

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Bernd Brinkmann

**Tötungen durch Ersticken, Erdrosseln und Erwürgen aus
dem Sektionsgut der Rechtsmedizin Münster 1993-1999**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Brendel, David

aus Mainz

2005

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

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Heribert Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Alfred Du Chesne

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Werner Böcker

Tag der mündlichen Prüfung: 9. November 2005

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Rechtsmedizin
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Bernd Brinkmann
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Alfred Du Chesne
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Werner Böcker

ZUSAMMENFASSUNG

Tötungen durch Ersticken, Erdrosseln und Erwürgen aus dem Sektionsgut der Rechtsmedizin Münster 1993-1999

David Brendel

In vorliegender Arbeit wurden 45 Fremdtötungen durch Erwürgen, Erdrosseln, Ersticken und Ertrinken aus dem Einzugsbereich der Rechtsmedizin Münster aus den Jahren 1993 bis 1999 untersucht, dies waren 19 % aller Homizide. Jeweils 17 Personen wurden erwürgt oder erdrosselt, neun Personen wurden erstickt und zwei Personen ertränkt. Fast die Hälfte der Opfer wurde zwischen 22 Uhr abends und sechs Uhr morgens getötet. Auslöser der Tötungshandlung waren zu 57 % intrafamiliäre Auseinandersetzungen, 37 % der Täter waren mit ihrem Opfer verheiratet. Über 70 % der Opfer waren Frauen, die Mehrzahl von ihnen zwischen 21 und 30 Jahre alt. Ein Drittel der Opfer stand unter Alkoholeinfluß. Die Täter waren in 88 % der Fälle männlichen Geschlechts, meist zwischen 21 und 40 Jahre alt. Sie wiesen überdurchschnittlich häufig ungünstige Sozialisationsbedingungen auf; so wuchsen 64 % von ihnen in einem belastenden Umfeld auf, beispielsweise als Scheidungskind, Waise oder im Heim. 58 % der Täter besuchten die Hauptschule und absolvierten eine Ausbildung. Zum Tatzeitpunkt waren 30 % der Täter arbeitslos. Fast ein Drittel der Täter war vor dem Tötungsdelikt schon einmal strafrechtlich in Erscheinung getreten; über die Hälfte wies seelische Störungen auf, meist in Form von Alkoholabhängigkeit. Bei der Tatausführung waren 35 % der Täter alkoholisiert. Intrafamiliär war das Tatmotiv in 70 % der Fälle Streit oder Eifersucht, extrafamiliär überwogen Raub- und Sexualmorde. Von den Tätern begingen 18 % nach der Tat Suizid bzw. einen Suizidversuch. In der Mehrzahl der Fälle wurde der Täter wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.

Bei erwürgten Opfern waren mit circa 80 % etwas häufiger Petechien im Kopfbereich und Blutungen in die Halsmuskulatur feststellbar als bei Erdrosselten. Petechien der inneren Organe waren bei beiden Tötungsarten dahingegen in etwa gleich häufig, ebenso Hyoid- und Larynxbrüche.

Tag der mündlichen Prüfung: 9. November 2005

Danksagung

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Bernd Brinkmann danke ich für die Ermöglichung dieser Arbeit in seinem Institut. Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Alfred Du Chesne sowie Herrn PD Dr. med. Bernd Karger danke ich für die freundliche Überlassung des Themas, die sehr gute Betreuung und die rasche Hilfe, wenn Probleme auftraten.

Ganz besonders danke ich meinen Eltern wie auch meiner gesamten Familie, die mir mit ihrer Unterstützung dieses Studium erst ermöglicht haben. Ich möchte ihnen diese Arbeit widmen.

Bocholt, den 10. November 2005

David Brendel

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
1.1 Epidemiologie.....	7
1.2 Pathophysiologie des Erstickungstodes.....	9
1.2.1 Definition.....	9
1.2.2 Zeitlicher Ablauf des Erstickungstodes.....	9
1.2.3 Befunde bei Erstickung.....	11
1.2.3.1 Stauung und Zyanose.....	11
1.2.3.2 Petechien.....	11
1.2.3.3 Blutungen der serösen Häute.....	12
1.2.3.4 Befunde der inneren Organe.....	12
1.2.3.5 Histologische und laborchemische Befunde.....	13
1.3 Spezifische Besonderheiten der verschiedenen Erstickungstode.....	13
1.3.1 Erdröseln.....	14
1.3.2 Erwürgen.....	15
1.3.3 Ersticken.....	16
1.3.3.1 Verschluss von Mund und Nase.....	17
1.3.3.2 Aspiration.....	17
1.3.4 Ertrinken.....	18
1.4 Juristische Klassifikation der Tötungsdelikte.....	19
1.5 Zielsetzung.....	21
2. Material und Methodik	22
2.1 Auswahl des Untersuchungsmaterials.....	22
2.2 Das Leichenöffnungsprotokoll.....	22
2.3 Die Gerichtsakte.....	22
2.4 Der Erfassungsbogen.....	23
2.5 Statistische Verfahren.....	23
3. Ergebnisteil	24
3.1 Die Tat.....	24
3.2 Die Opfer.....	29
3.3 Die Täter.....	30
3.4 Die Täter-Opfer-Beziehungen.....	36
3.5 Die gerichtlichen Entscheidungen.....	38

3.6	Die rechtsmedizinischen Befunde.....	41
3.6.1	Verletzungsmuster.....	41
3.6.2	Stauungszeichen.....	43
3.6.3	Erstickungszeichen.....	45
3.6.4	Sonstige Befunde.....	46
3.6.5	Die Drosselmarke.....	47
3.6.6	Würgemale.....	48
3.6.7	Todesbescheinigung und Gutachten.....	49
4.	Diskussion.....	51
4.1	Die Tat.....	52
4.2	Die Opfer.....	53
4.3	Die Täter.....	56
4.3.1	Biographie der Täter.....	57
4.3.2	Bildung der Täter.....	58
4.3.3	Psychische Erkrankungen der Täter.....	59
4.4	Die Täter-Opfer-Beziehung.....	60
4.5	Die gerichtliche Entscheidung.....	62
4.6	Die rechtsmedizinischen Befunde.....	63
4.6.1	Verletzungsmuster.....	63
4.6.2	Erwürgen, Erdrosseln und Erstickten im Vergleich.....	64
4.6.2.1	Stauungssyndrom.....	64
4.6.2.2	Erstickungszeichen.....	67
4.6.2.3	Sonstige Befunde.....	68
4.6.2.4	Die Drosselmarke.....	69
4.6.2.5	Die Würgemale.....	70
4.6.3.	Die Todesbescheinigung.....	71
4.6.4	Gutachten.....	72
5.	Abbildungen.....	73
6.	Literaturverzeichnis.....	80
7.	Lebenslauf.....	91

1. EINLEITUNG

1.1 Epidemiologie

Tötungsdelikte sind so alt wie die Menschheit selbst. Sie stellen den wohl massivsten Eingriff in die persönliche Freiheit eines Individuums dar. Abhängig von den jeweils geltenden Normen einer Gesellschaft und der Epoche gilt die Tötung eines anderen Menschen üblicherweise als Gewaltverbrechen und wird mit schweren Strafen geahndet. Schon seit jeher sind Wissenschaftler bestrebt, die Ursachen und Folgen dieser Tat zu ergründen.

Die Rechtsmedizin wendet zur Klärung von Rechtsfragen, die für die Strafrechtsanwendung, insbesondere die Urteilsfindung, bedeutsam sind, medizinische Methoden an. Die Kriminologie hingegen befasst sich mit den im menschlichen und gesellschaftlichen Bereich liegenden Umständen, die mit dem Zustandekommen der Begehung, den Folgen und der Verhinderung von Straftaten sowie mit der Behandlung von Straffälligen zusammenhängen [39].

Bei einem Tötungsdelikt gibt es drei wichtige Komponenten. Dies sind die Tat, der Täter und das Opfer. Die Tat lässt sich bestimmten Kategorien zuordnen; man unterscheidet hier Gewinnmord, Deckungsmord, Konfliktmord und Sexualmord. Die Beschränkung auf diese wenigen Deliktgruppen stellt sicherlich eine grobe Vereinfachung der Realität dar, da nicht selten mehrere Tatmotive zusammen kommen. Von der Tat ausgehend kann man den Tattypen Tätertypen zuordnen: Affekttäter, Triebtäter und rationale Täter. Die Rolle des Opfers findet erst in jüngerer Zeit Beachtung. Da in der Mehrzahl der Delikte der Täter das Opfer kennt, ist es sinnvoll, den Einfluss des Opfers auf die Tat zu untersuchen [65].

In einer Vielzahl von Untersuchungen wurden sowohl bei Opfern als auch bei Tätern Gemeinsamkeiten gesucht, die für Delikte und insbesondere Gewalttaten prädisponierend sind. Reza et al. kommen nach der Analyse mehrerer tausend Fälle zu dem Schluss, dass Tötungsdelikte meist ein Problem der jüngeren Bevölkerungsschichten sind, und zwar eher der Männer als der Frauen [60]. Diese wenig in die Tiefe gehende Zusammenfassung einer sehr umfangreichen Studie zeigt deutlich, wie problematisch es ist, Aussagen über ein „typisches“ Täterkollektiv zu machen.

Die wohl größte Untersuchung zu diesem Thema wurde 1990 durchgeführt. Diese Studie beschreibt die Epidemiologie des gewaltsamen Todes für verschiedene Regionen der Welt. In Europa wurden demnach 1,4 von 100.000 Menschen Opfer einer Tötung, dies ist der niedrigste Wert weltweit. Im südlichen Afrika starben hingegen 45 von 100.000 Einwohnern infolge einer Tötung. Allen Regionen gemeinsam war, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, dass es sich bei der Mehrzahl der Täter um junge Männer handelte; diese waren allerdings auch am häufigsten Opfer von Tötungsdelikten [60]. Zu diesem Ergebnis kommen auch eine Reihe anderer Studien [2, 13, 20, 35, 50, 55, 69, 78].

Im Sicherheitsbericht des Bundesinnenministeriums kommen die Autoren nach Auswertung der polizeilichen Kriminalstatistiken z.B. zu dem Schluss, dass die Gewaltbelastung einer Region mit der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Menschen in Zusammenhang steht. Je besser die Menschen in das Arbeitsleben integriert und in das soziale Netzwerk eingebunden sind, um so niedriger fällt die Gewaltrate aus [11].

Etwas spezifischer und auf den deutschen Raum beschränkt ist eine Auswertung von 261 psychiatrischen Gutachten zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit im Rahmen von Tötungsdelikten [63]. Auch nach dieser Studie waren Männer als Täter mit 80 % deutlich überrepräsentiert, ihr Altersdurchschnitt lag bei 33 Jahren. 60 % der Täter waren zum Tatzeitpunkt arbeitslos und 76 % standen unter Alkoholeinfluss [vgl. 14, 31, 71]. In der Mehrzahl der Fälle entstammten die Täter sogenannten „Broken-Home-Situationen“. Angesichts der Tatsache, dass 80 % der Opfer ihren Mörder kannten, sprachen die Autoren vom „familiären Charakter“ der Tötungsdelikte; entsprechend wurden 90 % der Taten am Wohnort des Täters verübt [vgl. 2, 19, 20, 75]. Eine besondere Form der Tötung im familiären Nahraum stellen die Kindstötung und der erweiterte Suizid dar. Diese Straftaten finden fast immer intrafamiliär statt [37, 40, 46, 49, 74].

Besonders interessant an oben genannter Studie ist die Tatsache, dass sich die Gruppe der Straftäter mit Tötungsdelikten nicht signifikant von der Gruppe der sonstigen Straftäter unterscheidet. Beide Gruppen weisen ähnlich ungünstige Sozialisationsbedingungen auf, lediglich die Tatmotive unterscheiden sich. Spielen bei Tötungsdelikten die emotional getönten Motive die Hauptrolle, worunter Aggressionen, Abneigung und Eifersucht fallen, so lassen sich die Motive der sonstigen Delikte eher mit dem Anreiz einer günstigen Gelegenheit zusammenfassen [63]. Des Weiteren fand sich ein im Vergleich zur Normalbevölkerung

erhöhter Anteil von Süchtigen und psychisch Kranken sowohl unter den Tätern als auch unter den Opfern. [1, 22, 38, 61, 73].

1.2 Pathophysiologie des Erstickungstodes

1.2.1 Definition

Unter Ersticken im weiteren Sinne versteht man den Todeseintritt durch Sauerstoffmangel gleich welcher Ursache [59]. Diese Ausdehnung des Begriffes ist jedoch zumindest für rechtsmedizinische Belange nicht sinnvoll, da letztendlich jeder Tod, unabhängig von der Ursache, mit einer Gewebshypoxidose einhergeht [21]. In der Forensik spricht man deshalb vom eigentlichen Erstickungstod nur dann, wenn der Sauerstoff dem Körper durch äußere Einflüsse, insbesondere durch mechanische Behinderung entzogen wurde [47]. Diese Form der Erstickung wird auch als „äußere Erstickung“ bezeichnet [59].

Durch die Behinderung der Atmung kommt es zum einen zur Hypoxie, zum anderen durch die Behinderung der Abatmung mit Retention von Kohlendioxid zur Hyperkapnie. Diese Kombination aus Hypoxie und Hyperkapnie bezeichnet man als hypoxisch-asphyktische Erstickung [21], sie ist typisch für die in dieser Arbeit beschriebenen Todesfälle. Im folgenden wird auf den allen hypoxisch-asphyktischen Todesfällen ähnlichen Pathomechanismus näher eingegangen. Im Anschluss werden die spezifischen Befunde des Erwürgens, Erdrosselns und Erstickens beschrieben.

1.2.2 Zeitlicher Ablauf des Erstickungstodes

Die Reaktionen des Organismus während eines Erstickungsvorganges sind aufgrund von Tierversuchen und Beobachtungen am Menschen bei Hinrichtungen weitgehend bekannt [28]. Zu Beginn des Erstickungsvorganges kommt es zu einem kurzen, willkürlichen Atemanhalten [30]. Weniger aufgrund des Sauerstoffmangels als vielmehr wegen des Anstiegs des Kohlendioxids im Blut wird dann das Atemzentrum massiv gereizt und eine quälende Dyspnoe setzt ein [58]. Es folgen tiefe, angestrengte Atemzüge mit Einsatz der Atemhilfsmuskulatur und eine unterschiedlich stark ausgeprägte Zyanose des Gesichts und

der Schleimhäute bildet sich aus [47]. Diese dyspnoische Phase ist von Unruhe und Erstickungsangst begleitet. Das Opfer wird sich nach Möglichkeit gegen den Angreifer wehren. Circa 60 bis 90 Sekunden nach Unterbrechung der Luftzufuhr setzt Bewusstlosigkeit ein, die Pupillen erweitern sich und es kommt zu tonisch-klonischen Krämpfen. Dabei können durch das Anschlagen der Extremitäten an Kanten die sogenannten Tambour-Verletzungen entstehen [30]. Blutdruck und Puls sind durch Reizung des Vasomotorenzentrums erhöht, es können Kot, Urin und manchmal auch Sperma abgehen [21, 40, 58]. Dieser Vorgang erstreckt sich über mindestens drei Minuten, bei unvollständiger Luftabschnürung können sich die jeweiligen Stadien wesentlich länger hinziehen. Der Krampfphase schließt sich die Apnoephase an, in der die Atmung für ein bis zwei Minuten völlig sistiert. Der Blutdruck fällt ab und der Puls wird oberflächlich und fliegend, bis schließlich die präterminale Schnappatmung einsetzt. Dieses prognostisch schlechte, agonale Zeichen kommt durch die ischämische Reizung der Medulla oblongata zustande und ist für den Erstickungstod nicht charakteristisch [47]. Prognostisch ähnlich schlecht wie die Schnappatmung sind bis zu einer halben Stunde und länger nach Eintreten der Pulslosigkeit im EKG sichtbare Herzaktionen, die sogenannte elektromechanische Dissoziation des Herzens als Folge der ischämischen Schädigung des Myokards.

Wie schon erwähnt, können Dauer und Ausprägung der beschriebenen Stadien bei unvollständiger Abschnürung der Luftzufuhr variieren. Beim Tod durch Erdrosseln ist außerdem noch die Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn zu berücksichtigen, sie macht die Angabe einer durchschnittlichen Überlebenszeit problematisch. Bei akut einsetzender Anoxie des Gehirns durch kompletten Verschluss der Carotiden und Vertebralarterien kommt es bereits nach 30-40 Sekunden zu ersten Ganglienzellschädigungen. Nach drei Minuten ist mit bleibenden Hirnschäden zu rechnen, nach fünf Minuten tritt der Hirntod ein [51]. Diese Angaben variieren je nach Autor, so gibt z.B. Schwerd die Wiederbelebungszeit des Gehirns mit acht bis zehn Minuten an [68]. Einen weiteren wichtigen Pathomechanismus stellt die nach vier bis fünf Minuten einsetzende Myokardinsuffizienz dar [9, 68]. Wird diese nach Beendigung der Asphyxie nicht durch geeignete Maßnahmen überwunden, wie beispielsweise der Katecholamingabe, ist das Herz nicht mehr in der Lage, den zur Versorgung des Gehirns nötigen kritischen Blutdruck von 60 bis 70 mm Hg aufzubauen, der Tod tritt ein [68].

1.2.3 Befunde

Im folgenden werden die wichtigsten Befunde beschrieben und erklärt, die der Rechtsmediziner bei Erstickungsfällen und teilweise auch bei überlebten Angriffen gegen den Hals bzw. Unfällen findet.

1.2.3.1 Stauung und Zyanose

Ein häufiger äußerer Befund ist die Zyanose und Stauung des Gesichts. Beide Befunde sind um so ausgeprägter, je massiver die venösen Blutleiter des Halses gequetscht wurden, ohne dass die arterielle Blutzufuhr des Gehirns unterbrochen wurde. Sowohl Zyanose als auch die Stauung des Kopfes sind aber höchstens als zusätzlich beweisend für die Diagnose des Todes durch Erstickung zu werten, da diese Symptome ebenso Zeichen einer oberen Einflußstauung wie z.B. beim Rechtsherzversagen oder einem Spannungspneumothorax sind bzw. sich postmortal durch Kopftieflage einstellen können [47, 59]. Maxeiner rät von der Verwendung des Begriffs Zyanose bei Erstickungsfällen überhaupt ab, da auch ausgeprägte Zyanosen und Stauungen durch Umlagerung und andere Manipulationen an der Leiche vollständig zum Verschwinden zu bringen seien [44].

1.2.3.2 Petechien

Petechiale Blutungen im Kopfbereich stellen einen wichtigen diagnostischen Befund dar [10]. Zwar wurden sie mit einer Inzidenz von 4 bis 6 % auch bei anderen Todesursachen gefunden [43, 44, 57], beim Erstickten jedoch lassen sie sich in bis zu 100 % der Fälle nachweisen [10, 17, 57]. Ihre Entstehung wird auf Blutaustritte durch Erhöhung des kapillären Druckes während des Krampfstadiums und hypoxische Endothelschädigungen zurückgeführt [10, 59]. Über den Zeitraum vom Beginn der Stauung bis zum Auftreten von Petechien bestehen unterschiedliche Meinungen. Die Angaben reichen von 10 bis 20 Sekunden bis zu fünf Minuten [44]. Zu beachten ist, dass Petechien auch infolge intrathorakaler Druckerhöhungen, beispielsweise bei Hustenanfällen [59], und postmortal im Bereich der Hypostase entstehen, und dass sie bei kardial vorgeschädigten Personen schwächer bis gar nicht ausgeprägt sein können. Dies ist lediglich auf die eingeschränkte Herzleistung und nicht auf weniger

nachhaltiges Würgen oder Drosseln zurückzuführen [44]. Ihre Entstehung wird außerdem durch Gerinnungsstörungen begünstigt. Häufige Lokalisationen von Petechien sind die Lider und Konjunktiven sowie die Gesichtshaut.

1.2.3.3 Blutungen der serösen Häute

Bei der inneren Besichtigung der Leiche können oft weitere Blutungen, sogenannte „Tardieusche Flecken“, festgestellt werden. „Tardieusche Flecken“, petechiale Blutungen in der Serosa von Lunge, Herz, Thymus und Mediastinum, sind meist punktförmig und können bei protrahierter Erstickung zu größeren Flecken konfluieren. Zu ihrer Entstehung tragen zusätzlich zu oben genannten Mechanismen der stark negative intrapulmonale Druck sowie die Überblähung der Lunge mit Zerreißen der Alveolarsepten bei [28, 47]. Des Weiteren finden sich Blutungen in den Nierenbecken und der Serosa anderer Organe des Bauchraumes. Wie auch die Petechien im Gesicht sind diese Blutungen alleine nicht beweisend für den Erstickungstod, da sie sowohl bei anderen Todesarten als auch postmortal im Bereich der Hypostase auftreten [28].

1.2.3.4 Befunde der inneren Organe

Die Lungen sind gewöhnlich akut gebläht, es bildet sich ein Randemphysem. Die Blähung ist um so ausgeprägter, je rascher der Tod eintrat. Beim prolongierten Ersticken tritt der zunehmende Blutreichtum der Lunge in den Vordergrund, mitunter wird ein hämorrhagisches Ödem beobachtet, welches zusammen mit der bronchialen Hypersekretion durch die Vermischung mit Luft einen Schaumpilz ausbilden kann [21, 68].

Sehr häufig wird in der Literatur die Hyperämie der inneren Organe, insbesondere der Leber und Niere, beschrieben [21, 28, 30, 59]. Lediglich die Milz ist anämisch. Besonders in Tierversuchen war die Milzentspeicherung infolge der Katecholaminfreisetzung beim Erstickungsvorgang nachzuweisen. Beim Menschen hingegen ist dieser Befund aufgrund der geringeren Kontraktilität der Milz nicht so deutlich wie beim Tier. Das rechte Herz ist aufgrund der Belastung während des Erstickungsvorganges erweitert und enthält mit Kohlendioxid überladenes, dunkelrotes, mitunter fast schwarzes Blut. Fast immer wird bei der

Sektion Erstickter flüssiges Leichenblut vorgefunden; dieser Befund ist nicht spezifisch, sondern typisch für einen schnellen Todeseintritt. Es wird vermutet, dass das Blut nach Eintritt des Todes vermehrt gerinnungsfähig wird und sich etwa drei Stunden später infolge Fibrinogenschwundes wieder verflüssigt [47].

1.2.3.5 Histologische und laborchemische Befunde

Feingeweblich findet man, allerdings nur beim protrahierten Ersticken, vacuolige Degenerationen der Leberzellen und des Nierenepithels, im Myokard selten Nekroseherde mit Leukozyteneinwanderung und in der Lunge die Bildung mehrkerniger Riesenzellen, zerissene Alveolarsepten und eine Schwellung der Alveolarzellen. Im Gehirn sind als Folge der Hypoxie fleckförmige Ödeme in verschiedensten Arealen, symmetrische Ganglienzellausfälle im Globus pallidum und eine Schwellung der Neuroglia zu sehen. [47, 58, 59].

Während des Todeseintrittes und nach dem Tod ändert sich die Zusammensetzung einer ganzen Reihe chemischer Parameter. Als auffälligste Veränderung ist der starke Anstieg von Adrenalin im Verhältnis zum Noradrenalin zu nennen. Das Verhältnis liegt bei Erstickten 7:3 [21], bei anderen Todesarten hingegen zwischen 2:8 bis 4:8 [47]. Weiter kommt es zur Hyperglykämien, Fibrinolysesteigerungen und einem Anstieg des Phosphatidspiegels [59].

1.3 Spezifische Befunde der einzelnen Erstickungstode

Man unterscheidet zwischen den Strangulationstoden, worunter Erdrosseln, Erwürgen und Erhängen zusammengefasst sind, dem Ersticken und dem Ertrinken. Die mit Abstand am häufigsten vorkommende Tötungsarten sind hierbei das Erdrosseln und Erwürgen. Das Erhängen als Tötungsart ist ausgesprochen selten, da das Opfer vorher kampfunfähig gemacht werden muss bzw. sich nicht wehren darf. In den meisten Fällen wird das bereits getötete Opfer zur Vortäuschung eines Suizides aufgehängt. Im untersuchten Zeitraum gab es in Münster keine solchen Fälle, weshalb hier auf eine nähere Beschreibung verzichtet wird.

1.3.1 Erdrosseln

Beim Erdrosseln wird ein um den Hals herumliegendes Strangwerkzeug nicht durch das Eigengewicht des Körpers, wie beim Erhängen, sondern auf andere Weise zugezogen [21]. Im allgemeinen ist beim Erdrosseln fremde Schuld anzunehmen, nur selten liegt ein Unfall oder Suizid vor [58, 59]. Als Drosselwerkzeug dienen alle Arten von Schnüren, Bändern, Riemen und Kleidungsstücken, häufig also Gegenstände, die sich in der Nähe des Opfers oder am Opfer selbst befinden [65]. Wird das Opfer überrascht und die Schlinge kräftig zugezogen, tritt fast sofortige Bewusstlosigkeit ein, Gegenwehr unterbleibt in diesem Fall. Nach Aussagen von Tätern dauert ein Drosselvorgang ohne Lockerung des Strangwerkzeuges mindestens vier bis fünf Minuten [21]. Werden außer der Drosselmarke weitere Verletzungen gefunden, sind diese meist auf Auseinandersetzungen vor dem Drosseln zurückzuführen. Manchmal kniet sich der Täter aber während der Tat auch auf sein Opfer oder stützt sich mit dem Fuß ab.

