begibt. In 15% der Fälle liegt ein nachgewiesenes Eigenverschulden des Opfers vor: Die Kinder mißachten rote Ampeln oder die Vorfahrt eines anderen Fahrzeugs. In 15% der Fälle war jedoch der Unfallgegner angetrunken, fuhr mit zu hoher Geschwindigkeit oder fuhr ein Fahrzeug, welches Sicherheitsmängel aufwies. In der Mehrzahl der Fälle war die Schuldfrage nicht eindeutig zu klären. Selbst, wenn sich das Kind nicht zu den Verkehrsregeln konform verhielt, so kann man ihm doch nicht die alleinige Schuld zusprechen, denn es ist bekannt, daß Kindern im Straßenverkehr oft Einschätzungs- und Wahrnehmungsfehler unterlaufen. Durch ihre geringere Körpergröße haben sie ein eingeschränktes Blickfeld. Durch mangelnde Erfahrung schätzen sie Geschwindigkeiten und Entfernungen oft falsch ein. Viele Gefahren werden von ihnen nicht erkannt, besonders, wenn es dafür vorausschauendes Denken erfordert. Solche Fähigkeiten unterliegen notwendigerweise einem Lernprozeß. Außerdem herrschen in der

Kinderwelt andere Werte und Prioritäten: Beim Ballspiel oder beim Fangenspielen zum Beispiel nimmt das Spiel in dem Moment das ganze Denken des Kindes ein, dabei auch noch auf den Straßenverkehr zu achten, überfordert viele Kinder, besonders die jüngeren. Erwachsenen sind diese Verhältnisse bekannt, es wird daher von ihnen erwartet, daß sie für die Kinder mitdenken und sich im Straßenverkehr besonders vorsichtig verhalten, wenn die Möglichkeit besteht, daß sich Kinder in der Nähe aufhalten.

In der Gruppe der Ertrinkungsunfälle brachten sich die Kinder zumeist selbst in Gefahr durch Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, durch Mißachten von Verboten oder, wie in einem Fall, durch Baden in alkoholisiertem Zustand. Hier kann nur bemängelt werden, daß in vielen Fällen keine ausreichende Aufsicht durch erwachsene Personen bestand.

4.2.6 Am Unfallgeschehen beteiligte Personen

In der Gruppe der Ertrinkungsunfälle fällt auf, daß der überwiegende Teil der verunglückten Kinder beim Unfallgeschehen entweder gar keiner Aufsicht unterlag (39% der Fälle) oder nur der Aufsicht von Geschwistern oder gleichaltrigen Freunden (26% der Fälle). Damit sind in 65% der Fälle die Kinder auf sich allein gestellt. Die das Opfer begleitenden Kinder haben entweder die Situation zu spät erkannt, waren nicht in der Lage, adäquate Hilfe zu leisten, oder sind selber in Panik geraten und weggelaufen. Nur in einem der Fälle handelt der achtjährige Begleiter sinnvoll: Er merkt, daß sein gleichaltriger Freund, der ihm zuvor nachgeschwommen war, ihm nicht mehr folgt, findet ihn am Boden des Schwimmbeckens liegend und zieht ihn zur Leiter. Der Bademeister kommt zur Hilfe, doch die durchgeführte Reanimation bleibt ohne Erfolg. Nur in 35% der Fälle (8 von 23 Fällen) unterlagen die verunglückten Kinder der Aufsicht von Erwachsenen: in vier Fällen der der Eltern, in vier weiteren Fällen der eines Lehrers oder Trainers. Die Kinder, die mit ihren Eltern im Schwimmbad waren, wurden von diesen nur für einen Moment unbeobachtet gelassen und begaben sich alleine in den Schwimmerbereich, wo sie ertranken. Von den Kindern, die das Schwimmbad im Rahmen des Schulunterrichts oder des Schwimmtrainings besuchten, widersetzte sich ein Junge bewußt den Anweisungen und ertrank so in einem unbeaufsichtigten Moment. Zwei der Kinder befanden sich zur Zeit des Unfalles jedoch unter der direkten Beobachtung durch die Aufsichtsperson, nämlich beim Streckentauchen, welches die Kinder der Reihe nach ausführten, wobei sich immer nur eine Person im Wasser befand, während die anderen am Beckenrand warteten. In dieser Situation ging die Aufsichtsperson am Beckenrand entlang auf einer Höhe mit dem tauchenden Kind. So war ein zehnjähriges Mädchen während des Streckentauchens, also unter

direkter Beobachtung des Trainers, plötzlich abgesackt. Sie wurde sofort nach Eintritt der Bewußtlosigkeit aus dem Wasser gezogen, trotzdem blieben die Reanimationsversuche erfolglos. Die Obduktion ergab die typischen Zeichen für Ertrinken als Todesursache, ohne Hinweise auf eine Myokarditis oder andere vorbestehende Erkrankungen. Ein elfjähriger Junge war unter ähnlichen Umständen während des Streckentauchens verunglückt, wobei dieser nach dem Tauchen noch einmal über die Wasseroberfläche gekommen und zum Beckenrand geschwommen sei, dann aber bewußtlos geworden und unter Wasser getaucht sei. Die Reanimation war primär erfolgreich, nach zwei Tagen verstarb er jedoch aufgrund einer irreversiblen hypoxischen Hirnschädigung. Als mögliche Ursache für die Bewußtlosigkeit wurde eine vorausgegangene Hyperventilation mit vermehrter Abatmung von CO₂ diskutiert. Durch die verminderte CO₂-Konzentration im Blut wird einerseits die Hirndurchblutung herabgesetzt, zum andern der Schwellenreiz für den Atemtrieb hochgesetzt. So entsteht trotz Sauerstoffmangel kein Gefühl der Atemnot, und es kommt zur Bewußtlosigkeit unter Wasser. Sekundär kommt es dann durch die unter Wasser aufgetretene Bewußtlosigkeit zur Aspiration von Wasser und zum Ertrinken. Diese Situation ist definiert als funktionell initiiertes Badetod. Durch die erfolgreiche Reanimation und die anschließende intensivmedizinische Behandlung konnten die typischen Ertrinkungszeichen bei der Leichenöffnung nicht mehr nachgewiesen werden. Gleichzeitig ergab sich bei der Obduktion der Verdacht einer Tonsillitis, die durch septische Streuung eine Myokarditis hervorgerufen haben könnte, die die Ursache der Bewußtlosigkeit und des Herzstillstandes gewesen sein könnte. In diesem Falle hätte es sich um einen natürlichen Tod gehandelt. Diese Theorie wurde allerdings durch die feingeweblichen Untersuchungen, die keine vorbestehenden Organveränderungen nachweisen konnten, widerlegt. Diese beiden Fälle zeigen, wie erschreckend schnell es zum Tod durch Ertrinken kommen kann, auch wenn das Opfer sofort nach Eintreten der Bewußtlosigkeit aus dem Wasser gerettet wird. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, wie wichtig die Aufsicht Erwachsener ist, wenn Kinder sich am oder im Wasser aufhalten. Der Anteil tödlich verlaufener Ertrinkungsunfälle in Anwesenheit Erwachsener ist deutlich niedriger als bei deren Fehlen. Von den 23 Ertrinkungsunfällen beim Baden oder beim Spielen am Wasser waren nur vier der Opfer als Schwimmer bekannt (17%), von zehn Kindern war bekannt, daß sie Nichtschwimmer waren, bei den übrigen Kindern liegen darüber keine Informationen vor. Das zeigt noch einmal deutlich, wie wichtig in diesen Fällen eine Aufsicht gewesen wäre.

4.3 Suizid

Unter den 31 Suizidfällen unserer Studie ist mit 39% der Fälle die häufigste Selbsttötungsmethode die Strangulation. Es folgen der Sturz aus der Höhe, die Intoxikation mit Medikamenten, die Überfahung sowie je einmal die Selbsttötung mit einer Feuerwaffe und die Selbstverbrennung. Eine ähnliche Reihenfolge, ebenfalls mit der Strangulation an erster Stelle, gefolgt von Überfahung sowie Tablettenintoxikation in Kombination mit Erfrieren oder Sprung aus der Höhe, beobachteten auch Dankwarth und Püschel in ihrer Studie über Suizide im Kindesalter im Raum Essen und Bochum [32].

Eine Studie aus Oregon, die sowohl die Suizide als auch die gescheiterten Versuche einer Selbsttötung von Kindern und Jugendlichen bis zu 17 Jahren von 1988 bis 1993 untersuchte [56], fand eine völlig andere Rangfolge der Tötungsarten heraus. An erster Stelle stand die Medikamentenintoxikation, gefolgt von scharfer Gewalt, meist im Bereich der Handgelenke und in der Absicht, sich die Pulsadern aufzuschneiden. Allerdings handelt es sich hierbei um alle beobachteten Suizidversuche, die erfolgreichen und die gescheiterten. Im Gegensatz dazu betrachtet unsere Studie nur die vollendeten Tötungen. Gleichzeitig fanden die Autoren der Oregon-Studie aber auch heraus, daß diejenigen Methoden, die am häufigsten angewandt wurden, am wenigsten häufig zum Tode führten: Nur 0,4% der Intoxikationen waren letal! Die meisten der tödlich endenden Suizidversuche (124 von 3783) waren durch Schußwaffen (63,7%) oder Erhängen (18,5%) ausgeführt worden. Damit nähern sich die Ergebnisse der amerikanischen Studie mehr den unseren an, abgesehen davon, daß in den USA durch den dort deutlich freizügigeren Umgang mit Feuerwaffen auch der Tod von Kindern und Jugendlichen durch Schußverletzungen ein größeres Problem darstellt [12, 22, 26, 50, 56, 72, 122, 129]. Auch eine Amerika-weit durchgeführte Studie über den Suizid bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen bis zu 25 Jahren in den Jahren 1980 bis 1992 erzielte ein ähnliches Ergebnis mit der Tötung durch Schußwaffen als häufigste Tötungsform (64,9%), gefolgt von der Strangulation [22].

4.3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer

Besonders in der Gruppe der Suizide fällt die starke altersbezogene Polarisierung der Fälle auf mit nur einem einzigen Fall in der jüngsten Altersgruppe und 87% aller Suizide in der Gruppe der Ältesten (**Tabelle 3**). Ein ähnliches Ergebnis erzielten auch Hopkins et al. [56], in deren Untersuchung mehr als 99% der Fälle auf die Zehn- bis 17-jährigen verfielen. Insgesamt

beobachteten sie ein stetiges Ansteigen der Fallzahlen mit dem Alter der Kinder. Das jüngste Suizidopfer aus Hopkins' Studie war sechs Jahre alt, vergleichbar mit dem jüngsten Suizidopfer unserer Untersuchung. Diese Verteilung entspricht den Erwartungen. Selbsttötungen bei Kindern sind selten. Je jünger ein Kind ist, um so abhängiger ist es, und es verhält sich entsprechend auch passiver. Nicht nur, daß ein Suizid aus praktischen Gründen schwer auszuführen ist und zusätzlich noch heimlich durchgeführt werden muß, damit keine andere Person hindernd eingreift. Schon allein, um eine solche Entscheidung zu treffen und die entsprechenden Planungen durchzuführen, braucht es einiges an Abgeklärtheit, Berechnung und Übersicht, Eigenschaften, die bei Kindern normalerweise nicht sehr ausgeprägt sind. Abgesehen davon muß das Kind erst einmal auf die Idee kommen, sich selbst töten zu wollen. Wenn es sich nicht um eine Tat aus reiner Neugierde handelt, bei der das Opfer hofft, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und noch rechtzeitig gerettet zu werden, dann muß schon eine große Enttäuschung vorausgegangen sein, um bei einem Kind eine so große Frustration und Perspektivlosigkeit hervorzurufen. Mit zunehmendem Alter allerdings werden Kinder aktiver und selbständiger und entziehen sich mehr und mehr der Beobachtung durch die Eltern. Besonders in der Zeit der Pubertät, in der sowohl nach unserer als auch nach anderen Studien [32] die meisten Kindersuizide stattfinden, müssen sie mit den Problemen des Erwachsenwerdens zurecht kommen. Sie müssen sich anpassen und doch auch ihre eigene Persönlichkeit entwickeln und Ziele durchsetzen. Es kommt häufiger zu Konflikten mit Eltern und Freunden. Unter Umständen kommen noch Liebeskummer oder gekränkter Stolz hinzu. Sorgen werden nicht mehr unbedingt mit den Eltern besprochen, weil die nach Auffassung des Kindes diese Probleme ja sowieso nicht verstehen. Gleichzeitig fehlen aber häufig noch adäquate Problemlösungsstrategien sowie die Fähigkeit, bestimmte Gegebenheiten einfach zu akzeptieren. Kinder sind Idealisten und wollen keine Kompromisse eingehen. Sie handeln nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip und können Niederlagen nur schwer akzeptieren. So können aussichtslose Situationen entstehen, aus denen heraus, sozusagen im Affekt, sie sich das Leben nehmen.

Die Strangulation als meistgewählte Selbsttötungsform ist die einzige, die in unserem Untersuchungsgut von Mitgliedern aller Altersgruppen gewählt wurde. Sie scheint eine gut planbare und - verglichen mit anderen – eine relativ leicht durchzuführende Methode zu sein. Als Strangwerkzeuge können viele im Alltag gebräuchliche Gegenstände dienen, und auch ein geeigneter Ort ist nicht schwer zu finden. In unserer Studie sowie in der Literatur fanden sich zahlreiche im Haushalt oder dessen Umgebung befindliche Gegenstände wie Bettpfosten, Türklinen, Vorhangstangen und natürlich Bäume, die als Aufhängepunkt dienen können und die meist auch für Kinder problemlos zu erreichen sind [27]. Außerdem ist es möglich, die

nötigen Gegenstände gut vorzubereiten, sodaß eine relative Kontrolle über den Erfolg erreicht wird, anders als zum Beispiel bei einer Intoxikation.

Die Suizidopfer waren in unserer Studie doppelt so häufig männlichen Geschlechts wie weiblichen, eine Beobachtung, die auch Dankwarth und Püschel machten [32]. Daraus läßt sich der Schluß ziehen, daß Jungen eher bereit sind, aktiv zu werden und eine entsprechend schwerwiegende Handlung durchzuführen, nämlich sich umzubringen, um einen anderen Nachteil nicht länger ertragen zu müssen, während Mädchen sich vielleicht eher in ihr Schicksal fügen. Andererseits könnte man auch sagen, daß Jungen spontaner oder auch hitzköpfiger sind und in bestimmten Situationen eher überreagieren. Auch haben sie vielleicht ein stärker ausgeprägtes Stolzempfinden und können so leichter gekränkt werden. Mädchen dagegen sind im allgemeinen ruhiger und reflektieren bestimmte Probleme länger und intensiver, bevor sie zu einem Schluß kommen. So kommt es bei ihnen seltener zu einer unüberlegten Überreaktion.

Im Rahmen seiner Studie in Oregon untersuchte Hopkins über sechs Jahre hinweg 3783 Suizidversuche von Kindern und Jugendlichen [56]. Der Anteil der weiblichen Opfer lag mit 81% deutlich über dem der männlichen mit 19%. Andererseits waren die Versuche der Jungen dreimal so oft erfolgreich wie die der Mädchen. Daraus ergibt sich für die tödlich geendeten Suizidversuche ein Anteil von 75% Jungen und nur 25% Mädchen, womit das Verhältnis sich dem Ergebnis unserer Studie annähert (68% : 32%). Jungen aus Hopkins' Untersuchungsgut wählten vornehmlich die Strangulation, scharfe Gewalt oder Schußwaffen zur Selbsttötung, während die Mädchen die Intoxikation bevorzugten. Wie schon bemerkt, ist die Intoxikation eine eher unsichere Tötungsmethode, was auch erklärt, wieso so viele Mädchen der Oregon-Studie mit ihren Selbsttötungsversuchen scheiterten. Die erfolgreichsten Tötungsmethoden dieser Studie waren die Tötung durch Schußwaffen sowie die Strangulation. Auch in unserer Studie wurden die Tötungsmechanismen Strangulation, Sturz und Schuß in der Mehrzahl der Fälle von Jungen gewählt, während die Intoxikation in 60% der Fälle von Mädchen angewandt wurde. Damit haben die Jungen eher aktivere Formen der Selbsttötung gewählt, bei denen dem Opfer ein recht hohes Maß an Kontrolle bzw. an Steuerung des Verlaufs zukommt. In der Gruppe der Mädchen hingegen nimmt die Intoxikation mit 30% der Fälle eine wichtige Rolle ein, eine Tötungsform, die zwar wenig brutal und eventuell auch weniger schmerzhaft ist als andere Formen, über die man aber schnell die Kontrolle verlieren kann, und bei der die Möglichkeit des Eingreifens einer anderen Person recht groß ist. In diesen Fällen muß an die Möglichkeit gedacht werden, daß das Opfer vielleicht gar nicht sterben wollte, sondern mit der

Rettung durch die Eltern oder andere Personen gerechnet hat. Diese Vermutung äußerten auch Hopkins et al. anlässlich der großen Zahl von gescheiterten Suizidversuchen in ihrem Untersuchungsgut: “Some attempts may not have been made with death as a goal but instead may have reflected a desire to resolve a difficult conflict, indicate an intolerable living situation, or elicit sympathy or guilt” [56].

In einer Studie über Todesfälle durch Vergiftungen mit Pestiziden in Jordanien [3] fanden die Autoren heraus, daß auch dort in der Altersgruppe der Zwölf- bis 19-jährigen (Suizide bei jüngeren Personen traten hier nicht auf) die weiblichen Opfer mit einem Anteil von 64% deutlich die männlichen überwogen. Hier wurde allerdings die Wahl der Methode und des Giftes auf die leichte Verfügbarkeit der Pestizide in Jordanien zurückgeführt und nicht mit anderen Suizidmethoden verglichen sondern isoliert betrachtet. Der hohe Anteil der weiblichen Opfer in dieser Altersgruppe wurde als Ergebnis von in der Gesellschaft nicht akzeptierten sexuellen Beziehungen unverheirateter Frauen gewertet, die auch innerhalb der Familie bestraft werden.

4.3.2 Zeit und Ort des Geschehens

Bei der zeitlichen Verteilung der Suizide fällt im Gegensatz zu den Unfällen ein deutlicher jahreszeitlicher Unterschied auf. 61% der Suizide ereignen sich in den Wintermonaten. Hier liegt die Schlußfolgerung nahe, daß die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, bei diesen Kindern gefühlsmäßig von der trüben Stimmung, der Kälte und der kurzen Tageshelligkeit des Winters beeinflusst wird. Wie im Kapitel 3.3.5 näher erörtert wurde, so liegen die Motive dieser Kinder teils in akuten Ereignissen, wie einem Streit mit den Eltern oder der Freundin, teils in einer negativen Grundstimmung. Ein trüber Wintertag kann das subjektive Gewicht eines Streits oder ein Gefühl von Perspektivlosigkeit verschlimmern und die Reaktion auf eigentlich harmlose Ereignisse überproportional verstärken. So können Überreaktionen entstehen, die an einem schönen Sommertag so vielleicht nicht aufgetreten wären. Im Gegensatz dazu fand Hopkins [56] eine zeitliche Häufung der Suizide im Frühjahr in den Monaten März bis Mai, in denen fast ein Drittel seiner Fälle auftrat. Die Sommermonate wiesen jedoch in seiner Studie ebenfalls, vergleichbar mit unserer, die wenigsten Fälle auf.

Bezogen auf die Wochentage liegt ein leichtes Überwiegen der Suizide an Wochenend- und Feiertagen gegenüber den Werktagen vor. Im Schnitt ergibt sich ein Verhältnis von fünf Fällen

pro Tag gegenüber 4,2 Fällen pro Tag an Werktagen. Der von den Werktagen am stärksten betroffene Tag ist der Montag, also der unmittelbar auf das Wochenende folgende Tag. Auch hier zeigt sich eine Übereinstimmung mit Hopkins, der ebenfalls den Montag als den am häufigsten gewählten Tag beschreibt.

Der Großteil der Suizide (68%) ereignet sich in den Abend- und Nachtstunden (**Tabelle 19**), im Gegensatz zu den Unfällen, von denen die meisten in die Nachmittagsstunden fallen. Führt man sich noch einmal vor Augen, daß der Anteil der beiden jüngeren Altersgruppen an den Suizidfällen sehr gering ist (**Tabelle 15**), so wird klar, daß die Nutzung der Abend- und Nachtstunden für dieses Kollektiv sowieso – zum Beispiel im Rahmen von Partys – mehr und mehr üblich wird. Gleichzeitig bietet die Nacht aber auch die nötige Ruhe und relative Unbeobachtetheit für ein solches Vorhaben. Handelt es sich um spontane Handlungen im Affekt, so kann die negative Stimmung durch die Dunkelheit der Nacht verstärkt sein.

Die zeitliche Verteilung der verschiedenen Tötungsarten ist eher zufällig. Nur im Fall der Intoxikationen, die einen relativ hohen Anteil von 16% ausmachen, ist auffällig, daß sie allesamt in die Abend- und Nachtstunden fallen. Die Intoxikation ist sicherlich von den gewählten Methoden die mit der längstmöglichen Zeitspanne bis zum endgültigen Todeseintritt. Die jeweiligen Kinder könnten in Erkennung dieser Tatsache absichtlich die Nacht gewählt haben, um einem eventuellen Eingreifen anderer vorzubeugen. Dies würde für einen entsprechend festen Entschluß sprechen.

