

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren in der
Bundeshauptstadt Berlin**
(Jahreszeitraum 2000 bis 2010)

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Judith Rebekka Lang
aus München

Datum der Promotion: 22.06.2014

1	Abstract	3
2	Einleitung	6
2.1	Altersdefinition	6
2.2	Demographische Lage in Deutschland	6
2.3	Gewalterfahrungen im Alter	7
2.3.1	Definition Gewalt im Alter	7
2.3.2	Viktimisierung im Alter	7
2.4	Tötungsdelikte im Alter	9
2.4.1	Definition nichtnatürlicher Tod	9
2.4.2	Epidemiologie	10
2.4.3	Hintergründe zum Dunkelfeld der Tötungsdelikte	10
2.4.4	Nationale und internationale Studienlage	12
3	Fragestellung	15
4	Methodik	16
4.1	Fallmaterial	16
4.2	Ein- und Ausschlusskriterien	18
4.3	Literatur	19
5	Ergebnisse	20
5.1	Opfer	20
5.2	Täter	36
5.3	Tatumstände	46
5.4	Vergleich mit Tötungsdelikten an unter 60-Jährigen	49
5.5	Kasuistiken besonderer Fälle	51
6	Diskussion	54
6.1	Viktimisierungsrisiko älterer Menschen in Berlin	54
6.2	Opfer- und Täterprofile	56
6.3	Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen	64
6.4	Profilgruppen	74
6.5	Zusammenfassung der Diskussion und Ausblick	78
7	Literaturverzeichnis	81
8	Anhang	88
9	Eidesstattliche Erklärung	97
10	Lebenslauf	98
11	Danksagung	99

1 Abstract

Einleitung:

Durch medizintechnische, soziale sowie ökonomische Fortschritte stieg weltweit die Anzahl von älteren Menschen in der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an. Aufgrund einer höheren Sensibilisierung der Gesellschaft für Gewalterfahrungen Älterer rückte dieses Thema stärker in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Gerade hinsichtlich tödlicher Gewalt existieren jedoch bisher nur recht wenige Studien – in Deutschland fünf Arbeiten hinsichtlich der Städte Bonn, Hannover, Aachen, Hamburg und Essen, im Ausland vier Vergleichsstudien [1-9].

Methodik:

Es wurden retrospektiv 23.414 Obduktionsprotokolle im Hinblick auf Tötungsdelikte an über 60-Jährigen im Jahreszeitraum von 2000 bis 2010 des Instituts für Rechtsmedizin der Charité, der Freien Universität und der Humboldt Universität Berlin untersucht. Ausschlusskriterien waren stark fäulnisveränderte Leichen, unklare Todesfälle, Serientötungen, Tod durch unterlassene Hilfeleistung, ärztliche und pflegerische Kunstfehler, Euthanasie sowie versuchte Tötungsdelikte.

Datenlage und Ergebnisse:

Es fanden sich 93 Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren bei gesamt 480 Tötungsverbrechen an allen Altersklassen zwischen 2000 und 2010. Somit war der Anteil der über 60-Jährigen mit 19,4 % recht niedrig, er lag sogar unter dem Wohnbevölkerungsanteil dieser Altersklasse in Berlin (24,1 %). Die Staatsanwaltschaft ermöglichte Akteneinsicht in 73,1 % der Fälle (68 Akten), 55 Täter waren zum Zeitpunkt der Aktenauswertung bekannt. Auch wenn sich Unterschiede hinsichtlich der Altersgruppen und der Tötungsarten der Opfer ergeben hatten, fand sich ein fast identisches Viktimisierungsrisiko für Männer und Frauen ab 60 Jahren. Opfer und Täter der vorliegenden Studie können in spezielle Profilgruppen eingeteilt werden: Einerseits in die Gruppe der altersunabhängigen Tötungen aufgrund von Streitigkeiten meist unter alkoholischer Beeinflussung oder aufgrund von Erkrankungen des Täters, die zu einem Großteil dem psychiatrischen Formenkreis angehören. Zum anderen finden sich die altersabhängigen Tötungen, laut Schäfer (1989) auch „Gerontozide“ genannt [3]: Raubüberfälle an älteren Frauen und Tötung mit dem Ziel der Erlösung von körperlichem Leiden der Opfer. In letzterem Falle begingen die meist ebenso über 60-jährigen Täter zu einem hohen Anteil Suizid nach dem Homizid.

Schlussfolgerungen:

Im Alter ist die Viktimisierungsgefahr eigentlich kleiner, da sich ältere Menschen weniger im öffentlichen Raum aufhalten. Es zeigt sich aber eine Verlegung der Gewalt in den privaten Raum, der der Öffentlichkeit nur schwer zugänglich ist. Dem könnte mit folgenden Lösungsansätzen begegnet werden: eine gestärkte Arzt-Patientenbeziehung mit Einbeziehung des sozialen Umfelds des Patienten, Behandlung von Depressionen und anderen psychiatrischen Erkrankungen, Schulungen des medizinischen Personals hinsichtlich physischer und psychischer Missbrauchssymptome Älterer, zugängliche Hilfsangebote für Betroffene, ausführlichere Leichenschauen sowie eine weitere Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema Gewalt an Älteren [10-15].

Introduction:

Medical and socioeconomic improvements have led during recent decades to a steady increase of elderly people in the world. Due to increased public sensitivity to the issue, violence against elderly people is nowadays more considered by society. There is still a lack of detailed information concerning deadly aggression – there are five German studies from Bonn, Hannover, Aachen, Hamburg and Essen and four studies from abroad compared in this study [1-9].

Methods:

In a retrospective study we examined 23.414 autopsy files of sexagenarians or older between 2000 and 2010 at the Charité Berlin (plus Humboldt and Free University before the association to Charité Berlin). We excluded cases with strong putridity, ambiguous deaths, serial killings, non-assistance of persons in danger, medical malpractice, euthanasia and attempted homicides.

Data research and results:

During this period a total of 93 homicides against people over 60 occurred in comparison with 480 fatal attacks against all age classes. This percentage (19,4 %) is even lower than that of the resident population of elderly people in Berlin (24,1 %). The department of public prosecution allowed access to 68 records (73,1 %). 55 perpetrators were known at the point of investigation. Even if there were differences in age classes and methods of killing for men and women, the victims of both genders over 60 had almost the same risk of being killed. The present study allows a classification of victims and perpetrators in special profile groups: on the one hand there are killings irrespective of the victims age due to disputes mostly under the influence of alcohol

or due to the perpetrators having an (psychiatric) illness. On the other hand there are killings dependent on the victim`s age (“gerontocides” [3]): armed robbery of old women and killings by close partners aimed at ending an insufferable disease. Many of these offenders were aged over 60 as well and committed suicide.

Conclusions:

The danger of victimization of elderly people is smaller because they act less in the public. But there is a considerable shift of violence in domestic areas. To prevent homicides the following points are important: a strong relationship between physician, patient and their social surroundings, the treatment of psychiatric illness, more detailed instruction of medical personal on the physical and mental symptoms of elderly abuse, good access to support services for those affected, detailed autopsies and a stronger sensibilization of the public violence against elderly people [10-15].

2 Einleitung

2.1 Altersdefinition

Das Thema dieser Arbeit lautet „Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren in der Bundeshauptstadt Berlin“. Die Altersgrenze wurde hier bei 60 Jahren gesetzt, da sich die meisten deutschen Vergleichsstudien auf diesen Wert beziehen und somit eine Vergleichbarkeit gewährleistet ist. Die Literatur zeigt jedoch, dass es unterschiedliche Auffassungen über den Zeitpunkt des Eintritts in das höhere Lebensalter gibt. Laut *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* setzen viele westliche Länder ihren cut-off bei 65 Jahren, da meist ab diesem Alter erstmalig Rentenbezüge bezogen werden. Die *United Nations (UN)* wiederum einigten sich auf eine untere Grenze von 60 Jahren. Oftmals stimmt jedoch die chronologische Alterseinteilung nicht mit der biologischen überein – Alter ist nicht immer mit Krankheiten gleichzusetzen. Wichtige Bezugspunkte sind dagegen eine tatsächliche Verschlechterung des gesundheitlichen, körperlichen Zustands der Älteren, deren Ausscheidung aus dem Arbeitsleben und die Übernahme einer neuen Rolle im familiären Leben [16]. Für den Alterungsprozess ebenso entscheidende Faktoren sind die Genetik, die eigene Biographie, persönliche Pläne und Ziele sowie die Änderung der gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen [17]. Laut dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (dza) beginnt ab einem Alter von 60 oder 65 Jahren das „dritte Lebensalter“ mit dem Eintritt in den Ruhestand bei meist gut erhaltenem Gesundheitszustand. Ab 80 bzw. 85 Jahren vollzieht sich der Übergang in das „vierte Lebensalter“ mit erhöhtem Risiko für Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz. 50 % des eigenen Geburtsjahrgangs dürften bis zu diesem Alter bereits verstorben sein [18].

2.2 Demographische Lage in Deutschland

Obwohl die Anzahl an älteren Menschen seit Jahren stetig steigt, finden sich in der Literatur bisher nur recht wenige Daten über tödliche Gewalt bzw. Tötungsdelikte an Älteren. Am 30. Juni 2012 wurden gemäß den Angaben des statistischen Bundesamtes 81.902.743 deutsche Bundesbürger gezählt. Mit einem Anteil von etwa 20 % der 60- bis 80-Jährigen und 5 % der über 80-Jährigen machten Menschen ab 60 Jahren bereits zu Beginn des Jahres 2010 ca. 25 % der Gesamtbevölkerung aus [19]. Aufgrund der geburtenschwachen Jahrgänge von 1914 bis 1922 ist der Anteil der Hochbetagten zur heutigen Zeit noch recht klein. Die „Baby-Boomer“ der Jahrgänge 1934 bis 1940 werden in naher Zukunft jedoch einen bedeutenden Anteil der

Bevölkerungsstruktur darstellen [19]. Dieser demographische Wandel lässt sich zu einem großen Teil durch den Rückgang der Geburtenrate seit den 1970er Jahren und die verbesserte Lebenserwartung erklären: Diese stieg im Durchschnitt im Jahre 2007/2009 für Männer im Alter von 65 Jahren mit einem Zusatz um 17,22 Jahre, bei Frauen sogar um 20,52 Jahre. Für die über 80-Jährigen verzeichnete man einen Gewinn von 7,67 Jahren bei den Männern und 9,04 Jahren bei den Frauen [19].

2.3 Gewalterfahrungen im Alter

2.3.1 Definition Gewalt im Alter

Vor dem Hintergrund der demographischen Bevölkerungsentwicklung rückte in den letzten Jahrzehnten das Thema der Gewalterfahrung und Viktimisierung älterer Menschen immer mehr in den Brennpunkt des sozialwissenschaftlichen, medizinischen und öffentlichen Interesses. Immer häufiger fanden sich in der allgemeinen Presse Schlagzeilen wie „Fixiert, festgebunden, eingesperrt. Seniorenamt: Gewalt und Straftaten gegen Ältere sind keine Seltenheit“ (*Nürnberger Nachrichten vom 14. Juni 2012, S.1*) oder „Angst im Pflegedienst“ (*Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 24. Februar 2010, Nr. 46, S. 41*). In der Literatur finden sich mehrere Versuche, den komplexen Bereich der Gewalt im Alter mit folgenden Unterformen zu definieren: körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionaler oder psychologischer Missbrauch, Verlassen/im Stich lassen, finanzielle oder materielle Ausnutzung, aktive/passive Vernachlässigung mit Vorenthaltung von angemessener Kleidung, Nahrung, Medikamenten und Wohnverhältnissen sowie die Verletzung der Bürgerrechte mit dem Selbstbestimmungsrecht [10, 13, 20].

2.3.2 Viktimisierung im Alter

Cooper et al. (2008) zeigen in einer Literaturrecherche, dass die Prävalenzrate des Missbrauchs im Alter mit Werten von 3,2 bis 27,5 % stark variiert [21]. Bei Püschel (2008) liegt diese im Bereich von 5 bis 10 % [13].

Im höheren Lebensalter finden sich spezielle Risikofaktoren für Gewalterfahrungen: schlechter physischer und psychischer Gesundheitszustand inklusive Alzheimer und Depressionen,

Substanzmissbrauch, soziale Isolation und weibliches Geschlecht aufgrund der höheren Lebenserwartung und Vulnerabilität für sexuelle Belästigung von Frauen [10, 13, 20, 22-23]. Schiamberg und Gans (2000) sehen sogar in der Ehe eine Gefahr für Missbrauchsfälle, da diese mehr Raum für häusliche Gewalterfahrungen ermöglicht [20]. Andererseits erhöhen Trennungspläne der Frauen das Risiko einer Tötung durch die Ehemänner, wenn diese eine Scheidung nicht akzeptieren. Die Scheidung selbst würde die Frauen zudem in andere Arten von Lebensgemeinschaften drängen, welche flüchtiger und unstabiler wären [12]. Lauritsen und Heimer (2008) betonen, dass die bessere ökonomische und berufliche Situation der Frauen eine Heirat nicht mehr zwingend nötig macht und dies eher als Schutzfaktor vor Partnerhomiciden gesehen werden kann [24]. Über die Bedeutung der Ehe im Rahmen von Missbrauch und Gewalt finden sich somit unterschiedliche Aussagen.

Im Alter kann ein Deliktwechsel hin zum Typus des Diebstahls, Raubes und der fahrlässigen Tötungen verzeichnet werden [10]. Die Gewaltausübung verschiebt sich mit dem sozialen und räumlichen Rückzug der Älteren in den sozialen Nahbereich, welcher der öffentlichen Kontrolle entzogen ist [5].

Ältere können jedoch auch selbst die Täterrolle einnehmen. Dies wird in der aktuellen Literatur noch selten behandelt. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird aber auch die Anzahl an älteren Tätern ansteigen. Das statistische Bundesamt hatte beispielsweise in den Jahren von 1994 bis 2005 einen Zuwachs von über 100 % von 1,33 % auf 2,80 % an älteren Tätern über 60 Jahren verzeichnet [10]. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass auch die Altersdelinquenz ansteigt. Durch strengere und längere Haftstrafen jüngerer Täter wird sich zukünftig auch der Anteil an Älteren erhöhen [10]. Die Literatur bezeichnet die Altersdelinquenz mit dem Begriff der Alterskriminalität [10, 25]. Hierunter zählen alle Straftaten im Zusammenhang mit älteren Menschen ab 60 Jahren und dem damit verbundenen Übergang in eine neue Lebensphase durch das Ausscheiden aus dem alltäglichen Produktionsprozess. Hierbei werden aber Täter ausgeschlossen, die ihre frühkriminalistischen Handlungen im höheren Lebensalter einfach fortsetzen [25]. Obwohl bislang recht wenige Daten zur Täterschaft Älterer existieren, liegt die Wahrscheinlichkeit für ≥ 60 -Jährige sogar unter derjenigen der ≤ 14 -Jährigen [10]. Neben demographischen Gesichtspunkten finden sich weitere Gründe für eine Zunahme der Altersstraftäter: Zum einen die gesteigerte Bericht- und Anzeigenerstattung bei Polizei und Justiz, da die Öffentlichkeit zunehmend sensibilisiert wurde für das Thema Gewalt im Alter, zum anderen der Gewinn an Gesundheit im höheren Alter, wodurch Ältere vermehrt am sozialen und öffentlichen Leben teilhaben können. Damit erhöht sich auch der Pool an älteren Straftätern [10].