Für den Eintritt des Todes beim Drosseln sind zwei Mechanismen verantwortlich: die Verlegung der Atemwege durch Kompression des Kehlkopfes und die Beeinträchtigung der Kopfdurchblutung, wobei letzteres von größerer Bedeutung ist. In erster Linie werden die venösen Blutleiter des Halses komprimiert, die Vertebralarterien bleiben unbeeinträchtigt und die Carotiden werden nur bei großem Kraftaufwand abgeschnürt. In jedem Fall kommt es durch den zumindest partiell erhaltenen arteriellen Zustrom zur massiven Kopfstauung mit Ausbildung der oben beschriebenen Stauungssymptome.

Beweisend für eine Drosselung ist, abgesehen von den allgemeinen Erstickungs- und Stauungssymptomen, die Drosselmarke. Es handelt sich hierbei meist um oberflächliche Schürfwunden durch das Strangwerkzeug, die postmortal eintrocknen und manchmal Rückschlüsse auf das Strangwerkzeug zulassen (geformte Hautmarken) [59]. Die Drosselmarke verläuft, im Gegensatz zur Strangmarke bei Erhängen, meist horizontal und etwas unterhalb des Kinns um den Hals. Ihre Erkennbarkeit hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Zugkraft spielt hierbei eine entscheidende Rolle, ebenso wie die Breite des Strangwerkzeuges. Wird das Strangwerkzeug direkt nach der Tat entfernt oder über Kleidung, z.B. einen hochstehenden Kragen geführt, kann die Strangmarke lückenhaft sein und mitunter gänzlich fehlen [21, 47].

Diese bei Betrachtung des Halses sichtbaren Verletzungen bezeichnet man als äußere Drosselmarke. Hat der Täter den Strang, was beim Erdrosseln nicht unüblich ist, mehrtourig um den Hals gelegt, können Zwischenkammlutungen nachweisbar sein. In seltenen Fällen sieht man an der Drosselmarke gelegene Kratzspuren. Sie stammen vom Versuch des Opfers, das Strangwerkzeug zu lockern [21].

Ist die äußere Drosselmarke diskret, so werden meist auch die inneren Befunde spärlich sein. Nicht selten aber finden sich massive Einblutungen in die Halsmuskulatur, Brüche des Zungenbeins und des Schildknorpels, manchmal sogar des Ringknorpels [21, 59]. Mit zunehmenden Alter des Opfers steigt die Wahrscheinlichkeit eines Bruchs aufgrund der Verknöcherung des Kehlkopfskeletts an [42, 53].

Drosselmarken können auch postmortal entstehen oder vorgetäuscht werden, wie z.B. die leicht entstehenden Fettstarrefalten bei adipösen Personen oder das Einschneiden eng anliegender Kleidungsstücke beim fäulnisbedingten Aufblähen des Halses [21].

1.3.2 Erwürgen

Das Erwürgen ist die Folge der Strangulation des Halses mit der Hand, dem Unterarm (= Schwitzkasten) oder dem Fuß [21, 30]. Es ist immer fremde Schuld anzunehmen, weil sich beim Versuch des Selbsterwürgens spätestens mit Eintreten der Bewusstlosigkeit der Griff lockern würde [68]. Tötungen durch Erwürgen sind etwas häufiger als Tötungen durch Erdrosseln [5, 16, 42, 64]. Das Erwürgen gilt als äußerst primitiv. Es stellt häufig den emotionalen Höhepunkt einer Auseinandersetzung dar, also eine Affekthandlung, und anders als beim Drosseln kann nicht von vornherein ein Einkalkulieren des Todes unterstellt werden [65]. Unter den Opfern finden sich vorwiegend Kinder und Frauen, da das Erwürgen die körperliche Überlegenheit des Täters erfordert [26].

Neben den beim Würgen normalerweise recht ausgeprägten, oben beschriebenen Stauungssymptomen entstehen am Hals des Opfers durch den festen Zugriff des Täters typische Würgemale. Dies können oberflächliche Kratzer sein, die in der Hauptsache von den Fingernägeln herrühren, oder Hämatome. Besonders Muskeleinblutungen und Brüche sind aufgrund der flächenhaft wirkenden Gewalt beim Erwürgen häufiger als bei jeder anderen

Strangulationsart. In Untersuchungen konnten in bis zu 80 % der Fälle Brüche nachgewiesen werden [63]. Ebenfalls regelmäßig sind Einblutungen der Schilddrüsenkapsel zu finden.

Das Erwürgen wird selten mit einer, meist mit zwei Händen von vorne oder hinten vorgenommen [26]. Dies dürfte allerdings nur zu Beginn des Würgevorganges so sein, da der Täter aufgrund der Abwehr des Opfers des öfteren Um- und Nachgreifen muss. So erklärt sich auch die meist regellose Verteilung der Würgemale [24].

Beim Würgen ist der Verschluss der Gefäße wesentlich unvollständiger als beim Drosseln. Hier steht die Verlegung der Atemwege im Vordergrund. Die Stimmritze kann bereits mit relativ geringem Druck verschlossen werden [68]. Das Bewusstsein bleibt zunächst erhalten und es kommt zur Gegenwehr, weshalb man beim Täter unter Umständen Kratz- oder Bissverletzungen findet. Nicht selten liegen kombinierte Drossel- und Würgehandlungen vor. Der Täter würgt das Opfer zunächst bis zur Bewusstlosigkeit, lässt ab und wird durch die präfinale Schnappatmung überrascht. Dies veranlasst ihn, mit einem Drosselwerkzeug die Tat zu vollenden [59]. Aufgrund des prolongierten Verlaufs findet man als Zeichen der bronchialen Hypersekretion bisweilen einen weißlichen bis rosaroten, feinblasigen Schaumpilz in den Bronchien und der Trachea, in ausgeprägten Fällen auch in Mund und Rachen. Dieser verflüssigt sich nach gewisser Zeit wieder und bildet die typischen Abrinnsuren in den Mundwinkeln Erwürgter, sie werden von Laien oft mit Blutungen aus Mund und Nase verwechselt [68].

Im Zusammenhang mit Würgen wird immer wieder der sogenannte Reflextod erwähnt, der auf einer intensiven, beidseitigen Reizung der Carotis-Sinus-Region beruht, was zu rapidem Blutdruckabfall und Bradykardie führt. Dieser Mechanismus ist aus der klinischen Praxis bekannt, ob er tatsächlich zum Tode führt, ist umstritten. Auf jeden Fall dürfen in diesem Fall keine Erstickenzeichen nachweisbar sein [22, 47].

1.3.3 Ersticken

Im Grunde ist die Bezeichnung Ersticken lediglich ein Überbegriff für eine ganze Reihe von Mechanismen, die durch Sauerstoffmangel zum Tode führen [s. Kapitel 1.3.1]. Im folgenden

Abschnitt werden diejenigen Todesfälle besprochen, die durch Verschluss von Mund und Nase mittels weicher Bedeckung oder Plastiktüte und durch Aspiration zustande kommen.

1.3.3.1 Verschluss von Mund und Nase

Tötungen durch Ersticken mittels weicher Bedeckung oder Plastiktüte findet man vor allem bei Kindstötungen oder aber alten, bettlägerigen Personen [21, 65]. Sie bereiten dem Rechtsmediziner Probleme, da sie oft nur von minimalen Befunden begleitet werden [48, 52]. Immer wieder werden Tötungen, manchmal erst Jahre später, aufgrund von Geständnissen der Täter aufgeklärt, bei denen der Obduzent einen natürlichen oder zumindest ungeklärten Tod diagnostizierte [6, 27]. Die Diagnose „Tod durch Ersticken“ mittels weicher Bedeckung oder Plastiktüte ist eine Ausschlussdiagnose, da die manchmal zu erhebenden Befunde wie petechiale Blutungen auch bei anderen, natürlichen Todesarten vorkommen, z.B. beim plötzlichen Kindstod. Man wird in solchen Fällen besonders auf Excoriationen im Gesicht achten oder Einblutungen der Lippe, um eventuell den Verschluss von Mund und Nase durch das Kissen oder die Hand nachweisen zu können [21, 68]. Sehr wichtig sind zudem die Auffindesituation der Leiche und die Begutachtung des Auffindungsortes [33].

1.3.3.2 Aspiration

Im Zusammenhang mit Tötungen ist der Tod durch Aspiration selten. Meist wird das Opfer aufgrund stumpfer, manchmal auch scharfer Gewalt oder durch einen Schuss bewusstlos und aspiriert das eigene Blut oder Erbrochene, woran es verstirbt. Es kann unter Umständen für die Urteilsfindung sehr wichtig sein festzustellen, ob das Opfer an der primären Gewalteinwirkung verstarb oder an der vom Täter wahrscheinlich nicht beabsichtigten Aspiration. Bei einer ausgedehnten Aspiration bieten die Lungen ein klassisches anatomisches Bild. Sie sind hochgradig gebläht und wölben sich nach Entfernung des Brustbeins vor, die Lungenränder überlagern sich. Das Lungengewebe ist blass, die Schnittfläche trocken. Bei Blutaspiration heben sich die Herde purpurrot hervor [47].

1.3.4 Ertrinken

Diese Tötungsart ist im allgemeinen ein sehr seltenes Ereignis, welches vor allem bei der Kindstötung beobachtet wird. Die Stadien des Ertrinkens entsprechen denen des Erstickens. Im dyspnoischen Stadium kann der Atemreiz nicht mehr unterdrückt werden, es kommt zur Aspiration von Wasser, teilweise werden auch ganz erhebliche Mengen von Wasser verschluckt. Aufgrund der krampfhaften Atembewegungen wird das aspirierte Wasser mit Bronchialsekret und Luft durchmischt, der typische Schaumpilz entsteht. Bleibt das Opfer während des ganzen Ertrinkungsvorganges unter Wasser, tritt der Tod nach drei bis fünf Minuten ein. Diese Form wird als atypisches Ertrinken bezeichnet, das typische Ertrinken ist durch den Wechsel von Inspiration und Aspiration gekennzeichnet [21, 59, 68].

Die typischen Zeichen des asphyktischen Erstickens, Stauung und Zyanose des Gesichts, sind selten vorhanden. Auffällig ist jedoch die „Ertrinkungslunge“. Sie ist voluminös, gebläht, relativ leicht und trocken. Aufgrund der luftkissenartigen Beschaffenheit spricht man von Emphysema aquosum und ballonierter Lunge. Subpleural treten die sogenannten „Paltauschen Flecken“ in Erscheinung, die den „Tardieuschen Flecken“ gleichen, allerdings größer sind und durch Zerreißen von Kapillaren aufgrund der massiven Lungenblähung entstehen. Durch diese Gefäßzerreißen gelangen mitunter auch Luft oder Wasser in den Kreislauf. Im Magen ist unter Umständen die Ertrinkungsflüssigkeit nachweisbar. Die übrigen Befunde der inneren Organe, insbesondere die Anämie der Milz, entsprechen in etwa denen anderer Erstickungsarten [25, 47].

Der Nachweis des Ertrinkungstodes gestaltet sich häufig schwierig, da Wasserleichen oft erst Wochen nach der Tat zufällig entdeckt werden. Sie weisen dann außer den üblichen Verwesungserscheinungen Tierfraßverletzungen und häufig schwere postmortale Verletzungen durch Schiffsschrauben und Schleusen auf. Auch bei halbwegs gut beurteilbarer Leiche sind die oben angeführten Befunde nur mit Vorbehalt zu werten, sie können fast ausnahmslos auch durch lange Liegezeiten im Wasser zustande kommen. Man muss vielmehr die einzelnen Befunde mit dem Gesamtbild in Beziehung setzen und ihren Beweiswert abschätzen. Eine Besonderheit bei der Diagnostik von Ertrinkungsfällen ist der Nachweis von Kieselalgen. Diese kommen in spezifischer Verteilung in allen Gewässern vor und können eventuell zur Klärung der Frage dienen, ob und an welcher Stelle das Opfer ertrunken ist. Hierzu entnimmt man eine Knochenmarksprobe, da diese auch bei fortgeschrittener

Verwesung noch beurteilbar ist, und zählt nach verschiedenen Vorbehandlungen die Kieselalgen aus. Auch dieser Nachweis ist allerdings sehr umstritten, da Kieselalgen ubiquitär in allen Menschen nachgewiesen werden können, wenn auch in geringerer Konzentration als bei Ertrunkenen [21, 47, 54, 68].

1.4 Juristische Klassifikation der Tötungsdelikte

Straftaten gegen das gesetzlich geschützte Rechtsgut Leben sind in den §§ 211 bis 229 des Strafgesetzbuches beschrieben und als Verbrechen (§§ 211, 212) bzw. Vergehen (§§ 213, 216, 217, 218, 219, 222) qualifiziert [59]. Im folgenden folgt eine kurze Zusammenstellung der für diese Abhandlung wichtigen Paragraphen und ihrer Definitionen.

§ 211 Mord

Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft. Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.

§ 212 Totschlag

Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft. In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

§ 213 Minder schwerer Fall von Totschlag

War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung vom Getöteten zum Zorne gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

§ 217 Kindestötung

Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft. In minder schweren Fällen ist die Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

Der § 217 wurde 1998 abgeschafft, weil die Tötung unehelicher Kinder nicht geringer bestraft werden sollte als die ehelicher. Der Gesetzgeber empfahl statt dessen die Anwendung der Paragraphen 212 und 213 (Totschlag und minder schwerer Fall des Totschlags), die dem richterlichen Ermessen Raum lassen [DER SPIEGEL 7/2003].

§ 226 Körperverletzung mit Todesfolge

Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren zu erkennen. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren. Nachdem das Gericht festgestellt hat, um welche Art von Tötungsdelikt es sich handelt, muss es prüfen, ob der Täter dabei geltendes Recht gebrochen hat. Dies ist z.B. nicht der Fall, wenn er in Notwehr gehandelt hat.

§ 32 Notwehr

Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig. Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.

§ 33 Überschreitung der Notwehr

Überschreitet der Täter die Grenzen der Notwehr aus Verwirrung, Furcht oder Schrecken, so wird er nicht bestraft.

Die Rechtslehre geht davon aus, dass der Mensch frei über sein Handeln bestimmen kann, er ist damit schuldfähig. Allerdings kann die Schuldfähigkeit durch krankhafte Bedingungen beeinträchtigt sein, wodurch ein Täter ganz oder teilweise exkulpiert sein kann. In den §§ 20 und 21 sind solche Bedingungen genannt.

§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Finden die §§ 20 oder 21 Anwendung, so muss das Gericht entscheiden, ob es die Strafe mildert, den Täter freispricht oder nach § 63 die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgt [59].

§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat der Schuldunfähigkeit (§20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

1.5 Zielsetzung

Ziel dieser retrospektiven Studie ist es, anhand der ausgewerteten Daten Erkenntnisse über die Tat, die Täter, die Opfer und deren Beziehungen zueinander zu gewinnen. Des weiteren werden die Befunde der Leichenöffnung analysiert und damit die für jede Tötungsart spezifischen Verletzungsmuster herausgearbeitet.

Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit denen anderer Studien ähnlichen Inhalts gegenübergestellt. Besonders berücksichtigt werden soll hierbei die Dissertation von Dotzel [17] sowie die nicht veröffentlichten Arbeiten von Benthaus [4] und Lüerssen [39], um einen Längsschnitt der Tötungen mittels Strangulation und Ersticken im Raum Münster von 1947 bis 1999 zu erhalten.

2. MATERIAL UND METHODIK

2.1 Auswahl des Untersuchungsmaterials

Bei vorliegender Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Fallserienanalyse. Untersucht wurden alle Homizide aus dem Sektionsgut der Rechtsmedizin Münster der Jahre 1993 bis 1999 mittels Erdrosseln, Erwürgen, Ersticken unter weicher Bedeckung oder Plastiktüte und Ertränken. Andere Formen der Erstickung, z.B. infolge von Brandgasen oder Cyanidintoxikationen, wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Im Untersuchungszeitraum wurden 45 Opfer von 44 Tätern auf oben genannte Weise getötet.

2.2 Das Leichenöffnungsprotokoll

Die gerichtliche Sektion wird vom Staatsanwalt beantragt und vom zuständigen Gericht angeordnet, wenn fremdes Verschulden in Betracht kommt. Durchgeführt wird die Leichenöffnung von zwei Ärzten im Beisein der Staatsanwaltschaft [70]. Da es sich bei der Sektion um eine ärztliche Tätigkeit handelt, müssen die Befunde im Sektionsprotokoll dokumentiert werden. Insbesondere bei gutachterlichen Fragestellungen ist allerdings die exakte und ausführliche Dokumentation aller erhobenen Befunde wichtig, auch der nicht pathologischen. Diese werden im Leichenöffnungsprotokoll (LÖP) festgehalten. Das LÖP enthält, soweit bekannt, außer den Angaben zu Person, Fundort und Todeszeit eine kurze Schilderung des Tathergangs. Dann folgt eine detaillierte Beschreibung des Äußeren der Leiche, welche den Zustand, die Bekleidung, Verletzungen und sonstige Auffälligkeiten umfasst. Bei der inneren Betrachtung schließlich werden sämtliche Organe auf Auffälligkeiten hin untersucht und ihr Zustand beschrieben. Abschließend folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Befunde und, soweit möglich, die Angabe der Todesursache.

2.3 Die Gerichtsakte

Mit Erlaubnis des Datenschutzbeauftragten für Nordrhein-Westfalen und des Generalstaatsanwalts in Hamm konnten zu den jeweiligen Fällen die Gerichtsakten eingesehen werden. In

der Gerichtsakte sind sämtliche Schriftstücke enthalten, die im Laufe der Anklage und des Prozesses angefertigt wurden. Für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung waren das Urteil und das psychiatrische Gutachten. Sieben Gerichtsakten konnten nicht zur Verfügung gestellt werden, in diesen Fällen wurden nach Möglichkeit die vorhandenen Informationen genutzt, um möglichst vollständige Daten zu erhalten.

2.4 Der Erfassungsbogen

Um vorliegende Arbeit besser mit den vorangegangenen Arbeiten über Fremdtötungen im Raum Münster vergleichen zu können, wurde der Großteil der Fragebögen von den Vorgängern übernommen, mit Ausnahme des Teils, der zur Erfassung der spezifischen Verletzungen des Erstickungstodes diente.

In dem Fragebogen wurden sowohl vom Opfer als auch vom Täter Daten zu Familie, Schulbildung, Berufstätigkeit, Verdienst, Süchten und psychischen Erkrankungen sowie der Beziehung zueinander erhoben. Des weiteren wurden Angaben zur Tat, dem Verfahren sowie den im Leichenöffnungsprotokoll beschriebenen Befunden gesammelt.

2.5 Statistische Verfahren

Die in den Erfassungsbögen erhobenen Daten wurden mit Hilfe der Statistikprogramme SPSS for Windows, Version 11.0, hergestellt von der Firma SPSS Inc. 2001, und Microsoft Excel 2000, hergestellt von Microsoft Corporation, bearbeitet.

3. ERGEBNISTEIL

3.1 Die Tat

In den Jahren 1993 bis 1999 gab es im Einzugsbereich der Rechtsmedizin Münster 240 Fälle von Fremdtötung. Dies entspricht bei einer Bevölkerung von 2,5 Millionen Menschen einer Homizidrate von 1,4/100.000 Einwohner.

Von 240 Opfern starben 45 durch Erstickten, das sind 19 %. Diese verteilen sich zu jeweils ca. 30 % auf die Bezirke Münster, Bielefeld und Paderborn, aus dem Bezirk Detmold hingegen kamen nur 7 % der untersuchten Tötungsdelikte.

45 Opfer wurden von 44 Tätern getötet, in einem Fall tötete ein Täter zwei Opfer. In vier Fällen konnte der Täter bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht festgestellt werden. In sieben weiteren Fällen lagen die Gerichtsakten nicht vor, es wurde dann nach Möglichkeit vorhandenes Datenmaterial genutzt. Dadurch erklärt sich die in den folgenden Grafiken unterschiedlich große Anzahl der erfassten Personen. Die Grundgesamtheit des jeweils betrachteten Kollektivs wurde mit N bezeichnet, die tatsächlich auswertbaren Fälle mit n.

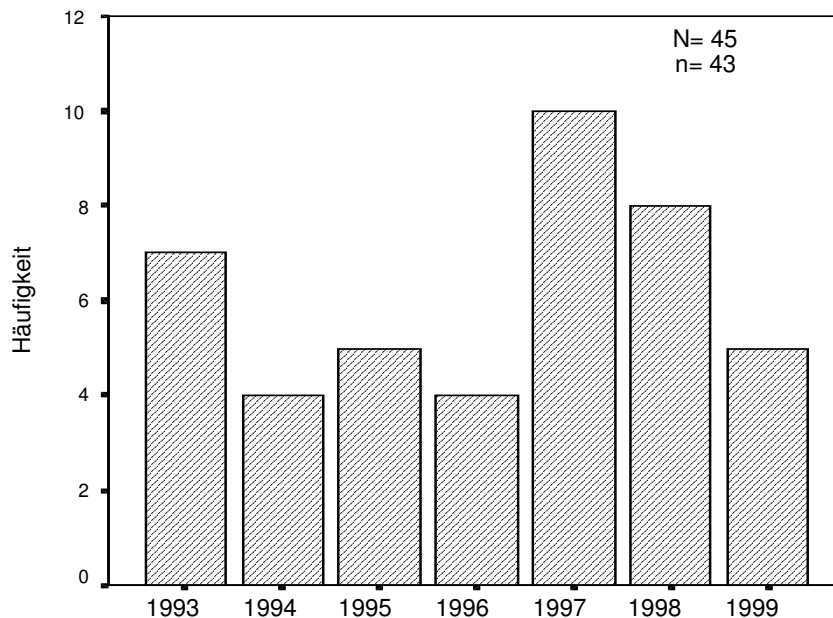


Abb.1: Absolute Häufigkeit von Tötungsdelikten durch Strangulation, Erstickten und Ertränken

Im Durchschnitt wurden jedes Jahr 6,4 Personen durch Strangulation oder Erstickten getötet. 60 % der Tötungen wurden in den Jahren 1993, 1997 und 1998 verübt.

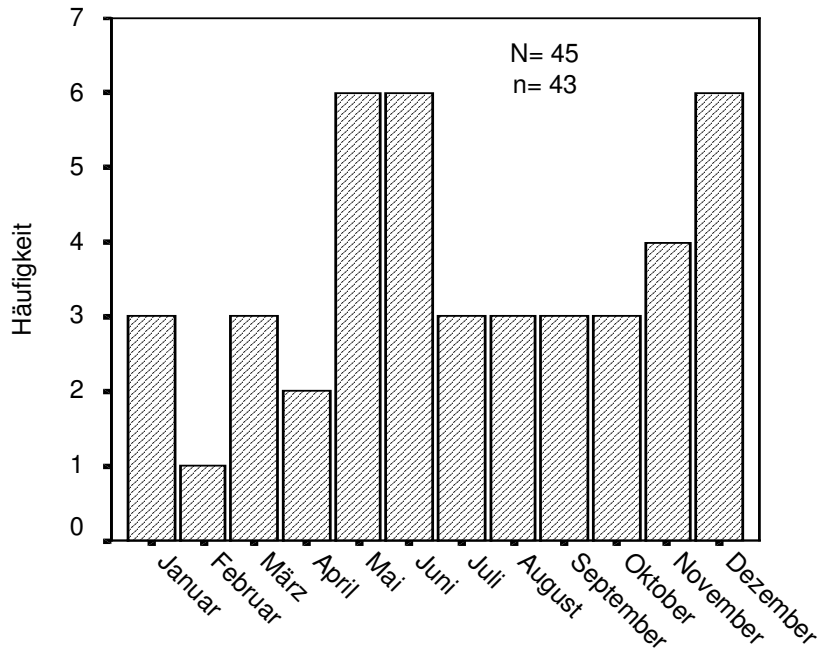


Abb.2: Jahreszeitliche Verteilung der Tötungsdelikte (absolute Häufigkeit)

Die meisten Tötungen wurden im Mai, Juni und Dezember begangen, die wenigsten im Februar. Durchschnittlich wurden jeden Monat 3,8 Menschen getötet.