Bei der räumlichen Verteilung der Suizide lassen sich drei Bereiche unterscheiden. Der Wohnbereich des Kindes, und davon in der Mehrzahl der Fälle das Kinderzimmer, sowie die Landschaft in der näheren Umgebung des Elternhauses wurden von den Kindern in 42% bzw. 45% der Fälle gewählt. Die übrigen 13% verfallen auf Kliniken, Erziehungsanstalten, oder Heime bei Kindern, die ihren Aufenthaltsort nicht frei wählen können. In der Untersuchung von Hopkins et al. war der Wohnbereich des Kindes sogar in 78,8% der Fälle der Tatort. Es folgen mit deutlich kleineren Anteilen die Wohnungen anderer Personen, die Schule und schließlich das Gefängnis [56].

4.3.3 Autopsiebefunde und Todesursache

Unter den Suizidfällen unseres Untersuchungsgutes finden sich fünf verschiedene Tötungsmethoden, als wichtigste mit 39% der Fälle die Strangulation. Damit widersprechen die Ergebnisse unserer Studie den Erkenntnissen von Cooke [27], der die suizidale Strangulation im Kindesalter als überaus selten beschreibt. Allerdings zieht er nicht den Vergleich zu anderen kindlichen Suiziden sondern zu Strangulationen im Erwachsenenalter. Dabei machen die kindlichen Strangulationen nach der gesammelten Literatur nur etwa 1-6% aller Strangulationstodesfälle aus.

Die in den Strangulationsfällen unserer Studie im Rahmen der Obduktion nachweisbaren Befunde sind gut vergleichbar mit den Ergebnissen der Untersuchung Lockemanns [73], der in 90% der untersuchten Fälle – im Vergleich zu 100% in unserem Untersuchungsgut - eine äußerlich sichtbare Strangulationsmarke bzw. Würgemale in den Fällen von Fremdtötung nachweisen konnte. Stauungsblutungen in Gesichtshaut, Schleimhäuten und Konjunktiven fanden sich bei ihm in allen Fällen von Erdrosseln und Erwürgen. In den Fällen von Erhängen waren sie nur in der Hälfte der Fälle ausgeprägt, sie fehlten beim sogenannten typischen Erhängen, welches in seiner Untersuchung deutlich häufiger vorkommt.

Bei einem der Fälle von suizidaler Strangulation aus unserem Untersuchungsgut wurden aufgrund des ungewöhnlichen Alters des Opfers zahlreiche Zusatzuntersuchungen veranlaßt, um eine sichere Abgrenzung zur Fremdtötung zu gewährleisten. Im Falle dieses mit sieben Jahren jüngsten Suizid-Opfers wurden, obwohl die Auffindesituation für einen Suizid sprach, toxikologische Untersuchungen eingeleitet, jedoch mit negativem Ergebnis, sowie Scheidenabstriche und Fingernagelproben, ebenfalls negativ, um einen sexuellen Mißbrauch und einen vorausgegangenen Kampf auszuschließen. Die Folienabzüge der Handflächen zeigten zwar keine Fasern des Tatwerkzeugs, eines Rolladengurtes, was aber aufgrund dessen Beschaffenheit – es handelt sich um nicht spurenfreundliches Material – nicht zwingend zu erwarten gewesen wäre. Die gefundenen Fasern konnten zum großen Teil der Kleidung des Opfers sowie den Abrieben des roten Malstiftes zugeordnet werden, den sie zuvor benutzt hatte. Bei den einzigen Fremdanhaftungen handelte es sich um Jeansfasern. Jeans wurden von den beiden bei der Auffindung des Kindes anwesenden Personen getragen, die ebenfalls beide bei der Abnahme der Leiche aus der Schlinge mit dieser in Kontakt kamen. Es ergeben sich also aus

Auffindesituation, Autopsiebefunden und chemisch-toxikologischen sowie Spurengutachten, abgesehen von der Tatsache, daß das Opfer ein ungewöhnliches Alter für einen Suizid hat, keine Hinweise auf eine Fremdeinwirkung.

4.3.4 Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug

Insgesamt fällt auf, daß die Strangulation die meist gewählte Form der Gewalteinwirkung unter den Suizidopfern ist, gefolgt von stumpfer Gewalt und Intoxikation. Die scharfe Gewalt kommt nur in Kombination mit stumpfer Gewalt in den drei Fällen von Eisenbahnüberfahung vor, Schuß und Hitze treten jeweils nur einmal auf, Selbsttötungen durch Messer oder andere scharfe Gegenstände kommen in unserem Untersuchungsgut gar nicht vor. Zwei der Strangulationsopfer sowie ein Mädchen, welches sich von einem Turm stürzte, weisen zwar Probierschnitte im Bereich der Handgelenke auf, sie haben also zunächst versucht, sich die Pulsadern aufzuschneiden, dieses Vorhaben dann aber nicht zuende geführt.

Unter den Tatwerkzeugen sind am interessantesten die Strangwerkzeuge, die allesamt den Lebensbereichen der Kinder entnommen sind. Dabei handelt es sich um Springseile, Kleidungsstücke, Bettwäsche, Rolladengurte und Hundeleinen. Auch in der Literatur wurden ähnliche Gegenstände als Strangwerkzeuge bei Kindern gefunden [74].

4.3.5 Motiv

Mit 32% der Fälle machen die familiären Probleme in unserem Untersuchungsgut den größten Teil der Suizidmotive aus. Der beeindruckendste Fall aus dieser Gruppe ist der eines siebenjährigen Mädchens, welches sich erhängt, weil die Mutter die Familie verlassen hat. Die Eltern haben sechs Kinder, von denen das mit anderthalb Jahren jüngste bei Pflegeeltern lebt. Die übrigen sind zwischen fünf und zehn Jahren alt und wohnen bei den Eltern. Der Vater ist arbeitslos. Eines Tages verläßt die Mutter die Familie, ohne anzugeben, wohin sie geht und ob und wann sie zurückkehren wird. Von diesem Moment an gehen die Kinder nicht mehr zur Schule. Der Vater fühlt sich überfordert. Die Kinder weinen und fragen ständig, wann die Mutter zurückkommt, ob sie an ihrem Verschwinden Schuld seien. Sie schreiben Briefe, in denen sie sie bitten, zurück zu kommen, und versprechen, immer lieb zu sein. Die siebenjährige

Tochter, das spätere Opfer, zeigt laut Vater während der Abwesenheit der Mutter ein ungewöhnliches Verhalten. In ihrem Poesiealbum kündigt sie mehrfach an, sie wolle weglaufen (**Abbildung 5**). Am Tag ihres Selbstmordes schreibt sie eine Art Abschiedskarte an ihre Eltern mit der Aufforderung, nicht zu weinen (**Abbildung 6**). Dann begibt sie sich auf den Dachboden, steigt dort auf einen aus Plastikboxen gebauten Turm, um das Strangwerkzeug an einem Dachsparren zu befestigen, und erhängt sich mit einem Rolladengurt. Besonders ungewöhnlich an diesem Fall ist das Alter des Opfers. Es zeigt, wie groß die Trauer des Mädchens über den Verlust der Mutter gewesen sein muß, ebenso wie die aus der Situation folgende Perspektivlosigkeit, die zu der Entscheidung führten, lieber zu sterben als ohne Mutter weiter zu leben, eine Entscheidung, die für ihr Alter äußerst ungewöhnlich ist. Eventuell spielten auch Schuldgefühle mit, wie aus dem Brief ihres Bruders an die Mutter hervorgeht: „Komm doch bald, ich will immer lieb sein.“

Es folgen die Probleme mit Gleichaltrigen in 26% der Fälle, Versagensängste in 13% der Fälle, dann die Nachahmung (7%), Schulprobleme (3%) und Krankheit (3%). In 16% der Fälle ist das Motiv unbekannt.

Auch im Untersuchungsgut von Hopkins et al. [56] stellten sich als wichtigstes Motiv in fast 60% der Fälle Probleme in der Familie heraus. Es folgten Streitereien mit dem Freund bzw. der Freundin und schließlich schulische Probleme. In anderen Studien wurden als häufigstes Tatmotiv Schulschwierigkeiten genannt, gefolgt von familiären Problemen [32, 94]. Die Autoren einer Amerika-weiten Studie machten Faktoren wie Drogenabhängigkeit, Gewalt in Familien sowie die Auflösung der festen Familienstrukturen, Druck in der Schule und in der gesellschaftlichen Umgebung sowie einen schnellen soziokulturellen Wandel für die steigende Zahl von Suizidfällen junger Leute verantwortlich [22].

Auffällig waren in unserem Untersuchungsgut zwei voneinander unabhängige Fälle von 14-jährigen Mädchen, welche sich jeweils im Vorfeld ihrer Selbsttötung in der Schule bzw. einer Jugendgruppe mit dem Thema Suizid intensiv beschäftigt hatten. In beiden Fällen hatte es zuvor im Bekanntenkreis, teils auch im Zusammenhang mit dem Jugendprojekt, Selbsttötungsversuche gegeben, zum Teil erfolgreich. Auch unter den Fällen aus der Studie Dankwarths und Püschels [32] fanden sich zwei Kinder, bei denen zuvor in der Schule im Religionsunterricht der Selbstmord über längere Zeit thematisiert worden war. Hier läßt sich

eine Nachahmungstendenz vermuten, wie sie in einer von Schmidtke und Häfner 1986 durchgeführten Studie über die Möglichkeit des Lernens am fiktiven Modell anhand einer Fernsehserie über einen Schülerelbstmord beobachtet wurde [110]. In dieser Untersuchung kamen die Autoren zu dem Ergebnis eines signifikanten Anstiegs der Selbstmorde von Kindern im Anschluß an diese Sendung. Andere Studien konnten einen solchen Anstieg allerdings nicht bestätigen [92] und fanden teilweise sogar eine Abnahme von Suiziden im Anschluß an Selbstmorddarstellungen im Fernsehen [65]. Eine andere Erklärungsmöglichkeit für diese Häufung von Suiziden bei Jugendlichen nach intensiver Beschäftigung mit dem Thema ist der sogenannte Werther-Effekt, charakterisiert durch eine, für die Pubertät typische, jugendlich-weltschmerzliche Haltung mit möglichem Ende im Selbstmord.

4.3.6 Familienhintergrund und Vorgeschichte des Opfers

Von den zehn Fällen mit familiären Problemen als Suizidmotiv ist nur in zwei Fällen das familiäre Umfeld intakt. In den übrigen acht Fällen liegen schwierige Familienverhältnisse vor von einer Trennung der Eltern über Arbeitslosigkeit bis hin zu wiederholter Straffälligkeit sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit von Eltern oder Kindern. Damit stehen unsere Ergebnisse ganz im Einklang mit den Resultaten der amerikanischen Studie [22].

Nur bei zweien dieser zehn Kinder hat schon in der Vergangenheit ein Selbstmordversuch stattgefunden, ein anderes hatte sich häufiger Verletzungen zugefügt und ein weiteres viel über das Thema Suizid gesprochen, aber ohne dabei diese Möglichkeit für sich selbst anzukündigen.

In den Fällen von Selbsttötung aus anderer Motivation sind die Familienverhältnisse augenscheinlich unauffällig. Einer der Jungen hatte in der Vergangenheit schon häufiger seinen Freunden gegenüber Suizidabsichten geäußert, aber nie einen ernsthaften Versuch unternommen.

Hieraus wird deutlich, daß eine unauffällige Vorgeschichte keine Schlüsse auf das Verhalten eines Kindes in einer Streßsituation zuläßt. Nur 16% der späteren Suizidopfer hatten zuvor Verhaltensauffälligkeiten gezeigt oder Suizidabsichten geäußert.

4.4 Fremdtötung

4.4.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer

Von den Kindern unseres Untersuchungsgutes sind die ältesten im Alter von 13 bis 16 Jahren am stärksten von Fremdtötungen betroffen. In der Gesamtschau aller Fremdtötungen nimmt die Opferzahl mit steigendem Alter der Kinder progressiv zu. Dieses Verhalten korreliert am besten mit der Altersverteilung der Opfer der Sexualdelikte, die 37% der Fälle ausmachen. Diese Verteilung weist darauf hin, daß die Kinder mit zunehmendem Alter ein attraktiveres Ziel für Sexualstraftäter darstellen, erklärbar einerseits durch die fortgeschrittene körperliche Entwicklung der Kinder bzw. Jugendlichen und andererseits wiederum durch ihre größer werdende Selbständigkeit und die nachlassende Kontrolle und Aufsicht durch die Eltern. Dadurch werden sie für den Täter leichter erreichbar und angreifbar.

Bei der Geschlechtsverteilung der Fremdtötungsopfer fällt ein deutliches Überwiegen der weiblichen Opfer auf (67%). Dieses ist primär auf die eindeutige Bevorzugung der Mädchen als Opfer von Sexualdelikten zurückzuführen. Eine ähnliche Verteilung fanden Lockemann und Püschel in einer Auswertung des Hamburger Sektionsgutes im Bezug auf Strangulationstodesfälle im Kindesalter [74]. Von den 18 Tötungsdelikten waren 14 Mädchen (78%), davon wiesen fünf (36%) zusätzlich Genitalverletzungen auf. Auch Padosch et al. kamen im Rahmen einer Analyse von Tötungsdelikten im Bonner Raum zu dem Ergebnis, daß unter den kindlichen Opfern die meisten weiblich waren [90]. Ein noch deutlicheres Überwiegen der weiblichen Opfer findet sich in der Literatur bezüglich des sexuellen Mißbrauchs von Kindern ohne Todesfolge [97, 120].

In der anteilmäßig schwächeren Gruppe unserer Studie, den Tötungsdelikten innerhalb der Familie, findet sich dagegen ein fast ausgeglichenes Verhältnis. Auch Dörmann [37] fand in seiner Untersuchung insgesamt eine gleichmäßige Verteilung von männlichen und weiblichen Opfern vor. Dabei muß bedacht werden, daß die untersuchte Altersgruppe sich von der in unserer Studie dahingehend unterscheidet, daß Dörmann auch die Gruppe der Säuglinge und Kleinkinder betrachtete, die in seinem Untersuchungsgut drei Viertel der Opfer ausmachen. Bei Aufsplitterung der Opfer nach Geschlecht und Alter zeigt sich, daß bei Neugeborenen und Säuglingen bis hin zu einem Alter von sechs Monaten häufiger die Mädchen getötet werden, bei den über sechs Monate alten Kindern bis zu einem Alter von zwei Jahren sind jedoch eher die

Jungen betroffen. Diese Tendenz setzt sich, etwas abgeschwächt, bis zu einem Alter von etwa zehn Jahren fort. Danach nähern sich die Opferzahlen von Jungen und Mädchen wieder mehr und mehr an. Die Untersuchung Dörmanns umfaßt zwar alle vollendeten Tötungsdelikte an Kindern in dem untersuchten 15-Jahreszeitraum, davon handelt es sich jedoch in 67% der Fälle um innerfamiliäre Tötungen, sodaß die Ergebnisse in diesem Bereich mit unseren vergleichbar sind. Eine ähnliche Verteilung, allerdings mit einem deutlichen Überwiegen der weiblichen Opfer in einem Alter zwischen ein und drei Jahren fand auch Adelson [1]. Als mögliche Erklärung für seine Ergebnisse gibt Dörmann zu bedenken, „daß sich bei den Neugeborenen noch die traditionelle Höherbewertung männlicher Nachkommen niederschlagen könnte, während bei den älteren Kindern Konflikte zwischen Eltern und Kindern eine beachtliche Rolle spielen dürften.“ Das erklärt, warum in vielen Studien die männlichen Opfer im Rahmen der innerfamiliären Tötungen überwiegen [103, 105, 123]. Da es sich aber in unserer Untersuchung in der Mehrzahl der Fälle um erweiterte Suizide handelt, liegen der Tötung in diesen Fällen andere Motive zugrunde. Nur auf den einen Fall von Tötung des Sohnes durch den Vater im Streit trifft diese Erklärung zu. Auch Marleau und Laporte stellten einen Zusammenhang zwischen Motivation der Tötung und dem Geschlecht des Opfers fest [78]. So fanden sie heraus, daß Jungen häufiger von ihren Vätern im Rahmen einer übertriebenen Bestrafung oder aufgrund ihrer größeren Lebhaftigkeit getötet werden. Dörmann bemerkte außerdem, daß der Rückgang der Opferzahlen in den letzten Jahren seiner Untersuchung sich im wesentlichen auf die jüngsten Altersgruppen unter sechs Jahren beschränkte, während sich die Zahlen der getöteten älteren Kinder kaum veränderten. Besonders den Rückgang der neugeborenen Opfer führte er zurück sowohl auf demographische Veränderungen, wie kleinere Geburtsjahrgänge, als auch auf einen sozialen Wandel, nämlich eine veränderte Einstellung gegenüber unehelich geborenen Kindern in der Gesellschaft.

4.4.2 Familienhintergrund und Vorgeschichte der Opfer

In 19 der 27 Fremdtötungsfälle (70%) sind die Familienverhältnisse der Opfer harmonisch. Nur in acht Fällen (30%) liegen ernsthafte soziale oder familiäre Probleme den Geschehnissen zugrunde.

In der Gruppe der Gewaltverbrechen ohne familiäre Beziehung zwischen Opfer und Täter gibt es in 15 der 17 Fälle keinerlei Probleme zu Hause. Darunter fallen sämtliche Sexualverbrechen an Mädchen. Damit können wir die Interpretation der Untersuchungsergebnisse von Deming et al. [33] durch Berner und Karlick-Bolten [14] dahingehend, daß es vor allem die sozial Unter-

privilegierten sind, die sich gegen gewaltsame sexuelle Übergriffe nicht wehren können und die dem Täter zum Opfer fallen, nicht bestätigen. Andererseits wurde hieraus auch auf die Suche des Sexualstraftäters nach einer Machtposition geschlossen. Gerade die Schwäche der Opfer sei es, die den Täter besonders herausfordert. Diese relative Schwäche ist bei allen Opfern unseres Untersuchungsgutes schon allein dadurch gegeben, daß es sich um Kinder handelt. Ausnahmen bilden der einzige Junge in unserem Untersuchungsgut, der einem Sexualdelikt zum Opfer fällt, und der sich wahrscheinlich aufgrund des gestörten Vater-Sohn-Verhältnisses so leicht vom Täter verführen läßt, sowie der jugoslawische Junge, der aufgrund seiner Situation als Asylbewerber in das Brandgeschehen involviert wird.

In der Gruppe der innerfamiliären Tötungen ist das Verhältnis umgekehrt. Hier bilden in 67% der Fälle große innerfamiliäre bzw. soziale Konflikte die Grundlage für das Tötungsgeschehen. In den Fällen von Tötungen innerhalb der Familie muß also die familiäre Situation als wichtiger, oder sogar auslösender Faktor angesehen werden.

4.4.3 Zeit und Ort

Im Gegensatz zur saisonalen Verteilung der Suizide, von denen die Mehrzahl in die Wintermonate fällt, liegen mit 19 von 27 Fällen mit Abstand die meisten Fremdtötungen (70%) in den Sommermonaten April bis September. Dieses ungleiche Verhältnis wird hervorgerufen durch den hohen Anteil der außerfamiliären Gewaltverbrechen und hier besonders der Sexualverbrechen in den Sommermonaten. Von den innerfamiliären Tötungen spielen sich dagegen mit sieben von neun (78%) die meisten in den Wintermonaten ab. Die Häufung der Gewaltverbrechen im Sommer läßt sich durch verschiedene Faktoren erklären: Einerseits ändert sich physiologischerweise mit der warmen Jahreszeit und der längeren Tageshelligkeit der Hormonhaushalt des Menschen, wodurch sowohl aggressive Impulse als auch der Sexualtrieb verstärkt werden können [5, 63, 112], andererseits halten sich auch die Kinder im Sommer mehr im Freien auf und sind so für den Täter leichter zu erreichen. Zudem sind sie dann auch noch leichter bekleidet, halten sich in Freibädern und an Badeseen auf und bieten so mehr Reize und auch ein leichteres Ziel für den Täter. Dörmann [37] konnte im Rahmen seiner Kriminalstatistik keine saisonalen Schwerpunkte bei der Verteilung der Tötungsdelikte an Kindern feststellen. Dies könnte aber mit der Altersverteilung der jeweils untersuchten Gruppen zusammen hängen. Denn Dörmann betrachtete in seiner Untersuchung auch die Säuglinge und Kleinkinder, die in unserer Studie gar nicht auftreten, und die möglicherweise den bei uns recht großen Anteil der

Sexualdelikte aufwiegen könnten, sodaß die saisonale Häufung von Tötungen im Sommer nicht mehr deutlich wird.

Bei Betrachtung der Verteilung der Fremdtötungen auf die Tageszeiten fällt eine deutliche Bevorzugung der zweiten Tageshälfte und der Nacht auf. Diese Tatsache ist erklärbar einerseits durch den Tagesrhythmus der Kinder, die sich an Wochentagen vormittags normalerweise in der Schule aufhalten und so vor Übergriffen vor allem durch Fremde geschützt sind, während sie sich nachmittags zum Spielen oder auf dem Weg zu ihrer Freizeitbeschäftigung häufig im Freien aufhalten. Andererseits hat auch der Täter normalerweise eher nachmittags oder abends die Gelegenheit, seinem Opfer aufzulauern, wenn er tagsüber einer Beschäftigung nachgeht, oder wenn es sich um den Insassen einer betreuten Anstalt handelt, der nachmittags Freigang hat, wie es in mehreren Fällen aus unserem Untersuchungsgut der Fall ist. Hinzu kommt, daß sich die Abendstunden besser dazu eignen, ein Verbrechen zu vertuschen, weil es dunkel ist und oft weniger Menschen unterwegs sind. Dieselbe Zeitverteilung fanden auch Schmidt et al. [108], wobei es sich in ihrer Studie allerdings um Tötungen von Kleinkindern meist durch die eigenen Eltern und innerhalb des Wohnbereichs handelt.