Risikofaktoren für die Spät kriminalität sind zum einen der vitale Abbau mit einem hohen Anteil an Demenzen, psychischen und physischen Krankheiten und zum anderen die soziale Desintegration bzw. das Gefühl des Nichtgebrauchtseins [25]. Im Falle der Tötungsdelikte finden sich gerade bei den erweiterten Suiziden sehr viele ältere Täter [26-27]. Diese sind meist älter als die Homizid-Täter und jünger als die Suizidenten [28].

2.4 Tötungsdelikte im Alter

2.4.1 Definition nichtnatürlicher Tod

Ein Teilgebiet der Kriminalitätserfahrungen im Alter sind die Tötungsdelikte, welche neben Suiziden, Unfällen, Vergiftungen, Behandlungsfehlern und Folgezuständen der gerade genannten Gewalteinwirkungen zu den nichtnatürlichen Todesursachen zählen. Der Tod tritt somit nicht aus krankhafter innerer Ursache ein, sondern durch ein von außen verursachtes Ereignis [37]. Das Strafgesetzbuch (StGB) fasst unter anderem unter dem Begriff Homizid bzw. Tötungsdelikt am Menschen folgende Unterformen zusammen:

1. Straftaten gegen das Leben (16. Abschnitt): Mord (§ 211), Totschlag (§ 212), Minder schwerer Fall des Totschlags (§ 213), Tötung auf Verlangen (§ 216), Schwangerschaftsabbruch (§ 218) und Fahrlässige Tötung (§ 222).
2. Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (17. Abschnitt): Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227).

Eine weitere Form des nichtnatürlichen Todes stellt der erweiterte Suizid dar. In der Literatur herrscht jedoch große Uneinigkeit darüber, ob es sich mehr um einen Suizid oder um einen Homizid handelt [27, 38]. Dies kann man schon an den verschiedenen Namensgebungen im In- und Ausland erkennen: „Erweiterter Suizid“, „Mitnahmesuizid“, „homicide-suicide“. Andererseits lassen sich Übereinstimmungen zu beiden Deliktformen sehen [39]. Im Falle des Begriffes „Erweiterter Suizid“ steht bereits das Vorhaben des Suizids im Vordergrund, das Opfer erscheint lediglich als Begleitumstand [40]. Unklar bleibt, auf wen genau sich die Erweiterung im Rahmen des Suizids bezieht und ob das Motiv des altruistischen Handelns zwingend notwendig ist. Besser wäre es, wie in der internationalen Nomenklatur, von einer Tötung mit nachfolgendem Suizid zu sprechen. Eine standardisierte Definition fehlt also gänzlich [29, 40]. Aus rechtsmedizinischer Sicht versucht Pollak [40] folgende Einteilung: Eine zur Selbsttötung

entschlossene Person tötet einen anderen Menschen ohne dessen Einverständnis bzw. gegen dessen Willen. Motive der Reue, Schuld und Furcht vor Strafe müssen fehlen. Fremd- und Selbsttötung sollten möglichst zeitnah und in räumlicher Nähe begangen werden. Der Täter stammt meist aus dem sozialen Nahraum des Opfers. Der Suizid steht im Vordergrund, die Miteinbeziehung des anderen Menschen als sekundäres Ziel [34,40].

2.4.2 Epidemiologie

Der Anteil der nichtnatürlichen Todesursachen an der Gesamtmortalität in Deutschland beträgt etwa 4 %, bei den unter 65-Jährigen sogar 10 % [41]. Die größte Relevanz hat hierbei der Suizid mit ca. 40 % [41]. Laut WHO sterben weltweit jährlich ca. 5,8 Millionen Menschen an Verletzungen, wobei ein Drittel davon durch Suizide, Homizide und Kriege verursacht werden. Homizide repräsentierten hierbei im Jahr 2004 an den gesamten Todesursachen durch Verletzungen etwa 11 %, Suizide 15 % [42]. Es bestehen jedoch länderspezifische Unterschiede: In den USA und Südafrika beispielsweise findet man dreifach höhere Homizid- als Suizidraten im Gegensatz zu Europa und Südostasien [43].

2.4.3 Hintergründe zum Dunkelfeld der Tötungsdelikte

In Deutschland existieren zwei Statistiken, die erfolgte Straftaten abbilden: Zum einen die *Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS)* – bestehend aus allen polizeilich bekannt gewordenen Straftaten einschließlich der strafbaren Versuche – und zum anderen die *Strafverfolgungsstatistik (SVS)*. Vorgelegt vom statistischen Bundesamt Wiesbaden, präsentiert letztere die jährlichen Aburteilungszahlen. Diese sind meist niedriger als die der Tatverdächtigen-Liste der PKS. Im Falle von Mord und Totschlag werden zum Beispiel nur 25 % der registrierten Tatverdächtigen verurteilt [44]. Zur Epidemiologie des erweiterten Suizids fehlen in Deutschland jegliche Angaben, da es keine eigene Kategorie in der PKS gibt [29]. Es finden sich jedoch Schätzwerte aus den USA und Kanada. Dort sollen etwa 0 bis 0,5/100.000 Einwohner pro Jahr erweiterten Suizid begehen[40]. Der internationale Durchschnitt liegt bei etwa 0,2 bis 0,3/100.000 Einwohnern [43]. Diese Zahlen gelten aber nicht zwingend für Deutschland, da die ausländischen Studien auch andere Unterformen wie Doppel- und Mehrfachsuizid sowie Tötung auf Verlangen mit einbeziehen [40].

Im Jahr 2010 erfasste die PKS in Berlin insgesamt 475.021 Straftaten mit 229.905 aufgeklärten Fällen und 76.005 Opfern [23]. Es ließ sich ein Rückgang der erfassten Delikte um 2,5 % im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen. Das stellte die niedrigste Zahl seit der Wiedervereinigung Deutschlands dar. Der Rückgang bezog sich vor allem auf Delikte der Beförderungserschleichung und der Sachbeschädigung, aber auch auf den Bereich der Tötungsdelikte einschließlich der fahrlässigen Tötungen: In letzterem Falle fanden sich 189 Fälle bei einem Rückgang um 22,9 % im Vergleich zum Vorjahr. Der Versuchsanteil bei Mord und Totschlag stieg jedoch von 67,5 % auf 69,7 % und erreichte Fallzahlen auf dem Niveau von 2008. Trotz des allgemeinen Rückgangs der Delikte ließ sich ein leichter Anstieg des Anteils der älteren Opfer ≥ 60 Jahren im Bereich der Straftaten gegen die Freiheit und körperliche Unversehrtheit verzeichnen: im Vergleich zum Vorjahr von 5,3 % auf 5,7 %. Im Altersabschnitt ≥ 60 Jahren finden sich proportional mehr weibliche als männliche Opfer, was sich vor allem durch die demographische Entwicklung erklären lässt. Auch wenn sich ein leichter Zuwachs an älteren Opfern über 60 Jahren fand, ist die Gefahr einer Viktimisierung im Alter doch recht gering. Die Hauptaltersgruppe der Opfer ist die der 21- bis 60- Jährigen (69,2%), gefolgt von Männern unter 21 Jahren [23]. Mit der sogenannten *Bevölkerungsgefährdungszahl (BGZ)* der PKS lässt sich das Viktimisierungsrisiko einzelner Altersklassen viel besser darstellen. Sie zeigt, dass Menschen im Alter von ≥ 60 Jahren ein deutlich unterdurchschnittliches Gefährdungsrisiko haben. Trotz des unproportional kleinen Anteils der Gewalt gegen Ältere an der Gesamtkriminalität wird gerade in den Massenmedien die Kriminalitätslage sehr stark in Richtung schwerwiegender Delikte verzerrt [45]. Von Nachteil ist jedoch die fehlende Abbildbarkeit des Dunkelfelds der Homizide seitens der PKS. Eine Reihe von Einflussfaktoren können hierbei die Zahlen verändern: die Anzeigebereitschaft der Bevölkerung, die Intensität der Verbrechensbekämpfung, eine Änderung der Erfassungsstrategien der statistikführenden Einrichtungen und eine gewandelte Auffassung der Rechtsprechung [44].

Eine Schlüsselrolle in der Anzeige eines nichtnatürlichen Todes nimmt zudem der Verfasser des Leichenschauheines ein. Gerade bei multimorbiden älteren Menschen werden möglicherweise vorschnell natürliche Tode bescheinigt und Homizide als Suizide verkannt [2, 4, 46].

Problematisch ist zudem die Unterscheidung eines gewaltsamen Todes von einem natürlichen Tod nach Gewalteinwirkung [3]. Vennemann et al. (2001) beschreiben in ihrer Studie, dass im Jahr 1997 etwa ≥ 10.000 nichtnatürliche Todesfälle unerkant blieben, davon ca. 1.200 Homizide [15]. Nichtnatürliche und unklare Todesfälle machen nur ca. 8 % der Todesursachen auf den Leichenschauheinen aus. Davon wiederum werden nur 25 % obduziert [47]. Gerade im

hohen Alter sinkt die Obduktionsfrequenz rapide – und das bei einer Gesamtsektionsrate von nur ca. 5,3 % im Jahr 1999 in Deutschland [4, 13, 47]. Ein beträchtliches Dunkelfeld besteht hier neben der Multimorbidität alter Menschen und Todesfällen im Pflegeheim bei Vergiftungen, Erstickten unter weicher Bedeckung, teils stumpfer Gewalt und Hitze/Kälte [13, 15, 46, 48]. Hinzu kommen mangelhafte Sorgfalt und Routine bei der Leichenschau, Beeinflussung durch Polizei und Angehörige, unvollständige Entkleidung der Leiche und Selbstüberschätzung [15, 46]. Doberentz et al. (2010) gehen davon aus, dass ein Großteil falscher Bescheinigungen schon im häuslichen Umfeld erstellt wird [46]. Somit werden vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung vor allem Taten im sozialen Nahraum möglicherweise oft nicht erkannt.

2.4.4 Nationale und internationale Studienlage

Über Tötungsdelikte an älteren Menschen gibt es in der Literatur bisher nur wenige Studien. Dagegen finden sich viele Homizid-Studien mit den Schwerpunkten des erweiterten Suizids [14, 26-27, 29, 34, 38-40, 43, 49-51] sowie opfer- und täterbezogene Analysen zum Homizid allgemein aus dem In- und Ausland [28, 30-32, 36, 52-55]. Dabei werden neben soziodemographischen Hintergründen auch gesundheitliche Faktoren mit einbezogen [33, 35, 56-57]. Neben der Kindstötung wird auch auf sexuelle Tatmotivationen, Homosexuellentötung und geschlechtliche Unterschiede in der Gewalterfahrung- bzw. Ausübung eingegangen [12, 24, 58-61]. Doch vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft sehen viele Forscher gerade in den älteren Menschen eine Risikogruppe für Viktimisierungs- und Homiziderfahrungen [1, 4, 7, 9]. Dies bestätigen auch fortlaufende Erkenntnisse aus Studien zu Todesfällen und Serientötungen im Pflegeheim bzw. Krankenhaus [1, 13]. Hier spielt nicht nur die Multimorbidität älterer Menschen eine Rolle, sondern auch die soziale Isolation und die damit verbundene erleichterte institutionelle Viktimisierung [4, 13]. Geringere physische, psychische und wirtschaftliche Ressourcen zur Verarbeitung erlebter Gewalt stehen ebenso im Vordergrund [22]. Eine stärkere Fokussierung auf die Besonderheiten des Homizids gegen Ältere zeigt unter anderem der Versuch, fünf altersspezifische Homizidtypen zu erstellen: Morde aus Überlastung (Pflege), Profitdenken, Rachegefühlen, sexuellen Missbrauchs zur Verdeckung dieser Tat („gerontophella“) und aus Faszination an der Tötung von Älteren („eldercide“) [62]. Weitere vor allem altersspezifische Motive sind Beziehungskonflikte im sozialen Nahraum sowie Raubmorde an Älteren [3]. Schäfer prägte 1989 zum ersten Mal den Begriff der

Greisentötung bzw. des Gerontozids: Hierbei handelt es sich um die Ausnützung alterstypischer Merkmale älterer Opfer hinsichtlich ihrer Physis, Psyche und Sozialisation wie zum Beispiel deren Hilf- und Wehrlosigkeit, Schwäche, Krankheiten, sinkende Mobilität, nachlassende Sinnesleistungen und steigende Ängstlichkeit vor Verbrechen [3, 5].

In Deutschland existieren zum Zeitpunkt der Datenrecherche fünf Studien zum Thema „Tötungsdelikte an älteren Menschen“ mit Bezug auf die Städte Hannover, Bonn, Aachen, Essen und Hamburg [1-5]. Schmidt et al. (1999) gehen in einer weiteren Arbeit noch näher auf die viktimologischen Aspekte ein [63], so dass eigentlich von sechs Studien ausgegangen werden kann (vergleiche dazu Tabelle 1). Bis auf Heinemann und Püschel (1994) definieren alle Forscher die Altersgrenze bei 60 Jahren, um eine Vergleichbarkeit mit der PKS und den anderen deutschen Studien zu schaffen [4]. Die Begründung für den cut-off bei 65 Jahren bei Heinemann und Püschel (1994) liegt im Eintritt des Rentenalters [4]. Weitere Differenzen ergeben sich zudem dadurch, dass lediglich zwei Studien versuchte Tötungsdelikte in die Recherche mit einbezogen hatten [1, 5]. Wird die Zahl der versuchten erweiterten Suizide berücksichtigt, so schlossen auch Bode-Jänisch et al. (2010) sowie Heinemann und Püschel (1994) die versuchten Homizide mit ein [2, 4]. In der Studie aus Hannover wurde den Homizid-Opfern eine Gruppe von Gewaltgeschädigten entgegengestellt [2]. Unterschiede finden sich auch im Studienzeitraum sowie in der Größe des Einschlussgebietes: Heinemann und Püschel (1994) untersuchten neben dem Stadtstaat Hamburg große Teile der umliegenden Bundesländer Niedersachsen und Schleswig-Holstein [4]. Durch die Auswertung der Daten in Prozentangaben können diese Differenzen jedoch nivelliert werden.

Tabelle 1: Nationale Studienlage

Autor	Studien- zeitraum	Altersgruppe (Jahre)	Vollendete Homizide (n)
Bode-Jänisch et al. [2]	1999-2008	≥ 60	n = 55
Schmidt et al. [1]	1989-1998	≥ 60	n = 24
Schmidt et al. [63]	1992-1998	≥ 60	n = 19
Heinemann und Püschel [4]	1983-1993	≥ 65	n = 105
Dankwarth und Püschel [5]	1970-1990	≥ 60	n = 40
Schäfer [3]	1976-1985	≥ 60	n = 35

Vor allem aus dem englischsprachigen Raum finden sich Studien zum Thema Homizide an älteren Menschen [7-9]. Die Untersuchungszeiträume umfassen hier 9 bis 20 Jahre. Durch die Auswertung der erhobenen Daten in Prozent können diese Studien gut miteinander verglichen werden. Im Gegensatz zu den deutschen Studien wird die Altersgrenze der Opfer bei 65 Jahren angesetzt, da die „national victimization survey“ als Bezugspunkt herangezogen wird. Diese stellt eine regelmäßige Umfrage bezüglich der Viktimisierung von Menschen aller Altersgruppen in der Bevölkerung der USA dar. Abrams et al. (2007) vergleichen zudem ältere und jüngere Homizid-Opfer (18-65 Jahre) [9]. Eine der jüngsten Studien stammt aus Portugal und schließt erweiterte Suizide mit ein [6], vergleiche dazu Tabelle 2.