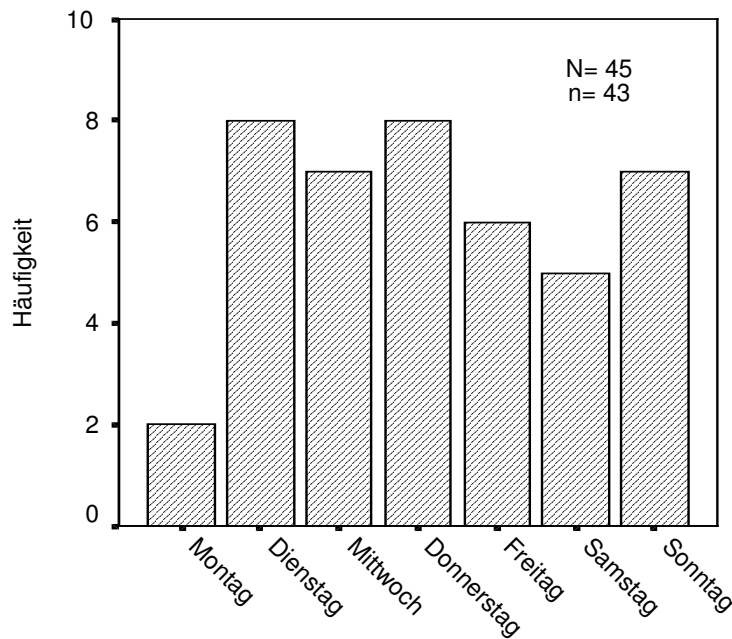


Abb.3: Wochentagsverteilung der Tötungsdelikte (absolute Häufigkeit)

Mit Ausnahme des Montags, an dem nur zwei Opfer getötet wurden, verteilen sich die Delikte recht regelmäßig auf die einzelnen Wochentage. Insbesondere ist keine Häufung am Wochenende zu erkennen.

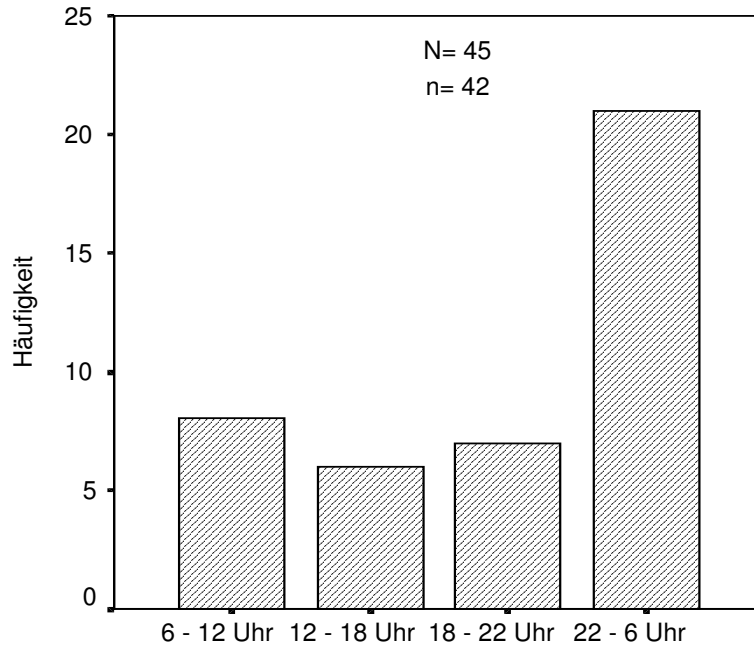


Abb.4: Tageszeitliche Verteilung der Delikte (absolute Häufigkeit)

Die überwiegende Mehrzahl der Opfer (50 %) wurde zwischen 22 Uhr abends und sechs Uhr morgens getötet, die restlichen 21 Taten verteilen sich gleichmäßig über den Tag.

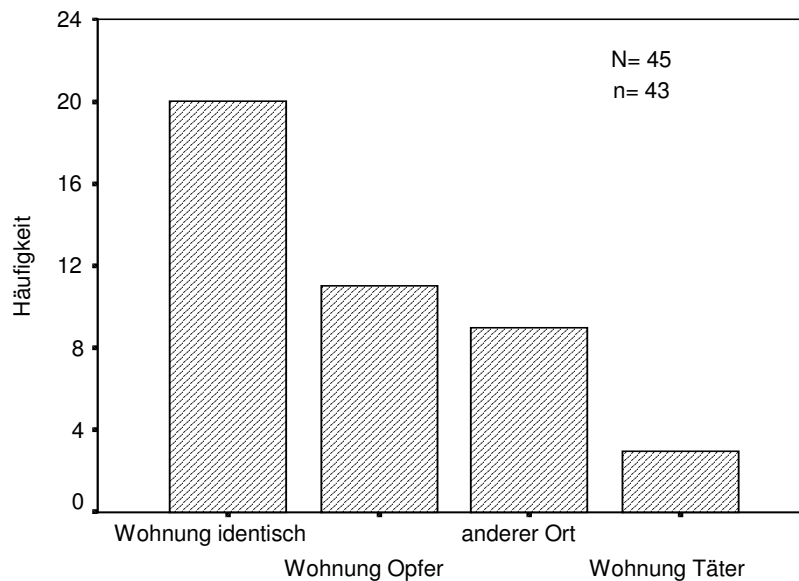
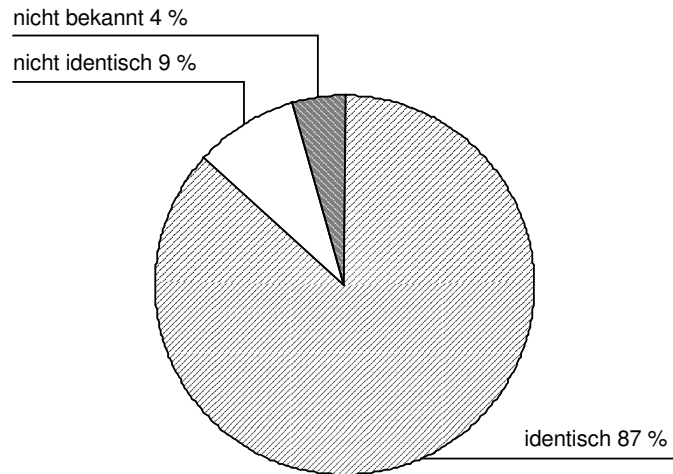


Abb.5: Tatort (absolute Häufigkeit)

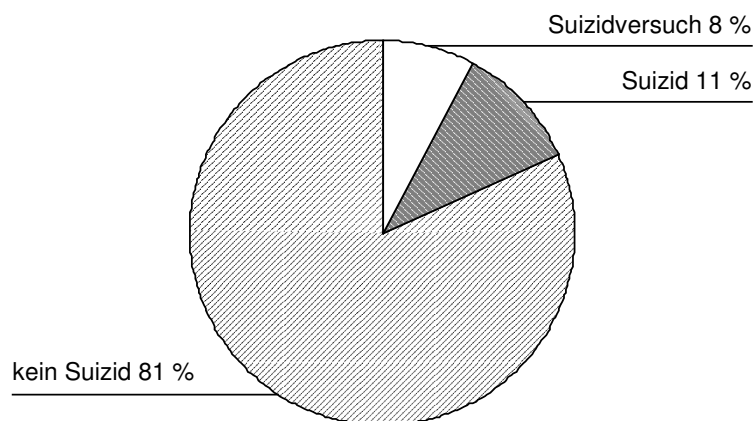
Über 70 % der Opfer wurden in der eigenen Wohnung getötet, in 46 % aller Fälle war dies auch das Zuhause des Täters. 21 % starben an anderen Orten, meist Grünanlagen oder Feldern. Nur 7 % begegneten ihrem Mörder in dessen eigener Wohnung.



N= 45

Abb. 6: Sind Tatort und Leichenfundort identisch?

In 87 % der Fälle war der Leichenfundort identisch mit dem Tatort. Nur in 9 % der Fälle wurde der Leichnam nach der Tat an einen anderen Ort verbracht. In 4 % der Fälle ist nicht bekannt, ob der Fundort der Leiche gleich dem Tatort ist.



N= 44

n= 38

Abb.7: Suizidalität der Täter nach der Tat

Immerhin 10 % der Täter begingen nach der Tat Selbstmord, weitere 8 % versuchten sich umzubringen, allerdings ohne Erfolg.

Die Mehrzahl der Opfer (57 %) wurde im Rahmen intrafamiliärer Konflikte getötet, 43 % hingegen von Personen, die nicht dem engeren Kreis der Familie zugerechnet werden. Als intrafamiliär wurden Delikte bezeichnet, bei denen die Opfer Kinder, Eltern, Großeltern oder Ehepartner der Täter waren, in einem Fall auch die Schwägerin des Täters.

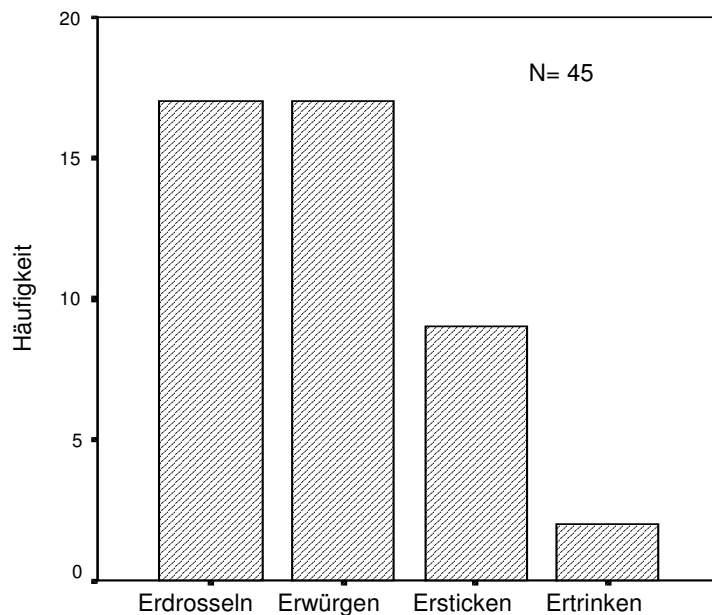


Abb.8: Tötungsart (absolute Häufigkeit)

Bei den Tötungsarten dominieren Erwürgen und Erdrosseln mit jeweils 38 %. Die Tötung durch Ersticken ist mit 20 % eher selten, wobei Ersticken mittels weicher Bedeckung und Plastiktüte zu jeweils gleichen Teilen vertreten sind; in einem weiteren Fall starb das Opfer nach stumpfer Gewalteinwirkung an der Blutaspiration. Die Tötung durch Ertränken stellt mit zwei Fällen, das entspricht 4 %, zumindest im Münsterland eine Rarität dar. In einem Fall war die Tötungsart aufgrund der fortgeschrittenen Verwesung nur durch Aussagen des Täters bekannt.

Lediglich sechs Opfer (13 %) wurden durch den Rettungsdienst in ein Krankenhaus verbracht, wo sie Stunden bis Tage nach der Tat verstarben, meist infolge eines hypoxischen Hirnschadens; dahingegen verstarben 87 % der Opfer vor dem Auffinden durch Dritte.

3.2 Die Opfer

Über die Opfer war, abgesehen von den Befunden der Rechtsmedizin, so gut wie nichts in Erfahrung zu bringen. Deswegen beschränkt sich der Ergebnisteil aufgrund der schlechten Datenlage auf Geschlecht, Alter und Alkoholisierungsgrad der Opfer.

Über 70 % der Opfer waren Frauen, nur 29 % Männer, dies entspricht einem Verhältnis von 2,4:1. Rechnet man die Opfer unter 10 Jahren nicht mit ein, so verschiebt sich das Verhältnis weiter zu ungunsten der Frauen: 2,7:1. Folgende Grafik gibt einen genaueren Überblick über die Alters- und Geschlechtsverteilung der Opfer.

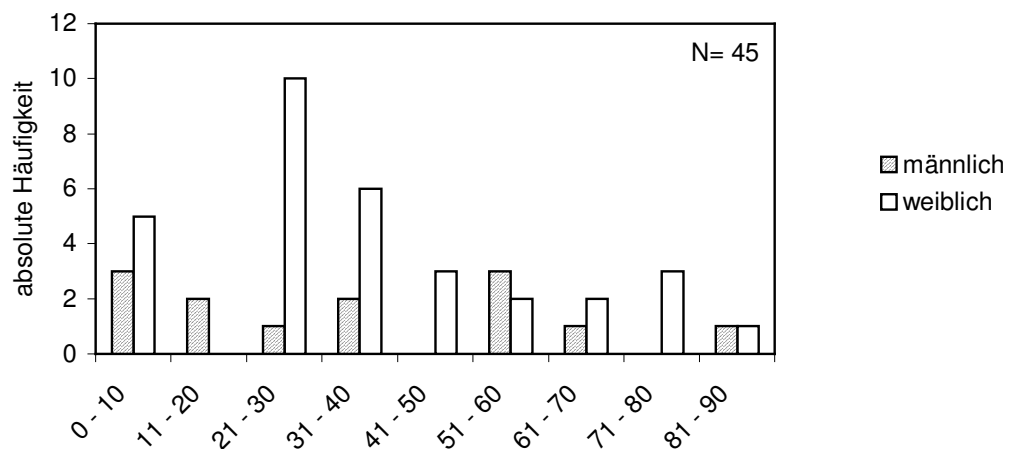


Abb.9: Alter und Geschlecht der Opfer

Mit Ausnahme der vierten Dekade sind Männer in allen Altersklassen mit einem bis drei Opfern vertreten. Die jüngsten männlichen Opfer waren Neugeborene, das älteste männliche Opfer war 87 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt der männlichen Opfer ab zehn Jahre beträgt 45 Jahre. Bei den Frauen hingegen lässt sich ein deutlicher Häufigkeitsgipfel bei den 21 bis 30-jährigen ablesen. Fast 37 % der weiblichen Opfer gehörten dieser Altersklasse an. Das älteste weibliche Opfer war 83 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt der weiblichen Opfer liegt bei 43 Jahren, wenn man Opfer unter zehn Jahren nicht mit einbezieht. 18 % aller Opfer waren älter als 60 Jahre.

Über 93 % der Opfer besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit, ein Opfer kam aus Indien, ein weiteres aus Polen. Die Staatsangehörigkeit eines weiteren Opfers konnte nicht ermittelt werden.

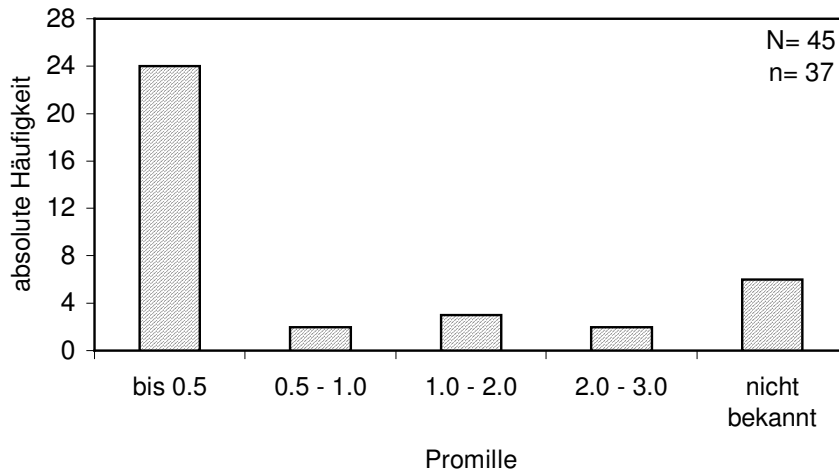


Abb.10: Blutalkoholkonzentration (BAK) der Opfer

Die in dieser Grafik genannten Prozentzahlen beziehen sich auf das Opferkollektiv mit Ausnahme der Kinder unter zehn Jahren. 65 % der Opfer standen nicht unter Alkoholeinfluss, weitere 13 % waren leicht bis mäßig alkoholisiert (bis zwei Promille) und nur 5 % der Opfer hatten über 2 Promille im Blut. In 16 % der Fälle ist die BAK nicht bekannt bzw. nicht bestimmt worden.

3.3 Die Täter

Bei der Auswertung der täterbezogenen Daten wurden diejenigen Fälle nicht berücksichtigt, in denen der Täter nicht feststellbar war (n= 4) oder aufgrund des Fehlens von Akten keine Informationen vorlagen.

Insgesamt 87,5 % der Täter waren männlichen Geschlechts und nur 12,5 % Frauen. Das Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich ist also 7:1. Abbildung 11 gibt einen genauen Überblick über die Alters- und Geschlechtsverteilung der Täter.

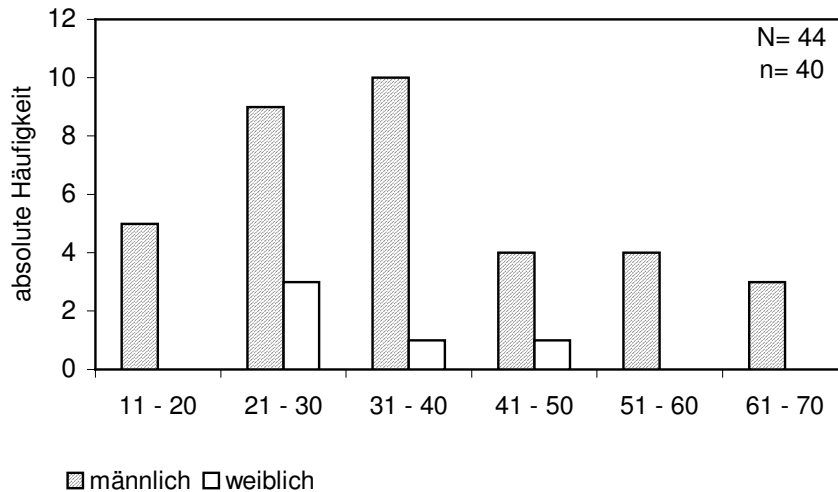


Abb.11: Alter und Geschlecht der Täter

Das Kollektiv der weiblichen Täter umfasst fünf Täterinnen. Die jüngste Täterin war 22 Jahre alt, die älteste 41. Das Durchschnittsalter der weiblichen Täter betrug 29 Jahre. Die Mehrzahl (56 %) der männlichen Täter war zwischen 20 und 40 Jahre alt. Der jüngste Täter war 18 Jahre alt, der älteste 67. Das Durchschnittsalter der männlichen Täter betrug 36 Jahre.

Von 39 Tätern war die Nationalität bekannt. Davon besaßen 90 % die deutsche Staatsangehörigkeit, aus Indien, Pakistan, der Türkei und Griechenland kam jeweils ein Täter, das entspricht je 3 %.

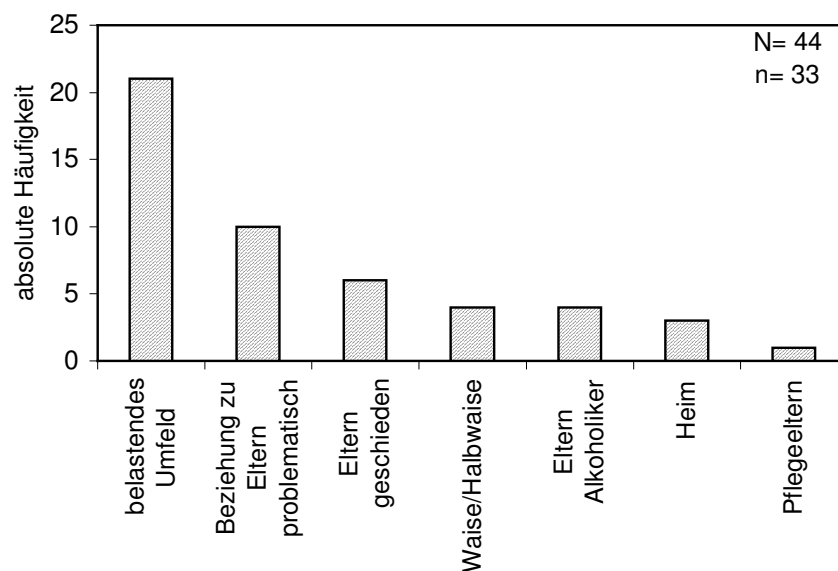


Abb.12: Biographische Besonderheiten der Täter

In Abbildung 12 sind einige Faktoren dargestellt, welche die Entwicklung der Täter möglicherweise beeinflusst haben; Mehrfachnennungen waren möglich. Bei 33 Personen lagen hierzu Unterlagen vor, das entspricht 75 % aller Täter. Von diesen 33 Personen wuchsen 64 % in einem belastenden Umfeld auf. Als belastendes Umfeld wurden alle nachgenannten Situationen gewertet, sowie andere Umstände, beispielsweise Armut, die nicht gesondert erfasst wurden. 30 % der Täter gaben ein problematisches Verhältnis zu den Erziehenden an, meist waren Handgreiflichkeiten des Vaters der Grund, weitere 18 % waren Scheidungskinder. 12 % der Täter wuchsen als Kinder von Alkoholikern auf, 12 % waren Waise oder Halbwaise, 9 % wuchsen in einem Heim auf und ein Täter (3 %) bei Pflegeeltern.

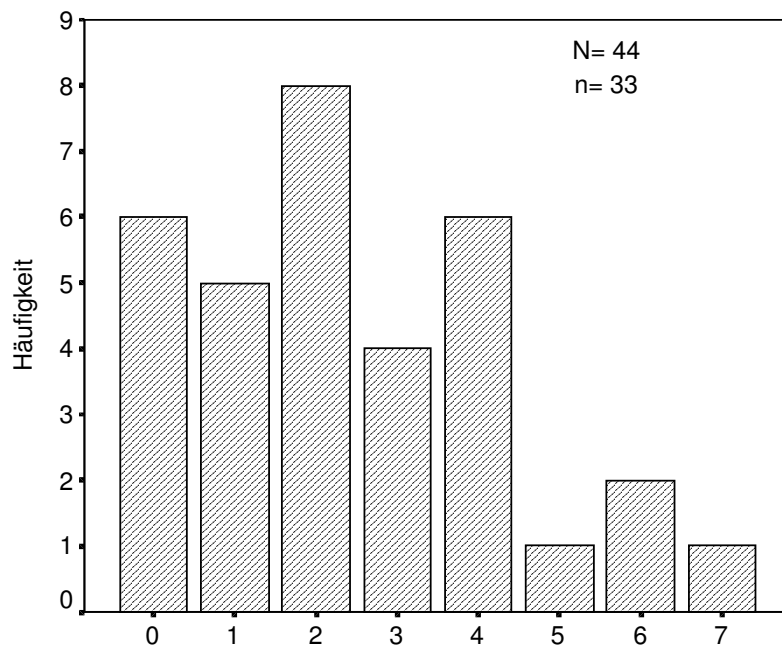


Abb.13: Anzahl der Geschwister des Täters (absolute Häufigkeit)

Insgesamt 18 % der Täter waren Einzelkinder, weitere 15 % hatten ein Geschwisterteil, fast ein Viertel aller Täter zwei Geschwister. 43 % hatten drei oder mehr Geschwister. Ein Täter hatte sieben Geschwister. Durchschnittlich hatte ein Täter 2,4 Geschwister.

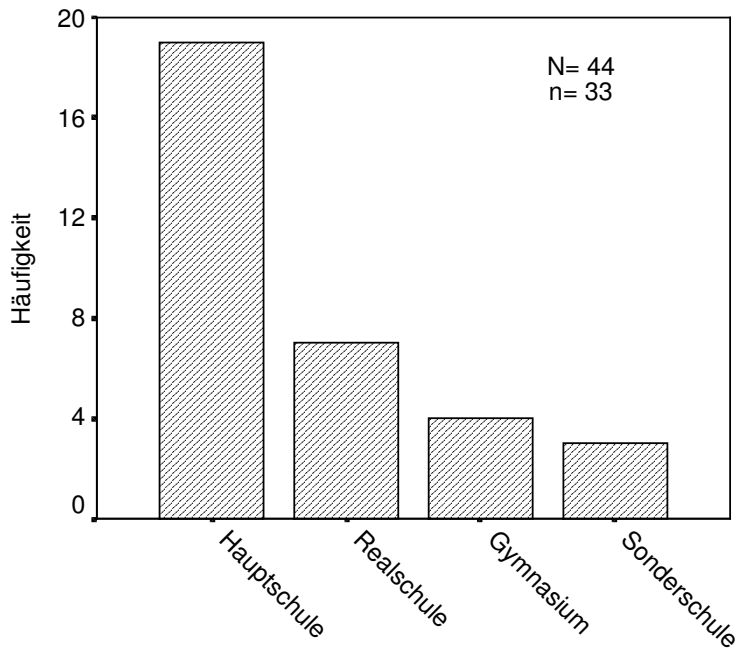


Abb.14: Schulbildung der Täter (absolute Häufigkeit)

Die Mehrzahl der Täter (58 %) besuchte die Hauptschule, weitere 21 % die Realschule. Sonderschule und Gymnasium waren mit 9 % bzw. 12 % in etwa gleich häufig vertreten. Nach der Schule absolvierten 58 % der Täter eine Lehre oder Ausbildung, weitere 12 % besuchten eine Hochschule. Ein Drittel aller Täter blieb ohne Berufsausbildung.