Bei den als Tatort ausgewählten Örtlichkeiten handelt es sich um vier verschiedene Kategorien. An erster Stelle steht mit 52% der Fälle das Elternhaus, welches Schauplatz sämtlicher innerfamiliärer Tötungen ist, und wo sich in fünf Fällen auch Gewaltverbrechen abspielen. Auch Milroy [82] fand heraus, daß im Rahmen der Erweiterten Suizide der Wohnbereich des Täters der am häufigsten genutzte Tatort ist. 73% der Täter sowie 83% der Opfer seiner Untersuchung wurden in ihrem Wohnbereich aufgefunden. Der am häufigsten gewählte Raum war das Schlafzimmer. An zweiter Stelle folgt mit 37% der Fälle der Tatort im Freien, genauer in Wäldchen und Grünanlagen in der näheren Umgebung des Elternhauses. Hier findet der größte Teil der Gewalt- und Sexualverbrechen statt. Mit 7% und 4% der Fälle sind das Schwimmbad und die Diskothek in unserer Studie relativ selten Tatort bzw. Treffpunkt von Opfer und Täter. Auch in diesen Fällen handelt es sich jeweils um Sexualverbrechen. Nach unseren Ergebnissen sind Kinder also in ihrem Elternhaus am meisten gefährdet, einer Tötung zum Opfer zu fallen. Die größte Gefahr, Opfer eines Sexualdeliktes zu werden, besteht, wenn sie sich alleine in Grünanlagen, Parks oder Wäldern aufhalten, auch wenn es sich hierbei nicht um abgelegene, einsame Gegenden handelt. Die Kinder aus unserem Untersuchungsgut befanden sich alle auf direktem Wege zu Arztterminen oder Freizeitbeschäftigungen und benutzten dafür die üblichen Wege, die auch von zahlreichen anderen Personen benutzt wurden,

oder sie hielten sich beim Spiel in der Nähe ihres Elternhauses auf. Keins der Kinder begab sich abends im Dunkeln allein in eine abgelegene Gegend.

In der Studie von Deming et al. [33] über Opfer tödlicher Sexualdelikte aller Altersstufen fanden sich in der Altersverteilung zwei Gipfel, einer um 31, der zweite um 51 Jahre. Dabei wurden die jüngeren Opfer hauptsächlich im Freien an entlegenen Orten gefunden, entsprechend unserer Studie, die älteren in ihren Wohnungen. Auch in der Kriminalstatistik aus den Jahren 1968 bis 1982 [37] ist der Tatort in den meisten Fällen „im näheren Wohnbereich“ angesiedelt, wobei dieser Bereich in der Studie nicht näher definiert ist. Nimmt man an, daß es sich dabei um das Wohnhaus sowie die Straßen und Grünbereiche in dessen näherer Umgebung handelt, so stimmen auch diese Ergebnisse mit den unseren überein. Ebenso zeigte sich in der Untersuchung von Schmidt et al. [108] mit 56% der Fälle als häufigster Tatort die elterliche Wohnung.

4.4.4 Autopsiebefunde und Todesursache

Wichtiger als bei den Todesfällen durch Unfall oder Suizid sind in der Gruppe der Fremdtötungen Nebenefunde, die eine Fremdeinwirkung beweisen, wie zum Beispiel Würgemale, Totenflecke, die nach ihrer Ausprägung auf eine Umlagerung des Opfers hinweisen, oder Anzeichen eines sexuellen Mißbrauchs, welche schon fehlende oder nicht ordnungsgemäß sitzende Kleidung sein können. Auch spurentechnische Untersuchungen zum Nachweis fremder Kleidungsfasern, Haare oder Körpersekrete an der Leiche sind wichtig für die Aufklärung des Sachverhalts. Teilweise sind schon Verletzungsmuster und Auffindsituation der Leiche allein aussagekräftig genug, um auf eine Fremdtötung schließen zu können, da es sich meist um Verletzungen handelt, die die betroffene Person sich nicht selbst im Rahmen eines Unfalls oder Suizids beigebracht haben kann. Auch Verschleierungsversuche durch den Täter lenken den Verdacht eher von einem möglichen Unfall oder natürlichen Tod ab, hin zu einem Gewaltverbrechen. Zum Beispiel versteckte eine Mutter, die ihren achtjährigen Sohn im Rahmen eines zunächst geplanten erweiterten Suizids mit Schlaftabletten vergiftet hatte, nach dem gescheiterten Selbstmord ihren toten Sohn in einer Holzkiste im Keller, die sie regelmäßig neu lackierte, um den Verwesungsgeruch zu übertönen. Als die Leiche nach sechs Wochen gefunden wurde, war die Verwesung so weit fortgeschritten, daß im Rahmen der Leichenöffnung die Todesursache nicht mehr festgestellt werden konnte. Äußere und innere Verletzungszeichen konnten nicht gefunden werden. Daher wäre auch ein natürlicher Tod oder ein Unfall in Frage gekommen. Die durchgeführte toxikologische Untersuchung jedoch konnte

Diphenhydramin, eine in Schlafmittelpräparaten enthaltene Substanz, in einer Größenordnung entsprechend einer nach der Literatur tödlich verlaufenden Vergiftung in der Leber nachweisen und damit den Verdacht eines nicht-natürlichen Todes durch Intoxikation bestätigen. In einem anderen Fall erschlug ein Vater im Streit seinen 16-jährigen Sohn mit einem Garderobenständer. Um das Verbrechen zu vertuschen, zerteilte er anschließend den Jungen mit Hilfe eines Messers und eines Beils und vergrub die Teile im Garten. Erst drei Jahre später wurde die Leiche gefunden. Der Vater gab zunächst an, der Sohn sei gestürzt und die Treppe hinunter gefallen. Er habe sich dabei eine schwere Stirnverletzung zugezogen und sei sofort tot gewesen. Die Zerstückelung habe der Vater dann vorgenommen, um nicht beschuldigt zu werden. Aufgrund der langen Leichenliegezeit, und weil der Kopf der Leiche nicht aufgefunden werden konnte, war die Klärung des Sachverhalts vorerst schwierig. Zunächst war es wichtig, festzustellen, ob es sich bei der Leiche tatsächlich um den vermißten Sohn handelte. Dies konnte aufgrund einer Blutgruppenbestimmung anhand von verbleibendem Muskelgewebe und Knochen sowie einer Analyse der Schamhaare ermittelt werden. Durch die Form der Beckenknochen ließ sich die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht bestätigen. Eine weitere Mazeration der Knochen ermöglichte die Einengung von Alter, Körpergröße und anderen individuellen Merkmalen. Durch den Nachweis von Blutspuren des Jungen an dem Garderobenständer im Keller wurde bewiesen, daß er sich das Schädeltrauma nicht durch einen Treppensturz zuzog, sondern Schläge mit dieser Garderobe erlitt. Dadurch wurde eine gezielte Gewalteinwirkung durch eine andere Person bewiesen. So konnte aufgrund des rechtsmedizinischen Gutachtens und der polizeilichen Ermittlungen schließlich die gewaltsame Tötung nachgewiesen werden.

In der Gruppe der Fremdtötungen kommt es häufiger zu Kombinationen verschiedener Arten von Gewalteinwirkung an einem Opfer als in den Fällen von Unfall und Suizid. Dabei stellt das Ersticken durch Würgen, Drosseln oder äußere Verlegung der Atemwege mit einem Vorkommen in 48% aller Fremdtötungen als alleinige oder kombinierte Todesursache die häufigste Todesursache in unserem Untersuchungsgut dar. Diese Beobachtung machten auch Riße et al. in ihrer Untersuchung von tödlicher Gewalt von Jugendlichen an Kindern [87], Lockemann und Püschel in einer Auswertung von Strangulationstodesfällen, darunter 18 Fremdtötungen, bei Kindern [74] sowie Deming et al. bei Opfern tödlicher Sexualdelikte aller Altersstufen [33]. Hier wird also die Machtstellung des Täters gegenüber dem Opfer deutlich. Dabei fällt auch auf, daß es sich bei den meisten Erstickungsfällen um Gewaltverbrechen, genauer um Sexualdelikte, handelt. Von den Todesfällen durch Schädelhirntrauma (26% der Fälle) fallen ebenfalls die meisten in die Gruppe der Gewaltverbrechen.

In Dörmanns Kriminalstatistik [37] machten die Strangulationsmechanismen erst die zweithäufigste Tötungsform aus nach stumpfer und scharfer Gewalt, die er in eine Gruppe zusammenfaßte. Trennt man allerdings stumpfe und scharfe Gewalt in zwei Gruppen, wie in unserer Studie geschehen, so stehen die Strangulationsmechanismen in seiner Untersuchung ebenfalls an erster Stelle. Schmidt et al. [108] fanden als häufigste Form der Tötung bei Säuglingen und Kleinkindern die durch stumpfe Gewalt, die in den meisten Fällen Schädelverletzungen mit Schädelfrakturen, subduralen Hämatomen und Hirnkontusionen hervorrief.

Die häufigste Organverletzung in den Fällen von Fremdtötung unserer Studie ist nach den Hautverletzungen, unter die auch Würge- und Drosselmale gefaßt wurden, das Schädelhirntrauma in 44% der Fälle, gefolgt von Verletzungen der Lungen in 19% der Fälle und schließlich Verletzungen des Herzens, des Genitale und des Darms in je 11% der Fälle. Das auffällig häufige Vorkommen von Genitalverletzungen und der teilweise ebenfalls durch sexuell motivierte Handlungen hervorgerufenen Darmverletzungen unterstreicht die Bedeutung der sexuellen Motivation unter den Fremdtötungen unseres Untersuchungsgutes. Auch unter den von Deming et al. untersuchten Fällen waren Verletzungen im Genital- Brust- und Analbereich sehr häufig [33]. Auch menschliche Bißverletzungen in Brust- und Bauchhaut sowie im Genitalbereich wurden im Rahmen von Sexualmorden [45, 57] oder auch beim sexuellen Mißbrauch [96] beobachtet. In unserem Untersuchungsgut findet sich in einem Fall von Tötung einer 16-jährigen Schülerin durch ihren 20-jährigen Bekannten aus sexueller Motivation eine Bißmarke der rechten Brust. Houtrow beobachtete derartige Verletzungen als Folge von Handlungen Geisteskranker oder zur Befriedigung des Geschlechtstriebes oder auf dem Höhepunkt sexueller Erregungen [57]. Von Hentig hält Beißen für eine atavistische Form des Angriffs oder der Abwehr [51].

Unter den knöchernen Verletzungen nehmen die Kopfverletzungen mit einem Vorkommen in 33% der Fremdtötungen ebenfalls den größten Anteil ein, gefolgt von knöchernen Thoraxverletzungen, Wirbelkörperverletzungen und Frakturen des Schultergürtels und der langen Röhrenknochen, die auffällig selten sind. Die geringe Anzahl von Extremitätenfrakturen läßt sich durch den Umstand erklären, daß der Täter eine gezielte und lokal begrenzte Kraft auf das Opfer ausübt, mit dem Ziel, es zu töten, und daher die Gewalteinwirkung auf lebenswichtige Organe zu beschränken versucht. In den Gruppen Unfall und Suizid erfolgt oft die Gewalteinwirkung weniger selektiv auf den ganzen Körper, wie bei Verkehrsunfällen oder Stürzen aus der Höhe, der Tod resultiert dann häufig aus der Summe der Verletzungen. Dabei werden die Verletzungen am Körper nach dem Zufallsprinzip verteilt und so auch mehr die Extremitäten mitbetroffen.

Wie schon im Kapitel 4.3.4 erwähnt, sind die Obduktionsergebnisse der Strangulationsfälle unserer Studie gut vergleichbar mit denen anderer Untersuchungen [27, 28, 49, 73, 108]. Dies gilt auch für die Fälle von Fremdtötung. In allen Fällen von Würgen oder Drosseln unserer Studie sind entsprechende Haut- und Weichteilveränderungen unterschiedlich starker Ausprägung vorhanden. Diese konnte Lockemann [73] in 90% seiner Fälle feststellen. Haarhoff [49] fand in 93% der Fälle seiner Untersuchung Würge- bzw. Drosselmale und in 80% der Fälle Einblutungen der Halsweichteile. In 57% seiner Fälle konnte Lockemann als Zeichen einer großen Gewalteinwirkung gegen den Vorderhals Unterblutungen von Zungenbein oder Kehlkopf nachweisen, die in unserer Studie nur in 12% der Strangulationsfälle vorhanden waren. Einblutungen in die Halsmuskulatur, auch ein Zeichen größerer Gewalteinwirkung, fanden sich unter unseren Fällen dagegen in 48%, wobei es sich in vielen Fällen suizidaler Erhängungen um Zerrungsblutungen der Halsmuskulatur und nicht um Kompressionsblutungen handelt. Nur in einem der Strangulationsfälle aus Lockemanns Untersuchungsgut, bei einem 13-jährigen erdrosselten Mädchen, fand sich zusätzlich eine Zungenbeinfraktur. Dieser Befund war in unserem Untersuchungsgut ebenfalls nur einmal nachweisbar, es fanden sich aber außerdem in zwei Fällen Ablösungen eines oder beider Kehlkopffortsätze. Solche Befunde sind bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der noch unvollständigen Verknöcherung selten. Entsprechend fand Haarhoff sie nur bei Opfern, die älter als 21 Jahre waren. Insgesamt konnte Haarhoff Zungenbein-, Kehlkopf- oder Schildknorpelfrakturen nur in Fällen von Erwürgen nachweisen, nicht aber bei Erdrosselungen.

Ein Fall von Strangulation in Form eines Erhängens findet sich unter den Fremdtötungsfällen unseres Untersuchungsgutes nicht. Solche Fälle sind auch nach der Literatur äußerst selten [27]. Cooke konnte in Australien einen Fall von Homizid durch Erhängen eines Kindes untersuchen [28]. Püschel et al. diskutierten in einer Studie mehrere Fälle von Erhängen als Tötungsmittel, darunter ein kindliches Opfer, sowie das postmortale Aufhängen zur Vortäuschung eines Suizids [95].

4.4.5 Art der Gewalteinwirkung und Tatwerkzeug

Die am häufigsten angewandte Form von Gewalt (48% der Fälle) stellen die Erstickenmechanismen dar, gefolgt von scharfer Gewalt (41%) und stumpfer Gewalt (37%). Adelson, der eine Untersuchung über 46 Homizide mit kindlichen Opfern durchführte [1], gelangte zu dem Schluß, daß sowohl Motiv und Gefühlslage des Täters als auch die Tötungsmethode häufig

völlig anders sind, wenn es sich bei dem Opfer um ein Kind handelt als bei der Tötung Erwachsener. Die sowohl in seiner als auch in unserer Untersuchung häufigste Todesursache, die auf verschiedene Arten herbeigeführte Asphyxie, kommt seiner Ansicht nach vor allem durch die Abhängigkeit, die relative Wehrlosigkeit und die deutliche Unterlegenheit des Opfers gegenüber dem Täter im Bezug auf Körperkraft zustande. Dieser Zusammenhang wird auch durch die Beobachtungen Püschels et al. bestätigt [95].

62% der Erstickungsfälle unserer Studie fallen in die Gruppe der Sexualverbrechen. Da es sich bei dem Tatwerkzeug häufig um die Hände des Täters, oder beim Drosseln um ein Kleidungsstück des Opfers handelt, also Dinge, die sofort griffbereit sind, drückt diese Form der Gewalteinwirkung ein hohes Maß an Spontaneität aus, es handelt sich dabei oft um eine unüberlegte Handlung aus dem Affekt heraus. Gleichzeitig tritt der Täter dabei in engen Körperkontakt mit dem Opfer, meist besteht zusätzlich Blickkontakt, was auf eine hohe Gewaltbereitschaft und relative Gefühlskälte hinweist. Es handelt sich um eine Situation der Machtdarstellung, in der der Täter die Gewalt über Leben und Tod hat. Er sieht und fühlt das Opfer unter seinen Händen langsam sterben. Auch Berner und Karlick-Bolten [14] ziehen den Schluß, daß sich der Sexualstraftäter besonders durch die Schwäche seines Opfers herausgefordert fühlt, und Bauer [10, 11] berichtet über verschiedene teils jugendliche Kindermörder, denen allen gemein die Lust an der Vernichtung des Opfers ist, und die das Gefühl der Macht über andere auskosten. Diese Formen der Gewalteinwirkung – Würgen und Drosseln – treten fast ausschließlich in den Fällen von sexuell motivierter Fremdtötung auf. In zwei innerfamiliären Tötungsfällen sowie in dem Fall von Tötung auf Verlangen wird als Erstickungsmechanismus die Verlegung der Atemwege, zweimal mit einem Kissen, in dem anderem Fall mit den Händen, angewandt. Dabei handelt es sich um eine Erstickungsmethode mit deutlich weniger Gewalteininsatz. Beim Nutzen eines Kissens zum Ersticken des Opfers bestehen zudem weder Blickkontakt noch direkter Körperkontakt zwischen Opfer und Täter. Nur in einem Fall von Tötung der Kinder durch ein Elternteil setzt der Vater unter anderem auch Drosseln als Form der Gewalt ein.

Betrachtet man die Anwendung von scharfer und stumpfer Gewalt, so fällt auf, daß in den Fällen von außerfamiliären Gewaltverbrechen meist die Gewalt recht wahllos gegen das exponierteste Körperteil, in diesen Fällen häufig den Kopf, gerichtet ist. In den innerfamiliären Tötungsfällen richtet sich die Lokalisation nach dem Motiv: In den Fällen von Erweitertem Suizid, in denen ein altruistisches Motiv vorliegt, beschränkt sich die Gewalteinwirkung entweder auf den Halsbereich oder auf die Herz- und Lungenregion, also jeweils auf Gebiete,

durch deren Verletzung der Täter einen schnellen Todeseintritt ohne große Schmerzen für das Opfer erwartet. Ähnliche Beobachtungen machten auch Dettling et al., die in einer Heidelberger Studie [34] neun Fälle von Erweitertem Suizid untersuchten, in denen die Opfer durch scharfe Gewalt getötet wurden. Bei Betrachtung der Verletzungsmuster stellten sie fest, daß diese Charakteristika aufwiesen, die sonst nur bei Suizidopfern zu finden sind. Bei acht der neun Opfer fanden sich offensichtlich sehr zögerlich herbeigeführte Schnitte, sogenannte Probierschnitte, in drei von fünf Fällen waren die zuvor bekleideten Körperareale vor dem Zufügen der Verletzungen entblößt worden. Bei Thoraxstichverletzungen traten, trotz der bei den kindlichen Opfern sehr kleinen Interkostalräume, Knochenverletzungen nur selten auf, was dafür spricht, daß der Aggressor die Stiche sehr gezielt setzte und in der Absicht, den Tod rasch und möglichst schmerzfrei herbeizuführen.

Milroy fand in seiner Studie über Erweiterte Suizide [82] als häufigste Methode sowohl des Tötens als auch der anschließenden Selbsttötung das Erschießen. Dieses Ergebnis können wir mit den Resultaten unserer Untersuchung nur begrenzt bestätigen: Drei der sechs Täter von Erweiterten Suiziden (50%) – alle drei männlich – erschossen sich im Anschluß an die Tötung. Von den zwölf Opfern dieser sechs Fälle wurden aber nur vier (33%) ebenfalls mit Hilfe einer Schußwaffe getötet.

Nur in drei Fällen aus Milroys Untersuchungsgut war der Täter eine Frau. In jedem dieser drei Fälle tötete die Mutter ihr Kind durch Intoxikation. Zwei der drei Mütter töteten sich anschließend selbst ebenfalls durch Intoxikation. Hier zeigt sich eine Parallele zu den zwei Fällen von erweitertem Suizid unserer Studie, in denen der Täter eine Frau ist. Die eine tötet ihr Kind ebenfalls durch Schlaftabletten in Verbindung mit Ersticken und versucht später, sich selbst auch mit Tabletten zu vergiften, was jedoch scheitert. Die andere erstickt ihr Kind mit einem Kissen und versucht anschließend, sich selbst durch Aufschneiden der Pulsadern, dann durch einen Sprung aus dem Fenster das Leben zu nehmen, ebenfalls erfolglos. Auch andere Studien zeigen, daß Mütter, die ihre Kinder töten, meist weniger gewaltvolle Methoden anwenden als männliche Täter [21, 128]. Meist verwenden sie keine Waffen. Die bevorzugten Methoden sind nach Marleau Strangulation und Ertränken [79], nach Wilske und Eisenmenger die Intoxikation mit Medikamenten [128].