Tabelle 2: Internationale Studienlage

Autor	Studien- zeitraum	Altersgruppe (Jahre)	Vollendete Homizide (n)	Einzugsgebiet
Coelho et al. [6]	1992-2007	≥ 65	n = 78	Nord-Portugal
Collins und Presnell [7]	1985-2004	≥ 65	n = 127	Medizinische Fakultät South Carolina
Abrams et al. [9]	1990-1998	≥ 65	n = 400	New York City
Falzon und Davis [8]	1981-1995	≥ 65	n = 150	Jefferson County

3 Fragestellung

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit „Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren in der Bundeshauptstadt Berlin (Jahreszeitraum 2000 bis 2010)“ besteht darin, Opfer- und Täterprofile zu erstellen und speziell auf folgende Fragen einzugehen:

1. Demographie und Kriminalität im Alter:

Steigt unter den jetzigen demographischen Entwicklungen das Risiko für Viktimisierungsrisiken (insbesondere für Tötungsdelikte) Älterer an, oder stellen Vermeidungsverhalten und soziale Isolation eher Schutzfaktoren dar? Ist das Alter ein Zufallsfaktor oder wird es von den Tätern ausgenützt? Welche Rolle spielt hierbei das Geschlecht der Opfer? Welche Bedeutung hat sexuelle Viktimisierung im Alter? Welche Besonderheiten finden sich im Falle der Alterstäter?

2. Rolle der Stadt Berlin:

Lassen sich prozentual überdurchschnittlich viele Homizide in der Anonymität der Großstadt Berlin verzeichnen?

Das Ziel dieser Arbeit liegt in der Herausarbeitung von Merkmalsausprägungen älterer Opfer und ihrer Täter. Damit kann ein Vergleichsgut mit bereits durchgeführten Studien geschaffen werden. Besonderheiten von Gewalt und Tötung im Alter können so verdeutlicht werden. Zudem schafft diese Studie eine rechtsmedizinische Grundlage für die Diskussion über Gewalt und Homizide in Bezug auf ältere Menschen.

4 Methodik

4.1 Fallmaterial

Trotz der Tatsache, dass bei einer Ex-post-Studie nur zum Tatzeitpunkt als wichtig erachtete Daten verfügbar sind, ermöglicht der Datensatz der vorliegenden Studie relevante Auswertungen. Im Gegensatz zu einer antespektiven Studie ergeben sich naturgemäß Lücken im Datensatz, mit denen gesondert umgegangen werden musste.

Für die vorliegende Arbeit wurden retrospektiv im Hinblick auf Tötungsdelikte an über 60-Jährigen 23.276 Obduktionsprotokolle für den 11-Jahreszeitraum von 2000 bis 2010 ausgewertet: Bei 138 fehlenden Fällen ergab sich eine Obduktionsfrequenz von 23.414 Fällen: Aus der Rechtsmedizin der Charité Berlin stammten 11.181 Akten (davon 5.522 der Charité nach der Zusammenlegung der Medizinischen Fakultät von Freier Universität (FU) und Humboldt Universität (HU) im Jahre 2006 mit vier fehlenden Fällen, 2.872 aus der FU mit sieben fehlenden Fällen und 2.787 aus der HU mit 124 fehlenden Fällen), aus dem Bestand des Landesinstituts Berlin 12.233 Protokolle (drei fehlende Fälle). Hintergrund für die fehlenden Akten ist zum einen die Zusammenlegung der FU und HU zur Charité Berlin und dem damit verbundenen Umzug der Institute mit Standortwechsel. Zum anderen wurden in früheren Jahrgängen entnommene Akten nicht immer explizit notiert.

Das Einzugsgebiet der Rechtsmedizin der Charité bezieht sich auf das Stadtgebiet Berlin mit einer Fläche von 892 km² bei einer mittleren Einwohnerdichte von rund 3800 Einwohnern pro km². Aus den Sektionsprotokollen wurden Opferdaten wie Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Todesart, Verletzungsmuster und Todeszeitpunkt erhoben. Sofern vorhanden, wurden ebenso toxikologische Befunde zur Alkohol- und Drogenbeeinflussung mit einbezogen. Aus den polizeilichen Ermittlungsakten inklusive der Polizeiberichte, Zeugen- und Verdächtigenbefragungen wurden Angaben zum Tatverdächtigen, Tatort, Tatmotiv und Tatzeitpunkt gesammelt. Vertiefende Informationen zur Täterpersönlichkeit, den Tathintergründen und dem Tatvorgang sowie Anklagepunkte und Verurteilungen lieferten die Akten der Staatsanwaltschaft Berlin.

Es fanden sich 93 Tötungsdelikte an über 60-jährigen Menschen in Berlin. Im Zuge der Analyse dieser Arbeit konnten 68 staatsanwaltschaftliche Akten (73,1%) eingesehen und ausgewertet werden. Diese wurden zum Teil eingestellt aufgrund von ungenügender Beweislage oder nicht

als Delikt bewertet. Dies begründet sich in letzterem Falle folgendermaßen: Tötung auf Verlangen (achtmal), gemeinsamer Freitod (zweimal), unklarer Suizid (einmal), Unfall mit Todesfolge (einmal). Die Einstellungen und nicht als Delikte gewerteten Fälle wurden trotzdem hinsichtlich der Opfer-Analysen mit berücksichtigt, da es sich im Sinne dieser Arbeit um Tötungsfälle handelt. Abbildung 1 zeigt das Fallmaterial dieser Studie im Überblick:

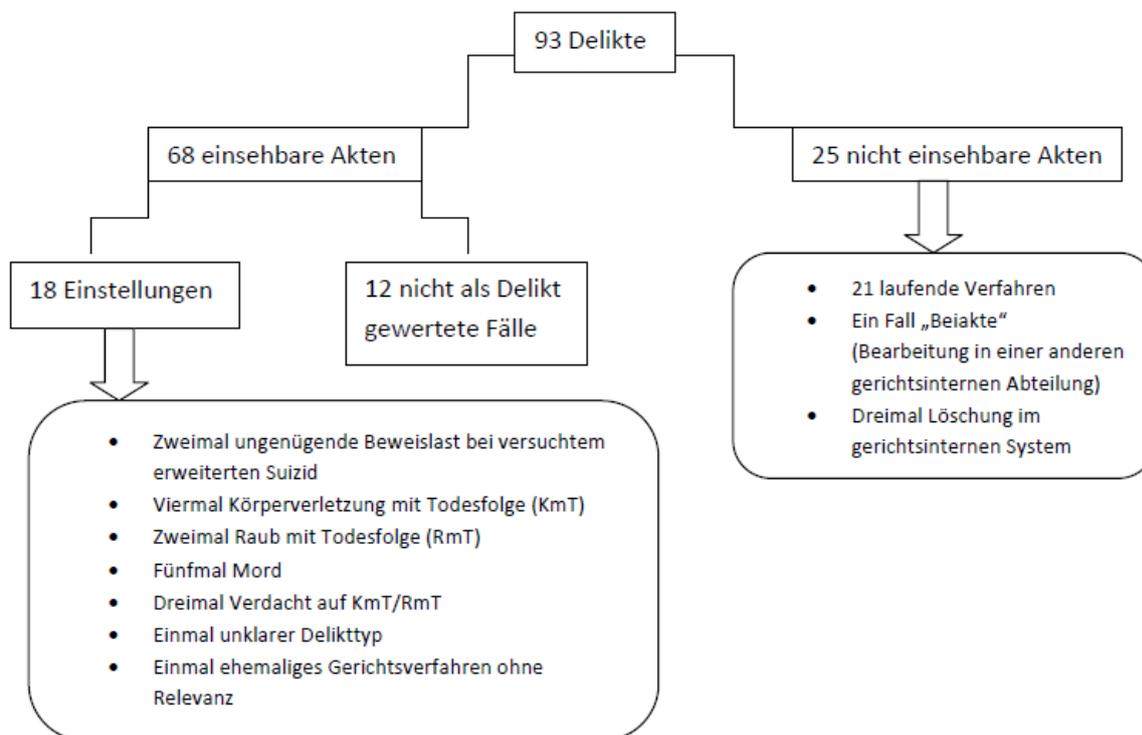


Abbildung 1: Fallmaterial

Es konnten 55 Taten ausgewertet werden, bei denen die Täter ermittelt werden konnten. In 37 Fällen wurde die nichtnatürliche Todesursache bestätigt, allerdings konnte zum Zeitpunkt der Datenerhebung kein Täter/Tatverdächtiger benannt werden. Diese Informationen wurden für einige Analysen dieser Studie mit verwendet und gesondert gekennzeichnet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden der Einfachheit halber im Folgenden als die der „Berliner“ Studie bzw. der Stadt Berlins bezeichnet.

4.2 Ein - und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien für die Fallauswahl sind:

- eine Altersgrenze von ≥ 60 Jahren zur besseren Vergleichbarkeit mit den der Arbeit zugrunde liegenden Studien
- die Tötung durch fremde Hand

Zur Kategorie „Tötung durch fremde Hand“ zählt auch die Gruppe der erweiterten Suizide (23 Fälle). Obwohl diese eigentlich keine strafbaren Delikte darstellen, handelt es sich hierbei um Homizide. In die Gruppe der „Erweiterten Suizide“ werden folgende Unterformen zusammengefasst: Erweiterter Suizid, versuchter erweiterter Suizid, Tötung auf Verlangen, gemeinsamer Freitod.

Ausschlusskriterien sind:

- stark fäulnisveränderte Leichen (gesamt 559 markierte Fälle)
- unklare Todesfälle
- Serientötungen
- Tod durch unterlassene Hilfeleistung sowie ärztliche und pflegerische Kunstfehler
- Euthanasie
- versuchte Tötungsdelikte (ein Fall)

Tötungsdelikte wie die des Falls der Charité-Krankenschwester, die im Jahr 2006 als Serientäterin mehrere intensiv pflegebedürftige Personen tötete, werden extra erwähnt und nicht in die statistische Datenauswertung mit einbezogen. Die 48 unklaren Fälle wiesen als Todesursache folgendes auf: Sturz, Unfall, schwere vorbestehende konkurrierende Erkrankungen und Verbrennen. Zudem ergab sich der Verdacht auf einen Suizid. Bei stark fäulnisveränderte Leichen konnte die Todesursache ebenso nicht mehr ermittelt werden, auch wenn ein dringender Tatverdacht bestanden hatte.

Die bestehende Datenlage des Fallmaterials wurde nach bestimmten Kriterien untersucht, wie zum Beispiel Größe und Gewicht der Opfer. Hierbei fanden sich nicht immer alle Ausprägungen zu den 93 Fällen. Die Auswertungen beziehen sich also immer auf vorhandene Fallausprägungen.

4.3 Literatur

Literaturseitig wurden im Zuge dieser Studie die Quellen aus „Pubmed“, „Springerlink“ und der Zeitschrift „Archiv für Kriminologie“ herangezogen. Die Archive der Berliner Rechtsmedizin und der Staatsanwaltschaft Berlin waren Grundlage der Recherche. Die Polizeiliche Kriminalitätsstatistik (*PKS*) Berlin lieferte Daten zu allen gemeldeten und aufgeklärten Kriminalitätsdelikten, die Staatsanwaltschaft erlaubte Einblicke in abgeschlossene Verurteilungen.

5 Ergebnisse

5.1 Opfer

Von den insgesamt 480 Tötungsdelikten aus den Jahren 2000 bis 2010 wurden 93 Menschen ab 60 Jahren getötet. Die mittlere Größe der Opfer lag bei 160 cm. Im Bereich des Gewichts betrug der Mittelwert 66,5 kg. Das Alter lag im Mittel bei 72,4 Jahren (Frauen 74,5 Jahre und Männer 70,1 Jahre). Das Minimum war bei 60 Jahren, das Maximum bei 99 Jahren. Der Hauptanteil bestand mit 67,8 % aus den Altersgruppen der 60- bis 74-Jährigen (23,7 % 65 bis 69 Jahre, 22,6 % 60 bis 64 Jahre, 21,5 % 70 bis 74 Jahre). Abbildung 2 zeigt die Altersverteilungen der Opfer und ihrer Täter:

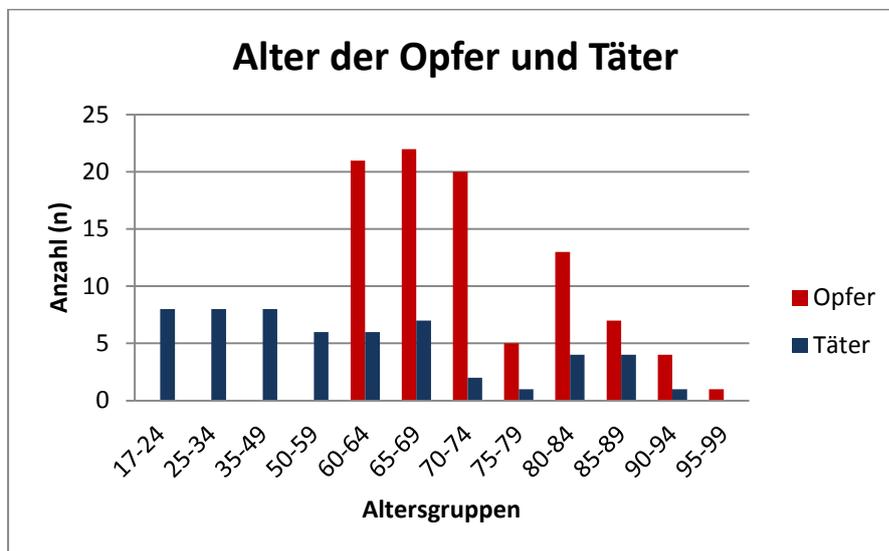


Abbildung 2: Altersverteilung

Bei den männlichen Opfern lag der Alterspeak mit 35,6 % bei 65 bis 69 Jahren, bei den Frauen war die Verteilung recht breit gefächert mit großen Anteilen an 70- bis 74-Jährigen (22,9 %) und 60- bis 64- sowie 80- bis 84-Jährigen (je 20,8 %). Mit einem Anteil von 12,5 % war die Gruppe der 85- bis 89-Jährigen recht gut vertreten im Vergleich zu den Männern, vergleiche dazu Abbildung 3.