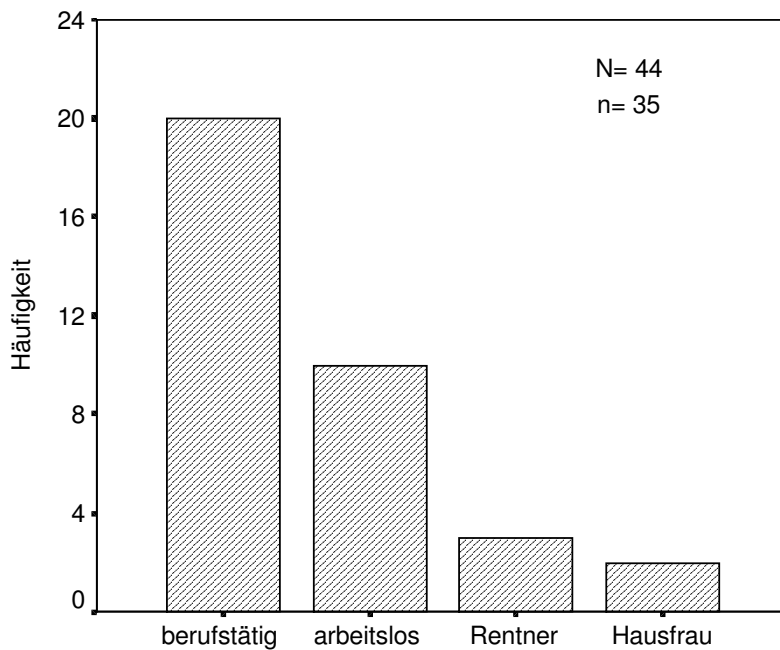
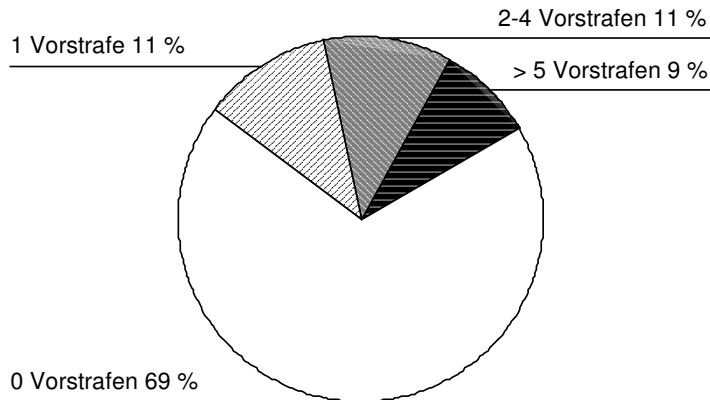


Abb.15: Beruf der Täter (absolute Häufigkeit)

Von den 35 Tätern, deren Tätigkeit zum Tatzeitpunkt bekannt war, standen 57 % in einem Beschäftigungsverhältnis, weitere 29 % waren arbeitslos und 14 % Hausfrauen bzw. in Rente.



N= 44

n= 35

Abb.16: Vorstrafen der Täter

Von 35 Tätern war die Anzahl der Vorstrafen bekannt. Von diesen 35 Tätern waren fast 70 % nicht vorbestraft, 11 % waren vor dem Tötungsdelikt bereits einmal strafrechtlich in Erscheinung getreten, und 20 % hatten schon mehr als eine Eintragung im Vorstrafenregister. Die meisten Vorstrafen wies ein Täter mit zwölf Eintragungen auf.

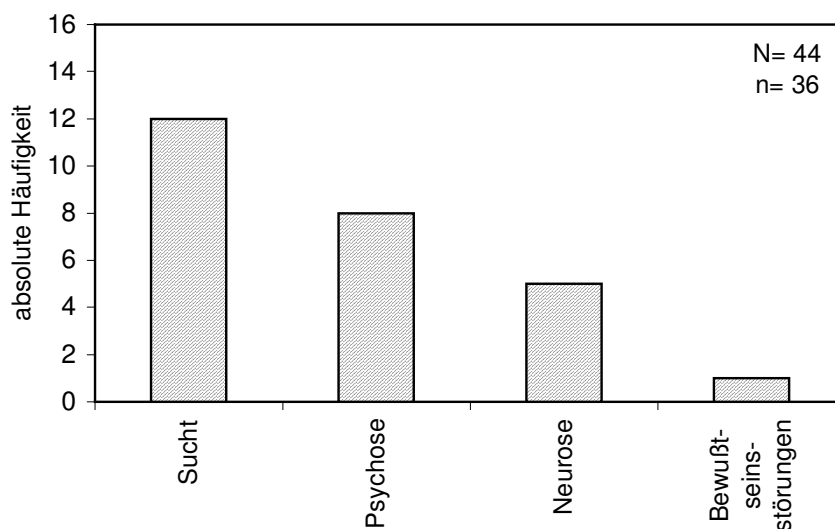


Abb.17: Krankhafte seelische Störungen der Täter

In der Vorgeschichte der Täter fanden sich bei über der Hälfte seelische Störungen. Im einzelnen war dies bei 33 % Abhängigkeit (Medikamente, Drogen oder Alkohol), in 22 % Psychosen (Depressionen oder Schizophrenie) und bei weiteren 14 % Neurosen. In vier Fällen (11 %) kam es zu Überschneidungen, d.h. der Täter war süchtig und zudem psychisch auffällig. Die Mehrzahl der süchtigen Täter war alkoholkrank. Nur 36 % der Täter zeigten keinerlei Auffälligkeiten.

Fast 60 % der Täter verfügten über eine durchschnittliche Intelligenz, bei immerhin 15 % stellte das psychiatrische Gutachten eine überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit fest. 24 % der Täter waren minderbegabt, aber keiner geistig behindert.

Insgesamt 65 % der Täter wiesen keine alkoholische Beeinflussung auf, weitere 6 % lediglich eine geringfügige Alkoholisierung bis 1 Promille. 29 % waren mit ein bis zwei Promille zwar angetrunken, keiner der Täter beging die Tat aber im Zustand der Volltrunkenheit. Abbildung 18 gibt einen Überblick. Bei 15 % der Täter wurden zudem das ZNS beeinflussende Medikamente nachgewiesen, also Psychopharmaka oder Sedativa, und 12 % hatten vor der Tat Drogen konsumiert.

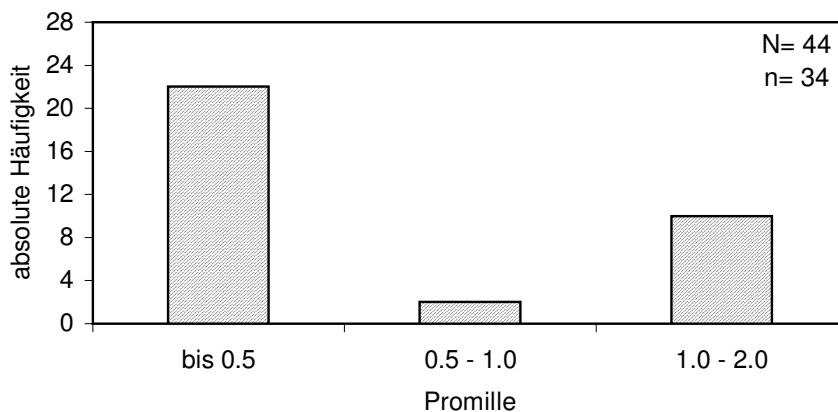


Abb.18: Alkoholbeeinflussung der Täter

Von den 36 Delikten, bei denen der Tathergang bekannt ist, wurde im Vorfeld des Tötungsdeliktes in 25 % der Fälle von Gewalttätigkeiten gegen das Opfer berichtet und in 39 % von verbalen Gewaltandrohungen. Teilweise kam es sowohl zu Drohungen als auch Gewalttätigkeiten. Die Hälfte der Opfer wurde vor der Tat in keiner Weise vom Täter behelligt.

3.4 Die Täter-Opfer-Beziehungen

Von 44 Tätern sind 35 Täter Männer und fünf Frauen, vier Täter sind unbekannt. Abbildung 19 gibt die Häufigkeitsverteilung der Tatmotive der Männer wieder. In mehr als einem Viertel der Delikte ist ein Streit aus nichtigem Anlass der Auslöser der Tötungshandlung, gefolgt von Eifersucht als Tatmotiv (20 %). Mit 14 % recht häufig sind Tötungen, die der sexuellen Befriedigung des Täters dienen. Tötungen infolge einer Geisteskrankheit machen 11 % aller Fälle aus, Raubmorde 9 %. Die restlichen 14 % verteilen sich auf die Tatmotive Hass, Notwehr sowie simple Antipathie im Falle eines schizoiden Mörders. In zwei Fällen ist das Tatmotiv des Mörders nicht bekannt.

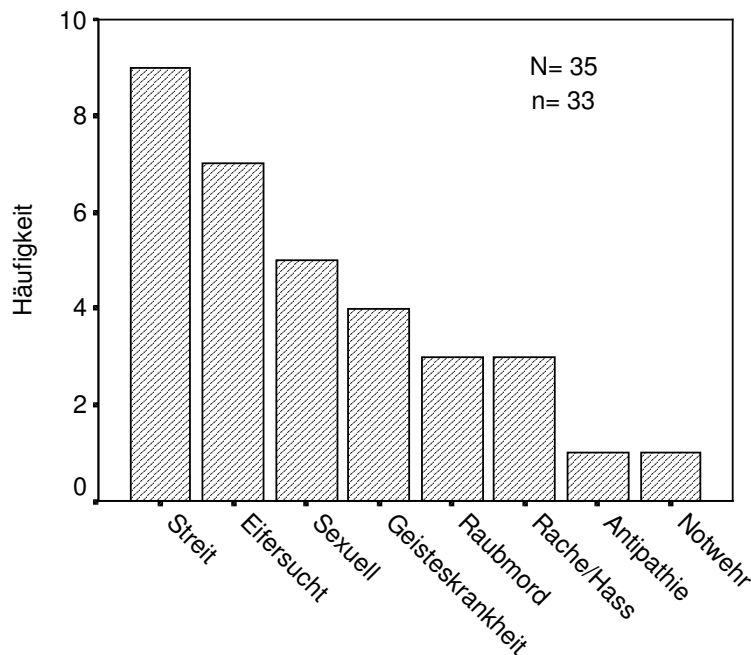


Abb.19: Tatmotive der männlichen Täter (absolute Häufigkeit)

Frauen töteten ausschließlich ihre Kinder. Verzweiflung und das Unvermögen, mit der Situation zurecht zu kommen, waren in allen fünf Fällen Auslöser dieser Taten. Viermal war das Opfer ein Neugeborenes, einmal die achtjährige Tochter der Täterin. In zwei weiteren Fällen von Neugeborenentötungen, in denen der Täter unbekannt ist, sind vermutlich ebenfalls Frauen die Täter.

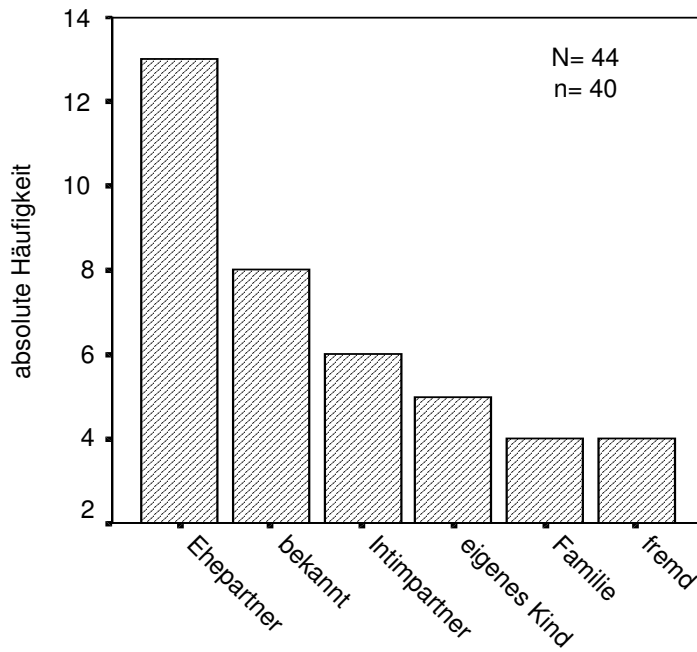


Abb.20: Beziehung des Täters zu seinem Opfer

Hingegen tötete nur ein männlicher Täter ein Kind, welches allerdings nicht sein eigenes war. 37 % der Getöteten waren mit den Tätern verheiratet, weitere 17 % waren Intimpartner und 11 % gehörten zum engeren Familienkreis. 20 % der Opfer waren ihrem Mörder zumindest schon häufiger begegnet. Zusammengerechnet kannten also fast 90 % der Opfer den Täter mehr oder weniger gut, nur in etwas über 10 % waren sich Täter und Opfer völlig fremd.

3.5 Die gerichtlichen Entscheidungen

Die Hälfte der bislang festgenommenen Täter wurde aufgrund von Ermittlungen festgestellt, 20 % informierten selbst die Polizei oder den Rettungsdienst und 11 % wurden auf frischer Tat ertappt. 9 % wurden von Mittätern oder Angehörigen, die von der Tat erfuhren, angezeigt. Vier der Täter konnten bislang nicht ermittelt werden. Abbildung 21 gibt einen Überblick.

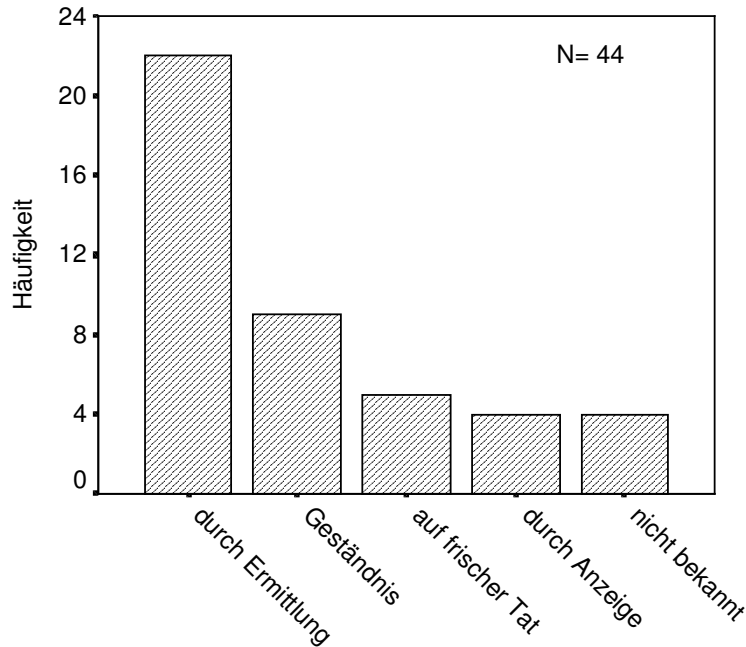


Abb.21: Feststellung des Täters (absolute Häufigkeit)

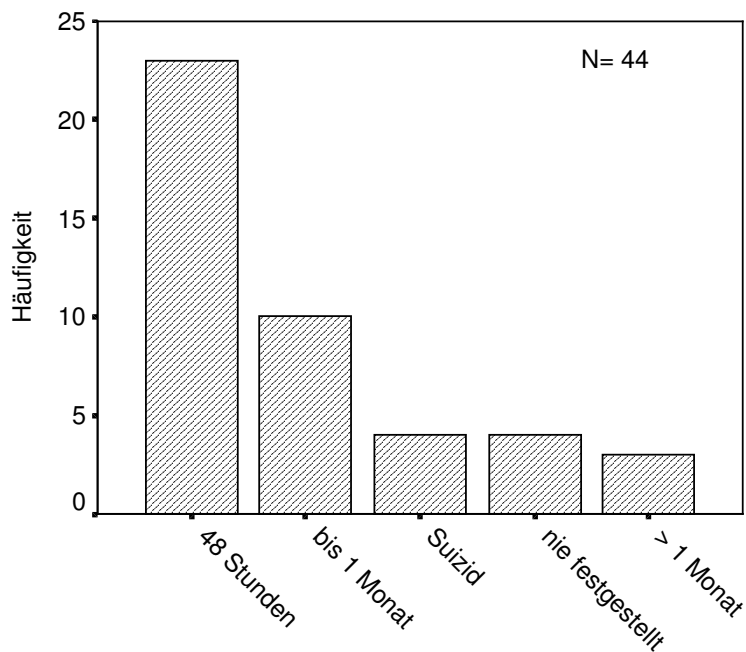


Abb.22: Zeitraum bis zur Feststellung des Täters (absolute Häufigkeit)

Über 50 % der Täter konnten innerhalb von 48 Stunden nach der Tat verhaftet werden, nach einem Monat waren bereits 75 % inhaftiert. In einem Fall wurde der Täter ein Jahr später aufgrund eines weiteren Mordes ermittelt, in einem anderen Fall sogar erst vier Jahre später. Vier Täter konnten bislang nicht festgestellt werden.

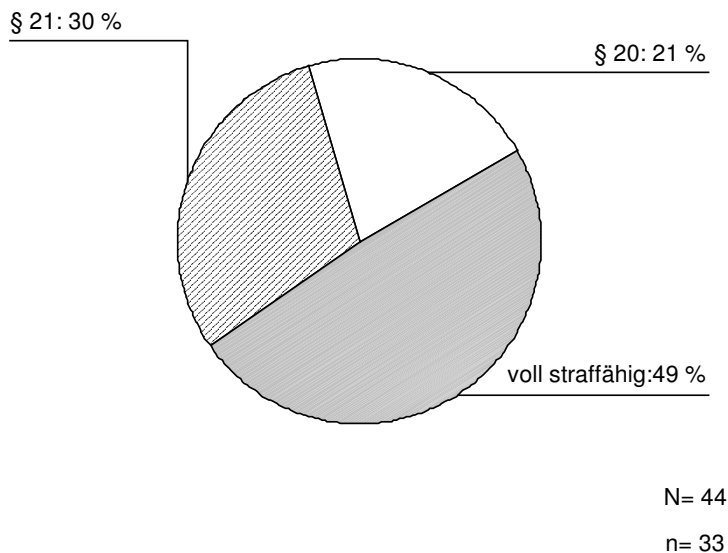


Abb.23: Psychiatrische Beurteilung der Täter

In Abbildung 23 sind die Befunde des vom Gericht angeforderten psychiatrischen Gutachtens dargestellt. Das Gericht folgte diesem in allen Fällen. Es wurden von 36 Tätern Gutachten angefertigt, die restlichen acht Täter waren flüchtig oder hatten Suizid begangen. Von drei Tätern lagen keine Angaben vor. Von den 33 Tätern, deren Beurteilung bekannt ist, wurden 49 % als vollstraffähig eingestuft. Bei circa einem Drittel der Täter attestierte der Gutachter eine mögliche Schuldinderung nach § 21, meist infolge einer affektiven Erregung, und 21 % der Täter waren aufgrund einer Erkrankung im Sinne von § 20 nicht schuldfähig.

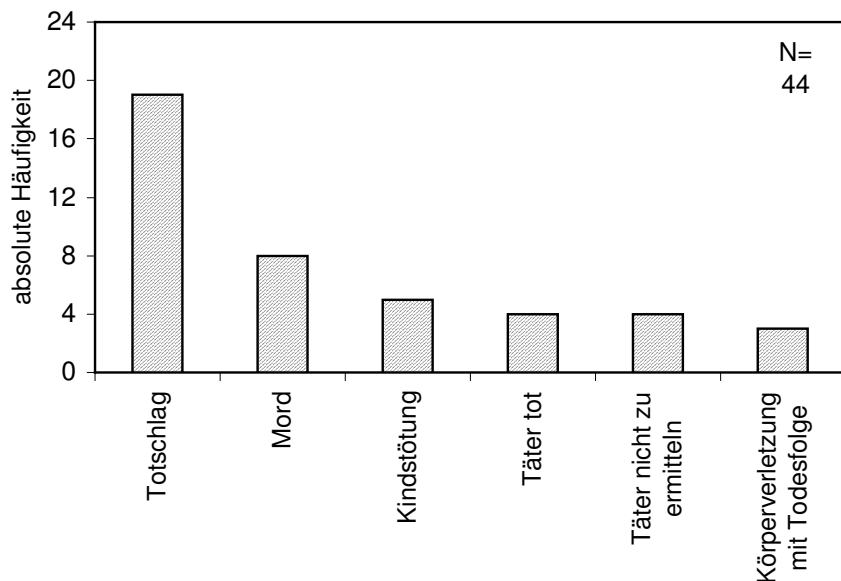
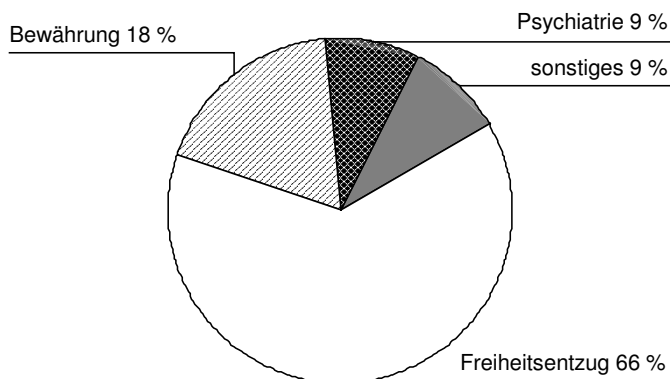


Abb.24: Verurteilung und Schicksal des Täters nach der Tat

Von einem Täter lagen keine Angaben über den Zeitraum nach der Tat vor. Von 42 Verfahren wurden acht Verfahren eingestellt, das entspricht 19 %, da vier Täter Suizid begingen und vier weitere Täter nicht feststellbar waren. In 45 % der Fälle entschied das Gericht auf Totschlag im Sinne von §§ 212 oder 213. Hierunter befand sich ein Fall von Notwehr. In immerhin fast einem Fünftel der Fälle sah das Gericht den Tatbestand des Mordes als erfüllt an, darunter waren drei Raubmorde und fünf Sexualmorde. 12 % der Delikte waren Kindstötungen nach § 217 und drei Mal (7%) lautete das Urteil auf Körperverletzung mit Todesfolge.



N= 44

n= 33

Abb.25: Strafmaß

In 33 Fällen war das Strafmaß bekannt. Es wurden 21 Freiheitsstrafen verhängt (66 %) sowie sechs Bewährungsstrafen (18 %). Drei Täter (9 %) wurden nach § 63 in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Des weiteren wurde einmal eine Geldstrafe verhängt, eine bereits laufende Ausweisung beschleunigt und in einem Fall von Notwehr von der strafrechtlichen Verantwortung abgesehen.

Alle des Mordes für schuldig befundenen Täter wurden mit Freiheitsstrafen bestraft, im Mindestfall mit sechs Jahren Gefängnis. 37 % Täter, die des Totschlags für schuldig befunden wurden, erhielten Bewährungsstrafen oder wurden in eine Psychiatrie eingewiesen. In einem Fall von Notwehr wurde von einer Bestrafung abgesehen. 63 % der Totschläger erhielten Freiheitsstrafen bis zu 15 Jahren. Nur in drei Fällen war das Urteil bekannt, wenn auf Kindstötung nach § 217 erkannt wurde; in allen Fällen wurden Bewährungs- oder Geldstrafen verhängt. Ebenfalls Bewährungsstrafen erhielten zwei Täter, die wegen Körperverletzung mit Todesfolge verurteilt wurden, ein Dritter hingegen musste für acht Jahre ins Gefängnis.

3.6 Die rechtsmedizinischen Befunde

3.6.1 Verletzungsmuster

Im folgenden Abschnitt sind die rechtsmedizinischen Befunde beschrieben. Teilweise waren aufgrund der fortgeschrittenen Verwesung der Opfer nur eingeschränkt Befunde erhebbbar, im Falle einer Neugeborenenleiche z.B. konnte noch nicht einmal mehr das Geschlecht diagnostiziert werden. Die angeführten Prozentzahlen sind also als Mindestwerte zu verstehen, da in der Grundgesamtheit jeweils unterschiedlich viele Leichen mit nicht auswertbaren Befunden enthalten sind. Tabelle 1 gibt einen Überblick über alle festgestellten Verletzungen, nach Geschlechtern getrennt.

Hämatome und Excoriationen waren die mit Abstand am häufigsten festgestellten Verletzungen aller Körperregionen. Mit durchschnittlich 67 % aller Fälle stellte der Hals die Prädilektionsstelle für diese Verletzung dar, nicht weiter verwunderlich bei Tötungen durch Würgen oder Drosseln. Ebenfalls häufig waren Excoriationen und Hämatome am Kopf, auf der Brust und im Bereich der oberen Extremitäten zu finden. Spezifische Abwehrverletzungen

dahingegen wurden nur in einem einzigen Fall (2 %) explizit im Leichenöffnungsprotokoll erwähnt.

Abgesehen von den Excoriationen und Hämatomen am Hals wendete der Täter in fast 30 % der Fälle zusätzlich stumpfe Gewalt an, die meist gegen den Kopf gerichtet war. Weitere 7 % der Täter setzten scharfe Gewalt ein. In einem Fall zündete der Täter die Leiche des Opfers an, um seine Spuren zu verwischen, was allerdings misslang. Bei zwei Opfern waren wegen sehr fortgeschrittener Verwesung nur noch Einzelbefunde erhebbbar, wie Knochenbrüche oder Brüche von Zungenbein oder Larynx.