Als Tatwerkzeug dienten in 37% der Fälle unserer Studie die Hände des Täters zum Erwürgen des Opfers bzw. zum Verlegen der Atemwege oder auch als Schlagwerkzeug, in weiteren 37% Werkzeuge wie Messer, Beil und Schraubendreher zum Ausüben scharfer Gewalt und in 26% der Fälle verschiedene Formen von Schlagwerkzeugen, die sich meistens am Tatort befanden und vom Täter zufällig gegriffen wurden. Als Drosselwerkzeuge kamen Kleidungsstücke des Opfers, bzw. in einem Fall das Halstuch des Täters zum Einsatz sowie einmalig eine zu diesem Zweck beschaffte Nylonschnur. Nur in einem Fall von Sexualmord, den Fällen von Erweitertem Suizid, dem Fall von Tötung auf Verlangen und einem Brandanschlag auf ein Asylbewerberwohnheim waren die Tatwerkzeuge zuvor nachweisbar bewußt ausgewählt bzw. beschafft und vom Täter mitgeführt worden. In den Fällen von Sexualmord geschah die Auswahl des Tatwerkzeugs wohl in den meisten Fällen spontan, ebenso wie die Entscheidung zur Überwältigung und Tötung des Opfers, die auch in den meisten Fällen erst bei Zusammentreffen von Opfer und Täter gefallen sein muß. Nur dreien dieser Opfer wurden vom Täter mit Hilfe eines Messers bzw. Schraubendrehers Stichverletzungen im Hals- bzw. Thoraxbereich zugefügt. Deming et al. fanden in ihrem Untersuchungsgut zwar häufiger Stichverletzungen sowie auch Durchbohrungen der Opfer, die diesen aber häufiger anhand von Ästen zugefügt wurden, Waffen wurden selten benutzt [33]. Auch Padosch et al. [90], die von 1989 bis 1999 alle Formen von Tötungsdelikten an Opfern aller Altersgruppen im Einzugsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, daß vor allem bei der Tötung von Kindern unter zwölf Jahren selten Waffen verwandt wurden, sondern die Kinder meist mit bloßen Händen getötet wurden. Insgesamt zeigt sich eine gute Vergleichbarkeit der Vorgehensweisen von Sexualstraftätern an erwachsenen und kindlichen Opfern.

4.4.6 Motiv

41% der Fremdtötungen unseres Untersuchungsgutes sind sexuell motiviert. Damit ist dies das Motiv mit der höchsten Fallzahl.

Mit sieben Fällen hat das zweithäufigste Motiv der Perspektivlosigkeit ein deutlich geringeres Vorkommen. Dieses Motiv, entstanden aus finanziellen Sorgen und familiären Problemen, erscheint nur in den Fällen von Erweitertem Suizid. Die Tötung der Kinder erfolgt in diesen Fällen primär nicht mit dem Ziel, ihnen zu schaden oder für sich selbst einen Vorteil zu erringen. Die pseudoaltruistische Motivation, aus der heraus der Täter sein Opfer tötet, entsteht aus dem Willen, die geliebte Person vor einem seiner Ansicht nach inakzeptablen Schicksal zu

retten [34]. West stellte in seiner Londoner Studie über den Erweiterten Suizid bei an Depressionen Erkrankten ebenfalls einen fehlgeleiteten Altruismus als häufigste Motivation für die Tötung ihrer Familienangehörigen heraus [127]. Lockemann und Püschel konnten in ihrer Untersuchung von Strangulationstodesfällen im Kindesalter [74] unter 18 Tötungsdelikten in allen 13 von den Eltern des Opfers oder von anderen erziehungsberechtigten Personen ausgeführten Tötungen familiäre Probleme, meist die Trennung der Eltern, als Motivation feststellen.

Die übrigen vorkommenden Motive, Verschleierung, Geisteskrankheit, Rache, Eifersucht und Tötung auf Verlangen, tauchen nur noch in Einzelfällen auf und sind daher weniger bedeutsam.

Fünf der Täter unseres Untersuchungsgutes waren noch im Jugendlichenalter. Dabei handelt es sich um die beiden 15 und 16 Jahre alten Schüler, die ihre Freundin im Rahmen des geplanten gemeinschaftlichen Suizids töten, einen 17-jährigen Asylbewerber, der aus Eifersucht ein Ausländerwohnheim in Brand setzt, sowie zwei 17-Jährige, die aus sexueller Motivation bzw. zur Verdeckung der sexuellen Handlungen ein 15-jähriges und ein 13-jähriges Mädchen umbringen. Eine besondere Bedeutung der sexuellen Komponente bei der Motivation bzw. der Tatausführung von Tötungen von Kindern durch jugendliche Täter oder solche, die zwar schon älter aber geistig minderentwickelt sind, stellten Riße et al. [100, 101] bei der Zusammenstellung entsprechender Fälle aus dem Untersuchungsgut der Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Hamburg und Berlin-Ost fest. Insgesamt handelt es sich, wie auch in unserem Untersuchungsgut, bei der Tötung von Kindern durch Kinder und Jugendliche um seltene Ereignisse [100], die aber bei ihrem Bekanntwerden in der Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit erregen und die Frage aufwerfen, wie so junge Menschen zu solchen Taten fähig sein können. Riße et al. stellten sieben Fälle vor, in denen jeweils ein oder zwei dem Opfer alters- und kraftmäßig deutlich überlegene Jugendliche ein Kind im Alter zwischen sieben Monaten und 14 Jahren meist als Verdeckungstat nach einer Vergewaltigung oder in einem anderen jedoch stets sexuell getönten Kontext töteten. Andere Fälle tödlicher Gewalt mit altersmäßig ähnlicher Täter-Opfer-Konstellation und anderer als einer sexuellen Motivation treten zahlenmäßig deutlich hinter den sexuell motivierten zurück. Den von Riße et al. zusammengetragenen Fällen ist allen eine begleitende oder handlungsbestimmende sexuelle Komponente sowie teilweise eine sadistische Färbung gemein. Die häufigste Form der Gewalteinwirkung ist die Strangulation, meist in Kombination mit anderen Gewaltformen. Diese Beobachtung der Strangulation als häufigste Tötungsform deckt sich mit den Ergebnissen von Deming et al. [33], die bei Opfern tödlicher Sexualdelikte aller Altersstufen ebenfalls das

Ersticken durch Würgen oder Drosseln als häufigste Todesursache feststellten. Auch in unserem Untersuchungsgut war in neun von elf Sexualdelikten das Ersticken durch eine Form von Strangulation alleinige oder begleitende Todesursache.

Wie schon erwähnt, geschah die Auswahl des Opfers, die Entscheidung zu seiner Überwältigung und Tötung sowie auch die Wahl der Tötungsmethode in den meisten Fällen unseres Untersuchungsgutes spontan, ohne vorherigen Plan oder Vorbereitung. In einem Fall allerdings muß dem Täter unterstellt werden, daß er die Tat über Wochen im voraus geplant und ein ganz bestimmtes Opfer ausgewählt hat. Es handelt sich dabei um den 24-jährigen Insassen einer psychiatrischen Anstalt, der auf mehreren Freigängen in den Wochen vor der Tat sein späteres Opfer beobachtet hat, seine Beobachtungen anschließend in ein Tagebuch eingetragen und seine Ausgänge schließlich absichtlich so gelegt hat, daß er dieses Mädchen treffen mußte. Am Tattage führte er ein Taschenmesser mit sich, welches er sich ohne Wissen des Anstaltspersonals zugelegt hatte. Mit diesem Messer bedrohte er sofort bei ihrem Zusammentreffen das Mädchen, um es dazu zu bewegen, ihm zu folgen. Außerdem hatte er, angeblich zufällig, Schnüre dabei, mit denen er das Mädchen später fesselte, sowie einen Latexhandschuh, in dem er nach der Tötung des Mädchens das Messer versteckte. Auch wenn dieser Fall keine typischen Charakteristika eines Lustmordes oder sadistischen Züge zeigt, so wirkt all dies doch sehr geplant und weniger durch eine plötzliche Erregung hervorgerufen. Auch ein Fall von Lustmord mit den typischen Stigmata des gefesselten und entkleideten Opfers und der dranghaften Nervosität des Täters vor der Tat findet sich in unserem Untersuchungsgut, wobei hier keine Anhaltspunkte für eine vorherige Planung der Tat vorliegen. Auch in diesem Fall wird das Opfer erwürgt. Es findet allerdings kein sexueller Mißbrauch statt. Stattdessen wird die Leiche vom Täter in bedeutungsvoller Weise positioniert und inszeniert, mit einem Stöckchen, welches er vor dem Genitalbereich des Kindes aufstellt.

Andere Fälle von Lustmord mit minutiöser Vorausplanung und deutlich stärker ausgeprägten sadistischen Zügen beschreibt Bauer in seinem „Bericht über den vierfachen Knabenmörder“ Jürgen Bartsch [10], der von dem ihn begutachtenden Psychiater als Triebtäter mit einem auf Jungen im Alter von acht bis 13 Jahren gerichteten Tötungstrieb bezeichnet wurde. Ihm wurden sowohl homosexuelle, pädophile und nekrophile als auch sadistische und fetischistische Züge zugeschrieben. Mit großer Beharrlichkeit und ausgeklügelten Plänen zog Bartsch jahrelang durch die Orte des Ruhrgebietes auf der Suche nach Kindern, die er verschleppen und anschließend auf grausame Weise töten wollte. Dabei bereitete auch ihm das Auskosten der Machtposition und der Überlegenheit gegenüber dem gefesselten Kind großen Genuß. Bei der

Ausführung seines ersten Mordes war Bartsch 15 Jahre alt. Nach Riße et al. [100] sind sowohl solche vorsätzlichen und im voraus geplanten Tötungsdelikte wie auch derart extrem sadistische Motiv-Färbungen in dieser altersbezogenen Täter-Opfer-Konstellation selten. Hill et al. suchten in Hamburg nach typischen Charakteristika, um sadistische Sexualstraftäter von nicht-sadistischen zu unterscheiden. Neben den typischen sadistischen Stigmata bei der Tatbegehung fanden sie heraus, daß die Täter gewisse Eigenschaften gemein hatten: eine durch Isolation gestörte Kindheitsentwicklung, eine kriminelle Vorgeschichte mit vorausgegangenen Vergewaltigungen und mehreren Sexualmorden sowie eine lange Dauer des Tötungsaktes [53]. Aufgrund dieser Erkenntnisse, die auf eine hohe Rückfallgefährdung hindeuten, muß der sexuelle Sadismus bei der Abschätzung des Rückfallrisikos mit einbezogen werden.

4.4.7 Täter

4.4.7.1 Allgemeine Epidemiologie und Beziehung zum Opfer

Bei Betrachtung der Altersverteilung der Täter in unserem Untersuchungsgut fällt auf, daß die Sexualstraftäter mit einer Häufung zwischen 15 und 40 Jahren eher jünger sind, während sich die Eltern, die ihre Kinder töten, zu gleichen Teilen auf die Altersgruppen 21 bis 40 Jahre und 51 bis 70 Jahre verteilen. Ein ähnliches Ergebnis erhielt auch Milroy bei der Auswertung seiner Studie über Erweiterte Suizide in England [82], in deren Untersuchungsgut 50% aller Täter über 50 Jahre alt waren. Eine Häufung von jugendlichen Tätern bei sexuellem Mißbrauch von Kindern fand auch die Polizeiliche Kriminalstatistik der BRD aus dem Jahr 2002 [19].

85% der Täter sind männlichen Geschlechts. Dabei handelt es sich vornehmlich um die Täter der Sexualdelikte, die ausschließlich von Männern begangen wurden. Auch unter den Tötungsdelikten innerhalb der Familie überwiegen die Männer mit 75% der Täter. In Milroys Studie über Erweiterte Suizide [82] ist die Diskrepanz zwischen männlichen und weiblichen Tätern noch größer: Die Männer machen 94% der Täter aus. Allerdings lag Milroy auch eine größere Anzahl entsprechender Fälle vor, sodaß Tendenzen möglicherweise deutlicher hervor stechen. Auch Padosch et al. fanden in einer Analyse von Tötungsdelikten mit Opfern aller Altersstufen in der überwiegenden Zahl der Fälle männliche Täter mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren [90]. Dörmann [37] fand in seiner Untersuchung eine unterschiedliche Geschlechtsverteilung der Täter in Abhängigkeit von ihrem Alter mit einem allgemeinen Überwiegen der Frauen (meist die Mutter des Opfers) in 57% der Fälle. Von den 9,9% minderjährigen Tätern waren 67% männlich. Unter den 18- bis 40-jährigen dominierten die

Frauen. Danach kehrte sich die Geschlechtsrelation wieder um. Bei Schmidt et al. [108] ist das Überwiegen der Frauen mit einem Anteil von 68% der Täter, meist die Mutter, noch deutlicher. Das Dominieren der Frauen als Täter ist mit unseren Ergebnissen nicht in Einklang zu bringen.

In unserem Untersuchungsgut zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Art und Motivation der Tötung und der familiären bzw. bekanntschaftlichen Beziehung zwischen Opfer und Täter. In der Gruppe der innerfamiliären Tötungsdelikte handelt es sich bei dem Täter immer um ein Elternteil des Kindes. Die Tötung auf Verlangen wird von zwei Freunden des Opfers ausgeführt. Die Sexualdelikte werden in der Mehrzahl der Fälle von dem Kind völlig unbekannt Personen begangen. Nur in einem Fall von Sexualmord besteht ein verwandtschaftliches Verhältnis zwischen Opfer und Täter. In der Literatur wurde eine von unseren Ergebnissen abweichende Verteilung gefunden mit einem Überwiegen der Sexualstraftäter aus der Verwandtschaft des Opfers. In der Untersuchung Adelsons [1] waren 80% der Täter mit dem Opfer verwandt, meist waren es die Eltern, Lockemann und Püschel fanden immerhin in 39% der Fälle die Eltern als Täter [74]. Auch nach den Ergebnissen von Padosch et al. [90] bestand meist eine enge Täter-Opfer-Beziehung, auch hier handelte es sich häufig um Familienmitglieder. In unserem Untersuchungsgut ist nur einer der Sexualstraftäter mit dem Kind verwandt. Bis auf einen Fall sind alle Tötungen, die von den Eltern des Opfers ausgeführt wurden, aus altruistischer Motivation entstanden. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu zahlreichen Untersuchungen, nach denen der Großteil der sexuellen Mißbrauchshandlungen an Kindern von Verwandten des Opfers begangen wird [13, 40, 96], allerdings kommt es in den meisten solcher Fälle nicht zur Tötung des Kindes. Auch nach einer Untersuchung des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München aus den Jahren 1991 bis 1996 sind die Täter von Sexualdelikten an Kindern in zwei Drittel der Fälle Männer aus der unmittelbaren Umgebung des Kindes: Vater, Großvater, Lebensgefährte der Mutter, Nachbarn und Bekannte [120]. Die Kriminalstatistik von 1968 bis 1982 [37] gibt an, daß 62% der Kinder von ihren eigenen Eltern getötet wurden, also doppelt so viele, wie in unserer Studie. Bei Schmidt et al. [108] sind es 58%. Rechnet man noch die weiteren Angehörigen und die Bekannten hinzu, so wird deutlich, daß in fast vier von fünf Fällen (78%) eine enge Täter-Opfer-Beziehung bestanden hat. Vergleichsweise selten (4,9%) fielen die Kinder dagegen Fremden zum Opfer. Dabei muß allerdings wieder bedacht werden, daß die jüngeren Kinder im Untersuchungsgut Dörmanns einen sehr viel größeren Anteil ausmachen, während der Großteil der Fremdtötungen unserer Studie auf Sexualdelikte an älteren Kindern verfällt. Auch nahm Dörmann in seiner Veröffentlichung keinen Bezug auf die Verteilung der Tötungsmotive, sodaß ein engerer Vergleich schwer fällt.

4.4.7.2 Familienhintergrund, soziale, kriminelle und psychiatrische Vorgeschichte des Täters

Sowohl in den Fällen von innerfamiliärer Tötung als auch in dem einen Fall von Tötung auf Verlangen ist allen Tätern gemeinsam, daß sie entweder eine problematische Kindheit und Jugend hatten, sich aktuell in einer schwierigen Lebenssituation befinden oder unter Erkrankungen wie Depressionen oder Realitätsbezugsstörungen leiden (67%). In einigen Fällen sind sogar mehrere dieser Faktoren gekoppelt. Oft sind die psychischen Erkrankungen als eine Reaktion auf ein belastendes Umfeld entstanden. Als besonders beeinflussendes Element muß die Familie angesehen werden, die in jedem der Fälle eine wichtige Rolle spielt, gleich, ob es sich dabei um die Familie des Täters in seiner Kindheit handelt oder um die eigene Familie, die er im Erwachsenenalter gründet. Auch West kommt in seiner großangelegten Studie über Erweiterte Suizide im Raum London, die bereits im Jahre 1965 veröffentlicht wurde, auf einen Anteil von 58% der Täter mit verschieden gearteten psychischen Erkrankungen von der Depression über Schizophrenien, Psychopathien und Neurosen bis hin zu krankhafter Eifersucht [127]. Marleau [79] fand, übereinstimmend mit unseren Ergebnissen, heraus, daß Mütter, die ihre Kinder töten, normalerweise aus schwächeren sozialen Verhältnissen stammen. Die meisten sind schon zuvor psychiatrisch in Erscheinung getreten, viele befinden sich zum Tatzeitpunkt in einer depressiven Episode. Das Motiv für die Tötung ist nicht aggressiver sondern altruistischer Art. Haapasalo und Petaja stellten in einer in Finnland zum gleichen Thema durchgeführten Untersuchung außerdem fest, daß 63% der Mütter aus ihrem Untersuchungsgut in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden waren [48], ein Punkt, der auch auf eine Täterin aus unserem Untersuchungsgut zutrifft.

Bei Betrachtung der Vorgeschichte der zehn überführten Sexualstraftäter fällt auf, daß sie alle aus einem sozial schwachen Milieu stammen. Sechs der zehn Täter hatten eine schwierige Kindheit mit einem konfliktbelasteten Elternhaus. Nur vier von ihnen erlangten einen Schulabschluß, nur zwei der zehn Sexualstraftäter schlossen im Verlauf eine Berufsausbildung ab. Auch Krankheiten während der Kindheit scheinen eine wichtige Rolle zu spielen. Drei der späteren Täter machten als Kinder eine Meningitis oder Enzephalitis durch oder erlitten ein schweres Schädelhirntrauma, woraufhin in der Folge geistige und körperliche Behinderung, Verhaltensstörungen oder Reifungsverzögerungen auffielen. Bei einer vierten Person wurde erst im Rahmen der Untersuchungshaft nach Begehen der dieser Studie zugrunde liegenden Tat ein Prolaktinom entdeckt, welches durch eine Reifungsverzögerung die bei diesem Mann beobachteten Ver-

haltensstörungen mit gesteigerter Aggressivität hervorgerufen hatte. Es scheinen also sowohl soziale als auch organische Faktoren auf die mögliche kriminelle Entwicklung eines Menschen Einfluß zu nehmen. Auch Renschmidt gab sehr ähnliche Faktoren wie die oben genannten als Risikofaktoren für die Entstehung von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen an [99], die zum Teil auch von Riße et al. als in ihren Fällen vorhanden bestätigt werden konnten [100].

Bezüglich der kriminellen Vorgeschichte bleibt zu erwähnen, daß nur zwei der zehn überführten Täter bislang gänzlich unauffällig waren. Vier der Täter waren in der Vergangenheit sogar schon mehrfach strafrechtlich in Erscheinung getreten und verurteilt worden, drei von ihnen wegen wiederholten sexuellen Mißbrauchs an Kindern, in einem Fall in Verbindung mit Mord. Bei allen vier Personen liegt wiederholte Straffälligkeit vor, eine zukunftsorientierte Lebensplanung ist nicht zu erkennen, Ausbildungen wurden abgebrochen, Arbeitsstellen wiederholt aus eigenem Verschulden verloren, Bewährungsauflagen nicht erfüllt. Wiedereingliederungsmaßnahmen scheiterten mehrfach. Dabei waren Besserungszeichen im Sinne von Schuldeinsicht, einem Lernprozeß mit Änderung des Verhaltens und Eigeninitiative zur Anhebung des eigenen Lebensstandards nicht erkennbar. Trotzdem erfuhren die Täter immer wieder Nachsicht in Form von milden Strafen, Straferlaß und Vollzugsvergünstigungen, obwohl durch wiederholt durchgeführte psychiatrische Gutachten eine weiterhin von dem Probanden ausgehende Gefährdung für die Allgemeinheit vorausgesagt wurde und dieser durch sein eigenes Verhalten diese nachsichtige Behandlung weder rechtfertigte noch würdigte.