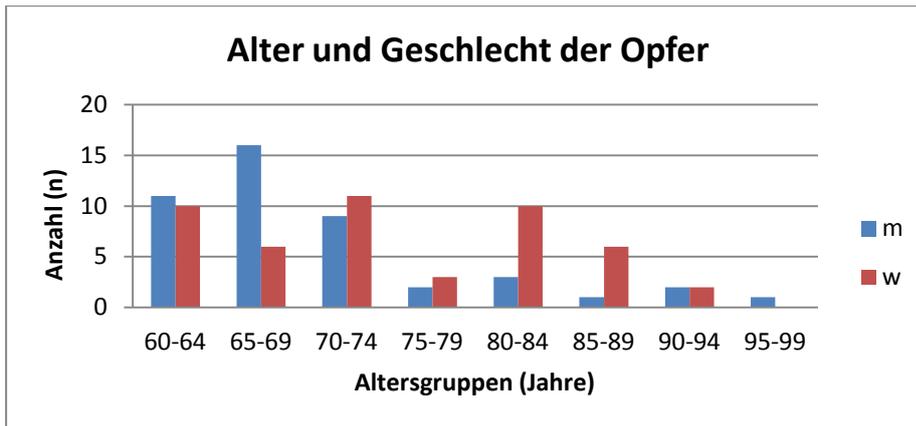


Abbildung 3: Altersverteilung der männlichen und weiblichen Opfer

Hinsichtlich des Tatmotivs fanden sich bei den jüngeren Opfern vielfältige Gründe, erst ab 75 Jahren reduzierte sich dies auf Krankheit des Opfers (vor allem die 70- bis 74-Jährigen mit 25 %, die 75-bis 79-Jährigen mit 20 % und die 85- bis 89-Jährigen mit 100 %), sexuelle Motivation (4,5 % die 60- bis 64-Jährigen, 5 % die 70- bis 74-Jährigen und 20 % die 75- bis 79-Jährigen) sowie Bereicherungsabsichten (19 % 60 bis 74 Jahre, 61,5 % 80 bis 84 Jahre und 75 % 90 bis 94 Jahre). „Sonstig“ beinhaltete als Tatmotiv den Tod der Mutter. Die Täterin versuchte hierauf, nicht nur den Vater, sondern auch sich zu töten. Abbildung 4 zeigt hierbei die Unterschiede bezüglich des Opferalters und der Tatmotivation der Täter auf.

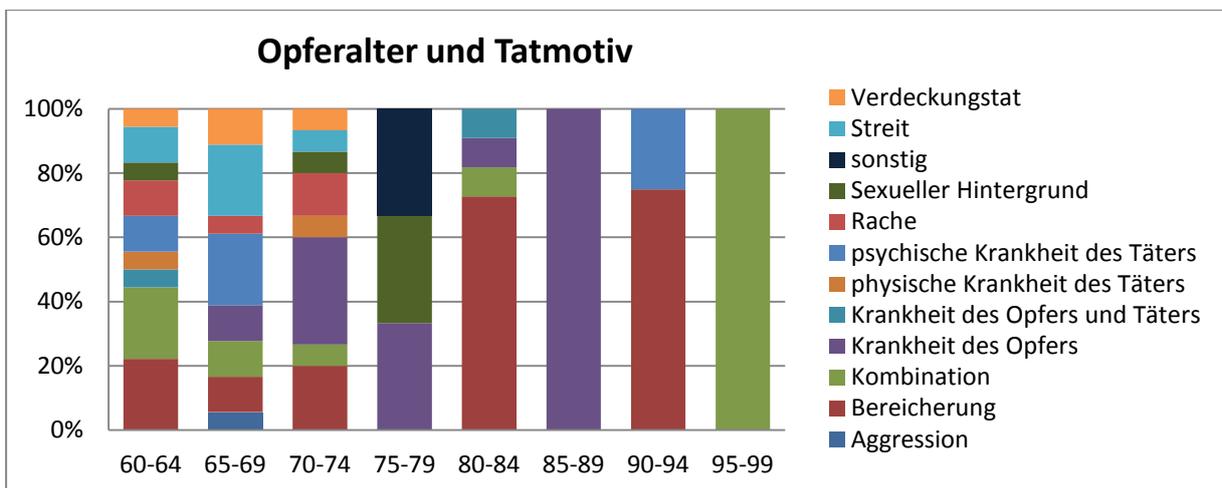


Abbildung 4: Alter in Bezug zum Tatmotiv

In diese Analyse flossen auch Informationen der Täter mit ein, bei denen nur ein Tatverdacht seitens der Polizei und des Gerichts bestand, vergleiche dazu Tabelle 3:

Tabelle 3: Tatmotive der verdächtigten Täter in Bezug zum Opferalter

Opferalter	Anzahl der verdächtigten Täter (n = 37)	Tatmotive der Tatverdächtigen
60-64	n = 6	Bereicherung (n = 2), sexuelle Nötigung (n = 1), Kombination (sexuelle Motivation u. Bereicherung u. Verdeckungstat, n = 1), unklar (n = 2)
65-69	n = 10	Bereicherung (n = 1), psychische Krankheit des Täters (n = 2), Streit (n = 1), Verdeckungstat (n = 2), unklar (n = 4)
70-74	n = 7	Psychische Krankheit des Täters (n = 1), Bereicherung (n = 1), unklar (n = 5)
75-79	n = 3	Sexuelle Motivation (n = 1), unklar (n = 2)
80-84	n = 8	Bereicherung (n = 6), unklar (n = 2)
85-89	n = 1	Unklar (n = 1)
90-94	n = 2	Bereicherung (n = 2)

Von 88 bekannten Deliktformen fielen 23 auf Mord (26,1 %) und 65 auf andere Deliktformen (73,9 %). Mord ließ sich in fast allen Altersgruppen finden mit einem Peak im Bereich der 60- bis 74-Jährigen (70,8 % oder 17/24). Alle anderen Deliktformen fanden sich auch verstärkt in höherem Lebensalter (69,2 % der 60- bis 74-Jährigen und 35,6 % der 80- bis 94-Jährigen). Hier spielte vor allem die Gruppe des erweiterten Suizids eine große Rolle (vergleiche dazu Abbildung 5). Zur Gruppe „Mord“ zählten auch Mordanklagen und Kombinationen mit anderen Deliktformen, bei denen Mord vorkam. Zur Gruppe „Restliche Deliktformen“ zählten Totschlag (auch die Anklagen), Körperverletzung und Raub mit Todesfolge, erweiterter Suizid, versuchter erweiterter Suizid, gemeinsamer Freitod, Tötung auf Verlangen und Kombinationen mit anderen Deliktformen (außer mit Mord).

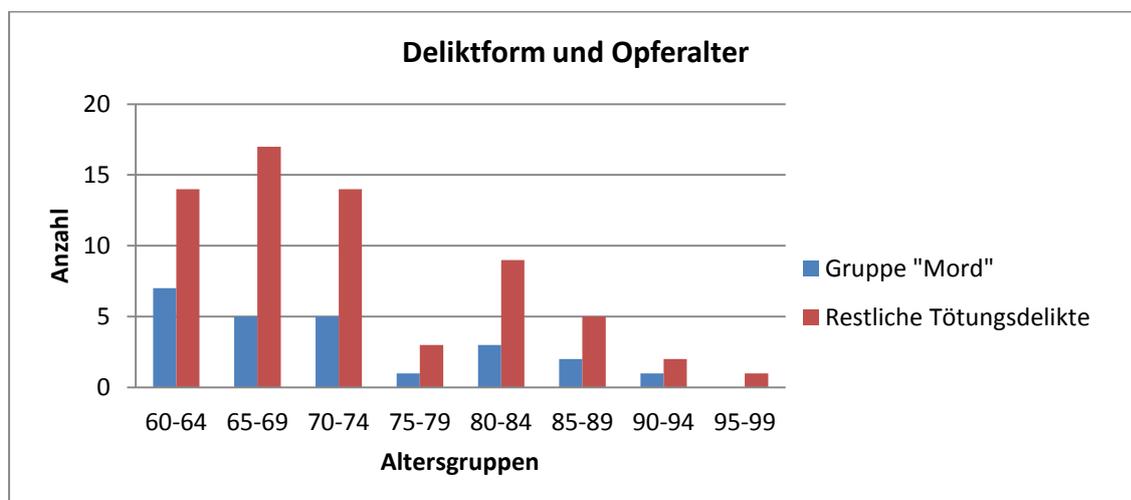


Abbildung 5: Alter und Todesform

Hinsichtlich des Geschlechts war die Opferverteilung recht ausgewogen bei einem kleinen Untergewicht der Männer, nämlich 48,4 % (vergleiche Tabelle 4). Als Vergleichswert dient hier die Bevölkerungsanzahl als Mittelwert aus den Jahren 2006 und 2010 nach den Statistischen Jahrbüchern Berlin: 43,3 % Männer an allen Alten ab 60 Jahren [64-67] (vergleiche auch Tabellen 3 und 6 des Anhangs). Die Frauen machten in dieser Studie einen Anteil von 51,6 % aus. Der Vergleichswert als Mittelwert der Jahre 2006 und 2010 liefert hier einen Anteil von 56,7 % an allen Alten ab 60 Jahren [64-67] (vergleiche auch Tabellen 3 und 6 des Anhangs).

Tabelle 4: Opfergeschlecht

Geschlecht	Anzahl
Männlich	n = 45
Weiblich	n = 48
Gesamt	n = 93

90 Fälle konnten in Bezug des Geschlechts der Opfer zur Tötungsart ausgewertet werden: Bei den männlichen Opfern (44 Fälle) waren die Hauptgruppen scharfe (40,9 % oder 18/44) und stumpfe Gewalt (22,7 % oder 10/44). Hinsichtlich der Kombinationen fanden sich mit 66,7 % (4/6) die stumpfe und mit je 33,3 % (2/6) die scharfe Gewalt, Unterkühlung und Gewalt gegen Hals. Die im Hinblick auf die Tötungsart 46 auswertbaren Frauen wurden zu einem Großteil (34,8 % oder 16/46) erstickt. Bezüglich der Kombinationen fanden sich mit je 66,7 % (4/6) stumpfe Gewalt und Ersticken/Gewalt gegen den Hals, und nur mit je 16,7 % (1/6) scharfe Gewalt und Tatfolgen (vergleiche Abbildung 6). Zur scharfen Gewalt zählten Schnitt, Stich und Kombinationen. Zur Gruppe „Ersticken“ zählten Ersticken, Gewalt gegen den Hals und Bedecken der Atemöffnungen.

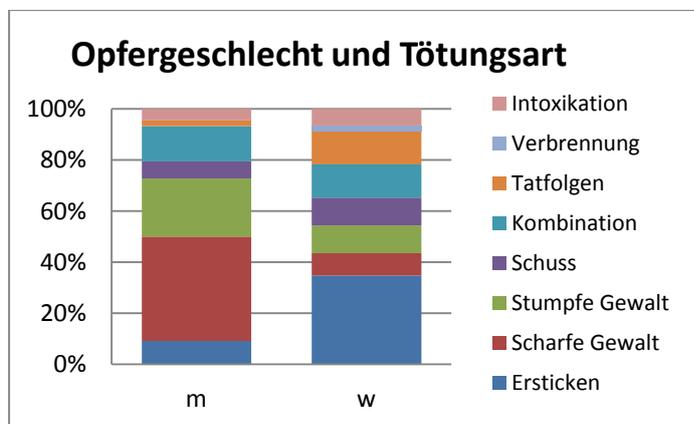


Abbildung 6: Bezug Opfergeschlecht und Tötungsart

Bezüglich der Tatmotive (inklusive die derjenigen Täter, bei denen nur ein Tatverdacht bestand) konnten laut polizeilichen und strafrechtlichen Ermittlungsakten bei den männlichen Opfern 36 Motive ausgewertet werden, davon waren 22,2 % (8/36) Bereicherungsabsichten und 13,9 % (5/36) die Krankheit des Täters. Bei den Frauen waren 38 Motive klar, davon 31,6 % (12/38) Bereicherung und 26,3 % (10/38) die Krankheit des Opfers. „Sonstig“ beinhaltete hier den Tod der Mutter des Täters. Die Kombinationen werden in Tabelle 5 extra aufgeführt:

Tabelle 5: Kombinationen der Tatmotive in Bezug zum Opfergeschlecht

Opfergeschlecht	Kombinationen der Tatmotive
Männlich	Streit im Alkoholrausch u. Rache
	Sexuelle Motivation u. Bereicherung u. Verdeckungstat
	Streit im Alkoholrausch u. Bereicherung u. Krankheit des Opfers
	Streit u. Verdeckungstat u. Bereicherung mit Vorgabe der sexuellen Nötigung
Weiblich	Psychiatrische Krankheit des Täters u. Streit
	Krankheit des Opfers u. Arbeitslosigkeit des Täters
	Scheidungs Vorhaben der Ehefrau (Opfer) des Täters u. Schulden des Täters
	Aggression u. Alkohol u. Pflegebedürftigkeit der Ehefrau (Opfer) des Täters

In Tabelle 6 finden sich in Klammern anteilig an den 74 bekannten Gesamtmotiven die Tatmotive der 37 Täter, bei denen nur ein Verdacht seitens der Polizei und des Gerichts bestand. Hierbei wurden 16 unklare Tatmotive bei neun männlichen und sieben weiblichen Tätern dieser Gruppe nicht extra gelistet.

Tabelle 6: Bezug Geschlecht und Tatmotiv

Tatmotiv	Geschlecht der Opfer	
	Männlich	Weiblich
Bereicherung	n = 8 (2)	n = 12 (10)
Krankheit des Opfers	n = 3	n = 10
Krankheit des Täters	n = 5 (2)	n = 4 (1)
Krankheit des Opfers und Täters	n = 0	n = 2
Rache	n = 3	n = 2
Aggression	n = 1	n = 0
Streit	n = 4 (1)	n = 3
Sexueller Hintergrund	n = 3 (2)	n = 0
Verdeckungstat	n = 3 (2)	n = 1
Sonstig	n = 1	n = 0
Kombination	n = 5 (1)	n = 4
Gesamt	n = 36 (10)	n = 38 (11)

Bezüglich des Familienstandes lebten 61,5 % (24/39) der Männer allein und nur 38,5 % (15/39) gemeinschaftlich. Die Frauen hatten hier ein ausgewogeneres Verhältnis mit 51,2 % (22/43) alleinigem und 48,8 % (21/43) gemeinschaftlichem Wohnen (vergleiche Abbildung 7). Gesamt konnten 82 Daten ausgewertet werden, hierbei lebten 56,1 % (46/82) allein und 43,9 % (36/82) gemeinschaftlich.

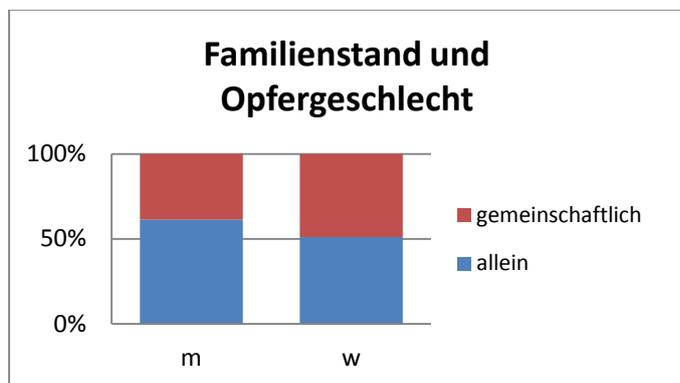


Abbildung 7: Geschlecht und Wohnart

In Bezug zum Tatmotiv konnte festgestellt werden, dass die Alleinstehenden zu einem Großteil aufgrund von Bereicherungsabsichten getötet wurden (47,1 % oder 16/34), die gemeinschaftlich Lebenden aufgrund von Krankheit des Opfers (37,1 % oder 13/35) und Krankheit des Täters (17,1 % oder 6/35). 24 Fälle blieben unklar hinsichtlich des Familienstandes und des Tatmotivs (vergleiche Tabelle 7). In Klammern finden sich bezüglich der Tatmotivation und des Familienstandes der Opfer anteilig die Täter, bei denen nur ein Tatverdacht bestand.