Lokalisation der Verletzung	Art der Verletzung	Männer in % N= 13	Frauen in % N= 32
Kopf	Platzwunde	38	13
	Hämatom	54	41
	Excoriation	69	53
	Fraktur	31	-
	Stich/Schnitt	-	6
Hals	Hämatom	62	69
	Excoriation	54	66
	Trachea	-	3
	Fraktur	15	3
	Stich/Schnitt	-	9
Brust	Hämatom	38	23
	Excoriation	38	28
	Fraktur	-	6
	Verbrennung	-	6
Bauch	Verbrennung	-	3
Obere Extremität	Abwehrverletzung	-	3
	Hämatom	15	44
	Excoriation	38	50
	Stich/Schnitt	-	3
	Verbrennung	-	3

Lokalisation der Verletzung	Art der Verletzung	Männer in % N= 13	Frauen in % N= 32
Untere Extremität	Hämatom	8	25
	Excoriation	15	28
	Verbrennung	-	3
Rücken	Hämatom	15	6
	Excoriation	15	16

Tabelle 1: Häufigkeit und Art der Verletzungen, getrennt nach Geschlecht

3.6.2 Stauungszeichen

In den folgenden Tabellen 3, 4 und 5 werden die Befunde beim Tod durch Erwürgen, Erdrosseln und Ersticken in ihrer Häufigkeit miteinander verglichen. Zur Veranschaulichung sind alle Tabellen auch als Grafiken dargestellt. Die geringe Anzahl von nur zwei Ertrunkenen im Untersuchungsgut lässt allerdings keine Auswertung zu, sie wurden nicht in die Tabelle aufgenommen. Eines der Ertrinkungsopfer wies außer der typischen, geringgradig ausgeprägten Ertrinkungslunge keine relevanten, mit dem Ertrinken zusammenhängende Veränderungen auf, ein weiteres Opfer erlitt vor dem Ertrinken ein massives Schädel-Hirn-Trauma, weswegen die Befunde nicht allein dem Ertrinken zugeordnet werden können.

Stauungszeichen	Erwürgen in % N= 17	Erdrosseln in % N= 17	Ersticken in % N= 9
Petechien Gesichtshaut	82	59	56
Petechien Bindehäute	88	65	67
Petechien Gesichtshaut	82	59	56
Petechien Lidhäute	82	59	44
Petechien Rachenschleimhaut	71	47	33
Gesichtszyanose	65	65	22
Dunsung	65	53	22
Blutung aus Mund/Ohren	12	12	-

Tabelle 2: Häufigkeit von Stauungszeichen bei Erwürgten, Erdrosselten und Ersticken

In über 60 % waren beim Tod durch Erwürgen eine Zyanose und Dunsung des Gesichts infolge der Stauung festzustellen. Auch Petechien waren sehr ausgeprägt, zu 90 % waren sie in den Bindehäuten nachweisbar, zu circa 80 % in den Lidhäuten, der Gesichtshaut und der Mund- und Rachenschleimhaut. Selten waren mit 11 % dagegen Blutungen aus Mund und Nase. Ähnlich sah das Befundmuster beim Erdrosseln aus, die Stauungssymptome waren aber nicht ganz so ausgeprägt. Petechien waren in circa 60 % der Fälle vorhanden und zu 47 % in der Mund- und Rachenschleimhaut. Dunsung und Zyanose des Gesichts waren bei Ersticken selten zu finden, aber in 56 % der Fälle Petechien der Gesichtshaut und in über 67 % auch der Bindehäute, häufiger als beim Erdrosseln. Petechien der Lidhäute kamen in 56 %, der Rachenschleimhaut in 33 % vor.

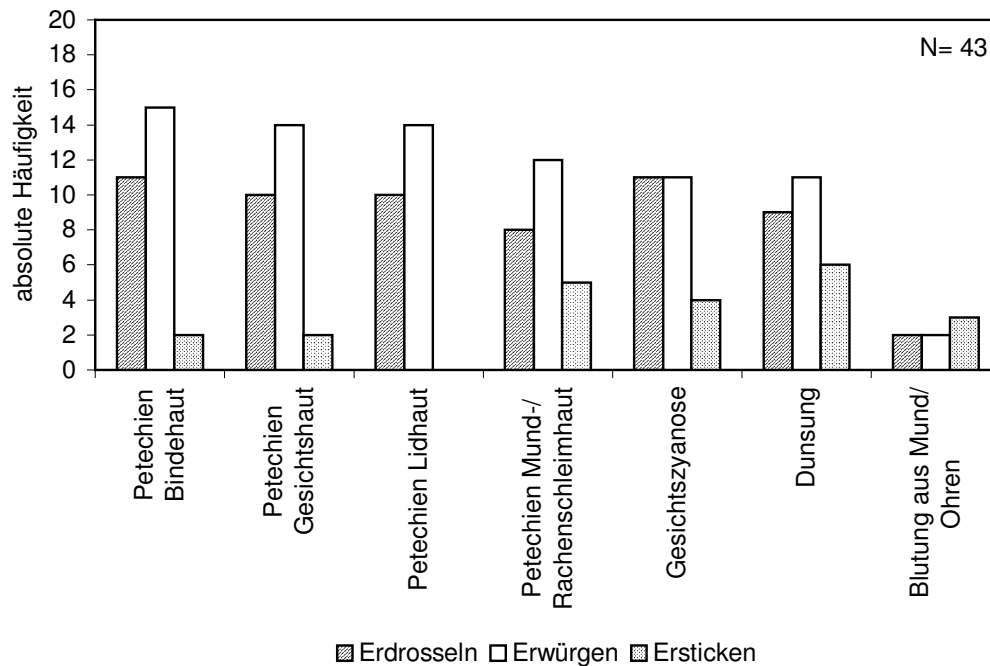


Abb.26: Häufigkeit von Stauungszeichen bei Erwürgten, Erdrosselten und Ersticken

3.6.3 Erstickungszeichen

Erstickungsbefunde	Erwürgen in % N= 17	Erdrosseln in % N= 17	Ersticken in % N= 9
geblähte Lunge	71	82	67
Petechien Pleura	82	65	67
Anämie der Milz	41	47	11
Petechien Perikard	29	47	44
Petechien Nierenbecken	35	18	-
Petechien Thymus	6	6	11

Tabelle 3: Häufigkeit von Erstickungszeichen bei Erwürgten, Erdrosselten und Erstickten

Über 80 % der Erwürgten wiesen Tardieusche Flecken der Lungen auf, aber nur zu 29 % im Perikard und 35 % in den Nierenbecken. Das seltene Vorkommen von Petechien des Thymus erklärt sich dadurch, dass unter den Erwürgten nur ein Kind war. 71 % der Opfer hatten geblähte Lungen. Eine Anämie der Milz fiel in 40 % der Fälle auf. Erdrosselte hatten nur in 65 % der Fälle Petechien der Pleura, aber zu fast 50 % im Perikard. Über 80 % hatten eine geblähte Lunge, 60 % eine Hyperämie der inneren Organe und 47 % eine Milzanämie. Beim Ersticken waren mit 67 % die Pleurapetechien sehr ausgeprägt, ebenso häufig waren geblähte Lungen und die Hyperämie der inneren Organe. Bei weniger als der Hälfte der Opfer fanden sich Petechien im Perikard. Eher selten war die Anämie der Milz (11 %).

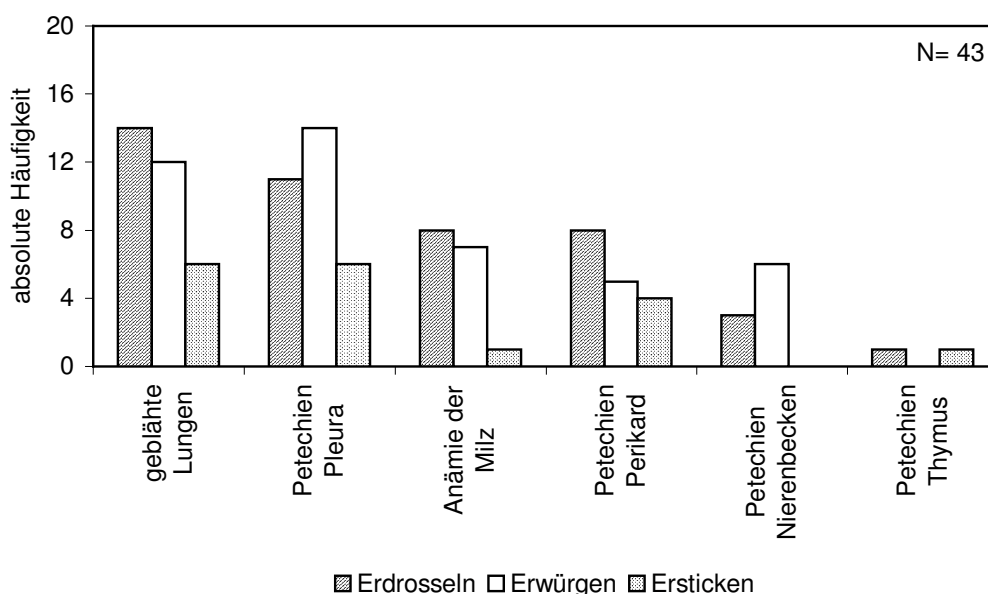


Abb.27: Häufigkeit von Erstickungszeichen bei Erwürgten, Erdrosselten und Erstickten

3.6.4 Sonstige Befunde

In Tabelle 4 sind unter „Sonstige Befunde“ alle die Befunde zusammengefasst, die weder direkt den Stauungs- noch den Erstickungszeichen zuzuordnen sind, aber charakteristisch für die Tötung durch Strangulation oder Erstickten sind.

Sonstige Befunde	Erwürgen in % N= 17	Erdrosseln in % N= 17	Erstickten in % N= 9
Excoriationen Hals	82	82	11
Hyperämie Leber/Niere	82	59	67
Hämatome Hals	94	71	22
Muskelblutungen Hals	89	71	25
Hyoidfraktur	35	36	11
Larynxfraktur	35	47	-
flüssiges Blut	94	71	56
Schaumpilz	41	18	11
Aspiration	29	6	11

Tabelle 4: Häufigkeit der sonstigen Befunde bei Erwürgten, Erdrosselten und Erstickten

Bei Erstickten war wie erwartet nur in der Minderzahl der Fälle eine Gewalteinwirkung gegen den Hals festzustellen, auch Aspirationen und ein Schaumpilz waren selten. Eine Ausnahme bildet das diagnostisch allerdings wenig aussagekräftige flüssige Leichenblut. Des weiteren fand sich bei 67 % der Erstickten eine deutliche Hyperämie der inneren Organe, zum Teil auch der Milz.

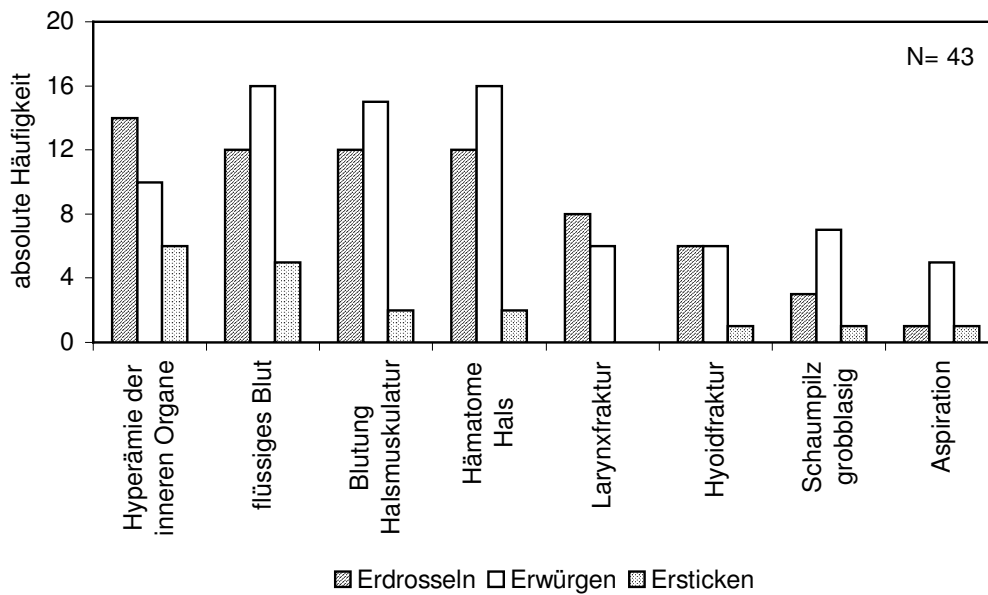


Abb.28: Sonstige Befunde bei Erwürgten, Erdrosselten und Erstickten

Vergleicht man die Befunde der Erwürgten mit denen der Erdrosselten, fallen Unterschiede auf. Beim Erwürgen treten deutlich häufiger Hämatome und Blutungen der Muskulatur auf als beim Erdrosseln, des weiteren kommt es öfter zur Bildung eines Schaumpilzes und zur Aspiration von Blut oder Erbrochenem. Interessant ist vor allem aber, dass Hyoidbrüche bei Erdrosselten ebenso oft gefunden wurden wie bei Erwürgten, Larynxfrakturen sogar häufiger.

3.6.5 Die Drosselmarke

Insgesamt wurden 17 Personen durch Erdrosseln getötet. Davon waren zum Zeitpunkt der Sektion vier Leichen aufgrund fäulnisbedingter Veränderungen nur eingeschränkt beurteilbar. Tabelle 5 auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über die erhobenen Befunde.

Drosselmarke N=17	Häufigkeit in %
Einfach	59
Mehrtourig	41
Horizontal	82
nach hinten ansteigend	18
Marke über Kehlkopf	65
Marke Höhe Kehlkopf	24
Marke unter Kehlkopf	6
Zirkulär	65
freie Stelle	35
doppelte Hyperämiezone	12
Zwischenkammbutung	24

*Tabelle 5:
Beschaffenheit der Drosselmarke*

In der Mehrzahl der Fälle legte der Täter das Drosselwerkzeug nur einmal um den Hals des Opfers. In über 80 % war die Drosselmarke horizontal, in zwei Drittel der Fälle lag sie über dem Kehlkopf und in 65 % der Fälle war sie zirkulär. Eine freie Stelle fand sich in 35 % der Fälle, diese lag fast immer im Nacken, in seltenen Fällen war auch fast keine äußere Drosselmarke nachweisbar. Der Befund „doppelte Hyperämiezone“ konnte nur bei 12 % der Opfer gestellt werden, etwa doppelt so oft kam eine Zwischenkammbutung vor.

Als Drosselwerkzeug benutzten die Täter meistens Kleidungsstücke, die sich am Opfer selbst befanden, so z.B. einen Schal, oder Gegenstände, die sich in nächster Umgebung fanden, z.B. der Gürtel des Täters oder das Kabel einer Stehlampe.

3.6.6 Würgemale

Insgesamt wurden 17 Personen durch Erwürgen getötet. Keine der Leichen wies zum Zeitpunkt der Sektion fäulnisbedingte Veränderungen auf. Insgesamt 37 % der erwürgten Personen wurden von vorne gewürgt, 16 % von hinten und in der Hälfte der Fälle ist nicht bekannt, aus welcher Richtung der Angriff erfolgte.

Excoriationen waren bei 80 % der Erwürgten nachweisbar. Nur bei vier Opfern (24 %) aber wiesen die Excoriationen die typische Halbmondform auf. Bei zwei der Opfer fanden sich Excoriationen hinter den Ohren. Bei sieben Opfern (41 %) waren eindeutig als Fingerbeerenabdrücke identifizierbare Hämatome am Hals vorhanden. Insgesamt fanden sich Hämatome des Halses bei 94 % der Erwürgten, meist auf der Vorderseite des Halses und rechts tendentiell intensiver ausgeprägt als links. Immer fanden sich bei äußerlich sichtbaren Hämatomen auch Blutungen in die darunter liegende Halsmuskulatur. Insgesamt wiesen 94 % der Erwürgten Halsmuskulaturblutungen auf. Diese waren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (81 %) im vorderen Halsbereich lokalisiert, rechts doppelt so häufig wie links.

3.6.7 Todesbescheinigung und Gutachten

Abgesehen von der Sektion wurden in der Mehrzahl der Fälle zur Klärung des Sachverhalts noch weitere Gutachten angefordert. In 66 % aller Delikte wurden entweder das Opfer oder der Täter auf Alkohol untersucht, in 43 % auf Medikamente und in 39 % auf Drogen. Eine histologische Untersuchung der Organe forderte die Staatsanwaltschaft in zwei Dritteln der Fälle an, und Spuren, z.B. DNA-Untersuchungen von Blutstropfen oder Faserbestimmungen, wurden in 46 % der Fälle untersucht. Ein externes Gutachten war in keinem Fall nötig.

In 33 % der Fälle war das rechtsmedizinische Gutachten von wesentlicher Bedeutung, um die Schuld des Täters festzustellen, bei 65 % stützte es die durch Ermittlungen gewonnenen Erkenntnisse. In keinem Fall wich das Urteil vom Gutachten der Rechtsmediziner ab.

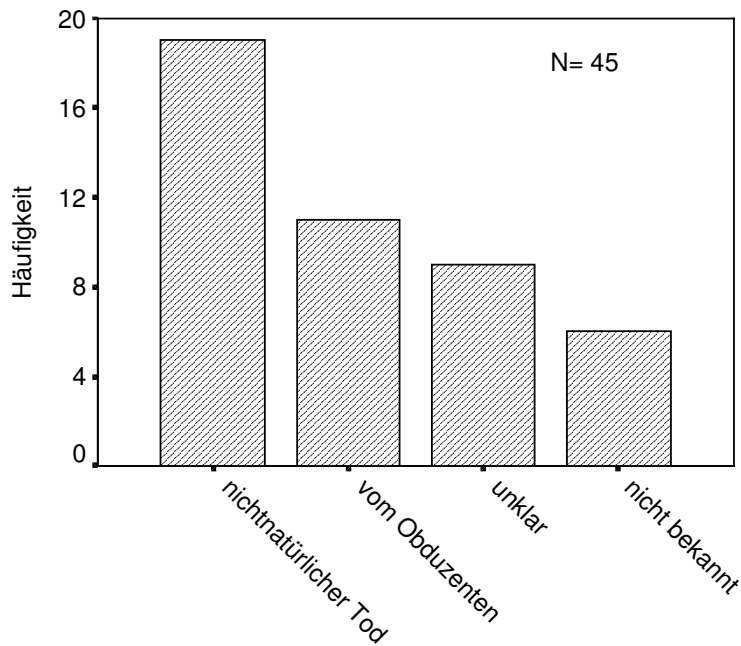


Abb.29: Todesbescheinigung

Immerhin 42 % der von Haus- und Notärzten ausgestellten Todesbescheinigungen trugen den Vermerk „unnatürliche Todesursache“, weitere 20 % „unklare Todesursache“. 24 % der Todesbescheinigungen wurden vom Obduzenten nach der Sektion ausgestellt, in 13 % ist der Eintrag auf der Todesbescheinigung nicht bekannt. Auf keiner der vorliegenden Bescheinigungen war als Todesursache ein natürlicher Tod eingetragen.

4. DISKUSSION

Die Homizidrate im Regierungsbezirk Münster liegt bei 1,4/100.000 Einwohner. Die zum Regierungsbezirk Münster gehörige Stadt Bielefeld hat eine der niedrigsten Homizidraten deutscher Städte mit über 200.000 Einwohnern; 1999 lag diese bei 0,3/100.000 Einwohner. Betrachtet man die Bundesländer im Vergleich, so führen die bevölkerungsreichen Stadtstaaten Bremen und Berlin mit einer Homizidrate von 2,8 bzw. 2,5/100.000 im Jahre 1999 [12]. Die Homizidraten der Flächenbundesländer bewegen sich, auch im Verlauf der letzten Jahre betrachtet, recht konstant um 1/100.000 herum.

Zum Vergleich: Im südlichen Afrika sterben von hunderttausend Menschen 45 durch Mord und Totschlag, in der ehemaligen Sowjetunion ca. 25, in New Orleans 36,2, in New York 25,8, in Kopenhagen 2, in Oslo 1,8 und in Genf 1,5 [13, 20, 29, 60, 73, 75]. Niedrigere Homizidraten als im Raum Münster finden sich in der Literatur hauptsächlich in ländlich geprägten Gebieten der westlichen Industrienationen, so z.B. in Nordschweden [38] oder Neufundland [2], aber auch in Japan [35].

Die Häufung von Tötungen in Städten ist aus den oben angeführten Zahlen deutlich abzulesen. Nach Angaben der polizeilichen Kriminalstatistiken Deutschlands werden, bezogen auf 100.000 Einwohner, in deutschen Großstädten mit über 500.000 Einwohner mehr als doppelt so häufig Tötungsdelikte begangen wie in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern [11].

Im Regierungsbezirk Münster starben 19 % der Mordopfer infolge einer Strangulation oder Erstickung. Andere Studien in Deutschland kommen zu vergleichbaren Ergebnissen. Benthaus und Lüerssen fanden in ihrem Untersuchungsgut, welches Tötungsdelikte im Raum Münster von 1983 bis 1992 umfasst, zu 23 % Opfer, die infolge Erstickens starben [4, 39]. Bei einer ähnlichen Studie im Raum München von 1960 bis 1979 betrug der Anteil 17 %, ebenso bei einer Studie im Raum Köln von 1972 bis 1974 [23, 33]. Die Häufigkeit scheint also in Deutschland, auch über die letzten Jahrzehnte gesehen, relativ konstant zu bleiben.

Die Tötungsart hängt sehr vom jeweiligen Kulturkreis ab. Während Daten, die in Skandinavien erhoben wurden, eine große Übereinstimmung mit den deutschen Untersuchungen zeigen, dominiert in Südeuropa die Tötung durch scharfe Gewalt oder Schusswaffen, und

auch in den USA sind Tötungen durch Ersticken „relativ ungewöhnlich“ [16, 29]. Dahingegen wurden in Japan bis zu 37 % der Opfer erstickt [35, 72].

4.1 Die Tat

Die Verteilung der Delikte über die Jahre hinweg betrachtet lässt eine deutliche Häufung besonders im Jahr 1997 erkennen. In diesem Jahr wurden fast doppelt so viele Personen ermordet wie im Durchschnitt der letzten Jahre. Auch die Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes weist für diesen Zeitraum sowohl für die Städte Bielefeld als auch Münster einen Anstieg der Homizidrate aus. Diese lag 1999 bei 0,3 für Bielefeld und 0,8 für Münster, 1997 dahingegen bei 1,2 bzw. 1,9 [12]. Angesichts der sehr geringen absoluten Fallzahlen von z.B. nur vier Opfern 1997 in Bielefeld haben diese Schwankungen allerdings keine statistische Aussagekraft.

Eine leichte Häufung der Tötungsdelikte lässt sich in den Monaten Mai und Juni sowie Dezember erkennen. Sowohl Benthaus als auch Lüerssen ermittelten dahingegen eine leichte Häufung der Delikte in den Sommermonaten, besonders im September [4, 39]. Bezieht man die Neugeborenentötungen nicht in die Betrachtung mit ein, so ist keine Häufung der Delikte in bestimmten Monaten mehr erkennbar.

Die Delikte waren sehr regelmäßig über die Woche verteilt, lediglich Montags wurde nur ein Opfer getötet. Lüerssen fand in seiner Untersuchung intrafamiliärer Tötungsdelikte sogar ein vollständiges Fehlen von Erstickungen am Montag [39]. Zum Wochenende hin ist keine Häufung der Delikte erkennbar. Die mit 780 Fällen recht große Studie von Knittel in München hingegen zeigt eine geringe Häufung von Tötungen am Freitag und Samstag, und zwar besonders von Raub- und Sexualmorden sowie Totschlag [34]. Lüerssen und Benthaus fanden eine Häufung am Freitag, wobei diese bei intrafamiliären Delikten deutlicher ausgeprägt war als bei extrafamiliären. Diese allerdings sehr gering ausgeprägten Tendenzen lassen sich damit erklären, dass die Menschen am Wochenende mehr Zeit miteinander verbringen und mehr Alkohol konsumieren als während der Woche, weswegen das Konfliktpotential höher ist. In vorliegender Arbeit aber wurde, wie oben bereits angeführt, keine Häufung gefunden.

Ein deutlicher Anstieg der Tötungsdelikte fand sich hingegen im Tagesverlauf gegen Abend und nachts. Fast die Hälfte aller Delikte wurde in der Zeit zwischen 22 Uhr und sechs Uhr morgens verübt. Andere Studien kommen zu identischen Ergebnissen [4, 20, 23]. Lüerssen hingegen fand bei der Auswertung intrafamiliärer Tötungsdelikte eine Häufung zwischen 16 und 22 Uhr [39].