Der Bielefelder Psychotherapeut Kunert [70] propagierte 1998 in einem Vortrag unter dem Titel „Sexualstraftäter – Strafe und/oder Heilung?“ eine Täter-orientierte Haltung, die, gemäß dem Motto „cure and control“ einer niederländischen Arbeitsgruppe zu diesem Thema, die Bestrafung des Sexualstraftäters der Bedeutung nach hinter seine Heilung stellt. Demnach forderte er zunächst die Heilung („cure“) des Täters durch Psychotherapie, gefolgt von einer anschließenden Kontrolle des Täters durch den Psychotherapeuten in Form einer begleitenden Therapie über mehrere Jahre hinweg, um so mögliche Rückfälle frühzeitig erkennen zu können. Gleichzeitig bedeutet für ihn der Begriff Kontrolle aber auch die konsequente Überwachung der Einhaltung der Bewährungsauflagen durch den Richter. In seiner Praxis konnte Kunert beobachten, daß häufig das Einhalten der vom Richter ausgesprochenen Bewährungsauflagen in der Folge von niemandem überprüft wird. So werden Strafen erlassen oder zur Bewährung ausgesetzt, ohne daß der Betroffene die Bedingungen dafür erfüllt. Die gleiche Beobachtung konnten wir im Rahmen unserer Studie machen. So kam es zum Beispiel, daß einer der Täter, nachdem er im Alter von 15 Jahren zum ersten Mal durch sexuellen Mißbrauch eines Kindes

auffiel, mit 18 Jahren ein weiteres Kind mißbrauchte und ermordete. Schon damals gewannen die ihn untersuchenden Psychiater den Eindruck, daß es sich hier um einen Fall von Lustmord handeln könnte und daher ein erhebliches Wiederholungsrisiko bestünde. Der Rest der damals verhängten Freiheitsstrafe von acht Jahren wurde dennoch nach vier Jahren zur Bewährung ausgesetzt. Die Auflagen wurden nicht erfüllt, die Reststrafe trotzdem erlassen. Der Täter fiel im weiteren Verlauf noch wiederholt auf durch diverse Delikte, unter anderem Freiheitsberaubung mit Körperverletzung und schließlich einen erneuten sexuellen Mißbrauch an einem Kind. Er wurde jeweils zu recht kurz erscheinenden Freiheitsstrafen verurteilt, in dem Fall von sexuellem Mißbrauch zu einer eineinhalb-jährigen Gefängnisstrafe, obwohl es sich hier um eine Wiederholungstat handelte. Eine weitere Aufsicht wurde nicht für nötig erachtet. So war es möglich, daß er noch ein weiteres Kind mißhandeln und töten konnte. Durch derartigen Mangel an Konsequenz werden nicht nur gefährliche Straftäter frühzeitig wieder in die Gesellschaft entlassen, sondern sie lernen dadurch auch, daß sie gestellte Bedingungen nicht zu erfüllen brauchen, da es für sie keine Folgen hat. Anhand dieses Falles wird auch deutlich, daß nicht nur die Aufsicht durch die Justiz, sondern in solchen Fällen auch eine fortlaufende Beobachtung und Begleitung durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten, wie es auch Kunert forderte, sinnvoll wäre. Dabei ist wichtig, daß eine Kontinuität der Behandlung gewährleistet wird, also der betreuende Therapeut über lange Zeit hinweg derselbe ist, oder aber zwischen den verschiedenen Therapeuten eine Kommunikation besteht, damit es nicht zu einer solchen Situation wie in unserem Fall kommen kann, daß ein wichtiges Gutachten über Jahre hinweg unbeachtet - und vielleicht unbekannt - bleibt und erst nach dem Eintreten eines weiteren Mordfalles wieder in Erinnerung gerufen wird.

Weiter forderte Kunert, gemäß dem erweiterten Motto „care, cure and control“, sich auch in sonstigen Belangen um den Straftäter zu kümmern und ihn nicht sich selbst zu überlassen. Würde man ihn zum Beispiel ohne Arbeit und ohne Bezugsperson den ganzen Tag allein zu Hause mit seinen Phantasien lassen, so würde er ihnen völlig verfallen. Als Prävention einer erneuten Straftat sind also eine Arbeitsstelle und Bezugspersonen sowie die Strukturierung des Tagesablaufs bzw. des weiteren Lebens notwendig. Dieser Punkt war bei allen Straftätern unseres Untersuchungsgutes hinreichend erfüllt. Sie bekamen eine Arbeitsstelle vermittelt, nahmen an Wiedereingliederungsmaßnahmen teil und wohnten zum Teil in Einrichtungen des betreuten Wohnens. Drei von ihnen befanden sich sogar zur Zeit des Vergehens in psychiatrischer Behandlung. Dies zeigt, daß auch durch eine konsequente therapeutische Begleitung ein Rückfall des Täters nicht unbedingt rechtzeitig erkannt und verhindert werden kann.

An der Bestrafung durch Freiheitsentzug kritisierte Kunert, daß der Gefängnisaufenthalt durch seinen Charakter die auf psychosexueller Ebene infantilen Strukturen des Straftäters unterstützt. Die Gefängnisinsassen werden vollkommen bevormundet, der ganze Tagesablauf ist minutiös geplant. Dadurch werden die geistigen Strukturen des Täters nicht geändert sondern gefestigt. Zusätzlich kommt es zu einer Fortführung des „Prinzips des Schweigens“. Ähnlich, wie der Täter dem mißbrauchten Kind Strafe androht, damit es nicht redet, versucht auch der Sexualstraftäter aus Angst vor Belästigungen durch die anderen Gefängnisinsassen, sein wahres Vergehen zu verschweigen. Durch die Unterstützung dieses Schweigens werden eine gedankliche Beschäftigung des Täters mit seinem Vergehen und dessen Verarbeitung verhindert. Dadurch haben sich seine gesellschaftsfeindlichen Verhaltensweisen, wenn er wieder aus dem Gefängnis kommt, nicht gebessert sondern im Gegenteil verfestigt. Ein Rückfall ist damit vorprogrammiert. Kunert ist aber nicht grundsätzlich gegen die Freiheitsstrafe bei Sexualstraftätern. Er hält eine Strafe, und gerade auch die Freiheitsstrafe, sogar für sinnvoll, denn das Vergehen des Täters bedeutet eine Überschreitung der Grenzen eines anderen Individuums, die mit einer Überschreitung der Grenzen des Täters, dem Freiheitsentzug, beantwortet werden muß. Nur müßte in seinen Augen der Strafvollzug anders gestaltet sein, als dies in den deutschen Gefängnissen der Fall ist.

Anhand der Fälle unserer Untersuchung wird jedoch deutlich, daß einerseits eine Heilung nicht in jedem Fall möglich ist und andererseits auch durch intensive Betreuung und andauernde psychiatrische Behandlung und Begleitung des Täters ein Rückfall nicht sicher vermieden werden kann. Bei mehreren dieser Sexualstraftäter stellten die betreuenden Psychiater im Rahmen der Begutachtung fest, daß diesen Personen ein Leben ohne Rückfälligkeit nur in streng strukturierten Verhältnissen möglich sei. Dieser Zustand änderte sich bei den meisten auch über mehrere Jahre und Jahrzehnte hinweg nicht, wie sich bei wiederholten Kontrolluntersuchungen und fehlgeschlagenen Wiedereingliederungsmaßnahmen herausstellte. Selbst der Einzelausgang, der nur eine Stunde pro Tag andauerte, stellte schon eine Überforderung dar. Auch handelt es sich bei einem Teil der Sexualstraftäter aus unserem Untersuchungsgut (40%) um Personen mit geistigen Behinderungen, Verhaltensstörungen oder Reifungsverzögerungen. In Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen unterstrichen auch Courtney, Rose und Mason im Rahmen einer psychiatrischen Studie in Großbritannien, daß dieser Personengruppe die Fähigkeit zum Mitfühlen sowie die Einsicht in das Unrecht, welches ihre Taten bedeuten, zum Teil fehlt. Dieser Umstand trägt auch zur Erklärung der großen Rückfallgefahr dieser Tätergruppe bei [30].

Es zeigt sich also, daß ein Leben unter absoluter Kontrolle und mit durchgeplantem Tagesablauf und klar vorgegebenen Verhaltensregeln und Grenzen, also eben die von Kunert so bemängelten Strukturen, wie sie in Gefängnissen vorherrschen, für viele der Sexualstraftäter die einzig mögliche Lebensform ist, in der sie dauerhaft straffrei bleiben können. Auch die Essener Psychiaterin Nowara kritisiert, daß die tatsächlichen therapeutischen Möglichkeiten der Psychotherapie im Umgang mit Sexualstraftätern zuweilen überschätzt würden [88]. Neben der in letzter Zeit aufgeflamten Diskussion über höhere Freiheitsstrafen werde auch die vermehrte Hinzuziehung von Psychiatern und Psychologen gefordert. „Die bisherigen Behandlungsergebnisse“ rechtfertigten jedoch nicht, „jeden oder auch nur die überwiegende Zahl der Sexualstraftäter in ein Therapieprogramm übernehmen zu wollen, zumal die Begehung einer bestimmten Straftat nicht die alleinige Grundlage für eine Behandlungsindikation darstellen kann.“ Nicht bei jedem Sexualstraftäter bietet eine psychotherapeutische Behandlung Aussicht auf Erfolg. Gerade bei pädophilen Straftätern fehlt oft aufgrund nicht vorhandener Scham- und Schuldgefühle die Einsicht in die Notwendigkeit einer Veränderung des Sexualverhaltens. So fordern auch Urbaniok, Rosegger und Endrass, die im schweizer Kanton Zürich in den Jahren 1997 bis 2005 acht Sexualstraftäter und Gewaltverbrecher in einer prospektiven Verlaufsstudie beobachteten, die nach Verbüßen der Haftstrafe aus juristischen Gründen wieder in die Gesellschaft entlassen werden mußten, obwohl ein hohes Rückfallrisiko vorhergesagt wurde, die Sicherungsverwahrung im Anschluß an die Haft für eine kleine Gruppe von Gewaltverbrechern mit hohem Rückfallrisiko als eine wichtige Maßnahme zum Schutz der Bevölkerung [121]. Alle acht Straftäter wurden im Beobachtungszeitraum rückfällig und begingen schwere Gewalt- und Sexualverbrechen, sieben von ihnen innerhalb nur eines Jahres nach Haftentlassung. Insgesamt fielen den acht Tätern in dieser Zeit 24 Menschen zum Opfer.

Auch in mehreren Fällen unserer Studie war eine Wiederholungsgefahr durch die behandelnden Psychiater erkannt und unmißverständlich vorhergesagt worden. Trotzdem wurde entgegen den Empfehlungen gehandelt, gefährliche Personen wurden ohne Begleitung in die Öffentlichkeit gelassen. Hinzu kommen unvorstellbare Zustände, wie zum Beispiel die Tatsache, daß Patienten einer forensischen Psychiatrie, die sich in der Vergangenheit Straftaten wie Vergewaltigung und schwerer Körperverletzung schuldig gemacht haben, in der Lage sind, sich ohne Wissen des Personals Waffen zu besorgen und diese in ihrem Zimmer zu verwahren, daß sie ein Ausgangsbuch führen, in dem sie die Zeiten eintragen, zu denen sie die Station verlassen und wieder zurückkehren, welches aber vom Personal nicht überprüft wird, daß sie in einem Tagebuch niederschreiben können, wie sie über Wochen hinweg ein Mädchen beobachten, ohne daß dies von jemandem bemerkt wird. Unverständlich ist auch, daß im Rahmen der Ermittlungen in einem

Mordfall das Heimpersonal eines Behindertenwohnheims gegenüber der Polizei offensichtlich falsche Aussagen machte, um einen Verdacht von den Heimbewohnern abzulenken und so das Heim vor möglichen Klagen und Protesten zu schützen. Durch dieses Verhalten verzögerte sich die Aufklärung des Falles und die Feststellung des Täters um acht Jahre.

Ähnliche Pannen ereigneten sich auch in dem Fall des belgischen Kinderschänderringes um Marc Dutroux, der gestand, bis 1996 mindestens sechs Mädchen entführt und getötet zu haben, sowie in dem Fall des Franzosen Fourniret, der zunächst in Frankreich für mehrere dort begangene Sexualmorde an Kindern verurteilt worden war und dann, nach Abbüßen seiner Haftstrafe, nach Belgien auswanderte, wo er als nicht vorbestraft galt und so über Jahre hinweg weitere Kinder verschleppte und ermordete, ohne aufzufallen.

Um solche Pannen in Zukunft zu vermeiden, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2003 eine Arbeitsgruppe zum „Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt“ eingerichtet [80, 98]. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, den strafrechtlichen Schutz von jungen Menschen vor sexueller Gewalt weiterzuentwickeln, präventive Maßnahmen zu verstärken und die internationale Strafverfolgung und Zusammenarbeit zu verbessern. Wie wichtig dies ist, zeigt die Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes, die in den letzten Jahren zwischen 14.000 und 16.000 Fällen von sexuellem Mißbrauch an Kindern pro Jahr registrierte [19, 20].

Eine neue Perspektive bringt auch ein Pilot-Projekt der Berliner Charité zur Primärprävention von sexuellen Übergriffen auf Kinder. Dieses Projekt, basierend auf Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischen und sexualmedizinischen Elementen, gegebenenfalls kombiniert mit medikamentöser Behandlung in Form von Antiandrogenen und LHR-Analoga, richtet sich auf freiwilliger Basis an Männer mit pädophilen Neigungen, die unter ihren sexuellen Neigungen leiden, sie in den Griff bekommen wollen, und die bisher noch keine Übergriffe verübt haben [18]. Der große Zulauf des Projekts zeigt, daß es doch ein nicht zu verachtendes Kollektiv gibt, welches motiviert ist, und bei dem also eine Psychotherapie möglicherweise erfolgreich ist. Außerdem handelt es sich hier (noch) nicht um Straftäter, also Menschen, die bislang in der Gesellschaft unauffällig geblieben sind. So kann man möglicherweise versuchen, die Weiterentwicklung der pathologischen sexuellen Neigungen und Verhaltensweisen zu unterbrechen, bevor sie durch das Ausüben eines Verbrechens noch gefestigt werden. Eine dauerhafte Fortführung sowie ein breites, Deutschland-weites Angebot solcher Projekte dürfte

allerdings schon allein an der von Nowara erwähnten „vergleichsweise geringen Zahl an entsprechend qualifizierten Therapeuten ihre Grenze finden“ [88].

4.5 Differentialdiagnostik

Bei der Mehrzahl der Unfälle – vor allem in der Gruppe der Verkehrsunfälle sowie der Todesfälle im Wasser – ergibt sich die Diagnose Unfall schon allein aus dem Geschehensablauf und der Auffindsituation. Besonders in der Gruppe der autoerotischen Unfälle muß jedoch ein Verbrechen oder auch ein Suizid ausgeschlossen werden: Das Opfer muß selbst in der Lage gewesen sein, die tödliche Vorrichtung anzulegen. Meist ist ein sexueller Bezug offensichtlich, zum Beispiel durch Entkleidung oder auch eine nach dem Tode persistierende Erektion. Schließlich konnte die sichere Differenzierung zwischen natürlichem und nicht-natürlichem Tod sowie zwischen Unfall und gewaltsamer Tötung in allen Fällen dieser Kategorie mithilfe der Leichenschau und der Leichenöffnung durch Feststellung der Todesursache, Ausschluß von Zeichen für andere Gewalteinwirkung oder Kampfspuren, sowie auch anhand von Spurengutachten und toxikologischen Untersuchungen erfolgen.

Dagegen stellt der Suizid eines Kindes insgesamt eine ungewöhnliche Situation dar und sollte immer zunächst in Frage gestellt werden, um nicht mögliche Anhaltspunkte für eine andere Todesart, zum Beispiel eine Fremdtötung, zu übersehen. Daher ist es wichtig, auch die Hintergründe wie Familienverhältnisse und andere Umstände zu erforschen. In den meisten Suizidfällen unseres Untersuchungsgutes liegt ein bekanntes Motiv des Opfers, eventuell ein akutes Ereignis, welches als Auslöser diente, vor oder sogar eine mündliche oder schriftliche Ankündigung der geplanten Tat, zum Beispiel in Form eines Abschiedsbriefes, der dem Opfer auch einwandfrei zugeordnet werden kann. In so einem Fall ist die Zuordnung zur Gruppe der Suizide relativ leicht zu treffen. Trotzdem ist es unerlässlich, auch im Rahmen von Obduktion, Spurengutachten und Untersuchung des Leichenfundortes festzustellen, ob das Opfer tatsächlich in der Lage war, sich vorhandene Verletzungen selbst zuzufügen oder bestimmte Vorrichtungen, wie zum Beispiel eine Schlinge für eine Strangulation selbst anzubringen [95]. In diesem Zusammenhang erfolgten im Falle des siebenjährigen Mädchens, welches sich aufgrund von Sehnsucht nach der Mutter selbst erhängte, ausführliche Untersuchungen, um festzustellen, ob sie allein mit den auf dem Dachboden vorhandenen Gegenständen in der Lage war, den Rolladengurt an dem 2,56 m über dem Boden befindlichen Dachsparren zu befestigen. In 27 der 31 Fälle

konnte die Diagnose Suizid durch Umstände, Zeugenaussagen, Begutachtung des Tatortes und Ergebnisse der Leichenöffnung sowie der Spurengutachten sehr sicher gestellt werden.

Besonders bei den vier Suizidfällen ohne bekanntes Motiv ist die sichere Einordnung in die Gruppe der Suizide jedoch problematisch. Einer dieser Fälle ist der eines 13-jährigen Mädchens, welches durch die Intoxikation mit Dibenzepin, einem trizyklischen Antidepressivum umkommt. Das Mädchen wohnte bei ihren Großeltern. Es war bekannt, daß sie gelegentlich Hasch rauchte. In der vorausgegangenen Woche war sie bei einer Ärztin gewesen, aufgrund von Schwindelanfällen, wie sie ihrer Familie erzählte. Diese Ärztin hatte ihr jedoch ein Antidepressivum verschrieben, was darauf hinweist, daß die Schwindelanfälle nur in der Familie vorgegeben waren und der tatsächliche Grund für ihren Arztbesuch in anderen Problemen lag, etwa in depressiven Verstimmungen. Es war weder ein Streit vorausgegangen noch gab es Anhaltspunkte für andauernde Konflikte zu Hause, für Mißhandlungen oder gar einen sexuellen Mißbrauch des Mädchens. Auch Probleme außerhalb der Familie waren nicht bekannt. Die Tatsache, daß sie gelegentlich Haschisch rauchte, könnte dafür sprechen, daß sie insgesamt einen eher leichtsinnigen Umgang sowohl mit Drogen als auch mit Medikamenten pflegte, sodaß es vielleicht zu einer Fehleinschätzung und einer versehentlichen Überdosierung des Medikaments kam. In diesem Fall würde es sich um einen Unfall handeln. Allerdings war sie mit 13 Jahren eigentlich alt genug, um verantwortungsvoll mit Medikamenten umzugehen und das Risiko abschätzen zu können. Eine versehentliche Überdosierung ist also eher unwahrscheinlich. Schon die Tatsache, daß die Ärztin ihr ein Antidepressivum verschrieb, zeigt, daß etwas nicht in Ordnung war und das Mädchen offensichtlich Hilfe benötigte. Der Suizid durch Überdosierung dieses Medikaments kann ihr als Ausweg aus ihrer Situation erschienen sein. Da stellt sich allerdings die Frage, ob die Ärztin richtig gehandelt hat, indem sie einem 13-jährigen Mädchen, also einer Minderjährigen, ein Antidepressivum verschreibt, ohne die Familie davon zu informieren. Eine Fremdtötung ist in diesem Fall sehr unwahrscheinlich. Einerseits gibt es dafür keinerlei Motiv oder verdächtige Personen. Andererseits gibt es keine Anhaltspunkte für eine äußere Gewalteinwirkung. Sie muß das Medikament freiwillig genommen haben. In einem anderen Fall starb ein 15-jähriges Mädchen ebenfalls durch Vergiftung infolge einer Medikamentenüberdosis. Auch hier sind uns keine Anhaltspunkte für ein Motiv bekannt. Der dritte Fall ohne gesichertes Motiv ist der eines 16-jährigen Jungen, der durch Eisenbahnüberfahung stirbt. Hier ist durch die Umstände des Ereignisses ein Unfall eher unwahrscheinlich. Für eine Fremdtötung gab es keinerlei Anhaltspunkte. Andererseits war auch keinerlei Motivation für einen Suizid in Erfahrung zu bringen. Ein anderer 16-jähriger Junge hatte sich im Wald nahe des Elternhauses erhängt. Auch hier war kein Motiv bekannt, es gab

keinen Abschiedsbrief und keine vorausgegangenen Verhaltensauffälligkeiten. Aufgrund des Fehlens von Hinweisen für Fremdeinwirkung wurde auch hier auf Suizid entschieden.

In beinahe allen Fremdtötungsfällen ist sowohl die Diagnose Nicht-natürlicher Tod im Gegensatz zum Natürlichen Tod, als auch die Abgrenzung der Fremdtötung gegen Unfall und Suizid schon allein durch Auffindesituation und Verletzungsmuster der Opfer eindeutig. Fast alle Opfer haben nach Art, Schwere und Lokalisation derart ausgeprägte Verletzungen, daß sie sich diese selbst – auch im Rahmen eines Unfalles – nicht hätten zufügen können. Eine Ausnahme stellt der achtjährige Junge dar, der von seiner Mutter getötet wurde. Bei dem schon stark verwesenen Leichnam konnten im Rahmen der Obduktion keine Zeichen für äußere Gewalteinwirkung festgestellt werden. Hier hätte also durchaus auch ein natürlicher Tod vorliegen können. Durch die toxikologischen Untersuchungen konnte jedoch die Vergiftung mit Schlaftabletten nachgewiesen werden. Im Falle der Brände der zwei Asylbewerberwohnheime bringen im einen Fall das Auffinden von leeren Benzinkanistern und Brandbeschleuniger, im anderen Fall das auffällige Verhalten des Täters und schließlich sein Geständnis den Beweis für Fremdeinwirken. Auch wenn der Tod der Opfer in beiden Fällen nicht direkt beabsichtigt gewesen war, so handelt es sich doch um Fremdtötung.