Tabelle 7: Tatmotiv im Bezug zum Familienstand

Tatmotiv	Familienstand	
	allein	gemeinschaftlich
Bereicherung	n = 16 (9)	n = 1
Krankheit des Opfers	n = 0	n = 13
Krankheit des Täters	n = 2 (1)	n = 6 (1)
Krankheit des Opfers und Täters	n = 0	n = 2
Rache	n = 2	n = 3
Aggression	n = 1	n = 0
Streit	n = 3 (1)	n = 4
Sexueller Hintergrund	n = 3 (2)	n = 0
Verdeckungstat	n = 3 (1)	n = 0
Sonstig	n = 0	n = 1
Kombination	n = 4	n = 5 (1)
Gesamt	n = 34 (14)	n = 35 (2)

Im Falle der Rauschmittel standen von 87 bekannten Fällen 70,1 % (61/87) zur Tatzeit nicht unter Alkoholeinfluss, 29,9 % (26/87) jedoch schon. Abbildung 8 zeigt die alkoholische Beeinflussung der Opfer und ihrer Täter.

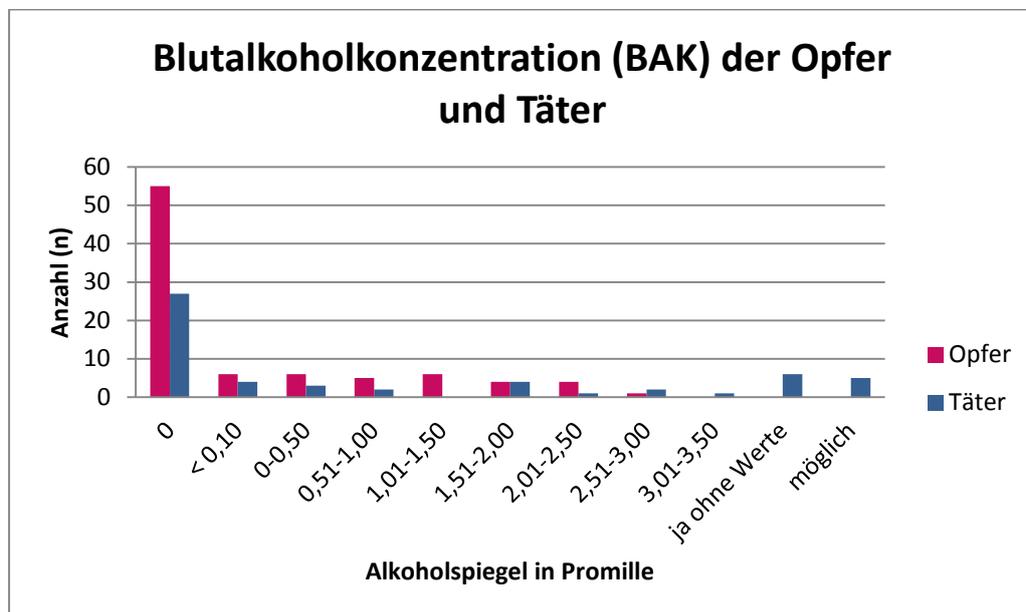


Abbildung 8: Alkoholspiegel der Opfer und Täter zur Tatzeit

Die Opfer mit einer Blutalkoholkonzentration von unter 0,1 bzw. 0 Promille (61 Fälle bzw. 70,1 % von 87 bekannten Daten) wurden zumeist erstickt oder erstochen (je 21,3 % oder 13/61). Darauf folgten stumpfe Gewalt mit 16,4 % (10/61) und Schusswaffengebrauch mit 11,5 % (7/61). Tabelle 8 zeigt den Bezug zwischen dem Alkoholeinfluss der Opfer und der vorrangig erfahrenen, tödlichen Gewalt. „Kombination“ bezieht sich hier auf halbscharfe, scharfe und stumpfe Gewalt sowie Gewalt gegen den Hals.

Tabelle 8: Alkoholeinfluss der Opfer und Tötungsart

Blutalkoholkonzentration (Promille) der Opfer	Opferanzahl	Tötungsart	Prozentanteil (%)
0,00-0,10	n = 61	Ersticken (n = 13), Stich (n = 13)	21,3 % (13/61)
0,00-0,50	n = 6	Ersticken (n = 4)	66,7 % (4/6)
0,51-1,00	n = 5	Scharfe Gewalt (n = 3)	60 % (3/5)
1,01-1,50	n = 6	Scharfe Gewalt (n = 3)	50 % (3/6)
1,51-2,00	n = 4	Stumpfe Gewalt (n = 3)	75 % (3/4)
2,01-2,50	n = 4	Scharfe Gewalt (n = 2), Ersticken (n = 2)	Je 50 % (2/4)
2,51-3,00	n = 1	Kombination (n = 1)	100 % (1/1)

Hinsichtlich zentral wirksamer Medikamente standen 89,2 % der Opfer nicht unter Einfluss, für 7,5 % traf dies zu. Bei den positiven Fällen war die Tötungsart der Opfer in 71,4 % die Intoxikation (4/5 der Fälle mit den in folgender Tabelle genannten Mitteln). Bei den möglichen Fällen spielte in 66,7 % das Ersticken eine große Rolle. Die negativen Fälle zeichneten sich in 26,5 % durch scharfe Gewalt aus, sowie in 20,5 % Ersticken und 18,1 % stumpfer Gewalt. Tabelle 9 zeigt unter anderem die Fälle, die durch zentral wirksame Medikamente zu Tode kamen.

Tabelle 9: Einfluss zentral wirksamer Medikamente auf die Opfer

Prozentanteil der Opfer	Einfluss zentral wirksamer Medikamente	Art der zentral wirksamen Medikamente
89,2 % (83/93)	Nein	Keine
7,5 % (7/93)	Ja	Zyanid
		Amlodipin
		Zopiklon
		Zolpidem u. Morphin u. Metamizol
		Flunitrazepam
		Phenobarbital
		Oxazepam
3,2 % (3/93)	Möglich	Oxazepam u. Baclofen
		Oxazepam u. Methadon
		Nitrazepam u. Diphenhydramin u.
		Alkohol

Tabelle 10 zeigt den Gesundheitszustand der Opfer und die Tatmotive deren Täter. In Klammern finden sich anteilig die Motive der 37 Täter, bei denen nur ein Tatverdacht bestand. 16 Daten waren in letzterem Fall unklar. Zum Gesundheitszustand konnte folgendes eruiert werden: Von 92 Fällen, in denen der Gesundheitszustand bekannt war, befanden sich 52,2 % (48/92) in gutem Zustand, 16,3 % (15/92) litten an Multimorbidität, 15,2 % (14/92) an einer Herzerkrankung, 12 % (11/92) an einer ZNS-Erkrankung, 3,3 % (3/92) an Tumoren und 1,1 % (1/92) an chronischen Schmerzzuständen. Betrachtet man die Motivlage der Täter hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Opfer, so waren in den Fällen mit Bereicherungsabsicht 65 % (13/20) der Opfer in gutem Zustand. Auch beim Thema Streit waren 57,2 % (4/7) in gutem Gesundheitszustand und nur 28,6 % (2/7) multimorbide. Im Falle einer schweren Krankheit des Opfers als Tötungsgrund litten 46,2 % (6/13) an einer ZNS-Erkrankung, 30,8 % (4/13) an Multimorbidität und 23,1 % (3/13) an einer Tumorerkrankung. Bei den Verdecktungen waren

50 % gesund und 50 % multimorbide. Gesamt waren 26,9 % (25/93) der Opfer pflegebedürftig, hierbei war das Tatmotiv in 52 % (13/25) auch wirklich die schwere Krankheit des Opfers.

Tabelle 10: Gesundheitszustand der Opfer und Tatmotive deren Täter

Tatmotiv	Gesundheitszustand der Opfer						
	Herz	ZNS	Tumor	Schmerzzustand	Multimorbidität	Gesund	Gesamt
Finanzielle Bereicherung	n = 4 (2)	n = 0	n = 0	n = 0	n = 3 (3)	n = 13 (7)	n = 20 (12)
Krankheit des Opfers	n = 0	n = 6	n = 3	n = 0	n = 4	n = 0	n = 13
Krankheit des Täters	n = 1 (1)	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1	n = 6 (2)	n = 9 (3)
Krankheit des Opfers und Täters	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 2
Rache	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 5	n = 5
Aggression	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 1
Streit	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2 (1)	n = 4	n = 7 (1)
Sexueller Hintergrund	n = 1 (1)	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2 (1)	n = 3 (2)
Verdecktstat	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2	n = 2 (2)	n = 4 (2)
Kombination	n = 1	n = 2	n = 0	n = 1	n = 0	n = 5 (1)	n = 9 (1)
Gesamt	n = 8 (4)	n = 10	n = 3	n = 1	n = 13 (4)	n = 38 (13)	n = 73 (21)

Zur Lokalisation der todeswürdigen Gewalt fiel auf, dass sie sich meist oberhalb der Leiste konzentrierte (61,1 % oder 55/90), vergleiche hierzu Abbildung 9. Zehn Prozent (9/90) der Fälle fiel in die Rubrik „Sonstige“ (im Körperinneren bei sechs Intoxikationen, einem Leberversagen, einem Schädelhirntrauma, einer Myoglobinurie bzw. einer erhöhten Ausscheidung von Myoglobin im Urin. Dieses stellt ein (Herz-) Muskelenzym dar). 28,9 % (26/90) waren Kombinationen (hier nur einmal mit der unteren Extremität).

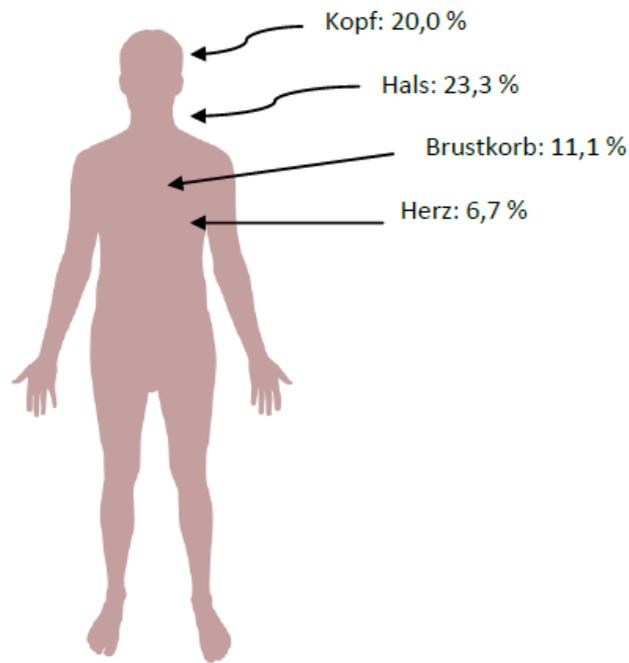


Abbildung 9: Lokalisation der todeswürdigen Gewalt der Opfer (Bildquelle [67])

Hinsichtlich der Abwehrverletzungen fanden sich bei 67,7 % (63/93) keine Verletzungen, in 28 % (26/93) dagegen schon. Vier Fälle wiesen mögliche Spuren auf (4,3 %). Betrachtet man den Zusammenhang zur Opfer-Täter-Beziehung, so waren hierbei nur 75 Daten klar. Im Falle vorhandener Abwehrverletzungen standen an erster Stelle mit 68,4 % (13/19) die freundschaftlichen und innerfamiliären Beziehungen und an zweiter Stelle die fremden mit 21,1 % (4/19). Bei den negativen Fällen waren ebenso an Nummer eins Freunde und Familie mit 64,2 % (34/53), die Fremden mit 22,6 % (12/53). In Klammern finden sich wieder die Daten der Täter, bei denen nur ein Tatverdacht bestand. Hier wurden 18 unklare Daten zu Motiv und Abwehr weggelassen, vergleiche Tabelle 11.

Tabelle 11: Opfer-Täterbeziehung in Bezug zu den Abwehrverletzungen der Opfer

Opfer-Täter-Beziehung	Abwehrverletzungen der Opfer			
	Ja	Nein	Möglich	Gesamt
Freundschaftlich	n = 2	n = 12 (3)	n = 1	n = 15 (3)
Innerfamiliär	n = 11 (3)	n = 22 (1)	n = 2	n = 35 (4)
Örtlich	n = 1	n = 6	n = 0	n = 7
Kombination	n = 0	n = 1	n = 0	n = 1
Kein Bezug	n = 4 (2)	n = 12 (10)	n = 0	n = 16 (12)
Sonstig	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1
Gesamt	n = 19 (5)	n = 53 (14)	n = 3	n = 75 (19)

Bei positiven Abwehrspuren mussten die Opfer in 53,8 % (14/26) scharfe Gewalt abwehren. Bei negativen Befunden wurden sie in 27,4 % erstickt (17/62), in 14,5 % (9/62) durch stumpfe Gewalt getötet, in je 12,9 % (8/62) erschossen oder erstochen, und in 11,3 % (7/62) starben sie an den Tatfolgen, vergleiche dazu Abbildung 10. (Hinsichtlich der Tötungsart bezogen auf die negativen Abwehrverletzungen waren nur 62 Daten auswertbar).

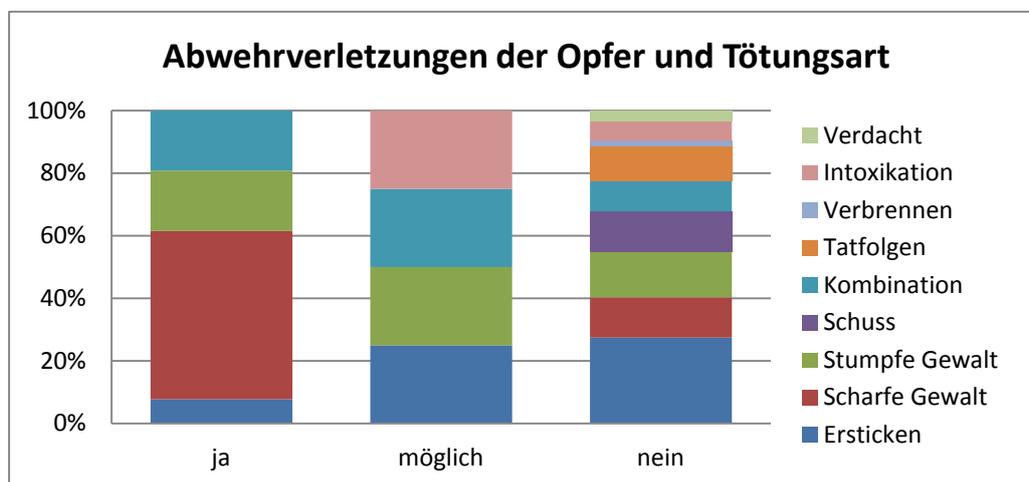


Abbildung 10: Tötungsart und Abwehrmöglichkeiten

Wie Tabelle 12 zeigt, war der Großteil der Opfer in gutem gesundheitlichen Zustand, egal ob eine Abwehr möglich war oder nicht: 46 % (29/63) ohne und 69,2 % (18/26) mit Möglichkeit zur Verteidigung.