Der Tatort steht in engem Verhältnis zur Beziehung von Opfer und Täter zueinander. Abbildung fünf zeigt, dass 70 % der Opfer in ihrer eigenen Wohnung getötet wurden, welche in fast 50 % der Fälle auch die Wohnung des Täters war. Dies verwundert nicht angesichts der Tatsache, dass fast 40 % der Opfer mit dem Täter verheiratet und weitere 17 % dessen Intimpartner waren. Zudem ist bei den sechs Neugeborenentötungen in vier Fällen bekannt und in zwei weiteren davon auszugehen, dass die Geburt in der Wohnung der Mutter stattfand und die Kinder hier auch direkt nach der Entbindung getötet wurden. Kannten sich Opfer und Täter hingegen nicht, war der Tatort meistens keine Wohnung, sondern ein Feld oder eine Straße. Das gemeinsame Heim bzw. das Heim des Opfers als Tatort geben auch Studien aus Kopenhagen, Neufundland, Japan, Genf und Kalifornien als häufigsten Tatort an [2, 20, 33, 55, 75].

4.2 Die Opfer

Erkenntnisse über den Lebenslauf des Opfers lagen meist nur in den Fällen vor, in denen der Täter der Ehemann war und bei der psychiatrischen Begutachtung von seiner Ehefrau erzählte. Auch dann fehlten jedoch meist Angaben zu dem Zeitraum vor der Ehe. Aufgrund der schlechten Datenlage beschränkt sich die Auswertung auf Alter und Geschlecht der Opfer sowie die Blutalkoholkonzentration, Daten also, die bei der rechtsmedizinischen Untersuchung der Opfer erhoben werden.

Die unter zehnjährigen Opfer nicht mit einbezogen ergibt sich folgendes Bild: 73 % der Opfer waren weiblichen Geschlechts, hatten zu 93 % die deutsche Staatsbürgerschaft und waren meist zwischen 20 und 40 Jahren alt. Die Mehrzahl der Opfer wurde im Rahmen eines Streits oder aus Eifersucht getötet. Zwei Drittel der Opfer wiesen keine alkoholische Beeinflussung auf.

Auffällig ist das deutliche Überwiegen der weiblichen Opfer. Benthaus kommt bei der Betrachtung extrafamiliärer Tötungen zu fast umgekehrten Verhältnissen; 68 % seiner Opfer waren männlichen Geschlechts [4]. Lüerssen wiederum fand bei der Auswertung intrafamiliärer Tötungen unter den Opfern 57 % Frauen [39]. In vorliegender Arbeit sind unter den Opfern intrafamiliärer Tötungen 80 % Frauen und unter den Opfern extrafamiliärer Tötungen 63 % Frauen. Frauen werden offensichtlich intrafamiliär wesentlich häufiger Opfer als außerhalb der Familie. Die Geschlechterverteilung wird aber noch durch andere Faktoren bestimmt, sie variiert sehr stark je nach Region und angewendeter Gewalt. So betrug das Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich für alle Tötungsarten in Lateinamerika 8:1, in Afrika 6:1 und in Nordamerika 3,8:1, in Europa dahingegen nur 1,4:1 [12, 60]. Andere Studien wiederum geben z.B. für die USA Verhältnisse von 1:1 bis 2:1 an [2, 55, 69]. In den westlichen Industrienationen werden folglich nur wenig mehr Männer getötet als Frauen. Anders sieht die Geschlechterverteilung bei der Tötung durch Ersticken aus, hier überwiegen die weiblichen Opfer [16, 17, 29, 32]. Dotzel fand beispielsweise unter den Opfern, die durch Erwürgen starben, dreimal soviel Frauen wie Männer [17]. Dies ist dadurch erklärbar, dass der Täter dem Opfer bei der Tötung durch Ersticken körperlich deutlich überlegen sein muss. Die Kombination von in der Mehrheit intrafamiliären Tötungen, der meist Frauen zum Opfer fallen, und der Tötungsart Ersticken erklärt den in dieser Arbeit hohen Anteil weiblicher Opfer.

Ein Vergleich aller Opfer dieser Arbeit mit denen einer Untersuchung zweier skandinavischer Hauptstädte, Oslo und Kopenhagen, zeigt erstaunlich große Übereinstimmungen. In Münster waren 71 % der Opfer Frauen, verglichen mit 73 % in Skandinavien, 19 % aller Homizide wurden durch Ersticken begangen (Skandinavien: 22 %), 18 % der Opfer waren jünger als 10 Jahre (Skandinavien: 18 %), 38 % der weiblichen Opfer wurden von ihrem Ehemann getötet (Skandinavien: 38%) und 69 % der Opfer wurden in ihrer eigenen Wohnung getötet (Skandinavien: 67%). Unterschiede gab es bei der Alkoholisierung der Opfer. In Skandinavien waren 45 % der Opfer nicht alkoholisiert, in Münster dahingegen 65 % [29]. Alkohol und Drogen spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle bei Homizidopfern. Eine Reihe von Studien belegt einen Zusammenhang zwischen Alkoholisierung bzw. Beeinflussung durch Drogen oder Medikamente und der Gefahr, getötet zu werden. Besonders Alkohol ist gehäuft bei Opfern zu finden, die im Rahmen eines Streits getötet wurden [30, 73, 78].

Eine besondere Opfergruppe stellen die Neugeborenen dar. Das Gesetz versteht unter Kindstötungen nur diejenigen Fälle, in denen das lebensfähige, nichteheliche Kind während oder direkt nach der Geburt von der Mutter getötet wird. Bei diesem Opferkollektiv ist es wenig sinnvoll, Daten zum Opfer oder den Tatumständen zu sammeln, da diese Faktoren die Tat nicht wesentlich beeinflussen. Die Tatsache, dass in § 217 ausschließlich die Tötung nichtehelicher Kinder als Kindstötung definiert ist, impliziert bereits das Tatmotiv. Pestalozzi beschreibt dies 1781 als Ehrenrettungsmotiv des von ungetreuen Jünglingen verführten, in Armut und Schande zurückgelassenen Mädchens. Diese recht pathetische Beschreibung ist für die heutige Zeit zumindest in diesem Ausmaß mit Sicherheit nicht mehr zutreffend. In der heutigen Zeit dominiert eher das Bild der geistig retardierten, passiven und einfältigen Kindsmutter. Die Häufigkeit von Kindstötungen ist von fast 160 im Jahr 1955 auf 20 bis 40 seit 1980 zurückgegangen. Was diese Entwicklung verursachte, ist jedoch nicht bekannt [74]. Die Einführung der „Pille“ und die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs unterstützten den Rückgang zwar, waren aber keineswegs auslösend dafür. Keinen messbaren Effekt hat offensichtlich auch die Einführung der sogenannten Babyklappen, bei denen Müttern die Gelegenheit gegeben wird, ihre ungewollten Kinder anonym im Waisenhaus abzugeben [DER SPIEGEL 48/2002]. Allerdings ist gerade bei der Kindstötung ein beträchtliches Dunkelfeld anzunehmen, die meisten Leichen werden per Zufall in Mülltonnen oder auf der Deponie entdeckt.

Über das soziale Umfeld der Kindesmutter gibt eine Verbundstudie aus den Jahren 1980 bis 1989 detailliert Auskunft [74]. So waren die meisten Mütter Erstgebärende zwischen 15 und 20 Jahren und berufstätig. Der Kindsvater war meist der feste Freund und, wie das restliche Umfeld der Mutter, erstaunlich oft in Unkenntnis über die Schwangerschaft. Das Kind kam fast immer in der Wohnung der Mutter zur Welt, und in über der Hälfte der Fälle war ein Erstickungsmechanismus als Todesursache nachweisbar [72, 74]. Mit nur vier bekannten Täterinnen ist das Kollektiv in vorliegender Arbeit zu klein, um verwertbare Aussagen machen zu können. Das Täterprofil stimmt aber mit dem oben genannten in allen Fällen überein mit der Ausnahme, dass das Durchschnittsalter der Täter bei 26 Jahren lag.

Gesondert soll hier noch kurz auf Tötungsdelikte an alten Menschen eingegangen werden. Aufgrund des stark zunehmenden Anteils der über 60jährigen in der Gesamtbevölkerung ist auch eine Zunahme der Opfer über 60 zu erwarten. 1990 waren 12,7 Millionen Menschen in der Bundesrepublik älter als 60 Jahre, dies entspricht in etwa 15 % [77]. In vorliegender

Untersuchung aber waren 18 % der Opfer älter als 60 Jahre. Der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leicht erhöhte Anteil der über 60jährigen unter den Getöteten ist darauf zurückzuführen, dass ältere Menschen häufiger als der Durchschnitt der Opfer durch Ersticken getötet werden [66]. Überdurchschnittlich oft werden alte Menschen Opfer eines Raubmordes, in vorliegender Arbeit ist dies in 38 % der Fälle das Tatmotiv. Auch Falzon et al. geben den Raubmord als häufigstes Tatmotiv an [19]. Ein Anstieg der Tötungen alter Menschen fanden Schmidt et al. über das letzte Jahrzehnt betrachtet in ihrer Auswertung allerdings nicht [66].

4.3 Die Täter

Nur 12,5 % der Täter waren Frauen. Sie alle töteten ihre eigenen Kinder. Betrachtet man nur die intrafamiliären Tötungsdelikte, so waren 22 % der Täter weiblich. Das Durchschnittsalter der weiblichen Täter lag bei 29 Jahren. Keine Frau tötete extrafamiliär. Lüerssen fand bei seiner Untersuchung intrafamiliärer Tötungsdelikte ebenfalls zu 20 % weibliche Täter, Benthaus bei extrafamiliären Tätern nur zu 2,7 % [4,39]. Mehrere Untersuchungen, die das Täter- Opfer Verhältnis speziell für die Tötung durch Strangulation untersuchten, fanden zwischen 12 % und 20 % weibliche Täter [17, 28, 63, 68]. In offiziellen Kriminalstatistiken beläuft sich der Anteil der weiblichen Straftäter bei Tötungsdelikten allgemein auf ca. 17 % [63].

Die männlichen Täter waren meist zwischen 20 und 40 Jahren alt mit einem Gipfel bei den 31- 40jährigen. Das Durchschnittsalter betrug 36 Jahre. Der jüngste Täter war 18 Jahre alt, der älteste 67. Andere Studien ermittelten ein niedrigeres Durchschnittsalter, die meisten Täter waren hier zwischen 20 und 30 Jahren alt [17, 60, 63].

Zehn Prozent der Täter waren Ausländer. Damit lag der Anteil der Ausländer bei Tötung mittels Strangulation weit unter dem Gesamtdurchschnitt von ca. 30 % [12]. Ausländische Täter bevorzugten bei der Anwendung von Gewalt eher scharfe Gewalt oder Schusswaffen. So ermittelte Leistler [80] bei Tötungen mittels Schusswaffe einen Ausländeranteil von 50 %. Zu beachten ist bei der Bewertung dieser Zahlen, dass sich die nichtdeutsche Wohnbevölkerung immer noch zu einem größeren Teil aus jüngeren Männern unter vierzig Jahren zusammensetzt als die deutsche Bevölkerung [12].

4.3.1 Biographie des Täters

Umfassende Studien zum biographischen Hintergrund zeigen auf, dass die Sozialisationsbedingungen von Straftätern allgemein einige sehr ungünstige Konstellationen aufweisen. Darunter fallen z.B. strukturell unvollständige Herkunftsfamilien, ein niedriger sozioökonomischer Status und unzureichende Wohnverhältnisse. Sannemüller schreibt: „Es wäre allerdings zu einfach, Kriminalität allein durch das Vorliegen ungünstiger biographischer Merkmale erklären zu wollen. Eher kann man von einer Wechselwirkung von schlechten Sozialisationsbedingungen und Delinquenz ausgehen [63].“

Diese Erkenntnisse spielen eine wichtige Rolle bei der Kriminalprävention, die neben der Polizei und Justiz auch die Sozial- und Arbeitsmarktpolitik sowie Bildungs- und Familienpolitik fordert [11].

Die gesammelten Daten zur Biographie der Täter sind verhältnismäßig subjektiv. Sie wurden den psychiatrischen Gutachten entnommen und basieren auf Aussagen der Täter. Fast zwei Drittel der Täter gaben an, in einem belastenden Umfeld aufgewachsen zu sein. Unter diese Kategorie fallen insbesondere die sogenannten „Broken-Home Situationen“, zu denen nach der Definition von Maneros et al. [zit. n.: 63] der Verlust eines Elternteils, die Zerrüttung der Elternbeziehung bzw. Scheidung, die Sucht eines Erziehungsträgers oder ein Heimaufenthalt zählten, aber auch Gewalt in der Familie oder Armut. Insgesamt 30 % der Täter hatten ein problematisches Verhältnis zu mindestens einem der Erziehenden, 18 % wuchsen als Scheidungskinder auf, 12 % hatten alkoholabhängige Eltern, weitere 12 % waren Waise oder Halbwaise. 9 % der Täter wuchsen in einem Pflegeheim auf. Im Durchschnitt hatten die Täter 2,4 Geschwister.

Diese Zahlen liegen deutlich über dem Durchschnitt der bundesdeutschen Bevölkerung. Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Waisen und der Täter, die bei Alkoholikern oder im Heim aufwuchsen. Zudem wachsen Menschen, die später straffällig werden, anscheinend häufiger in kinderreichen Familien auf. Sannemüller fand bei ihrer Untersuchung von 56 Tätern ebenfalls in über 60 % auffällige Biographien. In dieser Eigenschaft unterscheiden sich Täter, die ein Tötungsdelikt begingen, zwar von dem Bevölkerungsdurchschnitt, nicht jedoch von Tätern, die ein anderes Delikt begingen, z.B. Raub, Diebstahl oder Körperverletzung [63]. Die oben angeführten ungünstigen Sozialisationsbedingungen scheinen also für eine

Neigung zu Gesetzesübertretungen zu prädisponieren, nicht aber für Tötungsdelikte im Besonderen. Demzufolge weisen Tötungsdelinquenten eine größere Anzahl von Vorstrafen auf als der bundesdeutsche Durchschnittsbürger. Im untersuchten Kollektiv waren 11 % der Täter vor dem Tötungsdelikt bereits einmal vorbestraft, 20 % sogar zweimal und häufiger.

Trennt man die Delikte nach intra- und extrafamiliär, so erhält man folgende Zahlen: nur 5 % der intrafamiliären Täter waren vorbestraft, aber 60 % der extrafamiliären. Benthous fand bei seiner Untersuchung ebenfalls bei 60 % der extrafamiliären Täter Vorstrafen, Lüerssen bei intrafamiliären Tötungen dahingegen nur 15 % [4, 39]. Eine Erklärung für diese doch sehr unterschiedlichen Werte findet man bei der Betrachtung der Tatmotive: bei extrafamiliären Tötungen überwogen mit fast der Hälfte der Fälle Raub- und Sexualmorde, Delikte also, die in hohem Maß eine pathologische Persönlichkeitsstruktur voraussetzen, aufgrund derer der Täter schon vorher mit dem Gesetz in Konflikt gekommen war. Intrafamiliär waren über 70 % der Motive stark emotional getönt, wie Eifersucht oder Verzweiflung. In diesen Situationen ist die Tötungshandlung eher eine Folge der für den Täter nicht mehr zu bewältigenden Umstände als seiner pathologischen Persönlichkeitsstruktur.

4.3.2 Bildung der Täter

Der Großteil der Täter besuchte die Hauptschule, 9 % die Sonderschule. Im weiteren Verlauf blieben 30 % der Täter ohne Ausbildung, 60 % begannen eine Lehre oder Ausbildung, schlossen diese aber häufig nicht ab. Alle Täter, die Abitur besaßen, insgesamt 12 %, fingen ein Studium an einer Hochschule zumindest an. Zum Tatzeitpunkt schließlich standen nur 57 % der Täter in einem Beschäftigungsverhältnis, 30 % waren arbeitslos und die übrigen Täter waren Rentner oder Hausfrauen. Benthous und Lüerssen kamen zu vergleichbaren Ergebnissen [4, 39]. Es ist also davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Täter in einem problematischen Umfeld lebte und nur unzureichend in feste soziale Strukturen eingebunden war, soweit man das anhand dieser Daten sagen kann. Benthous erwähnt explizit, dass 65 % der Täter nicht positiv mit ihrem Umfeld interagierten, also Einzelgänger waren und eine soziale Randstellung einnahmen. Sannemann fand unter den begutachteten Tätern 20 %, die mit sozialen Randgruppen in Kontakt standen bzw. ihnen angehörten und 12 %, die sich im kriminogenen Milieu bewegten [63].

Im Täterkollektiv fällt im Vergleich zur Normalbevölkerung eine Betonung der Grenzbereiche auf: Zwar waren mit 24 % mehr Täter minderbegabt als der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung; immerhin 15 % verfügten allerdings über eine überdurchschnittliche Intelligenz. Keiner der Täter war geistig behindert, d.h. hatte einen Intelligenzquotienten von unter 60.

4.3.3 Psychische Erkrankungen der Täter

Unter der Kategorie „psychische Abnormitäten“ wurden auch Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamenten und Drogen zusammengefasst. Psychische Abnormitäten sind bei Gewalttätern gehäuft anzutreffen, nur 36 % zeigten in vorliegender Untersuchung keinerlei Auffälligkeiten.

Zehn Prozent der Täter begingen nach der Tat Selbstmord, weitere acht Prozent unternahmen einen Selbstmordversuch, scheiterten aber. Alle diese Täter begingen einen intrafamiliären Mord, mit einer Ausnahme waren alle Täter männlich. Bezieht man die Suizidhäufigkeit der Täter nur auf das Kollektiv der intrafamiliären Täter, so erhält man sogar eine Rate von fast 30 %, versuchte Suizide mit eingerechnet. Keiner der Suizide hatte sogenannten „Alarmcharakter“, d.h., die Täter beabsichtigten ernsthaft, sich umzubringen und wurden in drei Fällen nur durch Zufall rechtzeitig entdeckt. Wie hoch letztendlich der Prozentsatz der Täter ist, die Suizid oder einen Suizidversuch begehen, hängt entscheidend von der Zeitspanne nach dem Delikt ab [23]. Diese ist in vorliegender Arbeit verhältnismäßig kurz. Eventuell haben die sehr unterschiedlichen Resultate verschiedener Studien zu diesem Thema ihre Ursache unter anderem in den unterschiedlichen Zeitspannen der Nachbetrachtung. Eine Statistik des preußischen Justizministeriums aus dem Jahre 1926 zum Beispiel gibt den Prozentsatz der Täter, die sich nach der Tat umbringen, mit nicht weniger als 42 % an. Ähnlich hohe Zahlen nennt eine englische Studie von 1900-1949 mit 40 %. In neueren Arbeiten hingegen werden Suizidraten von 4 % bis 30 % angeführt [23].

Der im englischen Sprachraum als „dyadic death“ bezeichnete erweiterte Suizid ist meist bei Tötungen im familiären Nahraum anzutreffen. Eine Untersuchung von 116 Fällen erweiterten Suizides in North-Carolina ergab, dass 86 % der Opfer ehemalige Lebenspartner des Täters

waren [46], bei einer ähnliche Untersuchung von 673 Fällen in den USA war bei 77 % ebenfalls der Lebenspartner das Opfer [40].

Eine Pariser Studie aus den Jahren 1991-1996 beschreibt den typischen Täter beim erweiterten Suizid folgendermaßen: „Der Angreifer war meist ein depressiver, gewalttätiger und eifersüchtiger Mann, der seine Ehefrau und oft auch seine Kinder in einer impulsiven Handlung tötete, allerdings nach zahlreichen vorhergegangenen Drohungen“ [37]. Dieser Satz fasst recht genau die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen [40, 46, 49]. Auch in vorliegender Arbeit litten mit 70 % überdurchschnittlich viele Täter an Depressionen. Sie misshandelten das Opfer, welches in fünf von sieben Fällen die Ehefrau war, vor der Tat aber nicht häufiger als das durchschnittliche Täterkollektiv. Tatmotive waren in über 70 % der Fälle Eifersucht, Streit oder Hass. Das Schicksal des Täters war immer eng mit dem des Opfers verknüpft. Aufgrund der Tatsache, dass die Täter oft depressiv sind, gelangen Palmer et al zu der Erkenntnis, dass Täter, die erweiterten Suizid begehen, reinen Selbstmördern viel mehr gleichen als reinen Mördern [49].

4.4 Die Täter-Opfer-Beziehungen

Aufgrund der Tatsache, dass sich Täter und Opfer in der Mehrzahl der Fälle kennen, spricht Sannemüller vom „familiären Charakter“ der Tötungsdelikte [63]. In vorliegender Arbeit waren 37 % der Getöteten mit den Tätern verheiratet, und weitere 17 % waren Intimpartner. Als Intimpartnerschaften wurden nur diejenigen Beziehungen gewertet, in denen Opfer und Täter mindestens zweimal, meist jedoch häufiger sexuellen Kontakt hatten. 11 % der Opfer gehörten zum engeren Familienkreis, 20 % waren ihrem Mörder zumindest schon häufiger begegnet. Zusammengerechnet kannten also fast 90 % der Opfer den Täter, nur in etwas über 10 % waren sich Täter und Opfer völlig fremd. Andere Autoren kommen zu ähnlichen Ergebnissen [2, 12, 20, 29, 33, 35, 55, 75].

Da sich die Motivation der Tötung eines Menschen oftmals aus der Täter- Opfer- Beziehung ableiten lässt [63], werden die Tatmotive im folgenden Abschnitt unter anderem nach Täter- Opfer- Beziehung gegliedert betrachtet.

Von 44 Tätern waren 35 Täter Männer, fünf Frauen und vier Täter waren unbekannt. Unter den männlichen Tätern war in mehr als einem Viertel der Delikte Streit aus nichtigem Anlass der Auslöser der Tötungshandlung, gefolgt von Eifersucht als Tatmotiv (20 %). Mit 14 % recht häufig waren Tötungen, die der sexuellen Befriedigung des Täters dienten. Tötungen infolge einer Geisteskrankheit machten 11 % aller Fälle aus, Raubmorde 9 %. Die restlichen 14 % verteilten sich auf die Tatmotive Hass, Notwehr sowie simple Antipathie im Falle eines schizoiden Mörders. In zwei Fällen war das Tatmotiv des Mörders nicht bekannt.

Frauen töteten ausschließlich ihre Kinder. Verzweiflung und das Unvermögen, mit der Situation zurecht zu kommen, waren in allen fünf Fällen Auslöser dieser Taten (siehe auch Kapitel 4.2). Viermal war das Opfer ein Neugeborenes, einmal die achtjährige Tochter der Täterin, welche versuchte, sich nach der Tat umzubringen. In zwei weiteren Fällen von Neugeborenentötungen, in denen der Täter unbekannt ist, waren vermutlich ebenfalls Frauen die Täter. Dahingegen tötete nur ein männlicher Täter ein Kind, das seiner ehemaligen Geliebten mit ihrem Ehemann, um sie zur Rückkehr zu zwingen.

In Kapitel 4.3.2 wurde bereits der enge Zusammenhang zwischen Tatmotiv und Vorstrafen des Täters beschrieben. Extrafamiliäre Tötungen machten 43 % der 45 Tötungsdelikte aus. Über die Hälfte der extrafamiliären Tötung waren Sexual- oder Raubmorde. Die restlichen extrafamiliären Tötungsdelikte wurden vom Gericht als Totschlag oder Körperverletzung mit Todesfolge abgeurteilt. Benthaus fand in seinem Untersuchungsgut 34 % Sexual- und Raubmorde [4]. Intrafamiliär dahingegen war die Tötung nur in wenigen Ausnahmefällen geplant, meist erfolgte sie im Rahmen einer Affekthandlung oder in affektiver Erregung. Bei über 70 % der Delikte war das Motiv Eifersucht oder Verzweiflung, wie beispielsweise im Falle eines Rentners, der seine zunehmend demente Frau tötete und daraufhin Suizid beging, da er sich der Situation nicht mehr gewachsen fühlte. Wegen Mordes wurde von den intrafamiliären Tätern dahingegen lediglich ein Mann (2 %) verurteilt. Auch Lüerssen fand unter den intrafamiliären Tätern nur 6 %, die wegen Mordes verurteilt wurden [39].

Von den 36 Delikten, bei denen der Tathergang bekannt ist, wurden im Vorfeld des Tötungsdelikt in 25 % der Fälle von Gewalttätigkeiten gegen das Opfer berichtet und in 39 % von verbalen Gewaltandrohungen. Teilweise kam es sowohl zu Drohungen als auch Gewalttätigkeiten. Die Hälfte der Opfer wurde vor der Tat in keiner Weise vom Täter behelligt.

4.5 Die gerichtliche Entscheidung

Die Hälfte der Täter wurde durch Ermittlungen festgestellt; immerhin 20 % der Täter stellten sich selbst. Bei ihnen handelte es sich meist um Beziehungstäter, die im Anschluss an die Tat die Polizei oder den Rettungsdienst informierten. Neun Prozent der Täter konnten bislang nicht festgestellt werden. Die Aufklärungsquote liegt folglich bei 91 % und damit genau im Mittel der bundesweiten Aufklärungsquote für Mord und Totschlag von 1993 bis 1999, welche bis zum Jahr 2000 kontinuierlich auf 95,3 % anstieg [12].