Die Feststellung und Überführung der Täter erfolgte in den meisten Fällen anhand der Situation, durch Geständnisse und Zeugenaussagen sowie durch Spurengutachten, darunter auch daktyloskopische und DNA-Analysen, ohne große Schwierigkeiten. In drei Fällen konnte der Täter nicht überführt werden. Darunter befindet sich der Sexualmord an einem 16-jährigen britischen Mädchen. Der Vater des Mädchens war ein in Deutschland stationierter Sergeant des britischen Militärs. Das Mädchen besuchte abends mit einer Freundin eine Diskothek auf dem Gelände eines Royal Air Force-Flughafens, die fast ausschließlich von britischen Soldaten bzw. deren Angehörigen frequentiert wurde. Nach einem Streit sowohl mit ihrem Vater als auch mit ihrem Freund an demselben Abend wurde beobachtet, wie das Mädchen nach Mitternacht in stark betrunkenem Zustand mit einem jungen Mann, der ebenfalls als Soldat dem britischen Militär angehörte, die Diskothek verließ. Danach wurde sie nicht mehr lebend gesehen. Am Nachmittag des nächsten Tages wurde sie teilweise entkleidet auf der Böschung eines Feldweges außerhalb des Kasernengeländes aufgefunden. Die gesicherte Todesursache lag im Ersticken durch Halsweichteilkompression. Auf dem Gesicht der Leiche wurde ein einzelnes Schamhaar gefunden, an ihren Füßen Blutspuren. Da das Mädchen keine blutenden Verletzungen aufwies, muß es sich dabei um Fremdblut gehandelt haben. Im Verlauf der

Ermittlungen wurde der 23-jährige Brite, der zuletzt mit dem Mädchen gesehen wurde, wie sie zusammen die Diskothek verließen, zum Geschehen befragt, worauf er behauptete, das Mädchen nie getroffen zu haben. Unabhängig davon erklärte aber sein Freund, die beiden zusammen weggehen gesehen zu haben. Daraufhin räumte er ein, sich vor der Disko von dem Opfer getrennt zu haben und sie danach nicht mehr gesehen zu haben. Die gesamte Garnitur von Kleidung, die er an dem Abend getragen hatte, einschließlich Socken und Unterhose, hatte er zusammen in einer Plastiktüte in einem Müllcontainer in der Nähe der Kaserne entsorgt. Dabei handelte es sich zum Teil um teure Designer-Kleidungsstücke, die zwar beschmutzt aber nicht beschädigt waren. An der Hose befanden sich Lehm und Blutspuren sowie menschliche Haare. Sein Auto, mit dem er in der Tatnacht registriert worden war, wie er das Royal Air Force-Gelände verließ, hatte er wenige Tage nach dem Tod des Mädchens ohne erkennbare Begründung verkauft. Zur Sicherung von Faserspuren war die Leiche des Mädchens mit Folien abgeklebt worden. Sowohl auf der Haut und den Haaren als auch auf einigen Kleidungsstücken, darunter auch der Unterhose des Mädchens, wurden Fremdfasern gefunden. Identische Fasern wurden sowohl auf den Kleidungsstücken aus dem Müllcontainer als auch im Lebensbereich des Tatverdächtigen, in seiner Wohnung, in seinem Bett, auf seiner übrigen Kleidung und in seinem Auto, auch im Kofferraum, nachgewiesen. Auch die Spurengeräte wurden zum Teil innerhalb seines Lebensbereiches aufgefunden. Lage, Anzahl und Verteilungsmuster der Fasern auf der Leiche deuteten auf einen engen Kontakt zu dem spurenegebenden Material oder den Sekundärspurentägern hin. Auch die Tatsache, daß die Unterhose des Mädchens kontaminiert war, obwohl sie bei Auffindung am Unterkörper regelrecht mit einer Hose bekleidet war, weist darauf hin, daß sie am Tatort die Hose ausgezogen oder zumindest heruntergeschoben hatte. Die anfängliche Falschaussage des Verdächtigen, die Tatsache, daß er versuchte, sowohl seine Kleidung als auch sein Auto verschwinden zu lassen und die Ergebnisse der Spurengutachten belasten ihn schwer. Wichtige Spuren, wie das auf der Leiche gefundene Schamhaar und die Blutspuren, sowie Blut, Lehm und Haare an der Hose aus dem Müllcontainer wurden nicht untersucht. Es wurden weder DNA-Analysen noch Vergleiche der Lehmproben an der Hose mit dem Boden am Fundort der Leiche erstellt. In Anbetracht der Tatsache, daß der Tatverdächtige kein Geständnis ablegte, wurde er aus Mangel an Beweisen freigesprochen. In diesem Fall weicht das Urteil vom rechtsmedizinischen Gutachten ab, welches den Tatverdächtigen eindeutig mit dem Opfer in Zusammenhang bringt. Zwar kann ihm die Tötung selbst nicht eindeutig nachgewiesen werden. Es wurde jedoch gezeigt, daß sich das Opfer in der Tatnacht in seiner Wohnung oder seinem Pkw oder auch in beiden aufgehalten haben muß. Dafür konnte der Mann keine Erklärung abgeben.

In dem Fall des Doppelmordes an zwei Mädchen, die in einem Wäldchen nahe ihrer Wohnsiedlung mit einem hammerartigen Werkzeug erschlagen wurden, wurde ein 34-jähriger Mann der Tat verdächtigt, der sich wegen einer chronischen Schizophrenie als Langzeitpatient in stationärer Behandlung in der offenen Abteilung einer psychiatrischen Anstalt befand und seine Tage damit verbrachte, durch die umgebenden Wälder zu streunen. Dieser Mann hatte bisher keine Vorstrafen vorzuweisen, war aber wiederholt aufgefallen wegen Belästigung von Frauen und Mädchen auf den Spazierwegen, exhibitionistischen Handlungen sowie verbalen und handgreiflichen Aggressionen gegen seinen Vater und gegen Pfleger der Anstalt. Er sammelte Messer und andere Werkzeuge, die er zu seiner Verteidigung auch auf seinen Streifzügen durch die Wälder mit sich führte. Dort hatte er auch an verschiedenen Stellen Verstecke eingerichtet, in denen er seine Habe, wie Kleidung und Werkzeug versteckte. Nach der Tat geriet er in Verdacht, da er von verschiedenen Personen zur kritischen Zeit in der Nähe des Tatortes gesehen worden war. Da er sich aber bekannterweise tagtäglich in diesem Bereich aufhielt, war dies wenig aussagekräftig. Er selbst leugnete die Täterschaft. Das eigentliche Tatwerkzeug wurde nicht gefunden und konnte somit auch nicht ihm zugeordnet werden. Faserspuren, die an der Kleidung der toten Kinder gefunden wurden, konnten eindeutig einem Pullover zugeordnet werden, der ihm gehört hatte, und den er an einem Platz im Wald versteckt hatte. Jedoch konnte nicht festgestellt werden, ob er ihn in letzter Zeit noch getragen hatte. Auch andere Personen hätten Zugriff zu diesem Pullover gehabt und ihn benutzen können. Auch können Fasern dieses Pullovers schon vorher durch den Tatverdächtigen im Wald verteilt worden sein, wo sie dann beim Spiel von den Kindern direkt oder auch vom Täter aufgenommen wurden. In diesem Fall hätten die Fasern keinerlei Bedeutung für das Tatgeschehen. Hinzu kommt, daß weder an diesem Pullover, noch an anderer Kleidung des Beschuldigten oder an seinem Körper Blut- oder Gewebespuren der Opfer nachgewiesen werden konnten. Nach der Art des Verbrechens mit seiner heftigen Gewalteinwirkung und den zahlreich ausgeführten Schlägen, wie sie aus den Verletzungen abzulesen ist, wäre eine Kontamination des Täters mit Blut und Geweberesten sicher zu erwarten gewesen. Da der Tatverdächtige aber in einem sehr ungepflegten Zustand festgenommen wurde, sodaß eine vorausgegangene gründliche Reinigung, die entsprechende Spuren hätte beseitigen können, nicht stattgefunden haben kann, ist diese Tatsache für ihn eher entlastend. Außerdem war er am entsprechenden Tag auf einem vom Tatort wegführenden Weg von einem anderen Spaziergänger gesehen worden, der kein Blut oder andere Auffälligkeiten am Beschuldigten bemerkte. In diesem Fall können also alle gegen den Beschuldigten sprechenden Indizien zu seiner Entlastung umgekehrt werden. Das Urteil lautet auf Freispruch aus Mangel an Beweisen.

So zeigt sich, daß der Rechtsmedizin eine Menge an differenzierten Untersuchungsmethoden zur Verfügung steht, mit deren Hilfe die Unterscheidung zwischen natürlichem und nicht-natürlichem Tod sowie zwischen Unfall, Suizid und Fremdtötung oder auch die Rekonstruktion eines Geschehens und die Identifizierung eines Täters in vielen Fällen sicher durchgeführt werden können. Wichtig ist dabei, daß man keine voreiligen Schlüsse zieht, sondern zunächst alle Möglichkeiten in Betracht zieht, um keine wichtigen Hinweise zu übersehen und die notwendigen und richtigen Untersuchungen durchzuführen. Die endgültige Entscheidung verbleibt schließlich beim Gericht.

5 Schlußfolgerungen

Nach den Ergebnissen unserer Untersuchung sind die Kinder und Jugendlichen zwischen sechs und 16 Jahren, sowohl Jungen als auch Mädchen, am stärksten durch den Unfalltod gefährdet. An erster Stelle standen die Verkehrsunfälle, die fast immer schwere Kopfverletzungen hervorriefen. Das Tragen von Schutzhelmen hätte vielleicht einigen dieser Kinder das Leben retten können. Ein Drittel der tödlichen Unfälle ereignete sich im Wasser. Die meisten dieser Kinder konnten nicht schwimmen, außerdem fehlte in vielen Fällen eine erwachsene Aufsichtsperson.

Einen Suizid begehen eher Jungen als Mädchen, am häufigsten durch Strangulation. Dabei beruht die Motivation im größten Teil der Fälle auf familiären Problemen.

Mädchen dagegen fallen häufiger einer Fremdtötung zum Opfer. In den meisten Fällen bestand keine familiäre Beziehung zwischen Opfer und Täter. 41% aller Fremdtötungsfälle erfolgten aus sexueller Motivation. Tatort waren hier häufig Wälder und Grünanlagen. Die häufigste Todesursache war die durch unterschiedliche Formen von Gewalteinwirkung hervorgerufene Asphyxie. Bei sechs der zehn ermittelten Sexualstraftäter (60%) handelt es sich um Personen, die schon in der Vorgeschichte straffällig wurden bzw. massiv verhaltensauffällig gewesen sind. Fünf dieser sechs Personen waren durch wiederholte sexuelle Übergriffe auf Kinder oder Frauen aufgefallen, was eine Überdenkung unserer Rechtsprechung und der Handhabung des Strafvollzugs nahe legt.

Insgesamt zeigt sich die große Bedeutung der Leichenöffnung und anderer Untersuchungen aus dem Bereich der Rechtsmedizin für die sichere Unterscheidung zwischen Natürlichem und Nicht-natürlichem Tod sowie für die Abgrenzung von Unfall, Suizid und Fremdtötung gegeneinander und die Rekonstruktion des Geschehensablaufs.

6 Literaturverzeichnis

- [1] Adelson L (1961) Slaughter of the innocents. A study of forty-six homicides in which the victims were children.
N Engl J Med 264: 1345-1349
- [2] Allahbadia GN (2002) The 50 million missing women.
J Assist Reprod Genet 19 (9): 411-416
- [3] Al-Ragheb SYA, Salhab AS (1989) Pesticide Mortality. A Jordanian Experience.
Am J Forensic Med Pathol 10(3): 221-225
- [4] Althoff H (1973) Der plötzliche und unerwartete Tod von Säuglingen und Kleinkindern.
Veröffentlichungen aus der morphologischen Pathologie. Fischer, Stuttgart, Bd 91, S 5
- [5] Anderson CA, Bushman BJ, Groom RW (1997) Hot years and serious and deadly assault: empirical tests of the heat hypothesis.
J Pers Soc Psychol 73 (6): 1213-1223
- [6] Baker SP, et al. (1974) The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care.
J Trauma 14: 187-196
- [7] Baker SP, O'Neil B (1976) The injury severity score: an update.
J Trauma 16: 882-885
- [8] Ballham A, et al. (1985) A study of bicycle accidents.
Injury 16: 405-408
- [9] Bartsch C, Riße M, Nagelmeier I-E, Weiler G (2004) Todesfälle im Vorschul- und Schulalter – eine retrospektive Analyse aus rechtsmedizinischer Sicht.
Arch Krim 214: 30-36
- [10] Bauer G (1969) Jürgen Bartsch. Ein Bericht über den vierfachen Knabenmörder.
Arch Krim 144: 61-91
- [11] Bauer G (1969) Morde durch Kinder und Jugendliche.
In: Verlagsanstalt Deutsche Polizei (Hrsg) Taschenbuch für Kriminalisten, Bd 19. VDP, Hilden, ref. in: Bauer G (1969) Jürgen Bartsch. Ein Bericht über den vierfachen Knabenmörder.
Arch Krim 144: 61-91
- [12] Beaver BL, Moore VL, Peciet M, Haller JA Jr., Smialek J, Hill JL (1990) Characteristics of pediatric firearm fatalities.
J Pediat Surg 25: 97-100
- [13] Berger M (1991) Sexuelle Mißhandlung in der Familie.
Öff Gesundh-Wes 53: 498-502
- [14] Berner W, Karlick-Bolten E (1986) Verlaufsformen der Sexualkriminalität.
Enke, Stuttgart, S 39-43
- [15] Bernhardt H (1993) "Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen". Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde.
Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 42: 240-248
- [16] Blackwell CC et al. (2004) Ethnicity, infection and sudden infant death syndrome.
FEMS Immunol Med Microbiol 42 (1): 53-65
- [17] Blanchard R, Hucker BJ (1991) Age, transvestism, bondage and concurrent paraphilia activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia.
Br J Psychiatry 169: 371-377
- [18] Bühring P (2006) Pädophilie-Prävention: Zum Schutz der Kinder.
Dt Ärztebl 2006; 103: A-1572 (Heft 23)
- [19] Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland.
Wiesbaden: Berichtsjahr 2002
- [20] Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland.

Wiesbaden: Berichtsjahr 2005

- [21] Byard RW et al. (1999) Murder-suicides involving children : a 29-year study.
Am J Forensic Med Pathol 20 (4): 323-327
- [22] CDC. MMWR (1995) Suicide among children, adolescents and young adults – United States, 1980-1992
J A M A 274: 451-452
- [23] Chan CL, Yip PS, Ng EH, Ho PC, Chan CH, Au JS (2002) Gender selection in China: its meanings and implications.
J Assist Reprod Genet 19 (9): 426-430
- [24] Charron WC (1975) Death: A philosophical perspective on the legal definitions.
Washington Law Quarterly 979: 1004
- [25] Choi E, Donoghue ER, Lifschultz BD (1994) Deaths due to firearms injuries in children.
J Forensic Sciences 39 (3): 685-692
- [26] Christoffel KK (1991) Toward reducing pediatric injuries from firearms: charting a legislative and regulatory course.
J Pediat 88: 294-305
- [27] Cooke CT, Cadden GA, Hilton JMN (1989) Hanging deaths in children.
Am J Forensic Med Pathol 10 (2): 98-104
- [28] Cooke CT, Cadden GA, Hilton JMN (1988) Unusual hanging deaths.
Am J Forensic Med Pathol 9 (4): 277-282
- [29] Copeland AR (1986) Accidental childhood deaths: the Metropolitan Dade County experience, 1978-1982.
Am J Forensic Med Pathol 7: 100-103
- [30] Courtney J, Rose J, Mason O (2006) The offence process of sex offenders with intellectual disabilities: a qualitative study.
Sexual abuse 18 (2): 169-191
- [31] Cremer U (1988) Kindestötung als Folge mehrzeitiger, ungewöhnlicher elterlicher Mißhandlungen.
Arch f Krim 181: 19-25
- [32] Dankwarth G, Püschel K (1991) Suizide im Kindesalter.
Hautnah Pädiatrie 3/1: 10-14
- [33] Deming JE, Mittleman RE, Wetli CV (1983) Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women.
J Forensic Sci 28: 572-576
- [34] Dettling A, Althaus L, Haffner HT (2003) Criteria for homicide and suicide on victims of extended suicide due to sharp force injury.
Forensic Sci Int 134 (2-3): 142-146
- [35] Die Bibel, Einheitsübersetzung, Altes und Neues Testament:
Das Buch Exodus 1,7-22
- [36] Die Bibel, Einheitsübersetzung, Altes und Neues Testament:
Evangelium nach Matthäus 2,1-18
- [37] Dörmann U (1983) Vollendete Tötungsdelikte an Kindern.
Kriminalstatistik 476-477
- [38] Eisele R (1971) Dissimulation eines Strangulationstodes durch Anschnallgurt im Krankenhaus.
Beitr Ger Med 28: 150-154
- [39] Elbel H, Schulte M (1942) Über die Gefährdung des Kindes durch Kinderschutzgürtel.
Dtsch Z ges gerichtl Med 36: 210-216
- [40] Finkel MA (1989) Child sexual abuse: A physician's introduction to historical and medical validation.
JAOA 89 (9): 1143-1149

- [41] Franke KP, Wirth I, Markert K (1984) Zur Bedeutung tödlicher Unfälle bei 0-25-Jährigen. *Ärztl Jugendkunde* 75: 112-119
- [42] Galle P, et al. (1978) Analyse von 366 Verkehrstodesfällen. *Hefte Unfallheilk* 130: 48-51
- [43] Gädeke R (1974) Ursachen, Ökologie, Prophylaxe, Statistik. In: Rehn J (Hrsg) *Unfallverletzungen bei Kindern*. Springer, Berlin, S 1-13
- [44] Goldwater PN (2004) SIDS pathogenesis: pathological findings indicate infection and inflammatory responses are involved. *FEMS Immunol Med Microbiol* 42 (1): 11-20
- [45] Gorski E (1966) Über die Bißverletzung in gerichtsmedizinischer Sicht. Dissertation. Med. Fakultät d. Univ. Düsseldorf
- [46] Gostomyk JG, Rochel M (1973) Befunde bei Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. *Beitr Ger Med* 31: 102-109
- [47] Grellner W, Metzner G (1995) Kindesmißhandlung durch thermische Gewalt. *Arch f Krim* 195: 38-46
- [48] Haapasalo J, Petaja S (1999) Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, childhood abuse and types of killing. *Violence Vict* 14 (3): 219-239
- [49] Haarhoff K (1971) Autoptische Befunde beim Erwürgen und Erdrosseln. *Beitr Ger Med* 28: 137-141
- [50] Heins M, Kahn R, Bjordnal J (1974) Gunshot wounds in children. *Am J Public Health* 64: 326-330
- [51] Hentig H von (1958) Beißen, ein Atavismus des Angriffs und der Abwehr. *Monatsschr Krim* 41 (7): 225
- [52] Herlich J von, Holczabek W, Lachmann D, Zweymüller E (1973) Zur Differentialdiagnose der Kindesmißhandlung. *Beitr Ger Med* 31: 97-101
- [53] Hill A, Habermann N, Berner W, Briken P (2006) Sexual sadism and sadistic personality disorder in sexual homicide. *J Personality Disorders* 20 (6): 671-684
- [54] Hofmann v. Kap-Herr S (1984) Polytrauma. In: Sauer H (Hrsg) *Das verletzte Kind*. Thieme, Stuttgart, S 102-114
- [55] Hohendorf G, Roelcke V, Rotzoll M (1996) Innovation und Vernichtung – Psychiatrische Forschung und „Euthanasie“ an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939-1945. *Nervenarzt* 67 (11): 935-946
- [56] Hopkins DD, Grant-Worley JA, Fleming DW (1995) Fatal and nonfatal suicide attempts among adolescents – Oregon, 1988-1993. *J A M A* 274: 452-453
- [57] Houtrow Th (1930) Über die gerichtlich-medizinische Würdigung von Bißverletzungen durch Mensch und Tier. *Dtsch Z f d ges gerichtl Med* 16: 89
- [58] Hurst J, Ellis M (1977) Fatal accidents to children: implications for prevention. *Med J Aust* 2: 768-770
- [59] Infanticide Act (1922) 12 & 13 Geo.5, Kap.18, ref. in: Kellet RJ (1992) Infanticide and child destruction – the historical, legal and pathological aspects. *Forensic Sci Int* 53: 1-28
- [60] Jacobi G (1986) Schadensmuster schwerer Mißhandlungen mit und ohne Todesfolge. *Monatsschr Kinderheilkd* 134: 307-315
- [61] Jacobizner H (1955) Accidents – A Major Child Health Problem. *J Pediat* 46: 419-436