Tabelle 12: Gesundheitszustand der Opfer und Möglichkeit der Abwehr

Vorerkrankungen	Abwehrverletzungen		
	ja	nein	möglich
Herz	n = 5	n = 9	n = 0
ZNS	n = 0	n = 11	n = 0
Tumor	n = 0	n = 2	n = 1
Schmerzzustand	n = 0	n = 1	n = 0
Multimorbidität	n = 3	n = 11	n = 1
Guter Zustand	n = 18	n = 29	n = 2
Gesamt	n = 26	n = 63	n = 4

78,7 % (59/75) der Opfer kannten ihren Täter, 21,3 % (16/75) waren sich fremd. 75 Daten konnten hierzu ausgewertet werden, in 18 Fälle war die Opfer-Täter-Beziehung unklar. Von den 75 Fällen waren 19 Verfahren noch nicht abgeschlossen, wobei hier Informationen zur Opfer-Täterbeziehung aus den Akten der Gerichtsmedizin entnommen werden konnten. Die bekannten Opfer-Täterbeziehungen lassen sich wie folgt aufschlüsseln: 59,3 % (35/59) unterhielten familiäre Beziehungen, 25,4 % (15/59) freundschaftliche und 11,9 % (7/59) örtliche (fünf Nachbarn und zwei Arbeitskollegen). In einem Fall (1,7 % oder 1/59) waren die bekannten Täter in Kombination die Ehefrau des Opfers und deren neuer Lebenspartner. In einem anderen Fall war der Täter der Lebenspartner des Freundes des Opfers.

82,8 % (77/93) der Taten wurden im sozialen Nahraum begangen: 58,4 % (45/77) in der Opferwohnung (inklusive Heim), 33,8 % (26/77) in der gemeinsamen Wohnung mit dem Täter, dreimal in der Unterkunft eines Freundes, einmal in der Wohnung des Täters und in zwei Fällen wahrscheinlich in der gemeinsamen Wohnung mit dem Täter. Die restlichen 16 Fälle bezogen sich auf die Öffentlichkeit (11/16), den Arbeitsplatz (2/16), das Krankenhaus (2/16) und einen unbekanntem Tatort. Vergleiche zwischen Tatort und Opfer-Täterbeziehung (bei hierzu 73 auswertbaren Daten) zeigen folgende Schlüsse: Im Falle freundschaftlicher Beziehungen war in 80 % (12/15) der Tatort die Opferwohnung, im innerfamiliären Rahmen war er in 78,8 % (26/33) die gemeinsame Wohnung des Opfers und Täters. In sieben Fällen war die Beziehung rein örtlich und erstreckte sich auf die Opferwohnung, die Unterkunft eines Freundes, das Heim, das Krankenhaus, die Öffentlichkeit, und zwei Male auf den Arbeitsplatz. Bei den Fremden wurden

die Opfer ebenso zu einem Großteil in ihrer eigenen Wohnung getötet (8/16 oder 50 %), 43,8 % (7/16) in der Öffentlichkeit. In Klammern finden sich wieder anteilig die Täter (n = 37), bei denen seitens der Polizei und des Gerichts nur ein Tatverdacht bestand. 20 Daten waren hierzu unklar. In Tabelle 13 werden Tatort und Opfer-Täter-Beziehung miteinander in Verbindung gesetzt.

Tabelle 13: Bezug des Tatorts und der Opfer-Täter-Beziehung

Tatort	Opfer-Täter-Beziehung						Gesamt
	Freundschaftlich	Innerfamiliär	Örtlich	Kombination	Kein Bezug	Sonstig	
Haus des Opfers	n = 12 (2)	n = 6 (1)	n = 1	n = 0	n = 8 (7)	n = 0	n = 27 (10)
Haus des Opfers und Täters	n = 0	n = 26	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 26
Haus des Täters	n = 1 (1)	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1 (1)
Haus eines Freundes	n = 1	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1	n = 3
Heim	n = 0	n = 0	n = 1	n = 1	n = 0	n = 0	n = 2
Krankenhaus	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 1 (1)	n = 0	n = 2 (1)
Öffentlichkeit	n = 1	n = 1 (1)	n = 1	n = 0	n = 7 (4)	n = 0	n = 10 (5)
Arbeitsplatz	n = 0	n = 0	n = 2	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2
Gesamt	n = 15 (3)	n = 33 (2)	n = 7	n = 1	n = 16 (12)	n = 1	n = 73 (17)

Im Falle der Bereicherungsabsicht als Tatmotivation waren sich Opfer und Täter meist fremd (76,5 % oder 13/17). Die kranken Opfer hatten in 92,3 % (12/13) innerfamiliäre Beziehungen zum Täter, ebenso die kranken Täter mit den Opfern in 77,8 % (7/9). Im Falle sexueller Motivation als Hauptmotiv handelte es sich um freundschaftliche Beziehungen (100 % oder 3/3), in einem weiteren Fall mit sexueller Nebenmotivation war die Ehefrau die Täterin. Bei Streitigkeiten handelte es sich in 66,7 % (4/6) um innerfamiliäre und in 33,3 % (2/6) um freundschaftliche Rollen. Bei den Verdeckungstaten spielten in 50 % (2/4) örtliche Zusammenhänge eine Rolle, 25 % (1/4) der Täter waren mit dem Opfer befreundet und 25 % (1/4) waren fremd. „Sonstig“ bezieht sich hier auf die Ehefrau des Opfers mit ihrem neuen Lebensgefährten, vergleiche dazu Tabelle 14. Gesamt konnten 70 Daten ausgewertet werden hinsichtlich des Tatmotivs und der Opfer-Täter-Beziehung. In Klammern finden sich anteilig die Täter, bei denen nur ein Tatverdacht seitens der Polizei und des Gerichts bestand, 20 Daten waren hierbei unklar.

Tabelle 14: Bezug Tatmotiv und Opfer-Täter-Beziehung

Tatmotiv	Opfer-Täter-Beziehung						Gesamt
	Freundschaftlich	Innerfamiliär	Örtlich	Kombination	Kein Bezug	Sonstig	
Bereicherung	n = 3	n = 0	n = 1	n = 0	n = 13 (9)	n = 0	n = 17 (9)
Krankheit des Opfers	n = 0	n = 12	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 13
Krankheit des Täters	n = 0	7 (3)	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1	n = 9 (3)
Krankheit des Opfers und Täters	n = 0	n = 2	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2
Rache	n = 2	n = 3	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 5
Aggression	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1
Streit	n = 2	n = 4	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 6
Sexueller Hintergrund	n = 3 (2)	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 3 (2)
Verdeckungs- tat	n = 1 (1)	n = 0	n = 2	n = 0	n = 1 (1)	n = 0	n = 4 (2)
Kombination	n = 3	n = 4	n = 1	n = 0	n = 1 (1)	n = 0	n = 9(1)
Sonstig	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1
Gesamt	n = 14 (3)	n = 33 (3)	n = 6	n = 1	n = 15 (11)	n = 1	n = 70 (17)

Hinsichtlich der Tötungsart fiel auf, dass bei der Intoxikation in 60 % (3/5) und bei Schusswaffengebrauch in 50 % (4/8) die Opfer schwer krank waren, beim Tod durch Körperverletzung mit Todesfolge war mehrheitlich die Bereicherung der Hauptmotivationsgrund (85,7% oder 6/7). Im Falle letzterer spielten stumpfe Gewalt (26,3 % oder 5/19), sowie Ersticken (21,1 % oder 4/19) und Körperverletzung mit schwerwiegenden Tatfolgen (31,6 % oder 6/19) eine große Rolle. Beim Streit wurde in 57,1 % (4/7) scharfe Gewalt angewandt, bei der schweren Krankheit des Opfers in 30,8 % (4/13) Schusswaffengebrauch und in je 23,1 % (3/13) Ersticken und Intoxikation. In Klammern finden sich anteilig die Tatverdächtigen bei hierzu 19 unbekanntem Daten, vergleiche Tabelle 15.

Tabelle 15: Bezug Tatmotiv und Tötungsart der Opfer

Tatmotiv	Tötungsart								
	Erstickten	Intoxikation	Kombination	Scharf	Stumpf	Tatfolgen	Verbrennen	Schuss	Gesamt
Be-reicherung	n = 4 (3)	n = 0	n = 3 (1)	n = 1	n = 5 (3)	n = 6 (4)	n = 0	n = 0	n = 19 (11)
Krankheit des Opfers	n = 3	n = 3	n = 2	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 4	n = 13
Krankheit des Täters	n = 1	n = 0	n = 0	n = 5 (2)	n = 1	n = 0	n = 0	n = 2 (1)	n = 9 (3)
Krankheit des Opfers und Täters	n = 1	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2
Rache	n = 0	n = 0	n = 1	n = 3	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 5
Aggression	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1
Streit	n = 1	n = 0	n = 1 (1)	n = 4	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 7 (1)
Sexueller Hintergrund	n = 1 (1)	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2 (1)	n = 0	n = 0	n = 0	n = 3 (2)
Verdeckungstat	n = 1	n = 0	n = 0	n = 2	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1 (1)	n = 4 (1)
Kombi-nation	n = 3	n = 0	n = 1	n = 3	n = 0	n = 0	n = 1	n = 1	n = 9
Sonstige	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1
Gesamt	n = 15 (4)	n = 5	n = 8 (2)	n = 19 (2)	n = 10 (4)	n = 7 (4)	n = 1	n = 8 (2)	n = 73 (18)

Bei den Morden wurden vor allem Stichwerkzeuge (44,4 % oder 8/18) und körperlicher Einsatz (22,2 % oder 4/18) angewandt (vergleiche Tabelle 16). Bei den anderen Tötungsdelikten standen an erster Stelle körperlicher Einsatz mit 28,6 % (18/63), Gegenstände mit 19 % (12/63), Stichwerkzeuge mit 17,5 % (11/63), Schusswaffen mit 11,1 % (7/63) und die restlichen 10 % (6/63) waren „sonstiges“: fünfmal Medikamentenintoxikation und einmal Verbrennen. Alle Intoxikationen fielen hierbei in die Gruppe der erweiterten Suizide. Tabelle 16 zeigt die Tötungsart der Opfer bezogen auf die jeweiligen Deliktformen bei 81 bekannten Daten. In Klammern finden sich anteilig die Tatverdächtigen bei hierbei 16 unklaren Daten.

Tabelle 16: Bezug Delikttyp und Tötungsart der Opfer

Tötungsart	Delikttyp		Gesamt
	Gruppe „Mord“	Restliche Deliktformen (davon Gruppe „Erweiterter Suizid“)	
Erdröseln	n = 1	n = 0	n = 1
Schuss	n = 1	n = 7 (5)	n = 8 (5)
Stich	n = 8	n = 11 (1)	n = 19 (1)
Gegenstand	n = 2	n = 12 (7)	n = 14 (7)
Kombination	n = 2	n = 9 (1)	n = 11 (1)
Körper	n = 4	n = 18 (2)	n = 22 (2)
Sonstig	n = 0	n = 6 (5)	n = 6 (5)
Gesamt	n = 18	n = 63 (21)	n = 81 (21)

Bezüglich der Tötungsart allgemein stand scharfe Gewalt an erster Stelle, gefolgt von Ersticken/Gewalt gegen den Hals und stumpfer Gewalt. Schusstodesfälle kamen in etwa 9 % der Fälle vor, meist im Bereich des erweiterten Suizids. Abbildung 11 zeigt die prozentualen Anteile der Tötungsmethoden:

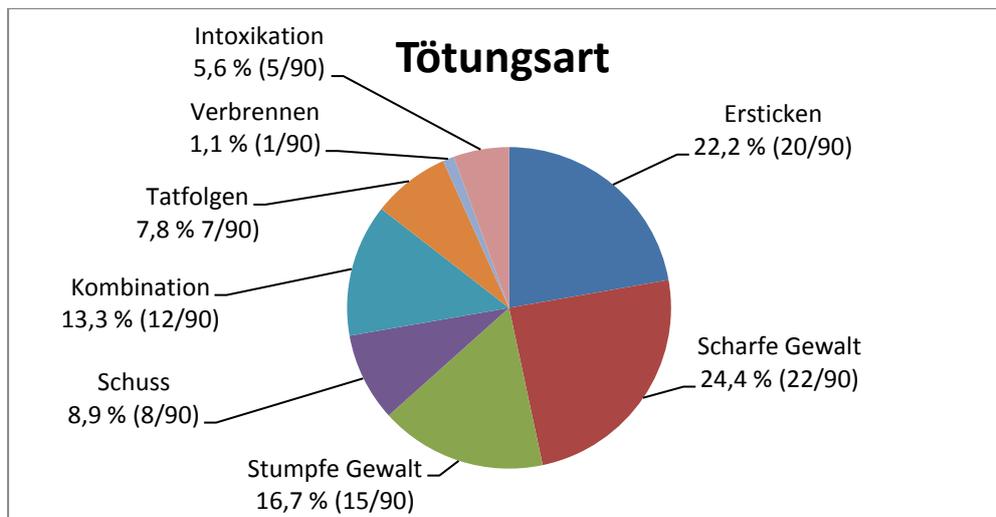


Abbildung 11: Allgemeine Tötungsmethoden

5.2 Täter

Bei 93 Opfern fanden sich 92 Täter (ein Doppelmord), von denen 55 ausgewertet werden konnten. Die restlichen 37 Täter waren zum Zeitpunkt der Datenrecherche noch nicht einsehbar. Dennoch gab es auch hier Tatverdächtige, in deren Fällen das Gericht hinzugezogen wurde. Mehrheitlich fanden sich Einzelmorde (54 bei 56 Taten bzw. 96,4 %), aber auch ein Doppelmord (entsprechend zwei getöteten Menschen im Rahmen der 56 bekannten Tötungsdelikte). Deshalb sind 55 Täter bekannt, die 56 Tötungsdelikte begangen hatten. Die 55 Täter bilden im Folgenden die Bezugsgröße der weiteren Analyse der vorliegenden Arbeit.

In 90,9 % (50/55) wurde die Tat alleine begangen, in 9,1 % half ein Mittäter (5/55). In einigen Fällen fanden sich zwei bzw. drei Mittäter, die aber unter den unbekanntem Tätern gelistet wurden, weil der definitive Täter nicht gefasst werden konnte. Alle Mittäter fanden sich bei den Einzelmorden, die Haupttäter waren bis auf einen Fall Männer in jüngeren bis mittleren Jahren. Nur eine Täterin hatte einen Mittäter, alle anderen Frauen waren Einzeltäterinnen, vergleiche dazu Abbildung 12.