Über die Hälfte der Täter wurde innerhalb von 48 Stunden nach der Tat gefasst, nach einem Monat waren drei Viertel der Täter festgestellt. In zwei Fällen wurden die Täter erst Jahre später gestellt. Beide Täter begingen erneut einen Mord, bei denen sie allerdings der Tat überführt werden konnten. Anhand von DNA-Vergleichstests mit asservierten Spuren der früheren Opfer konnten sie schließlich auch der lange zurückliegenden Taten überführt werden. Diese Zahlen stimmen recht genau mit denen von Benthaus in seiner Untersuchung extrafamiliärer Tötungsdelikte gewonnenen Daten überein [4].

Wird ein Täter für eingeschränkt schuldfähig befunden, so muss dies nicht automatisch eine Strafminderung bedeuten, es handelt sich um eine „Kann-Bestimmung“. Es muss in jedem Fall für die Tatzeit eine erhebliche Minderung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit bewiesen werden. In Deutschland wird dieser Paragraph nur in 1,6 % aller Strafrechtsverfahren angewendet, § 20 sogar nur in 0,7 % aller Verfahren [76].

Von allen Tätern wurde, sofern es zur Verhandlung kam, ein psychiatrisches Gutachten erstellt. In allen Fällen folgte das Gericht dem Gutachten des Sachverständigen. Die Hälfte der Täter wurde für vollstraffähig befunden, etwa ein Drittel für eingeschränkt schuldfähig nach § 21 und 21 % für schuldunfähig nach § 20. Knapp die Hälfte der schuldunfähigen Täter wurde in eine Psychiatrie eingewiesen, da bei ihnen auch in Zukunft erhebliche Straftaten zu erwarten gewesen wären. Sowohl Lüerssen als auch Benthaus fanden in ihrer Untersuchung hingegen lediglich 30 % der Täter, welche unter §§ 20 oder 21 fielen [4, 39].

In 20 % der Fälle wurde das Verfahren eingestellt, da der Täter Suizid beging oder nicht feststellbar war. Fast die Hälfte der Täter wurde wegen Totschlags verurteilt. Von diesen wurden zwei Drittel zu Haftstrafen bis zu 15 Jahren, der Rest zu Bewährungsstrafen ver-

urteilt. In einem Fall von Notwehr sah das Gericht von der strafrechtlichen Verantwortung ab (§ 33), drei weitere Täter wurden in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Bei einem vierten, ebenfalls psychisch kranken Täter, der in Abschiebehaft einen Mithäftling umbrachte, wurde die Abschiebung beschleunigt.

Insgesamt acht Täter wurden wegen Mordes verurteilt, fünf wegen Sexualmordes und drei wegen Raubmordes. Alle Mörder erhielten Freiheitsstrafen. Diese lagen bei mindestens sechs Jahren; zweimal wurde die Höchststrafe verhängt, lebenslänglich mit anschließender Sicherheitsverwahrung.

Zehn Prozent der Urteile lauteten auf Kindstötung nach § 217. In drei Fällen wurden Bewährungsstrafen bzw. eine Geldstrafe verhängt, in drei weiteren Fällen ist das Strafmaß nicht bekannt.

Insgesamt drei Täter wurden wegen Körperverletzung mit Todesfolge verurteilt. Zwei der Täter erhielten Bewährungsstrafen, ein weiterer eine Freiheitsstrafe von acht Jahren. Er hatte den Tod des Opfers durch die ihm zugefügten schweren Verletzungen bei einem Raubüberfall billigend in Kauf genommen.

4.6 Die rechtsmedizinischen Befunde

4.6.1 Verletzungsmuster

Die Auswertung der Verletzungsmuster gestaltete sich teilweise etwas schwierig, da eine Reihe von Leichen unterschiedlich weit fortgeschrittene verwesungsbedingte Veränderungen aufwies. Vom Stadium der Verwesung waren die erhobenen Befunde abhängig. So sind z.B. Excoriationen schon bei geringgradig fäulnisveränderter Haut nicht mehr beurteilbar, wohingegen Frakturen fast immer zu diagnostizieren sind (siehe Abb. 13). Die im Ergebnisteil angeführten Prozentsätze für die Häufigkeit von bestimmten Verletzungen sind also als Mindestwerte zu verstehen, da ihr Vorkommen bei einer unterschiedlich großen Anzahl von Leichen nicht mehr zu bewerten war.

Wie nicht anders erwartet, waren beim Tod durch Erwürgen oder Erdrosseln fast immer Excoriationen sowie Hämatome am Hals zu finden, nicht dahingegen beim Ersticken oder Ertrinken. Bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen fanden sich zudem Zeichen stumpfer Gewalteinwirkung an Kopf, Brust und Rücken. Dies lässt darauf schließen, dass die Täter beim Töten männlicher Opfer aggressiver vorgehen und es dabei vermehrt zu zusätzlichen Verletzungen kam. Dies könnte daran liegen, dass die Mörder männlicher Opfer in über 40 % der Fälle eine Blutalkoholkonzentration von ein bis zwei Promille aufwiesen und damit enthemmter waren als Mörder weiblicher Opfer; diese wiesen nur in knapp einem Viertel aller Fälle Werte zwischen ein und zwei Promille auf.

Wesentlich häufiger als bei den männlichen Opfern wiederum konnten bei den weiblichen Opfern Abschürfungen und Hämatome der Extremitäten, insbesondere der Arme, festgestellt werden. Nur in einem Fall wurde ein derartiges Verletzungsmuster im Leichenöffnungsprotokoll explizit als Abwehrverletzung bezeichnet. Die Zuordnung solcher recht unspezifischen Verletzungsmuster ist allerdings auch kaum möglich, im Gegensatz z.B. zu Schnittverletzungen der Hände beim Angriff mit dem Messer. Abschürfungen und Hämatome können auch bei einem Sturz während des Kampfes zustande kommen oder infolge der Krämpfe im konvulsivischen Stadium. Trotz dieser Einschränkungen ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Verletzungen der oberen Extremitäten aufgrund von Abwehrmaßnahmen des Opfers zustande kam. Die leichte Häufung der Abwehrverletzungen bei weiblichen Opfern kann man damit erklären, dass diese in fast 90 % der Fälle völlig nüchtern waren und somit abwehrbereiter als die männlichen Opfer, von denen immerhin 15 % zwischen ein und zwei und 25 % über zwei Promille Alkohol im Blut hatten. Nur in drei Fällen benutzte der Täter zusätzlich ein Messer, und nie kamen Schusswaffen zum Einsatz.

4.6.2 Erwürgen, Erdrosseln und Ersticken im Vergleich

4.6.2.1 *Stauungssyndrom*

Ein in der Literatur mehrfach beschriebener Befund besonders bei Erhängten, aber auch Erwürgten und Erdrosselten, sind Blutungen aus Mund, Nase und den Ohren. Sie resultieren aus der massiven Stauung der Schleimhäute mit der Ruptur kleiner Gefäße [40]. Sie werden

von Laien oft als Folge stumpfer Gewaltanwendung fehlgedeutet. In vorliegender Arbeit wiesen nur vier von 34 strangulierten Personen solche Blutungen auf, das entspricht 11 %.

Petechien treten zwar bei allen möglichen Todesarten mit einer Inzidenz von circa 5 % auf und sind auch bei Lebenden, beispielsweise Gebärenden, zu finden, sind aber trotzdem unumstritten ein äußerst wichtiges diagnostisches Element des Erstickungstodes. Die Angaben über die Häufigkeit ihres Auftretens schwanken je nach Autor, meist werden sie aber in 80 % der Fälle und häufiger gefunden [3, 16, 17, 32, 57]. Ihre Entstehung beruht nach Maxeiner nicht nur auf der kapillaren Druckerhöhung aufgrund der Stauung, sondern auch auf dem Anstieg des systemischen Blutdrucks [44].

Die Unterschiede zwischen den Befunden von erdrosselten und erwürgten Personen sind in vorliegender Untersuchung recht deutlich. Beim Erwürgen sind die Stauungssymptome häufiger und deutlicher ausgeprägt, insbesondere Petechien im Bereich des Kopfes. So hatten über 80 % der Erwürgten Petechien der Gesichts-, Lid- und Bindehäute, aber nur 60 % der Erdrosselten. Massenhaft petechiale Blutungen im Kopfbereich kamen bei Erdrosselten nur in 30 % aller Fälle vor, bei Erwürgten dahingegen in bis zu 70 %. Meist waren Petechien in den Augenbindehäuten lokalisiert, diese Beobachtung deckt sich mit den Angaben in der Literatur (siehe Abb. 5). Weniger häufig finden sie sich in den Lidhäuten, der Gesichts- und Kopfhaut sowie der Rachenschleimhaut (siehe Abb. 7).

Andere Autoren fanden in Untersuchungen weniger deutlich ausgeprägte Unterschiede zwischen Drosseln und Würgen. Dotzel fand z.B. bei 196 Strangulationsopfern keinen signifikanten Unterschied im Auftreten von Stauungssymptomen, ebenso DiMaio bei 99 Strangulationsopfern [16, 17]. Dies könnte unter Umständen daran liegen, dass lediglich das Vorhandensein der Stauungssymptome erfasst wurde, nicht jedoch ihre Ausprägung.

Je weniger neben den venösen Blutleitern des Halses auch die arteriellen Gefäße komprimiert werden, desto ausgeprägter ist das Stauungssyndrom. Da beim Würgen der Verschluss der Arterien des Halses oft weniger vollständig ist als beim Drosseln, ist hier das Stauungssyndrom ausgeprägter [21, 47, 56]. In umfangreichen Leichenversuchen wurde für die verschiedenen Strangulationsmechanismen der zur Unterbrechung der Blutzufuhr nötige Kraftaufwand ermittelt. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Strangwerkzeugdurchmesser, intraarteriellem Druck und der Lage des Strangwerkzeuges. Bei der beim

Erhängen üblichen Stranglage ist zum Verschluss der Karotiden teilweise nur ein Zug von 5 kg ausreichend, um den Tod herbeizuführen, da der Blutfluss der Vertebralarterien nicht zur Versorgung des Gehirns genügt. Bei einem Zug von über 35 kg werden auch die Vertebralarterien verschlossen. Beim Erdrosseln jedoch liegen die Verhältnisse etwas anders. In vorliegender Untersuchung wurden bei über 80 % der Erdrosselten horizontale Strangmarken vorgefunden, und bei nur 18 % nach hinten ansteigende, also der Stranglage bei Erhängen ähnliche, Drosselmarken. Zu zwei Dritteln lagen die Marken über dem Kehlkopf, weitere 25 % lagen in Höhe des Kehlkopfes. Brinkmann et al. fanden 1981, dass bei horizontaler Drosselung zwar mit ähnlicher Zugkraft wie beim Erhängen ein Verschluss der Karotiden gelingt, ein Verschluss der Vertebralarterien aber auch bei über 40 kg Zugkraft nicht stattfindet und somit die Kraft der meisten Täter übersteigen dürfte. Bei schräg zum Nacken ansteigender Drosselung hingegen erfolgt der Verschluss sowohl der Karotiden als auch der Vertebralarterien mit den gleichen Kräften wie bei typischer Stranglage beim Erhängen [8]. Demzufolge dürften Opfer, welche eine nach hinten ansteigende, über dem Kehlkopf liegende Strangmarke aufweisen, ein weniger ausgeprägtes Stauungssyndrom des Kopfes aufweisen als andere Strangulationsopfer. Dies konnte in vorliegender Arbeit nicht bewiesen werden, vermutlich weil der Verschluss der Gefäße beim Drosseln nie so vollständig und vor allen Dingen dauerhaft ist wie beim Erhängen.

Beim Würgen hingegen gelingt es selbst mit großem Kraftaufwand nicht, beide Karotiden zu verschließen [36]. Eine Ausnahme ist das Würgen im „Schwitzkasten“. Mit verhältnismäßig geringem Kraftaufwand ist eine Komprimierung der Karotiden und auch der Vertebralarterien möglich; das Opfer wird bereits nach wenigen Sekunden bewusstlos [15]. In vorliegender Untersuchung verursachte dieser Mechanismus zwei Mal den Tod eines Opfers, in beiden Fällen im Rahmen eines Kampfes. Der Tod des Opfers war nicht beabsichtigt. Eine weitere, allerdings sehr seltene Ausnahme stellt der gezielt ausgeübte Druck auf die vordere laterale Halsregion dar. Ein ausgebildeter Intensivfachpfleger beschrieb gegenüber der Polizei z.B., dass er einem seiner beiden Opfer die Hände von vorne um den Hals gelegt und dann mit beiden Daumen die Karotiden links und rechts komprimiert habe. Das Opfer, bis zuletzt vermutlich ahnungslos, sei innerhalb von Sekunden bewusstlos geworden. Erst daraufhin habe er das Opfer gedrosselt.

Beim Tod durch Ersticken sind Petechien nicht so oft anzutreffen, da keine Halskompression vorliegt. Hier dürfte ihre Entstehung allein in der Erhöhung des systemischen Blutdrucks und der hypoxischen Gefäßschädigung begründet sein.

4.6.2.2 Erstickungszeichen

Die petechialen Blutungen der Brusthöhle sind für den Erstickungstod allgemein charakteristisch und zum einen auf die Erhöhung des systemischen Blutdrucks im Krampf stadium, zum anderen auf eine Negativierung des intrathorakalen Drucks bei frustranen Atembewegungen zurückzuführen. Durch die Überdehnung der Lunge reißen zudem Alveolarsepten und Kapillaren [21, 58].

In vorliegender Auswertung fanden sich am häufigsten die Tardieuschen Flecken der Pleura, und zwar mit 82 % beim Erwürgen häufiger als beim Erdrosseln mit 62 %. Epikardiale Blutungen dahingegen waren bei der Hälfte der Erdrosselten vorhanden, aber nur bei weniger als ein Drittel der Erwürgten. Bei durchschnittlich 30 % der Strangulierten waren Blutungen im Nierenbecken vorhanden, selten waren Blutungen im Thymus, was auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass unter den Strangulierten kaum Kinder waren. Im Durchschnitt gesehen waren auch intrathorakal bei Erwürgten häufiger positive Befunde erhebbbar als bei Erdrosselten.

Aufgrund der vermehrten Katecholaminausschüttung während der Erstickung kommt es in einigen Fällen zur Hyperämie der inneren Organe mit Ausnahme der Milz, welche entspeichert [47]. Diese Befunde verschwinden allerdings mit zunehmender Leichenliegezeit. In vorliegender Untersuchung wurde bei 82 % der Erwürgten und 59 % der Erdrosselten eine Hyperämie der inneren Organe beschrieben. Seltener wurde mit ca. 45 % eine Milzanämie festgestellt. Dotzelt fand in ihrem Untersuchungsgut nur zehn Prozent, die eine Hyperämie der inneren Organe aufwiesen [17]. Geblähte Lungen hatten über 80 % der strangulierten Opfer. Dotzelt beschrieb diesen Befund bei 50 % der Erwürgten und 61 % der Erdrosselten [17].

Bei Ersticken, bei denen die Stauungsbefunde recht spärlich waren, fanden sich ähnlich oft wie bei strangulierten Personen Petechien der thorakalen Organe, geblähte Lungen sowie eine Hyperämie der inneren Organe.

4.6.2.3 Sonstige Befunde

Von großer Bedeutung bei der Todesursachenfeststellung ist der Nachweis von Verletzungen des Halses. Beim Würgen oder Drosseln sind häufig Abschürfungen der Halshaut, Hämatome, Blutungen in die Halsmuskulatur oder Brüche des Kehlkopfskeletts bzw. des Hyoids nachweisbar. Die Angaben in der Literatur zur Häufigkeit dieser Verletzungen variieren sehr stark.

In vorliegender Arbeit waren bei über 80 % der Erwürgten Excoriationen der Halshaut nachweisbar, bei fast allen (94%) Hämatome des Halses und bei 94 % Blutungen in die Halsmuskulatur (siehe Abb. 1, 2, 3, 4). Meist waren diese Blutungen u.a. in den Ansätzen des M. sternocleidomastoideus anzutreffen. Ähnlich sieht das Befundmuster bei Erdrosselten aus (siehe Abb. 6). Excoriationen der Halshaut wurden in 82 % der Fälle beschrieben, Blutungen in die Halsmuskulatur und Hämatome hatten jeweils 70 % der Opfer (siehe Abb. 9). Andere Autoren geben die Häufigkeit von Blutungen in die Halsmuskulatur ebenfalls mit 70 % bis 90 % an [17, 32]. Dotzelt fand bei ihrer Untersuchung keinen Fall von Würgen oder Drosseln ohne Blutungen, wobei sie allerdings auch Blutungen in die Schleimhaut des Larynx mit einbezieht (siehe Abb. 8).

Brüche des Hyoids oder des Larynx sind bei Stangulierten keine Seltenheit und stellen ein wichtiges Beweismittel für den Nachweis von Gewalt gegen den Hals dar. Pollanen beispielsweise gibt die Häufigkeit ihres Auftretens mit circa 30 % an [53]. Sie entstehen, wenn der Kehlkopf gegen die Halswirbelsäule gedrückt wird [64]. Ob das Hyoid oder der Larynx bricht, hängt unter anderem von der Art und dem Ausmaß der einwirkenden Gewalt ab. So werden aufgrund der groben, flächenhaften Gewalteinwirkung Brüche des Kehlkopfskeletts beim Würgen häufiger beschrieben als bei anderen Strangulationsarten. Des weiteren spielt außer den spezifischen anatomischen Besonderheiten des jeweiligen Larynx das Alter des Opfers eine entscheidende Rolle. Mit zunehmendem Alter verknöchert der Larynx, und die Elastizität nimmt ab, weswegen Brüche bei älteren Personen vermehrt anzutreffen sind

[53]. Die in verschiedenen Studien stark voneinander abweichenden Angaben über die Frakturhäufigkeit dürften jedoch nicht nur mit oben genannten Faktoren in Zusammenhang stehen, sondern auch mit der angewendeten Sektionsmethode. Maxeiner fand in einer prospektiven Studie unter 191 Opfern homizidaler Strangulation 27 Fälle, bei denen mit der herkömmlichen Präparationsmethode Brüche des Larynx übersehen worden wären. Bei sieben von ihnen waren die Larynxfrakturen der einzige Hinweis auf die Halskompression [41, 45].

In vorliegender Arbeit wurden bei 47 % der Erwürgten Brüche des Hyoids und/ oder des Larynx beschrieben. Die Hälfte der Opfer mit Brüchen hatte sowohl eine Hyoid- als auch eine Larynxfraktur. Bei Erdrosselten wurden bei 53 % der Opfer Brüche gefunden, in knapp mehr als der Hälfte waren sowohl Hyoid als auch Larynx frakturiert. Bemerkenswert hierbei ist, dass sich erwürgte und erdrosselte Personen in der Frakturhäufigkeit kaum voneinander unterscheiden. Eine Reihe anderer Autoren beschreibt dahingegen bei Erwürgten deutlich häufiger Frakturen als bei Erdrosselten. Dotzelt fand beispielsweise bei 24 % der Erwürgten Larynxfrakturen und nur bei 15 % der Erdrosselten [17]. Kemkes beschreibt bei 57 % der Erwürgten Frakturen des Kehlkopf- und Zungenbeingerüsts und bei 18 % der Erdrosselten Larynxfrakturen; Hyoidfrakturen traten bei Erdrosselten gar nicht auf [32]. Noch größer ist der Unterschied bei einer Untersuchung von 133 strangulierten Opfern in Texas. Hier wurden bei fast 70 % der Erwürgten Frakturen gefunden und nur bei 12 % der Erdrosselten [16]. Maxeiner beschreibt bei 80 % der Erwürgten und 53 % der Erdrosselten Frakturen [42]. Ein Zusammenhang zwischen der Frakturhäufigkeit und dem Alter des Opfers konnte in vorliegendem Untersuchungsgut nicht bestätigt werden.

Bei erstickten Personen sind Verletzungen des Kehlkopfskeletts selten zu finden, in vorliegender Arbeit war dies nur in bei einem Opfer der Fall. Dieses wurde mit Faustschlägen, auch gegen den Hals, traktiert und verstarb an einer Blutaspiration.

4.6.2.4 Die Drosselmarke

Nach Forster und Schwerd verläuft die Drosselmarke meist horizontal und ohne Ausparungen um den Hals, sie schneidet dabei rundherum gleich tief ein [21, 68]. Wie die Würigemale kann aber auch die Drosselmarke unvollständig sein oder fehlen, wenn das Strangwerkzeug über Kleidungsstücke geführt wurde oder breit und weich war, bei-

spielsweise ein Schal (siehe Abb. 10, 11, 12). In vorliegendem Untersuchungsgut wiesen über 80 % der Erdrosselten eine zumindest annähernd horizontale Drosselmarke auf, in 65 % der Fälle lag diese über dem Kehlkopf. Bei zwei Drittel der Erdrosselten war die Marke zirkulär, d.h. ohne Aussparung, fast nie jedoch rundherum gleich tief eingeschnitten. Bei 59 % der Opfer legte der Täter das Drosselwerkzeug nur einfach um den Hals, bei 41 % mehrtourig (siehe Abb. 9). Dotzelt fand ebenfalls in 58 % der Fälle eine eintourige Strang-führung [17]. War der Strang mehrtourig um den Hals gelegt, wiesen 58 % der Opfer eine Zwischenkammlutung auf. Mit 12 % recht selten war die doppelte Hyperämiezone.

4.6.2.5 Die Würgemale

Der Würgegriff führt zu Kratzern, die in der Hauptsache von den Fingernägeln des Täters herrühren, zu Blutungen und Zerreißen der Halsmuskulatur und zu Frakturen des Kehlkopfskeletts [47]. Oft muss der Täter aufgrund der Gegenwehr des Opfers mehrfach nachfassen. Es entsteht ein unregelmäßiges Verletzungsmuster. Typisch für das Würgen sind Fingerbeerenabdrücke (siehe Abb. 1, 2, 3, 4). In vorliegendem Untersuchungsgut wiesen etwas mehr als 40 % der Erwürgten diese spezifischen Hämatome auf, auf der rechten Halsvorderseite häufiger als auf der linken. Unter den Fingerbeerenabdrücken waren in jedem Fall auch Einblutungen in die Muskulatur nachweisbar. Selten waren diese jedoch so angeordnet, dass man Rückschlüsse auf die Richtung des Angriffs oder auch nur die Hand, mit der gewürgt wurde, hätte machen können.

Die ebenfalls typischen halbmondförmigen Würgemale infolge des tiefen Einpressens des Fingernagels in die Halshaut waren bei 24 % Opfern zu finden. Haarhoff beschreibt diesen Befund bei 70 % der Erwürgten, ebenso Dotzel [17, 24]. Die Form des Abdrucks und seine Ausrichtung lassen allerdings kaum Rückschlüsse auf Griffrichtung und Form des Fingernagels zu. Hatte der Täter sehr große Hände, trug er Handschuhe oder lag ein Kleidungsstück über dem Hals des Opfers, findet man unter Umständen keinerlei äußere Zeichen einer Gewalteinwirkung [47]. Problematisch war vor allen Dingen, dass in keinem Fall detaillierte Aussagen des Täters vorlagen, aus denen hervorging, mit welcher Hand oder aus welcher Richtung das Würgen erfolgte. So war es auch nicht möglich, Verletzungsmuster genau zuzuordnen.

Bei der Strangulation des Opfers mittels Schwitzkasten, welche in drei Fällen vorlag, konnten kaum spezifische Befunde erhoben werden. Bei zwei der drei Opfer war der Befund des Halses völlig blande, beim dritten Opfer konnte lediglich eine linsengroße Einblutung im Bereich der Schilddrüse festgestellt werden.

4.6.3 Die Todesbescheinigung

Vorraussetzung für die Beerdigung eines Leichnams ist die Leichenschau durch einen Arzt. Hierbei muss angegeben werden, ob die Todesart natürlich, nicht natürlich oder ungeklärt ist. Ist die Todesart nicht natürlich oder ungeklärt, entscheidet letztendlich das zuständige Gericht, ob eine Obduktion durchgeführt wird. Nach größeren Obduktionsstatistiken erwiesen sich allerdings bis zu 60 % der angegebenen Todesursachen, besonders bei außerhalb der Klinik verstorbenen Personen, als nicht zutreffend [70]. Dies ist besonders fatal, wenn der Tod durch fremde Hand verursacht wurde, denn im Gegensatz zu manch anderen Ländern wird in der BRD nicht automatisch jeder Verstorbene seziert. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Tötungsdelikt unentdeckt bleibt, liegt somit höher. Untersuchungen zeigen, dass in Deutschland nur rund 2 % der Verstorbenen auf Anordnung des Untersuchungsrichters seziert werden, dies ist im internationalen Vergleich ein sehr geringer Anteil [7]. Dadurch ist das Dunkelfeld der unerkannten Tötungen vermutlich relativ groß [18]. Brinkmann geht von mindestens 1200 Morden aus, die in Deutschland jährlich nur deswegen unentdeckt bleiben, weil keine Obduktion angeordnet wurde [6]. Besonders schwer ist aufgrund der diskreten bis nicht vorhandenen Befunde der Tod durch Erstickten zu diagnostizieren. Nicht nur bei der Leichenschau, sondern auch bei Obduktionen wurde die tatsächliche Todesursache teilweise verkannt. Erst das unerwartete Geständnis des Täters brachte in diesen Fällen die Wahrheit ans Licht [27]. Von herausragender Bedeutung ist außerdem die Besichtigung des Leichenfundortes, manchmal lassen sich hier Hinweise auf den Tathergang finden [48, 52].