- [62] Joppich I, Galler M, Zölch G, Hecker WC (1972) Unfälle im ersten Lebensjahr.
In: Rehbein F (Hrsg) Der Unfall im Kindesalter. Hippokrates, Stuttgart, S 114-123
- [63] Keating SM et al. (1990) Sexual assault patterns.
J Forensic Sci Soc 30 (2): 71-88
- [64] Kellet RJ (1992) Infanticide and child destruction – the historical, legal and pathological aspects.
Forensic Sci Int 53: 1-28
- [65] Kessler RC et al. (1988) Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides : A reconsideration.
Am J Psychiatry 145(11): 1379-1383
- [66] Kirksey KM, Holt-Ashley M, Williamson KL, Garza RO (1995) Autoerotic asphyxia in adolescents.
J Emerg Nurs 21: 81-83
- [67] Klages U, et al. (1974) Zur gerichtsmedizinischen Beurteilung von Todesfällen im Säuglings- und Kleinkindesalter.
Z Rechtsmed 74: 253-260
- [68] Kristof ND (1993) China: ultrasound abuse in sex selection.
Womens Health J 4: 16-17
- [69] Kumar TCA, (1995) Gender pre-selection. Prevention or perpetuation of female deaths.
Hum Reprod 10: 1319-1320
- [70] Kunert D (1998) Sexualstraftäter – Strafe und/oder Heilung? Arbeitskreis kritischer Strafvollzug.
Vortrag des Bielefelder Psychotherapeuten Detlev Kunert am 26.05.1998 in Münster
- [71] Liebhardt E von, Tröger HD, Wild C (1978) Die tödliche Kindsmißhandlung im Sektionsgut des Münchner Instituts.
Beitr Ger Med 36: 161-166
- [72] Lifschultz BD, Kirschner RH (1983) Handgun firearm deaths in children.
The Medical Council on Handgun Violence: Update, 3
- [73] Lockemann U, Koops E, Püschel K (1992) Strangulationstodesfälle im Kindesalter.
Beitr Ger Med 50: 13-20
- [74] Lockemann U, Püschel K (1992) Todesfälle durch Strangulation im Kindesalter. Eine Auswertung des Hamburger Sektionsgutes.
Kriminalistik 7: 459-462
- [75] Madea B, v. Michalk D, Lignitz E (1994) Verhungern infolge Kindesvernachlässigung.
Arch f Krim 194: 29-38
- [76] Mallach HJ (1962) Über einen ungewöhnlichen Strangulationsmechanismus im Kindesalter.
Beitr Ger Med 22: 213-218
- [77] Marks MN, Kumar R (1993) Infanticide in England and Wales.
Med Sci Law 33 (4): 329-339
- [78] Marleau JD, Laporte L (1999) Gender of victims and motivation of filicidal parents: is there a relationship?
Can J Psychiatry 44 (9): 924-925
- [79] Marleau JD et al. (1995) Homicide d'enfant commis par la mère.
Can J Psychiatry 40 (3) : 142-149
- [80] Merten M (2003) Sexuelle Gewalt: Strafrechtlichen Schutz stärken.
Dt Ärztebl 2003; 100: A-2612 (Heft 41)
- [81] Meyer JE (1988) „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933.
Nervenarzt 59: 85-91

- [82] Milroy CM (1993) Homicide followed by suicide (Dyadic death) in Yorkshire and Humberside.
Med Sci Law 33: 167-171
- [83] Mojumdar M (1990) The girl child and the family.
Yojana 34 (16): 13-14
- [84] Montag BA, Montag TW (1979) Infanticide – A historical perspective.
Minn Med 62: 368-372
- [85] Montomoli C et al. (2004) Mortality due to sudden infant death syndrome in Northern Italy, 1990-2000: a baseline for the assessment of prevention campaigns.
Paediatr Perinat Epidemiol 18 (5): 336-343
- [86] Nedoschill J, Castell R (2001) “Kindereuthanasie” während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken.
Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 50 (3): 192-210
- [87] Nixon J, Pearn J, Wilkey I (1981) Death during play: a study of playground and recreation deaths in children.
Br Med J 283: 410
- [88] Nowara S, Leygraf N (1998) Therapiemaßnahmen bei Sexualstraftätern.
Dt Ärztebl 1998; 95: A-88-90 (Heft 3)
- [89] Ottoson A (1985) Aspiration and obstructed airways as the cause of death in 158 consecutive traffic fatalities.
J Trauma 25: 538-540
- [90] Padosch SA, Passinger C, Schmidt PH, Madea B (2003) Analyse der Tötungsdelikte 1989-1999 im Versorgungsgebiet des Bonner Institutes für Rechtsmedizin unter Berücksichtigung ausgewählter Aspekte.
Arch Kriminol 211 (5-6): 147-159
- [91] Paulson JA, Rushforth NB (1986) Violent death in children in a metropolitan county: changing patterns of homicide, 1958 to 1982.
J Pediat 78: 1013-1020
- [92] Philipps DP, Paight DJ (1987) The impact of television movies about suicide. A replicate study.
N Engl J Med 317: 809-811
- [93] Pilaszanovich I, Pintèr A, Rubecz I, Kustos G (1972) Unfallgefährdung der Säuglinge: Analyse und Verhütung.
In: Rehbein F (Hrsg) Der Unfall im Kindesalter. Hippokrates, Stuttgart, S 56-65
- [94] Prinz H (1991) Selbsttötungen.
Die neue Polizei 9/91, 45: 479-487
- [95] Püschel K, Holtz W, Hildebrand E, Naeve W, Brinkmann B (1984) Erhängen: Suizid oder Tötungsdelikt?
Arch Krim 174: 141-153
- [96] Püschel K (1986) Formen der Kindesmißhandlung unter forensischen Aspekten.
Monatsschr Kinderheilkd 134: 302-306
- [97] Rauch E, Graw M (2003) Rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch.
Gynäkologie 2003; 36: 18-24
- [98] Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U (2004) Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation.
Dt Ärztebl 2004; 101: A-2682-2688 (Heft 40)
- [99] Renschmidt H (1993) Zyklen der Gewalt: Kinder, die schlagen und die geschlagen werden.
Sozialpädiatrie 15: 653-656, 726-730

- [100] Riße M, Püschel K, Lignitz E (1995) Tödliche Gewalt von Jugendlichen an Kindern – Sexuelle Motivation im Vordergrund.
Arch Krim 195: 3-8
- [101] Riße M, Lignitz E, Püschel K, Geserick G (1993) Tötung von Kindern durch Kinder und Jugendliche – ein seltenes Delikt.
Arch Krim 191: 129-138
- [102] Riße M, Püschel K (1991) Differentialdiagnostische Aspekte des „Plötzlichen Kindstodes“.
Hautnah Pädiatrie 5/1991: 16-29
- [103] Romain N et al. (2003) Childhood homicide : a 1990-2000 retrospective study at the Institute of Legal Medicine in Lausanne, Switzerland.
Med Sci Law 43 (3): 203-206
- [104] Saturnus K-S, Dotzauer G (1979) Strangulationstod von Säuglingen.
Arch f Krim 164: 17-24
- [105] Schäfer AT, Erkrath KD, Riße M (1992) Kindesmißhandlung mit Todesfolge im Essener Sektionsgut.
Arch Kriminologie 190: 141-150
- [106] Schärli AF (1984) Akutes Schädel-Hirn-Trauma.
In: Sauer H (Hrsg) Das verletzte Kind. Thieme, Stuttgart, S 214-239
- [107] Schickedanz H (1977) Das SHT im Kindesalter.
Veröffentlichung der Friedrich Schiller Universität Jena (2 Bände), ref. in: Schmitz M, Dallek M, Meenen N, Püschel K, Jungbluth KH (1989) Die tödliche Verletzung im Kindesalter. Analyse von 160 Sektionen.
Unfallchirurgie 15: 174-179
- [108] Schmidt P, Graß H, Madea B (1996) Child homicide in Cologne (1985-94).
Forensic Sci Int 79: 131-144
- [109] Schmidt GG, et al. (1983) Retrospektive Untersuchung von 385 tödlichen Fußgängerunfällen.
Beitr gerichtl Med 41: 233-238
- [110] Schmidtke A, Häfner H (1986) Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle.
Nervenarzt 57: 502-510
- [111] Schmitz M, Dallek M, Meenen N, Püschel K, Jungbluth KH (1989) Die tödliche Verletzung im Kindesalter. Analyse von 160 Sektionen.
Unfallchirurgie 15: 174-179
- [112] Schreiber G et al. (1997) Photoperiodicity and annual rhythms of wars and violent crimes.
Med Hypotheses 48 (1): 89-96
- [113] Schwarz F (1956) Tödliche Unfälle im Kindesalter.
Z Präventivmed 45: 193-218
- [114] Sheehan W, Garfinkel BD (1988) Case study adolescent autoerotic deaths.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27(3): 367-370
- [115] Silva S de, Oates RK (1993) Child homicide – the extreme of child abuse.
Med J Aust 158: 300-301
- [116] Stöver B (1986) Radiologische Diagnostik des Battered-Child-Syndroms.
Monatsschr Kinderheilkd 134: 322-327
- [117] Tenbrink U (1999) Rechtsmedizinische und kriminologische Aspekte nicht-natürlicher Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern unter besonderer Berücksichtigung der Kindesmißhandlungen aus dem Sektionsgut des Instituts für Rechtsmedizin Münster für den Zeitraum 1982-1992, Dissertationsschrift
- [118] Toro K, Meszaros R, Meszaros A, Csukas Z (2004) Change in immunisation schedule and sudden infant death syndrome in Hungary.

- FEMS Immunol Med Microbiol 42 (1): 119-124
- [119] Trube-Becker E (1968) Zur Tötung von Kleinkindern durch Nahrungsentzug.
Dt Zeitschr f Ger Med 64: 93-101
- [120] Tutsch-Bauer E, Rauch E, Penning R (1998) Rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch.
Dtsch Ärztebl 1998; 95: A- 1027-1032 (Heft 17)
- [121] Urbaniok F, Rosegger A, Endrass J (2006) Can high-risk offenders be reliably identified? A follow-up study on dangerous offenders in Switzerland released from prison for legal reasons.
Swiss medical weekly 136 (47-48): 761-768
- [122] Valentine J, et al. (1984) Gunshot injuries in children.
J Trauma 24: 952-956
- [123] Vanamo T et al. (2001) Intra-familial child homicide in Finland 1970-1994 : incidence, causes of death and demographic characteristics.
Forensic Sci Int 117(3): 199-204
- [124] Vege A, Ole Rognum T (2004) Sudden infant death syndrome, infection and inflammatory responses.
FEMS Immunol Med Microbiol 42 (1): 3-10
- [125] Waller AE, Marshall SW (1993) Childhood thermal injuries in New Zealand resulting in death and hospitalization.
Burns 19 (5): 371-376
- [126] Walter B (2001) Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945)
Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 50: 211-227
- [127] West DJ (1965) Murder followed by suicide.
Heinemann, London, ref. in: Milroy CM (1993) Homicide followed by suicide (Dyadic death) in Yorkshire and Humberside.
Med Sci Law 33: 167-171
- [128] Wilske J, Eisenmenger W (1991) Unnatürliche Todesursachen bei Kindern.
Öff Gesundh –Wes 53: 490-497
- [129] Wintemute GJ (1987) Firearms as a cause of death in the United States, 1920-1982.
J Trauma 27: 532-536

Danksagung

Zu aller erst möchte ich mich bei Herrn PD Dr. med. Bernd Karger für seine unendliche Geduld und die gute Betreuung bedanken! Trotz etlicher Verzögerungen durfte ich mit meiner Arbeit fortfahren.

Herrn Prof. em. Dr. med. Dr. h.c. Bernd Brinkmann danke ich für das Stellen des Themas, und Frau Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer danke ich dafür, daß sie mich die Arbeit zu Ende bringen ließ.

Auch Iris Rosin aus dem Sekretariat hat mich stets mit praktischer Hilfe und guter Laune tatkräftig unterstützt. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken!

Großer Dank gebührt meiner Mutter, die diese Seiten immer wieder Korrektur gelesen hat, sowie meinem Bruder Martin für die technische Unterstützung und die Rettung aus diversen Notlagen.

Meinem Vater danke ich für die kreative Unterstützung und die anregenden Diskussionen.

Mein besonderer Dank gilt Volker, der mich immer wieder angespornt und aufgebaut hat, aber auch mit unzähligen schönen Stunden für Ablenkung und Erholung sorgte.

Anhang

1 Abbildungsverzeichnis

1.1 Tabellen

Tab. 1	Zeitliche Verteilung der Todesfälle auf die Jahre 1985-2004
Tab. 2	Altersverteilung nach Geschlecht
Tab. 3	Altersverteilung auf die Todesarten
Tab. 4	Unfallarten - Altersverteilung
Tab. 5	Tod im Wasser - Altersverteilung
Tab. 6	Unfall zu Hause - Altersverteilung
Tab. 7	Unfallarten - Geschlechtsverteilung
Tab. 8	Tod im Wasser - Geschlechtsverteilung
Tab. 9	Unfall zu Hause - Geschlechtsverteilung
Tab. 10	Zeitliche Verteilung der Unfälle auf die Jahre 1985-2004
Tab. 11	Verteilung der Unfälle auf die Jahreszeiten
Tab. 12	Verteilung der Unfälle auf die Wochentage
Tab. 13	Verteilung der Unfälle auf die Tageszeiten
Tab. 14	Schädelhirntrauma beim Verkehrsunfall
Tab. 15	Suizid - Beziehung von Tötungsform und Alter
Tab. 16	Suizid - Beziehung von Tötungsform und Geschlecht
Tab. 17	Verteilung der Suizide auf die Jahreszeiten
Tab. 18	Verteilung der Suizide auf die Wochentage
Tab. 19	Verteilung der Suizide auf die Tageszeiten
Tab. 20	Fremdtötung - Altersverteilung der Opfer
Tab. 21	Fremdtötung - Geschlechtsverteilung der Opfer
Tab. 22	Verteilung der Fremdtötungen auf die Jahreszeiten
Tab. 23	Verteilung der Fremdtötungen auf die Tageszeiten
Tab. 24	Fremdtötung - Räumliche Verteilung
Tab. 25	Fremdtötung - Todesursachen
Tab. 26	Fremdtötung - Art der Gewalteinwirkung
Tab. 27	Fremdtötung – Motiv
Tab. 28	Altersverteilung der Täter
Tab. 29	Geschlechtsverteilung der Täter

1.2 Diagramme

Diagr. 1	Todesarten
Diagr. 2	Verteilung der Opfer auf die Todesarten nach Geschlecht
Diagr. 3	Unfallarten
Diagr. 4	Zweihöhlenverletzungen
Diagr. 5	Dreihöhlenverletzungen
Diagr. 6	CO-Tödlichkeitsgrenze

1.3 Sonstige Abbildungen

Abb. 1	Organverletzungen - Verkehrsunfall
Abb. 2	Knöchelverletzungen - Verkehrsunfall
Abb. 3	Knöchelverletzungen – Suizid (SHT und Polytrauma)
Abb. 4	Organverletzungen - Suizid (SHT und Polytrauma)
Abb. 5	Auszug aus dem Poesiealbum
Abb. 6	Abschiedskarte des siebenjährigen Suizidopfers an die Eltern
Abb. 7	Organverletzungen - Fremdtötung
Abb. 8	Knöchelverletzungen - Fremdtötung

2 Tabellen

Tabelle 1: Zeitliche Verteilung der Todesfälle auf die Jahre 1985 bis 2004

	Unfall	Suizid	Fremdtötung	Gesamt
1985	6	2	1	9
1986	3	0	3	6
1987	3	2	3	8
1988	4	2	0	6
1989	6	2	2	10
1990	7	2	2	11
1991	3	0	0	3
1992	5	1	0	6
1993	1	1	2	4
1994	4	2	3	9
1995	3	1	0	4
1996	5	3	2	10
1997	12	0	4	16
1998	3	2	2	7
1999	6	2	0	8
2000	1	2	0	3
2001	7	1	3	11
2002	4	1	0	5
2003	2	3	0	5
2004	3	2	0	5
Gesamt	88	31	27	146
%	60	21	19	100

Tabelle 2: Altersverteilung nach Geschlecht

Alter	männlich	weiblich	gesamt	% aller Fälle
6-8 Jahre	17	13	30	21
9-12 Jahre	20	18	38	26
13-16 Jahre	47	31	78	53

Tabelle 3: Altersverteilung auf die Todesarten

Alter	Unfall	Suizid	Fremdtötung	gesamt	% aller Fälle
6-8 Jahre	23	1	6	30	21
9-12 Jahre	25	3	10	38	26
13-16 Jahre	40	27	11	78	53

Tabelle 4: Unfallarten - Altersverteilung

Alter	Unfallart			
	Verkehrsunfall	Tod im Wasser	Unfall zu Hause	Unfall im Freien
6-8 Jahre	7	12	3	1
9-12 Jahre	10	6	5	4
13-16 Jahre	17	8	11	4
gesamt	34	26	19	9
%	39	29	22	10

Tabelle 5: Tod im Wasser - Altersverteilung

Alter	A. Ertrinken		B. Badetod / sekundäres Ertrinken		
	Schwimmunfall	Spielunfall	Bewußtlosigkeit durch CO- Intoxikation	Bewußtlosigkeit nach vorausgegangener Hyperventilation	Reflextod
6-8 Jahre	10	2	0	0	0
9-12 Jahre	5	0	0	1	0
13-16 Jahre	4	1	3	0	0
gesamt	19	3	3	1	0
%	73	12	12	3	0

Tabelle 6: Unfall zu Hause - Altersverteilung

Alter	Autoerotischer Unfall	Stromunfall	Ersticken	Bolustod	Wohnungsbrand / CO-Intoxikation	Intoxikation	Verbluten
6-8 Jahre	0	0	1	1	1	0	0
9-12 Jahre	2	2	0	0	1	0	0
13-16 Jahre	2	0	1	0	2	5	1
gesamt	4	2	2	1	4	5	1

Tabelle 7: Unfallarten - Geschlechtsverteilung

Geschlecht	Unfallart				Gesamt
	Verkehrsunfall	Tod im Wasser	Unfall zu Hause	Unfall im Freien	
M	19	18	12	5	54
W	15	8	7	4	34
gesamt	34	26	19	9	88

Tabelle 8: Tod im Wasser - Geschlechtsverteilung

Geschlecht	A. Ertrinken		B. Badetod / sekundäres Ertrinken			Gesamt
	Schwimmunfall	Spielunfall	Bewußtlosigkeit durch CO- Intoxikation	Bewußtlosigkeit nach voraus- gegangener Hyper- ventilation	Reflexod	
M	14	3	0	1	0	18
W	5	0	3	0	0	8
gesamt	19	3	3	1	0	26

Tabelle 9: Unfall zu Hause - Geschlechtsverteilung

Geschlecht	Autoerotischer Unfall	Stromunfall	Ersticken	Bolustod	Wohnungsbrand / CO-Intoxikation	Intoxikation	Verbluten
M	4	2	1	0	2	2	1
W	0	0	1	1	2	3	0
gesamt	4	2	2	1	4	5	1

Tabelle 10: Zeitliche Verteilung der Unfälle auf die Jahre 1985-2004

	Verkehrsunfall	Tod im Wasser	Unfall zu Hause	Unfall im Freien	gesamt
1985	2	2	1	1	6
1986	2	0	1	0	3
1987	2	0	0	1	3
1988	1	1	2	0	4
1989	1	5	0	0	6
1990	0	4	2	1	7
1991	1	2	0	0	3
1992	2	0	3	0	5
1993	0	0	0	1	1
1994	0	3	1	0	4
1995	1	1	1	0	3
1996	3	0	1	1	5
1997	6	3	2	1	12
1998	1	1	1	0	3
1999	2	1	3	0	6
2000	1	0	0	0	1
2001	5	1	1	0	7
2002	1	1	0	2	4
2003	1	1	0	0	2
2004	2	0	0	1	3
gesamt	34	26	19	9	88

Tabelle 11: Verteilung der Unfälle auf die Jahreszeiten

	Verkehrsunfall	Tod im Wasser	Unfall zu Hause	Unfall im Freien	gesamt
S April	2	4	1	1	
O Mai	3	2	1	2	
M Juni	5	2	1	1	
M Juli	1	5	2	1	
E August	2	6	0	0	
R September	1	0	0	1	
	14	19	5	6	44
W Oktober	3	1	1	0	
I November	5	1	3	1	
N Dezember	7	2	3	0	
T Januar	0	0	3	1	
E Februar	3	1	1	1	
R März	2	2	3	0	
	20	7	14	3	44

Tabelle 12: Verteilung der Unfälle auf die Wochentage

	Mo - Fr	Sa, So, Feiertage	gesamt
Verkehrsunfall	22	12	34
Tod im Wasser	17	9	26
Unfall zu Hause	11	8	19
Unfall im Freien	3	6	9
gesamt	53	35	88
%	60%	40%	100%

Tabelle 13: Verteilung der Unfälle auf die Tageszeiten

	Morgen+Mittag	Nachmittag	Abend+Nacht	gesamt
Verkehrsunfall	8	14	12	34
Tod im Wasser	7	13	5	25
Unfall zu Hause	4	4	10	18
Unfall im Freien	0	5	3	8
gesamt	19	36	30	85
%	22%	43%	35%	100%

Tabelle 14: Schädelhirntrauma beim Verkehrsunfall

	Frakturen	Blutungen i.B. der Hirnhäute	Contusio cerebri	Blutungen im Hirngewebe	Hirngewebs- Quetschung und - Zerreißung	Verletzung von HWS und Halsmark
Häufigkeit	26	14	16	14	9	11
% der Fälle	76%	41%	47%	41%	27%	32%

Tabelle 15: Suizid - Beziehung von Tötungsform und Alter

Alter	Strangulation	Sturz	Intoxikation	Überfahung	Schuß	Verbrennung	gesamt
6-8 Jahre	1	0	0	0	0	0	1
9-12 Jahre	2	1	0	0	0	0	3
13-16 Jahre	9	7	5	4	1	1	27
gesamt	12	8	5	4	1	1	31