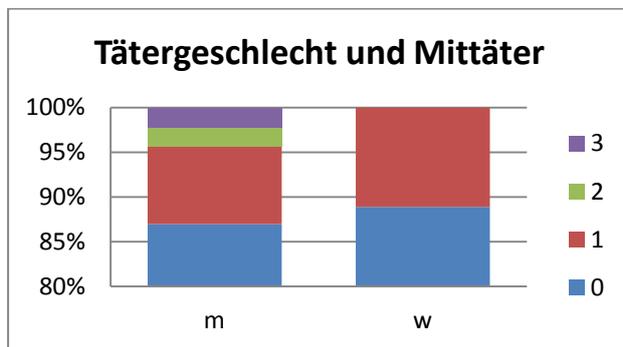


Abbildung 12 : Geschlecht und Mittäter

Das mittlere Alter der Täter war 52 Jahre mit einem Minimum von 17 und einem Maximum von 93 Jahren. 45,5 % (25/55) waren in der Gruppe der 17- bis 49-Jährigen. Die Alterstäter ab 60 Jahren waren mit 45,5 % vertreten (siehe Abbildung 2). Von den bekannten Tätern waren neun weiblich (16,4 % oder 9/55) mit einem Mittelwert von 63 Jahren und 46 männlich (83,6 % oder 46/55) mit einem Mittelwert von 50 Jahren. 12 Täter waren älter als deren Opfer, fünf waren gleich alt und 38 waren jünger als ihre Opfer, vergleiche Tabelle 17. In letzterem Fall stammten in 17 Fällen die Täter aus dem familiären Kreis (fünf Söhne, eine Tochter, 9 Partner, 2

Enkelsöhne), in elf Fällen aus dem Freundeskreis, in 4 Fällen aus dem örtlichen Umfeld und in 6 Fällen waren sich Täter und Opfer fremd.

Tabelle 17: Täter- und Opferalter

Alter der Täter in Bezug zum Opfer	Altersdifferenz zum Opfer (J = Jahre und n = Anzahl)						Gesamt (Anzahl und Prozent)
	1J	2J	3J	4J	5J	13J	
Älter	n = 2	n = 2	n = 3	n = 1	n = 3	n = 1	n = 12 (12/55 oder 21,8 %)
Gleiches Alter	Keine Differenz						
Jünger	Altersdifferenz: 1 bis 68 Jahre						n = 38 (38/55 oder 69,1 %)

Hinsichtlich des Täteralters und des Tatmotivs konnten 52 Daten (56,5 % oder 52/92) ausgewertet werden, weg fielen die 37 unbekanntes Täter und drei auf das Alter bezogene unklare Motive. Bis zum 49. Lebensjahr waren die Gründe recht vielfältig, erst danach kristallisierte sich vor allem die Krankheit des Opfers heraus (46,2 % oder 6/13 der 80- bis 89-Jährigen). Abbildung 13 zeigt den Zusammenhang zwischen Täteralter und Tatmotivation:

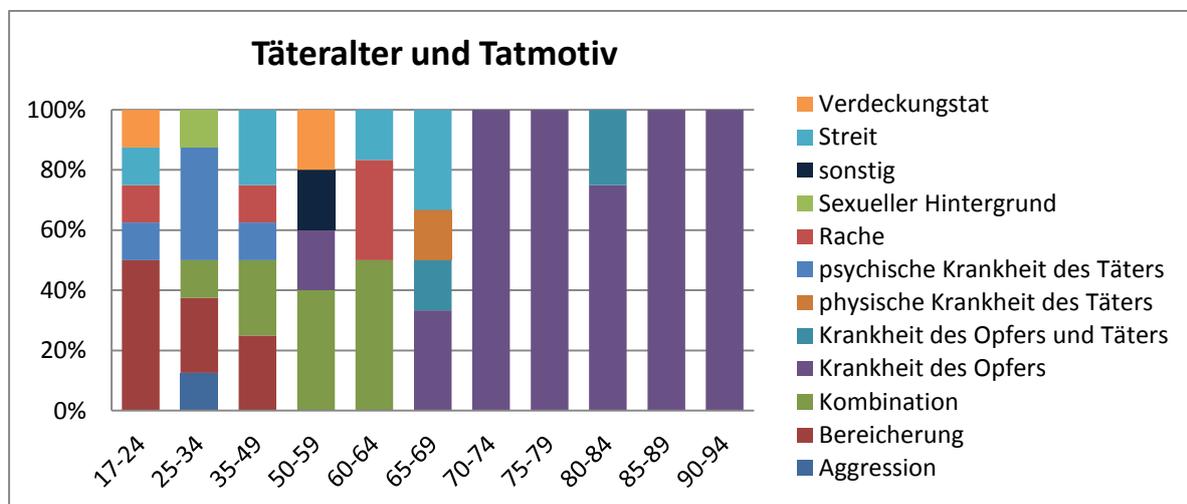


Abbildung 13 : Motivation der Täter im Hinblick auf das Alter

Die Opfer wurden in 27 % (24/89) ermordet, wobei hier in 14,5% (8/55) der Fälle die Täter auch bekannt waren. Die Differenz ergibt sich daraus, dass in die Opferdaten auch die gerichtlichen Anklagen bei unbekanntem Täter mit eingeflossen waren. Dennoch waren nur 89 Daten

bezüglich der Deliktformen der 93 Opfer bekannt. 75 % der Morde wurde in der Gruppe der 17- bis 34-Jährigen begangen (6/8), die anderen Deliktformen verteilten sich recht homogen über alle Altersgruppen und waren in höherem Lebensalter alleinig anzutreffen, vergleiche Tabelle 18:

Tabelle 18: Bezug Opfer-und Täteralter zum Delikttypus

Alter Opfer und Täter	Delikttyp bezüglich der Opfer und Täter			
	Gruppe „Mord“		Restliche Deliktformen	
17-24	n = 0	n = 3	n = 0	n = 5
25-34	n = 0	n = 3	n = 0	n = 5
35-49	n = 0	n = 0	n = 0	n = 8
50-59	n = 0	n = 2	n = 0	n = 4
60-64	n = 7	n = 0	n = 14	n = 6
65-69	n = 5	n = 0	n = 17	n = 7
70-74	n = 5	n = 0	n = 14	n = 2
75-79	n = 1	n = 0	n = 3	n = 1
80-84	n = 3	n = 0	n = 9	n = 4
85-89	n = 2	n = 0	n = 5	n = 4
90-94	n = 1	n = 0	n = 2	n = 1
95-99	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0
Gesamt	n = 24	n = 8	n = 65	n = 47

Hinsichtlich der Tötungsart konzentrierten sich die bekannten männlichen Täter vor allem auf Ersticken/Gewalt gegen den Hals (10/46 oder 21,7 %), scharfe (13/46 oder 28,3 %) und stumpfe (7/46 oder 15,2 %) Gewalt. Die Frauen dagegen wandten weichere Methoden an wie Intoxikation (2/9 oder 22,2 %) oder Kombinationen (22,2 %, jeweils mit 50 % stumpfer Gewalt und Intoxikation). Scharfe Gewalt kam jedoch ebenso zu 22,2 % vor. Die restlichen 16 Tötungsmethoden der Männer und die drei der Frauen können Abbildung 14 entnommen werden. Besonderheiten des Alterstäters werden in den Tabellen 39 bis 42 im Diskussionsteil näher beleuchtet (Vergleiche dazu „6.3 Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen“).

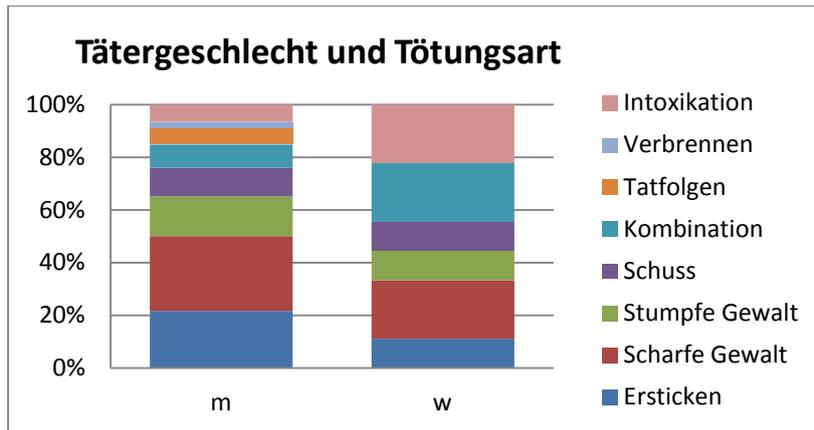


Abbildung 14 : Geschlecht und Tötungsart

Generelles Hauptmotiv der bekannten Täter bei beiden Geschlechtern waren die Krankheit des Opfers mit 23,6 % (13/55) und die Bereicherung mit 14,5 % (8/55). Betrachtet man Tatmotiv und Tätergeschlecht, so spielten bei Männern und Frauen die schwere Krankheit des Opfers beiderseits eine große Rolle: 22,7 % (10/44) bzw. 37,5 % (3/8) der Fälle. Erkrankungen des Täters sowie Streit mit je 10,9 % waren ebenso nicht zu vernachlässigen. Der Doppelmörder hatte in beiden Fällen aus Rache gehandelt und wurde nur einmal in die Analyse mit aufgenommen. Bezieht man nun auch die Täter mit ein, bei denen nur ein Tatverdacht seitens der Polizei und des Gerichts bestand, so ergibt sich eine andere Rangfolge der Tatmotive (17 Tatmotive der gesamt 92 Täter blieben dennoch unklar):

1. Bereicherung in 23,9 % der Fälle (22/92)
2. Krankheit des Opfers in 14,1 % der Fälle (13/92)
3. Krankheit des Täters (in 77,8 % oder 7/9 der Fälle mit psychiatrischer Erkrankung) und Kombinationen in je 9,8 % der Fälle (9/92)
4. Streit in 7,6 % der Fälle (7/92)
5. Rache und Verdeckungstat in je 4,3 % der Fälle (4/92)
6. Sexuelle Tat als Hauptmotivation in je 3,3 % der Fälle (3/92)
7. Krankheiten des Opfers und Täters in 2,2 % der Fälle (2/92)
8. Aggression und sonstiges (Tod der Mutter des Täters) in je 1,1 % der Fälle (1/92)

Zur sexuellen Tatmotivation findet sich eine genaue Analyse im Diskussionsteil (Tabellen 35 bis 38, vergleiche dazu „6.3 Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen“).

Tabelle 19 zeigt die Tatmotive der bekannten Täter und der Tatverdächtigen.

Tabelle 19: Tatmotive der Täter

Tatmotiv	Anzahl der bekannten Täter	Anzahl der Tatverdächtigen	Gesamt
Bereicherung	n = 8	n = 14	n = 22
Krankheit des Opfers	n = 13	n = 0	n = 13
Krankheit des Täters	n = 6	n = 3	n = 9
Krankheit des Opfers und Täters	n = 2	n = 0	n = 2
Rache	n = 4	n = 0	n = 4
Aggression	n = 1	n = 0	n = 1
Streit	n = 6	n = 1	n = 7
Sexueller Hintergrund	n = 1	n = 2	n = 3
Verdeckungstat	n = 2	n = 2	n = 4
Sonstig	n = 1	n = 0	n = 1
Kombination	n = 8	n = 1	n = 9
Unklar	n = 3	n = 14	n = 17
Gesamt	n = 55	n = 37	n = 92

Unter Kombinationen fanden sich folgende Tatmotive:

- Psychiatrische Erkrankung des Täters, Streit und Alkoholabusus von Täter und Opfer
- Streit in alkoholisiertem Zustand des Täters und Rache
- Schwere Krankheit des Opfers und Arbeitslosigkeit des Sohnes des Täters
- Scheidungsvorhaben der Ehefrau des Täters und finanzielle Probleme
- Aggression, alkoholisiertem Zustand und Pflegebedürftigkeit der Ehefrau des Täters
- Alkoholabusus und finanzielle Probleme des Täters
- Streit, Bereicherung, Verdeckungstat und Vorgabe sexueller Nötigung
- Rache, Bereicherung und Krankheit des Täters
- Sexuelle Motivation, Bereicherung und Verdeckungstat

Hinsichtlich des Alkoholeinflusses hatten 56,4 % der Täter eine Blutalkoholkonzentration (BAK) von unter 0,1 Promille (31/55). 34,5 % (19/55) waren alkoholisiert und bei 9,1 % war dies nicht auszuschließen (5/55). Das obere Limit reichte bei den Frauen bis 2,0 Promille (33,3 % oder 2/6), bei den Männern bis drei Promille (5,6 % oder 2/36).

89,1 % der Täter standen nicht unter dem Einfluss zentral wirksamer Medikamente (49/55), im Gegensatz zu einem positiven und fünf möglichen Fällen. Im positiven Fall hatte der Täter

versucht, sich im Anschluss an den Homizid mit dem zentral wirksamen Medikament (Flunitrazepam) selbst zu töten.

Gesundheitlich hatten 52,7 % (29/55) der Täter keine tatbeeinflussenden Krankheiten, 40 % (22/55) waren psychisch krank und 7,3 % (4/55) physisch krank. In Tabelle 20 werden die psychiatrischen Erkrankungen der Täter aufgelistet:

Tabelle 20: Psychiatrische Erkrankungen der Täter

Psychiatrische Erkrankungen der Täter	Anzahl
Psychiatrische Erkrankung ohne genaue Differenzierung	n = 1
Persönlichkeitsstörung und Alkoholabusus	n = 1
Paranoid halluzinatorische Schizophrenie	n = 4
Paranoid halluzinatorische Schizophrenie, Polytoxikomanie und emotional instabile Persönlichkeitsstörung	n = 1
Reifeverzögerung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Alkohol- und Drogenabusus	n = 1
Schizoide Persönlichkeitsstörung, Alkoholabusus	n = 1
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	n = 1
Emotional instabile und dissoziale Persönlichkeitsstörung, Alkoholabusus	n = 1
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	n = 1
Hirnorganisches Psychosyndrom	n = 1
Korsakow-Syndrom bei Alkoholabusus	n = 1
Alkoholabusus und Aggressionsneigung	n = 1
Alkoholabusus	n = 3
Depression, Anpassungsstörung	n = 1
Depression	n = 2
Reifeverzögerung, Anpassungsstörung	n = 1
Gesamt	n = 22

Unter den physischen Krankheiten der Täter fanden sich folgende:

- Polio und Schwerhörigkeit
- Distales Rectum-Carcinom
- Chronischer LWS-Schmerz
- Herzerkrankung

Betrachtet man das Beschäftigungsverhältnis der Täter, so waren etwa 50 % (25/50) arbeitslos und 44 % (22/50) Rentner. 6 % (3/50) fielen unter Sonstige (ein Unternehmer, eine Privatpflegerin, eine illegale Beschäftigung). 50 Daten bei 55 bekannten Tätern konnten hierzu ausgewertet werden.

29,1 % der Täter (16/55) hatten nach erfolgtem Homizid Suizid begangen. Alle stammten aus der Gruppe der „Restlichen Delikttypen“. 9,1 % (5/55) hatte versucht, sich nach der Tat zu töten. 7,3 % (4/55) hatte bereits vor dem Tötungsdelikt einen Suizidversuch hinter sich. In letzterer Gruppe fanden sich 25 %, die einen Mord begangen hatten. Bei den Suizidfällen war der Großteil in der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen mit 62,5 % (25 % der 65- bis 69-Jährigen) und der 80- bis 94-Jährigen mit 37,5 %. Die Mehrheit mit 61,8 % (34/55) jedoch hatte nicht versucht, sich nach ihrer Tat unmittelbar selbst zu töten, bestehend aus der Gruppe ohne Suizidversuch und derjenigen mit Suizidversuch lediglich im Vorfeld der Tat. Vergleiche hierzu Tabelle 21.