Von den vorliegenden Todesbescheinigungen trägt keine den Vermerk „natürlicher Tod“. In fast der Hälfte der Fälle ist ein unnatürlicher Tod angegeben, in 20 % der Fälle war die Todesursache ungeklärt. In einem Viertel der Fälle wurde die Todesbescheinigung vom Obduzenten ausgefüllt. Dies war immer dann der Fall, wenn zur Todesfeststellung aufgrund der offensichtlichen Todeszeichen kein Arzt nötig war. In 13 % der Fälle war in der Akte keine Angabe zur Todesbescheinigung zu finden. Diese Zahlen stimmen in etwa mit denen

von Lüerssen überein, vor allen Dingen fand sich auch hier mit einer Ausnahme nicht die Diagnose „natürlicher Tod“.

4.6.4 Gutachten

In immerhin einem Drittel aller Verfahren war das rechtsmedizinische Gutachten ausschlaggebend für die Urteilsfindung. Dies ist beispielsweise bei Indizienprozessen der Fall, wenn der Täter nur anhand von Spuren überführt werden kann.

Benthaus und Lüerssen beurteilten nur in 8 % der Fälle das rechtsmedizinische Gutachten als von entscheidender Bedeutung [4, 39]. Dies kann daran liegen, dass im Gegensatz zu Tötungen mittels stumpfer und scharfer Gewalt bzw. Schuss die Befunde bei Ersticken und Strangulation sehr diskret sind und erst das Obduktionsergebnis den entscheidenden Hinweis auf eine Fremdtötung liefert. Regelmäßig von Bedeutung ist dies z.B. bei Neugeborenen-tötungen. Um die Schuld des Täters belegen zu können, muss zuerst nachgewiesen werden, dass das Kind nach der Geburt gelebt hat.

In zwei Drittel aller Fälle forderte die Staatsanwaltschaft weitere Gutachten an. Meist waren dies Blutalkoholbestimmungen bei Täter oder Opfer, in 43 % der Fälle auch Untersuchungen auf Medikamente und in 39 % der Fälle auf Drogen. Bei 65 % der Opfer wurden bei der Sektion entnommene Organproben histologisch untersucht. Spuren, beispielsweise Blutstropfen oder Fasern, wurden in 42 % der Fälle untersucht. Aufgrund des engen Kontakts von Opfer und Täter gerade bei der Tötung durch Ersticken, Erdrosseln und Erwürgen ist die Asservierung der Fingernägel des Opfers zum Nachweis der DNA des Täters von Bedeutung. Bei Erwürgten kann DNA des Täters unter Umständen auch am Hals des Opfers nachgewiesen werden. Aufgrund der sehr geringen Mengen an Material ist die Anwendung einer modernen PCR-Methode für einen positiven Befund von großer Bedeutung. Bei Einsatz dieser modernen Methoden war in Tests bei 60 % bis 70 % der Fälle DNA der Person nachweisbar, die gekratzt wurde [62, 79]. In vorliegendem Untersuchungsgut konnte an 8 % der befundeten Fingernägel Täter-DNA nachgewiesen werden.

Bei Verdacht auf eine sexuell motivierte Tat ist des weiteren die Untersuchung der entnommenen Abstriche auf Spermien von Interesse. In 6 % der befundeten Abstriche wurden in vorliegender Untersuchung Spermien nachgewiesen.

6. ABBILDUNGEN



Abb. 1: Würgemale, 56 J., weiblich, Tod durch Erwürgen (LÖP 311/99)



Abb. 2: Würgemale, 35 J., weiblich, Tod durch Erwürgen (LÖP 201/94)



Abb. 3: Würgemale, 36 J., weiblich, Tod durch Erwürgen (LÖP 154/96)



*Abb. 4: Typische Excoriationen hinter dem Ohr, 57 J., weiblich, Tod durch Erwürgen
(LÖP 40/99)*

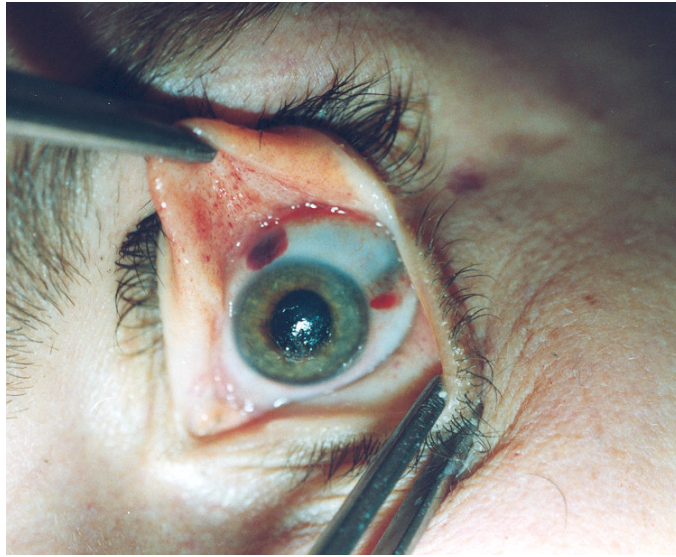


Abb. 5: Petechien in den Bindehäuten, Einblutungen in die Lederhaut, 26 J., weiblich, Erstickten nach Blutaspiration (LÖP 399/99)

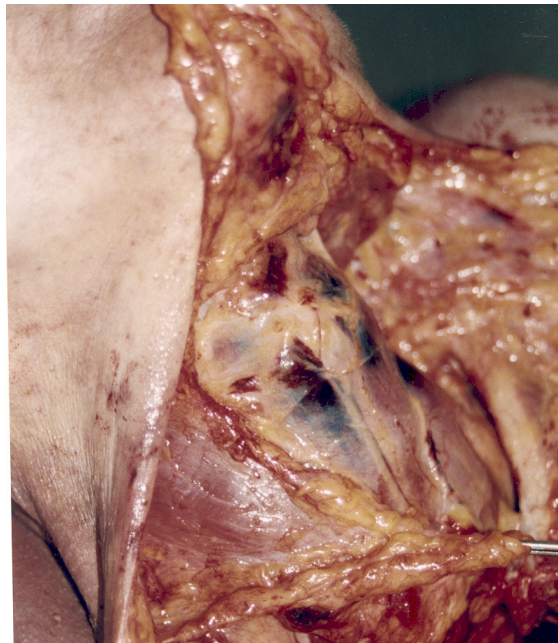


Abb. 6: Unterblutete Larynxbrüche, Zerreißung des Ringknorpel- Schildknorpel- Gelenks mit Einblutung, 61 J., weiblich, Tod durch Erwürgen (LÖP 176/96)



Abb. 7: Massenhaft Punktblutungen in die Kopfschwarte, 28 J., weiblich, Tod durch Erdrosseln (LÖP 120/97)

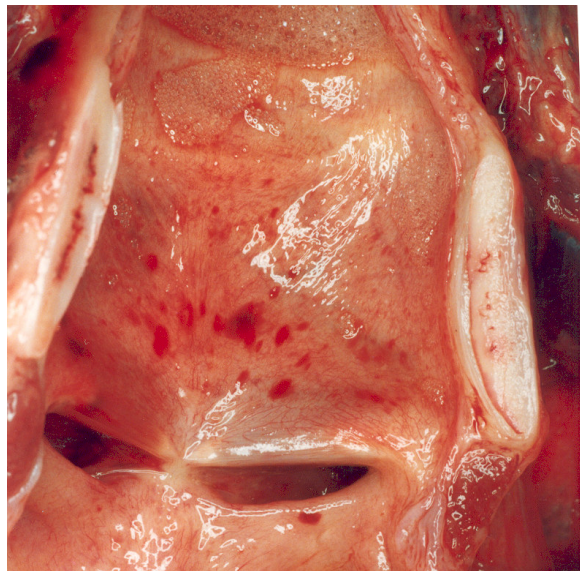


Abb. 8: Einblutung in die Schleimhaut der Trachea oberhalb der Bifurkation, 28 J., weiblich, Tod durch Erdrosseln (LÖP 120/97)



Abb. 9: Drosselmarke, 32 J., weiblich, Erdrosseln mit Telefonkabel (LÖP 402/99)

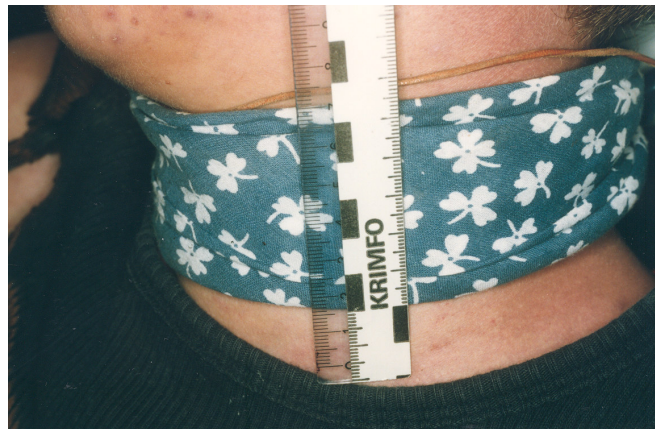


Abb. 10: Erdrosseln mit Halstuch, 28 J., weiblich (LÖP 120/97)



Abb. 11: Opfer aus Abb. 10 nach Abnahme des Drosselwerkzeugs, keine äußere Drosselmarke erkennbar

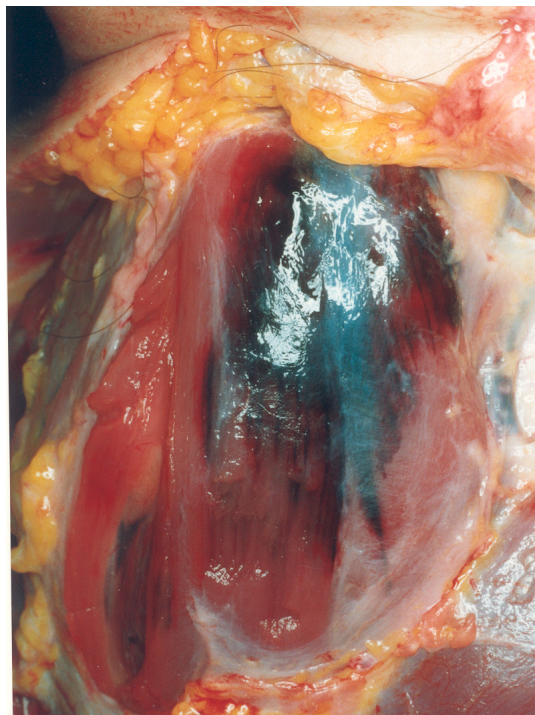


Abb. 12: Opfer aus Abb. 10 und 11, deutliche Einblutungen in die Halsmuskulatur



*Abb. 13: Erschwerte Befunderhebung aufgrund fortgeschrittener Leichenveränderungen,
45 J., männlich, Drosselung mit Strick (LÖP 219/97)*

6. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Allgulander, C., Nilsson, B.:
Victims of homicide in Sweden: a matched case-control study of health and social risk factors among all 1739 cases during 1978-1994.
Am J Psychiatry 2000 Feb;157(2):244-7
- 2 Avis, SP.:
Homicide in Newfoundland: a nine-year review.
J Forensic Sci 1996 Jan;41(1):101-5
- 3 Bell, MD., Rao, VJ., Wetli, CV., Rodriguez RN.:
Positional asphyxiation in adults. A series of 30 cases from the Dade and Broward County Florida Medical Examiner Offices from 1982 to 1990.
Am J Forensic Med Pathol 1992 Jun;13(2):101-7
- 4 Benthaus, S.:
Ergebnisse der rechtsmedizinischen und kriminologischen Untersuchung extrafamiliärer Tötungsdelikte der Jahre 1983 bis 1992.
Nichtveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Münster, 1997
- 5 Bockholdt, B., Maxeiner, H.:
Hemorrhages of the tongue - a common finding in homicidal strangulation.
Z Rechtsmedizin 1999 Sep;9(Suppl I)O-50
- 6 Brinkmann, B.:
Fehlleistungen bei der Leichenschau in der BRD. Ergebnisse einer multizentrischen Studie.
Arch Kriminol 1997 Mar-Apr;199(3-4):65-74
- 7 Brinkmann, B., Du Chesne, A., Vennemann, B.:
Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland.
Dtsch med Wochenschr 2002;127:791-5

- 8 Brinkmann, B., Koops, E., Wischhusen, F., Kleiber, M.:
Halskompression und arterielle Obstruktion.
Z Rechtsmedizin 1981; 87: 59-73
- 9 Brinkmann, B., Püschel, K., Bause, HW., Doehn, M.:
Death by obstructive asphyxia: the pathophysiology of respiration and hemodynamics.
Z Rechtsmed 1981;87(1-2):103-16
- 10 Brinkmann, B., Püschel, K.:
Erstickten: Fortschritte in der Beweisführung. Festschrift für Werner Janssen.
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1990
- 11 Bundesministerium des Inneren
Erster periodischer Sicherheitsbericht.
11.7.2001
- 12 Bundeskriminalamt
Polizeiliche Kriminalstatistik 2001.
- 13 Chervyakov, V., Shkolnikov, V., Pridemore, W., McKee, M.:
The changing nature of murder in Russia.
Soc Sci Med 2002 Nov;55(10):1713
- 14 Clark, TA.:
Prevalence of drugs and alcohol in autopsied homicide cases in St. John Parish, Louisiana.
J La State Med Soc 1996 Jun;148(6):257-9
- 15 Denk, W., Misliwetz, J.:
Mechanism of action of forearm strangulation technics.
Z Rechtsmed 1988;100(2-3):165-76

- 16 DiMaio, VJ.:
Homicidal asphyxia.
Am J Forensic Med Pathol 2000 Mar;21(1):1-4
- 17 Dotzel, G.:
Retrospektive Untersuchung über den Tod durch Erwürgen und Erdrosseln.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Münster, 1986
- 18 Du Chesne, A., Bajanowski T., Brinkmann, B.:
Homicides without clues in children.
Arch Kriminol 1997 Jan-Feb;199(1-2):21-6
- 19 Falzon, AL., Davis, GG.:
A 15 year retrospective review of homicide in the elderly.
J Forensic Sci 1998 Mar;43(2):371-4
- 20 Fernandez, CC., La Harpe, R.:
Vorsätzliche Tötungsdelikte im Kanton Genf (1971-1990).
Arch Kriminol 1996 Mar-Apr;197(3-4):111-7
- 21 Forster, B.:
Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen.
Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1986
- 22 Goodman, RA., Mercy, JA., Rosenberg, ML.:
Drug use and interpersonal violence. Barbiturates detected in homicide victims.
Am J Epidemiol 1986 Nov;124(5):851-5
- 23 Günther, H.:
Vergleich zwischen Tötungsdelikten und Selbstmorden unter besonderer Berücksichtigung der Beeinflussung der Täter durch Alkohol.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Köln, 1981

- 24 Haarhoff, K.:
Autoptische Befunde beim Erwürgen und Erdrosseln.
Beitr Gerichtl Med 1971;28:137-142
- 25 Haffner, HT., Graw, M., Erdelkamp, J.:
Spleen findings in drowning.
Forensic Sci Int 1994 Jun 3;66(2):95-104
- 26 Hansen, G.:
Gerichtliche Medizin.
2. Auflage, Edition Leipzig 1965
- 27 Heinemann, A., Püschel, K.:
Zum Dunkelfeld von Tötungsdelikten durch Erstickungsmechanismen.
Arch Kriminol 1996 May-Jun;197(5-6):129-41
- 28 Holler, J. P.:
Über den Tod durch Erwürgen und Erdrosseln.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Tübingen, 1980
- 29 Hougen, HP., Rodge, S., Poulsen, K.:
Homicides in two Scandinavian capitals.
Am J Forensic Med Pathol 1999 Sep;20(3):293-9
- 30 Ilbeygui, R.:
Synopsis und Atlas der Gerichtsmedizin.
Facultas-Studienbücher: Medizin; Bd. 13, 2000
- 31 Ito, A., Ito, M.:
Statistical study on the rate of participation of alcohol ingestion with homicides autopsied at our department.
Arukuru Kenkyuto Yakubutsu Ison 1990 Feb;25(1):37-47

- 32 Kemkes, B.:
Der gewaltsame Tod: Erdrosseln, Erwürgen, Erhängen.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Mainz, 1983
- 33 Kleemann, WJ., Fischer J., Fieguth, A., Troger, HD.:
Victims of homicide crime- social conditions and circumstances of the crime.
Arch Kriminol 1994 Sep-Oct;194(3-4):65-70
- 34 Knittel, E.:
Dokumentation von Obduktionsfällen der Jahre 1960-1979 des Institutes für Rechtsmedizin der Universität München von Personen, die durch Gewalteinwirkung Dritter zu Tode kamen.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität München, 1986
- 35 Kominato, Y., Shimada, I., Hata, N., Takizawa, H., Fujikura, T.:
Homicide patterns in the Toyama Prefecture, Japan.
Med Sci Law 1997 Oct;37(4):316-20
- 36 Koops, E., Püschel, K., Wischhusen, F., Fechner, G., Brinkmann, B.:
Zur Obstruktion der Halsarterien und der oberen Luftwege beim Würgen.
Beitr Gerichtl Med 1984;42:301-6
- 37 Lecomte, D., Fornes, P.:
Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996.
J Forensic Sci 1998 Jul;43(4):760-4
- 38 Lindqvist, P.:
Criminal homicide in northern Sweden 1970-1981: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease.
Int J Law Psychiatrie 1986;8(1):19-37

- 39 Lüerssen, C.:
Ergebnisse der rechtsmedizinischen und kriminologischen Untersuchung intrafamiliärer Tötungsdelikte der Jahre 1983 bis 1992.
Nichtveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität
Münster, 1997
- 40 Malphurs, JE., Cohen, D.:
A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States.
Am J Forensic Med Pathol 2002 Jun;23(2):142-8
- 41 Maxeiner, H.:
“Hidden” laryngeal injuries in homicidal strangulation: how to detect and interpret these findings.
J Forensic Sci 1998 Jul;43(4):784-91
- 42 Maxeiner, H.:
Eine einfache Gradeinteilung der Intensität von Kehlkopf-Zungenbeinverletzungen (Larynx-Trauma-Score).
Z Rechtsmedizin 1998 Sep;8(Suppl I):A4
- 43 Maxeiner, H.:
Mucosal hemorrhage of the larynx in strangulation and other causes of death.
Beitr Gerichtl Med 1989;47:429-35
- 44 Maxeiner, H.:
Über Kopfstauung, Petechien und „Zyanose“ beim Tod durch homizidale Halskompression.
Z Rechtsmedizin 1997;7:37-44
- 45 Maxeiner, H.:
Kehlkopfpräparation bei der forensischen Obduktion.
Z Rechtsmedizin 2002;12:317-324

- 46 Morton, E., Runyan, CW., Moracco, KE., Butts J.:
Partner homicide-suicide involving female homicide victims: a population-based study in North Carolina, 1988-1992.
Violence Vict 1998 Summer;13(2):91-106
- 47 Mueller, B.:
Gerichtliche Medizin.
Springer-Verlag Berlin 1975
- 48 Nadesan, K., Beng, O.:
Two cases of death due to plastic bag suffocation.
Med Sci Law 2001 Jan;41(1):78-82
- 49 Palmer, S., Humphrey, JA.:
Offender-victim relationship in criminal homicide followed by offender's suicide, North Carolina, 1972-1977.
Suicide Life Threat Behav 1980 Summer;10(2):106-18
- 50 Panichabhongse, V., Smativat, V., Watanakajorn, T., Kasantikul, V.:
Homicide: a report of 4122 cases from Bangkok and provinces.
J Med Assoc Thai 1999 Sep;82(9):849-54
- 51 Patscheider, H.:
Leitfaden der Rechtsmedizin.
Verlag Hans Huber Bern, 1986
- 52 Perez, M. AL., Chui, P., Cameron, JM. :
Plastic bag suffocation.
Med Sci Law 1993 Jan;33(1):71-5
- 53 Pollanen, MS., Chiasson, DA.:
Fracture of the hyoid bone in strangulation: comparison of fractured and unfractured hyoids from victims of strangulation.
J Forensic Sci 1996 Jan;41(1):110-3

- 54 Pollanen, MS.:
Diatoms and homicide.
Forensic Sci Int 1998 Jan 9;91(1):29-34
- 55 Pratt, C., Deosaransingh, K.:
Gender differences in homicide in Contra Costa County, California: 1982-93.
Am J Prev Med 1997 Nov-Dec;13(6 Suppl):19-24
- 56 Püschel, K.:
Vitale Reaktionen zum Beweis des Todes durch Strangulation.
Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät der Universität Hamburg, 1982
- 57 Rao, VJ., Wetli, CV.:
The forensic significance of conjunctival petechiae.
Am J Forensic Med Pathol 1988 Mar;9(1):32-4
- 58 Rechtsmedizin Zürich
Gewalt gegen den Hals, Strangulation.
Vorlesungsbegleitung Rechtsmedizin I, Zürich 2002
- 59 Reinhardt, G., Seidel, H.-J., Sonntag, H.-G., Gaus W., Hingst, V., Mattern, R.:
Ökologisches Stoffgebiet.
Hippokrates Verlag Stuttgart, 1995
- 60 Reza, A., Mercy, JA., Krug, E.:
Epidemiology of violent deaths in the world.
Inj Prev 2001 Jun;(2):104-11
- 61 Rossow, I.:
Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries.
Addiction 2001 Feb;96 Suppl 1:S77-92

- 62 Sanchez-Hanke, M., Augustin, C., Schürenkamp, M., Püschel, K.:
Möglichkeiten der DNA-Typisierung aus Fingernagelanhaftungen nach Kratzen.
Z Rechtsmedizin 1996;6:161-164
- 63 Sannemüller, U., Ullrich, S., Pillmann, F., Draba, S., Marneros, A.:
Tötungsdelikte- soziodemographischer Hintergrund der Täter und tatspezifische Merkmale.
Arch Kriminol 1999 Sep-Oct;204(3-4):65-74
- 64 Scheik, A.:
Verletzungen von Zungenbein und Kehlkopf bei Tötungen durch Erwürgen und Erdrosseln, bei suizidalem Erhängen sowie bei notfallmäßiger Intubation.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Köln, 1987
- 65 Schempp, M.:
Täter-Opfer-Beziehung bei Tötung durch Strangulation.
Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Tübingen, 1983
- 66 Schmidt, P., Müller, R., Dettmeyer, R., Madea, B.:
Tötungsdelikte an älteren Menschen im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin 1989-1998.
Z Rechtsmedizin 2000;10:176-181
- 67 Schneider, H. J.:
Kinder und Jugendliche als Mörder.
Z Kriminalistik 2002;10:609-616
- 68 Schwerd, W.:
Kurzgefasstes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen.
Deutscher Ärzte-Verlag, 1979

- 69 Scott, KW.:
Homicide patterns in the West Midlands
Med Sci Law 1990 Jul;30(3):234-8
- 70 Sommer, A., Theile, A.:
Einführung in die Obduktionstechnik.
Gustav Fischer Verlag Stuttgart, 1996
- 71 Srch, M.:
Medico-legal investigations of 66 homicides.
Soud Lek 1979 Feb;24(1):7-14
- 72 Suzutani, T., Ishibashi, H., Tajima, S., Takatori, T.:
*A statistical study of autopsy cases in the department of legal medicine,
Hokkaido University School of Medicine, during the last 10 years.*
Hokkaido Igaku Zasshi 1976 Jul;51(4):327-41
- 73 Tardiff, K., Marzuk, PM., Leon, AC., Hirsch, CS., Stajic, M., Portera, N.:
Cocaine, opiates and ethanol in homicides in New York City: 1990 and 1991.
J Forensic Sci 1995 May;40(3):387-90
- 74 Thomsen, H., Bauermeister, M., Wille, R.:
*Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre
1980-1989.*
Z Rechtsmedizin 1992;2:135-142
- 75 Thomsen, JL., Albrektsen, SB., Aalund, O., Breiting, VB., Danielsen, L., Helweg-
Larsen, K., Jacobsen, J., Kjaerulff, H., Staugaard, H.:
*Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark. II. Victims of homicide
in the Copenhagen area.*
Forensic Sci Int 1989 Mar;40(3):291-7

- 76 Tölle, R.:
Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie.
Springer- Verlag Berlin Heidelberg, 1999
- 77 Wagner, H.-J.:
*Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen- Phänomen oder
Panoramawandel rechtsmedizinischer Aufgaben?*
Z Rechtsmedizin 1991;1:35-40
- 78 Welte, JW., Abel, EL.:
Homicide: drinking by the victim.
J Stud Alcohol 1989 May;50(3):197-201
- 79 Wiegand, P., Kleiber, M.:
DNA typing of epithelial cells after strangulation.
Int J Legal Med 1997;110(4):181-3
- 80 Leistler, M.:
*Tötungen durch Schuss aus dem Sektionsgut der Rechtsmedizin Münster 1993-
1999.*
Nichtveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität
Münster, 2003