Tabelle 16: Suizid - Beziehung von Tötungsform und Geschlecht

Geschlecht	Strangulation	Sturz	Intoxikation	Überfahung	Schuß	Verbrennung	gesamt
M	9	6	2	2	1	1	21
W	3	2	3	2	0	0	10
gesamt	12	8	5	4	1	1	31

Tabelle 17: Verteilung der Suizide auf die Jahreszeiten

	Strangulation	Sturz	Intoxikation	Überfahung	Schuß	Verbrennung	gesamt
S April	1	0	1	0	1	0	3
O Mai	2	1	0	0	0	0	3
M Juni	0	0	0	0	0	0	0
M Juli	2	0	0	0	0	0	2
E August	0	2	1	0	0	0	3
R September	0	0	0	1	0	0	1
	5	3	2	1	1	0	12
W Oktober	0	0	0	1	0	0	1
I November	2	2	0	0	0	0	4
N Dezember	2	0	1	0	0	0	3
T Januar	1	1	2	2	0	0	6
E Februar	1	0	0	0	0	0	1
R März	1	2	0	0	0	1	4
	7	5	3	3	0	1	19

Tabelle 18: Verteilung der Suizide auf die Wochentage

	Mo - Fr	Sa, So, Feiertage
Strangulation	5	7
Sturz	7	1
Intoxikation	5	0
Überfahung	3	1
Schuß	0	1
Verbrennung	1	0
gesamt	21	10
%	68%	32%

Tabelle 19: Verteilung der Suizide auf die Tageszeiten

	Morgen+Mittag	Nachmittag	Abend+Nacht
Strangulation	1	5	4
Sturz	1	1	5
Intoxikation	0	0	5
Überfahung	0	0	4
Schuß	0	0	1
Verbrennung	0	1	0
gesamt	2	7	19
%	7%	25%	68%

Tabelle 20: Fremdtötung - Altersverteilung der Opfer

	Gewalt-Verbrechen	davon sexuell	Tötungs-Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
6-8 Jahre	2	1	4	0	6
9-12 Jahre	7	3	3	0	10
13-16 Jahre	8	6	2	1	11
gesamt	17	10	9	1	27

Tabelle 21: Fremdtötung - Geschlechtsverteilung der Opfer

	Gewalt-Verbrechen	davon sexuell	Tötungs-Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
Jungen	5	1	4	0	9
Mädchen	12	9	5	1	18
gesamt	17	10	9	1	27

Tabelle 22: Verteilung der Fremdtötungen auf die Jahreszeiten

	Gewalt- Verbrechen	davon sexuell	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
S April	1	1	1	0	2
O Mai	1	1	0	1	2
M Juni	4	2	0	0	4
M Juli	1	1	1	0	2
E August	7	3	0	0	7
R September	2	1	0	0	2
	16	9	2	1	19
W Oktober	1	1	0	0	1
I November	0	0	0	0	0
N Dezember	0	0	1	0	1
T Januar	0	0	1	0	1
E Februar	0	0	1	0	1
R März	0	0	4	0	4
	1	1	7	0	8

Tabelle 23: Verteilung der Fremdtötungen auf die Tageszeiten

	Gewalt- Verbrechen	davon sexuell	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
Morgen+Mittag	1	1	3	0	4
Nachmittag	6	4	3	0	9
Abend+Nacht	10	5	3	1	14

Tabelle 24: Fremdtötung - Räumliche Verteilung

	Gewalt- Verbrechen	davon sexuell	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
Elternhaus	5	0	9	0	14
Wald/Grün- anlagen	9	7	0	1	10
Schwimm- bad	2	2	0	0	2
Disco	1	1	0	0	1
gesamt	17	10	9	1	27

Tabelle 25: Fremdtötung - Todesursachen

Todes- Ursache	Gewalt- Verbrechen	davon sexuell	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
Ersticken	8	8	1	1	10
SHT	3	1	2	0	5
SHT + Ersticken	1	1	0	0	1
Verbluten	0	0	2	0	2
Verbluten + Ersticken	1	1	1	0	2
Intoxikation	4	0	1	0	5
Verbrennen	1	0	0	0	1
SHT + Verbluten	0	0	1	0	1

Tabelle 26: Fremdtötung - Art der Gewalteinwirkung

Gewalt-Einwirkung	Gewalt-Verbrechen	davon sexuell	Tötungs-Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
Drosseln, Würgen	4	4	0	0	4
Ersticken	0	0	1	0	1
stumpfe Gewalt	1	1	0	0	1
scharfe Gewalt	0	0	2	0	2
Kombination stumpfe Gewalt + Asphyxie	2	2	0	0	2
Kombination scharfe Gewalt + Asphyxie	1	1	0	1	2
Kombination scharfe + stumpfe Gewalt	3	1	2	0	5
Kombination Würgen + Ertränken	1	1	0	0	1
Kombination Intoxikation + Ersticken	0	0	1	0	1
Kombination Intoxikation + Hitze	5	0	0	0	5
Schuß	0	0	1	0	1
Kombination stumpfe + scharfe Gewalt + Asphyxie	0	0	2	0	2

Tabelle 27: Fremdtötung - Motiv

Motiv	Gewalt- Verbrechen	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
sexuell	10	1	0	11
Perspektiv- losigkeit	0	7	0	7
Ver- schleierung	0	1	0	1
Geistes- krankheit	2	0	0	2
Rache / Streitigkeiten bzw. Ablenkung	1	0	0	1
Tötung auf Verlangen	0	0	1	1
Eifersucht	4	0	0	4

Tabelle 28: Altersverteilung der Täter

Alter des Täters	Gewalt- Verbrechen	davon sexuell	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
15-20 Jahre	4	3	0	2	6
21-30 Jahre	2	2	3	0	5
31-40 Jahre	3	3	1	0	4
41-50 Jahre	1	1	0	0	1
51-60 Jahre	0	0	2	0	2
61-70 Jahre	0	0	2	0	2

Tabelle 29: Geschlechtsverteilung der Täter

Täter	Gewalt- Verbrechen	davon sexuell	Tötungs- Delikte in der Familie	Tötung auf Verlangen	gesamt
M	10	9	6	1	17
W	0	0	2	1	3

3 Diagramme

Diagramm 1: Todesarten

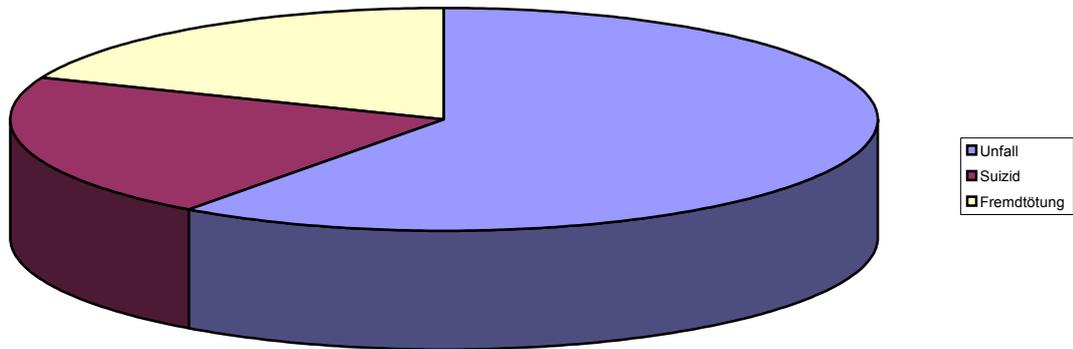


Diagramm 2: Verteilung der Opfer auf die Todesarten nach Geschlecht

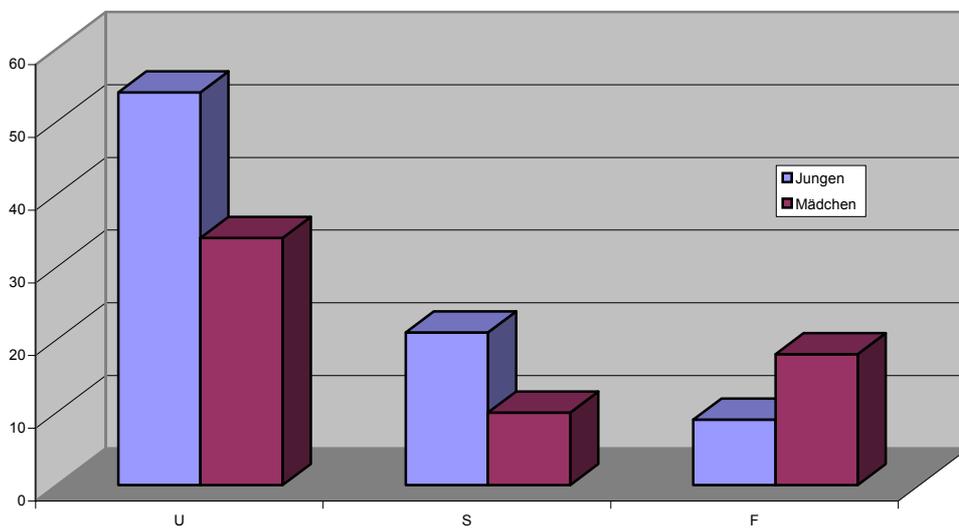


Diagramm 3: Unfallarten

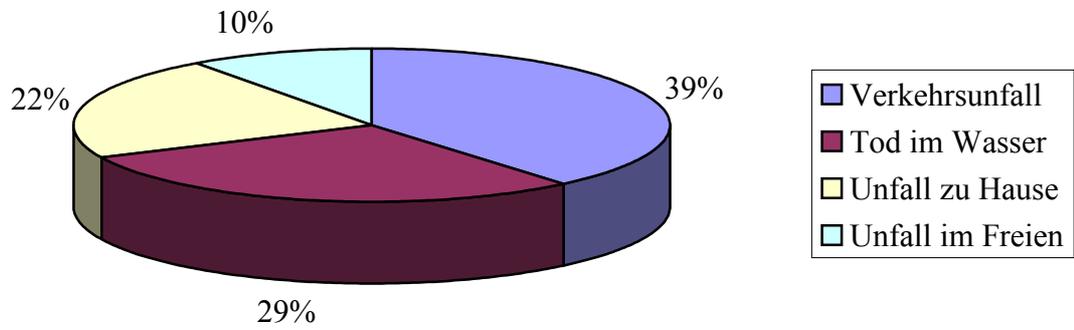


Diagramm 4: Zweihöhlenverletzungen

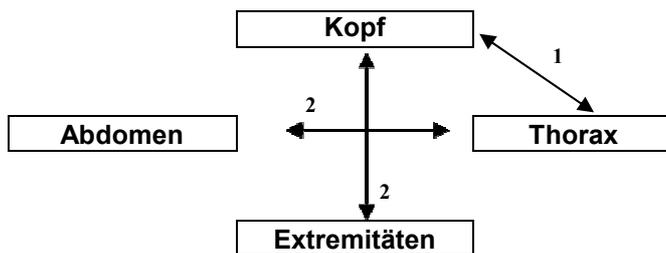


Diagramm 5: Dreihöhlenverletzungen

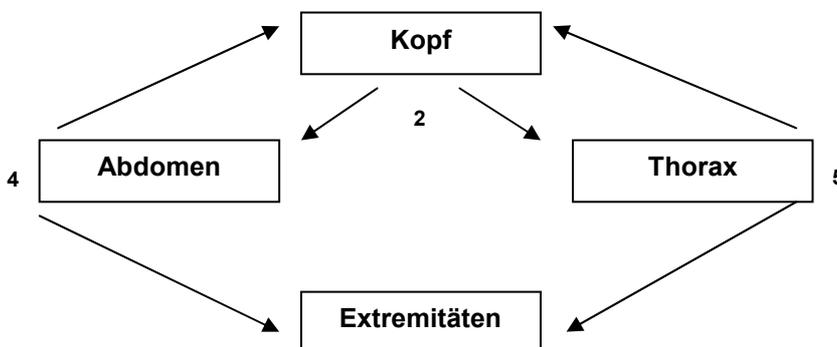
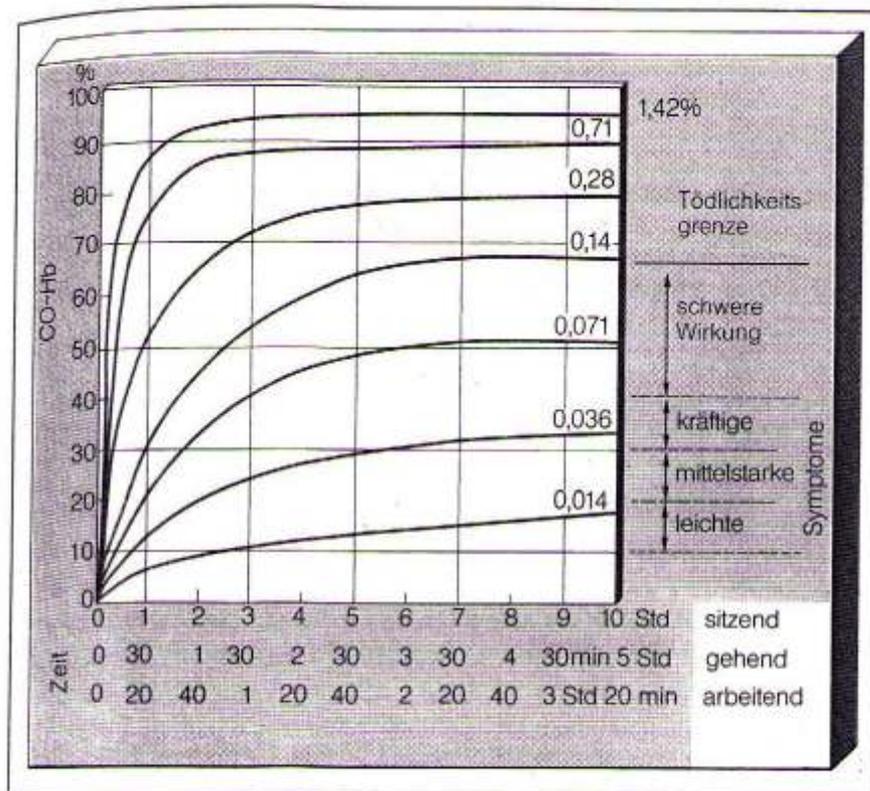


Diagramm 6: Abhängigkeit des CO-Hb-Gehaltes im menschlichen Blut von CO-Konzentration, Zeit und Tätigkeit (nach May, korrigiert von Schwerd)



4 Sonstige Abbildungen

Abbildung 1: Organverletzungen – Verkehrsunfall

SHT	32
Haut	30
Trachea	1
Bronchien	2
Ösophagus	0
Aorta	1
Herz	5
Lungen	15
Zwerchfell	4
Leber	12
Milz	11
Magen	1
Pankreas	0
Darm/Meso	7
Niere	10
Retroperit.	2
Harnblase	0

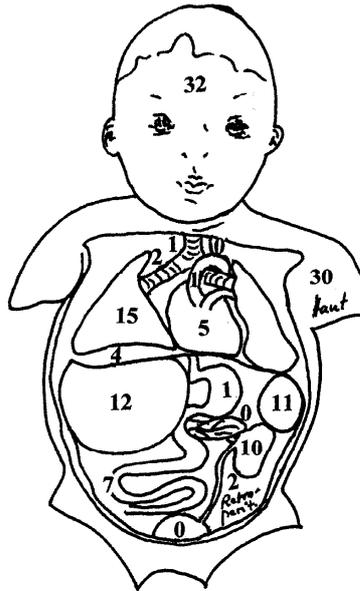


Abbildung 2: Knöcherner Verletzungen – Verkehrsunfall

SHT	26
HWS	3
BWS	4
Rippen	10
OA+Schulter-	
Gürtel	20
UA	4
Becken	11
OS	14
US	10

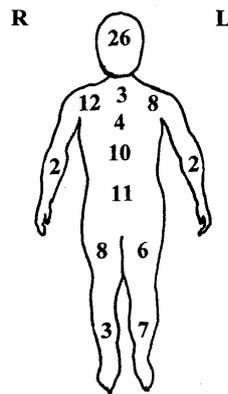


Abbildung 3: Knöcherne Verletzungen – Suizid (SHT und Polytrauma)

SHT	12
HWS	0
BWS	3
Rippen	8
OA+Schulter-	
Gürtel	6
UA	10
LWS	4
Becken	6
OS	7
US	6

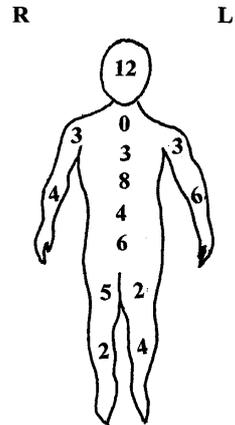


Abbildung 4: Organverletzungen – Suizid (SHT und Polytrauma)

SHT	12
Haut	13
Ösophagus	1
Herz	6
Lungen	10
Zwerchfell	1
Leber	8
Milz	5
Nieren	5
Darm/Meso	4
Retroperit.	3

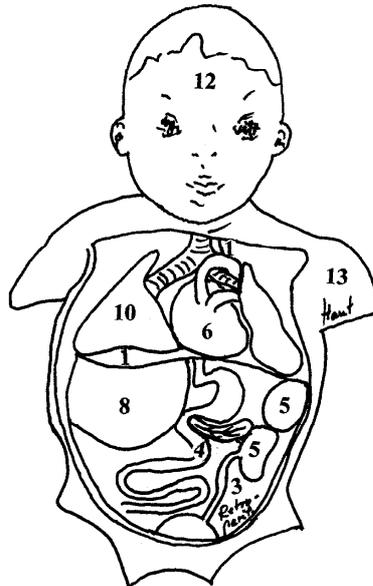


Abbildung 5: Auszug aus dem Poesiealbum

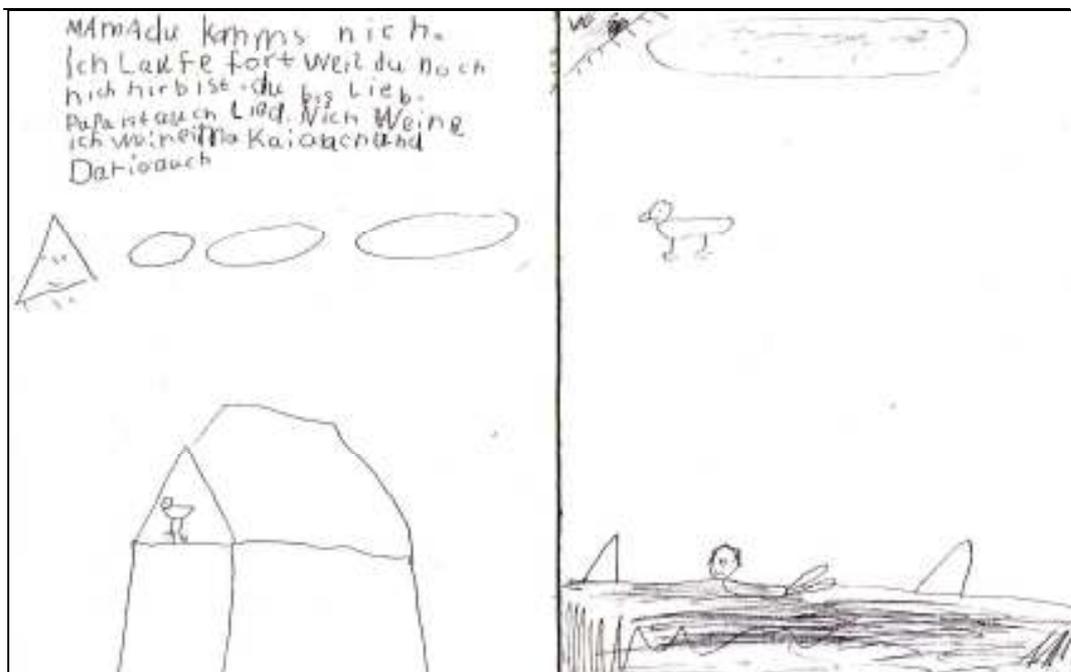


Abbildung 6: Abschiedskarte des siebenjährigen Suizidopfers an die Eltern



Abbildung 7: Organverletzungen - Fremdtötung

SHT	12
Haut/Weich- Teile	25
Gr.Hals- Gefäße	2
Bronchien	1
Herz	3
Lungen	5
Leber	2
Milz	1
Darm	3
Nieren	0
Genitale	3

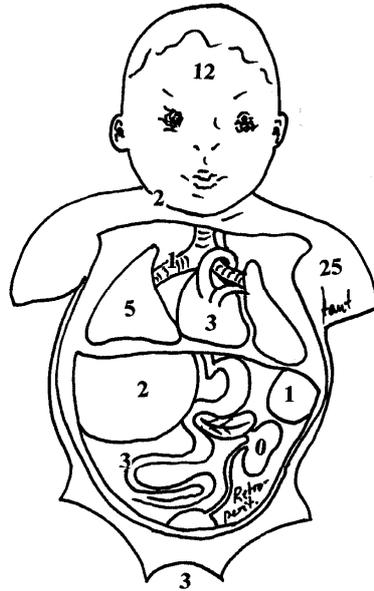


Abbildung 8: Knöcherne Verletzungen - Fremdtötung

SHT	9
HWS	3
Schulter- Gürtel	2
Sternum	1
Rippen	3
OS	2