Tabelle 21: Täteralter und Suizid nach erfolgtem Homizid (bekannte Täter)

Altersgruppen	Suizid				
	ja	nein	Versuch	Im Vorfeld	Gesamt
17-24	n = 0	n = 7	n = 0	n = 1	n = 8
25-34	n = 0	n = 5	n = 1	n = 2	n = 8
35-49	n = 1	n = 6	n = 0	n = 1	n = 8
50-59	n = 3	n = 2	n = 1	n = 0	n = 6
60-64	n = 2	n = 4	n = 0	n = 0	n = 6
65-69	n = 4	n = 3	n = 0	n = 0	n = 7
70-74	n = 0	n = 2	n = 0	n = 0	n = 2
75-79	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 1
80-84	n = 2	n = 0	n = 2	n = 0	n = 4
85-89	n = 3	n = 1	n = 0	n = 0	n = 4
90-94	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1
Gesamt	n = 16	n = 30	n = 5	n = 4	n = 55

41,5 % (22/53) der Täter versuchten die Tat zu vertuschen, hiervon wurden in 38,1 % (8/21) der Fälle scharfe und in 23,8 % (5/21) stumpfe Gewalt angewendet. Ein Fall war hier unklar bezüglich der angewandten Tötungsgewalt und der Vertuschung. In den Fällen, in denen sich die Vertuschung erübrigte hatte (58,5 % oder 31/53) fanden sich bevorzugt Erstickten (29 % oder 9/31), in je 19,4 % (6/31) Schusswaffengebrauch und scharfe Gewalt. Zwei Fälle waren generell unklar hinsichtlich der Vertuschung der Tat (deshalb nur 53 auswertbare Daten bei 55 Tätern). Zur Opfer-Täter-Beziehung fiel auf, dass in den vertuschten Fällen die Täter zu 68,2 % (15/22) aus dem innerfamiliären und freundschaftlichen Kreis kamen, ebenso wie bei den Fällen ohne Vertuschung (83,9 % oder 26/31). Unter Kombinationen fanden sich die Ehefrau des Opfers und deren neuer Lebensgefährte. „Sonstig“ bedeutete hier der Lebenspartner des Opfers, vergleiche hierzu Tabelle 22.

Tabelle 22: Opfer-Täter-Beziehung und Versuch der Vertuschung

Opfer-Täter-Beziehung	Vertuschung		
	ja	nein	Gesamt
Innerfamiliär	n = 7	n = 22	n = 29
Freundschaftlich	n = 8	n = 4	n = 12
Kein Bezug	n = 3	n = 0	n = 3
Örtlich	n = 4	n = 3	n = 7
Kombination	n = 0	n = 1	n = 1
Sonstig	n = 0	n = 1	n = 1
Gesamt	n = 22	n = 31	n = 53

Die meisten Taten wurden sofort aufgedeckt (85,9 % oder 61/71 bei 21 unklaren Daten), auch wenn zum Teil nur Tatverdacht bestand. Hierbei waren die Opfer zu 47,5 % (29/61) bei gutem Gesundheitszustand, 18 % (11/61) hatten eine ZNS-Erkrankung, 16,4 % (10/61) waren multimorbide und 11,5 % (7/61) litten an einer Herzerkrankung. In vier Fällen war der Gesundheitszustand nicht klar. Im Falle der späteren Aufdeckung (14,1 % oder 10/71) waren die Opfer jedoch auch zu einem Großteil gesund (80 % oder 8/10), der Rest multimorbide (20 % oder 2/10). 89 % (79/93) der Opfer wurden innerhalb desselben Tages oder bis zu drei Tagen nach der Tat aufgefunden.

52,7 % (29/55) der bekannten Tatverdächtigen wurden als nicht schuldig klassifiziert. Hierbei handelte es sich meist um erweiterten Suizid (zu dem hier auch der gemeinsame Freitod und Tötung auf Verlangen gezählt werden) mit 72,4 % (21/29). 23,6 % (13/55) wurden schuldig gesprochen, 16,4 % (9/55) waren vermindert schuldig, 5,5 % (3/55) evtl. vermindert. In einem Fall war unklar, ob das Opfer freiwilligen Suizid begangen hatte oder vom Täter gezwungen wurde. Bei den schuldigen Tätern waren zu 84,6 % (11/13) die Gruppen der 17- bis 49-Jährigen betroffen. Die Schuld entfiel bei den 80- bis 89-Jährigen zu 24,1 % (7/29), bei den 65- bis 69-Jährigen und den 50- bis 59-Jährigen zu je 17,2 % (5/29).

35,3 % (18/51) der Täter hatten keine Vorstrafen im Zentralregister vorzuweisen. 44,4 % (8/18) waren hierbei im Alter von 17 bis 49 Jahren, 55,6 % (10/18) im Alter ab 50 Jahren. 29,4 % (15/51) der Täter wurden nicht weiter gerichtlich verfolgt, da es sich meist um kein strafbares Tötungsdelikt handelte, sondern um die Gruppe des erweiterten Suizids (vergleiche dazu „entfällt“ in Tabelle 23). Neun dieser Täter hatten sich im Anschluss an die Tat suizidiert, zwei hatten es versucht. Gerade die jüngeren Täter in den Altersklassen von 17 bis 49 Jahren wiesen meist mehrere Vorstrafen gleichzeitig auf. Tabelle 23 zeigt die eingetragenen Vorstrafen der bekannten Täter. 51 Daten waren hierzu bekannt.

Tabelle 23: Vorstrafen der Täter in Bezug zur Altersklasse

Altersgruppen	Eintragungen ins Zentralregister									Ent-fällt	Ge-samt
	n = 0	n = 1	n = 2	n = 4	n = 5	n = 6	n = 7	n = 15			
17-24	n = 1	n = 1	n = 3	n = 0	n = 1	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1	n = 8	
25-34	n = 6	n = 1	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 8	
35-49	n = 1	n = 1	n = 1	n = 1	n = 1	n = 0	n = 1	n = 1	n = 0	n = 7	
50-59	n = 3	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 2	n = 6	
60-64	n = 4	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 0	n = 5	
65-69	n = 2	n = 2	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 3	n = 7	
70-74	n = 1	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 2	
75-79	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 1	
80-84	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 3	n = 3	
85-89	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 3	n = 3	
90-94	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 0	n = 1	n = 1	
Gesamt	n = 18	n = 5	n = 4	n = 1	n = 4	n = 1	n = 1	n = 2	n = 15	n = 51	

Bezüglich der Strafe gab es 54 rechtskräftige Urteile bestehend aus 28 Verurteilungen (davon aber nur 26 bekannte Strafmaße, da ein Täter im Verlaufe des Prozesses verstorben war und eine Jugendstrafe unbekannter Dauer verhängt wurde), 4 Freisprüchen und 22 entfallenen Strafen bei unzureichender Beweislage oder im Falle von nicht strafbaren Delikten, vergleiche dazu Tabelle 24.

Tabelle 24: Entfallene Strafen

Delikttypen mit entfallenen Strafen	Anzahl
Tötung auf Verlangen	n = 5
Erweiterter Suizid	n = 9
Versuchter erweiterter Suizid	n = 3
Gemeinsamer Freitod	n = 1
Mordanklage	n = 1
Körperverletzung mit Todesfolge	n = 2
Kombination (Fahrerflucht + Raubmord)	n = 1
Gesamt	n = 22

In 40,7 % (22/54) entfiel somit die Strafe, in 31,5 % (17/54) wurden Freiheitsstrafen verhängt, 11,1 % (6/54) der Fälle wurden in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt, 7,4 % (4/54) wurden freigesprochen, 5,6 % (3/54) erhielten Jugendstrafen und 3,7 % (2/54) eine Kombination aus Freiheitsstrafe und Entzugsanstalt. Bei den entfallenen Strafen fanden sich die Täter in allen Altersstufen, die Delikte waren jedoch bevorzugt in der Gruppe der erweiterten Suizide zu finden. Freiheitsstrafen wurden zu 58,8 % (10/17) in der Gruppe der 17- bis 49-Jährigen

verhängt. Die Täter, die in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen wurden, waren zu 83,3 % (5/6) ebenso 17 bis 49 Jahre alt. Freisprüche ergaben sich in einigen Fällen von gefährlicher Körperverletzung mit Todesfolge (akutes Nierenversagen durch Myoglobin, Herzkreislaufversagen), von Mord und Totschlag mit ungenügender Beweislage sowie von versuchtem erweitertem Suizid und Tötung auf Verlangen (bei schwerer depressiver Episode). Die Täter waren hier in 50 % in jüngerem bis mittlerem Alter (25 und 53 Jahre), sowie in 50 % in höherem Alter (79 und 85 Jahre). Die Tabellen 25 und 26 zeigen die Strafen und die jeweiligen Strafmaße der Täter. Die 27 entfallenen Strafmaße beinhalten hierbei die obigen genannten 22 entfallenen Strafen, die vier Freisprüche und den Tod eines Angeklagten. Letzterer Täter hätte nach damals laufendem Ermittlungsstand in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Deshalb findet sich als Strafe sechsmal Maßregelvollzug, dies jedoch nur fünfmal im Rahmen der Strafmaße.

Tabelle 25: Strafen und Strafmaße

Strafe	Anzahl (n)	Strafmaß	Anzahl (n)
Freiheitsstrafe	n = 17	1-3 Jahre	n = 1
		3-5 Jahre	n = 3
		5-10 Jahre	n = 8
		5-10 Jahre + 3 Jahre auf Bewährung	n = 2
		>10 Jahre	n = 1
		Lebenslang	n = 2
Jugendstrafe	n = 3	5-10 Jahre	n = 3
Kombinationen (Freiheitsstrafe und Entzugsanstalt)	n = 2	5-10 Jahre	n = 2
Maßregelvollzug	n = 6	Unbegrenzt	n = 5
Freispruch	n = 4	-	-
Entfällt	n = 22	Entfällt	n = 27
Gesamt	n = 54	Gesamt	n = 54

Tabelle 26: Strafmaße gesamt

Strafmaß	Anzahl
Entfällt	n = 27
Maßregelvollzug	n = 5
1-3 Jahre	n = 1
3-5 Jahre	n = 3
5-10 Jahre	n = 13
5-10 Jahre mit 3 Jahre auf Bewährung	n = 2
>10 Jahre	n = 1
Lebenslang	n = 2
Gesamt	n = 54

Lebenslange Haftstrafen erfolgten in zwei Mordfällen jeweils zur Vertuschung anderer Straftaten wie Betrug und Bereicherung (einerseits durch die Nachbarin, andererseits durch den Freund des Opfers). Eine Strafe über 10 Jahren (13 Jahre) erhielt der Nachbar eines Opfers, der unter Alkoholeinfluss in der Gruppe seiner Freunde seine körperliche Überlegenheit gegenüber dem schwächeren Opfer ausübte.

Betrachtet man das verhängte Strafmaß bezüglich der Deliktform, so erhielten in der Mordgruppe (acht auswertbare Fälle hierzu) 37,5 % (3/8) eine Freiheitsstrafe zwischen fünf bis zehn Jahren, je 25 % (2/8) unbegrenzt im Sinne einer Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgrund einer paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie sowie lebenslang. 12,5 % (1/8) erhielten zehn Jahre. In der Nichtmordgruppe (44 bekannte Fälle) entfiel die Strafe in 54,5 % (24/44) der Fälle (bezogen auf das Strafmaß), 27,3 % (12/44) erhielten fünf bis zehn Jahre, je 6,8 % (3/44) drei bis fünf Jahre und darüber hinaus unbegrenzt (wiederum im Sinne einer psychiatrischen Krankenhauseinweisung aufgrund einer schizophrenen wahnhaften Störung).

5.3 Tatumstände

Hinsichtlich der Tatzeit ließ sich folgendes eruieren: Die Tageszeit war recht homogen über den Tag verteilt mit einer leichten Tendenz zu den Abendstunden: 17,4 % (15/86) abends, 14 % (12/86) nachmittags, 12,8 % (11/86) nachts und 11,6 % (10/86) morgens. Vormittags fanden sich 5,8 % (5/86) der Fälle, mittags 4,7 % (4/86) und spätabends 2,3 % (2/86). Bei 31,4 % (27/86) konnte nur festgestellt werden, dass die Taten innerhalb von vier Tagen stattgefunden hatten. Die Einteilung wurde folgendermaßen vorgenommen: morgens 06:00 bis 09:59 Uhr, vormittags 10:00 bis 11:59 Uhr, mittags 12:00 bis 13:59 Uhr, nachmittags 14:00 bis 17:59 Uhr, abends 18:00 bis 21:59 Uhr, spätabends 22:00 bis 23:59 Uhr und nachts 24:00 bis 05:59 Uhr. Bezüglich der Jahreszeit herrschte der Winter vor mit 35,2 % (31/88), die restlichen Jahreszeiten waren mit je 21,6 % (19/88) gleich stark vertreten. Folgende Einteilung wurde angewandt: Frühling ab 20./21.März, Sommer ab 21. Juni, Herbst ab 22./23. September und Winter ab 21./22. Dezember.

Bezüglich der Differenz Tatzeit-Sterbezeit waren 87 Daten bekannt: 52,9 % (46/87) verstarben am Tattag, 21,8 % (19/87) am Tattag bzw. am Folgetag (der genaue Zeitraum war hierzu unbekannt), 4,6 % (4/87) am Folgetag, 11,5 % (10/87) innerhalb der ersten drei Tage, je 4,6 % (4/87) nach vier bis neun Tagen und nach mehr als zehn Tagen.

Betrachtet man Tat- und Sterbeort, so waren diese in 82,2 % (74/90) identisch, vergleiche dazu Tabelle 27. In den Fällen mit anderem Tat- als Sterbeort war bis auf eine Ausnahme (Tatort Wohnung eines Freundes und Sterbeort eigene Wohnung des Opfers) der Sterbeort jeweils das Krankenhaus. Dabei wurden die Taten in 43,8 % (7/16) in der Wohnung des Opfers und der gemeinsamen Wohnung mit dem Täter begangen. Bei den Fällen mit identischem Sterbe- und Tatort waren die Opferwohnung (52,7 % oder 39/74) und die gemeinsame Wohnung mit dem Täter in 32,4 % (24/74) vorrangig. 90 Daten waren hinsichtlich des Bezuges Tatort und Sterbeort auswertbar.

Tabelle 27: Sterbe- und Tatort

Tatort	Identisch mit Sterbeort	Nicht identisch mit Sterbeort
Häusliche Umgebung des Opfers	n = 39	n = 5
Häusliche Umgebung des Opfers + Täters	n = 24	n = 2
Häusliche Umgebung des Täters	n = 1	n = 0
Häusliche Umgebung eines Freundes	n = 1	n = 2
Heim	n = 1	n = 0
Krankenhaus	n = 1	n = 1
Öffentlichkeit	n = 6	n = 5
Arbeitsplatz	n = 1	n = 1
Gesamt	n = 74	n = 16

Einen interessanten Einblick erlaubt der Bezug des Tatorts zu den verschiedenen Stadtbezirken Berlins (siehe Abbildung 15 bei 88 bekannten Daten): Die Bezirke Tempelhof-Schöneberg und Neukölln (mit je ca. 15 % Delikten an Älteren ab 60 Jahren), sowie Steglitz-Zehlendorf (ca. 14 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (ca. 11 %), Mitte und Reinickendorf mit je ca. 9 % stehen hier an oberster Stelle. Vergleicht man dabei den Bevölkerungsanteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Bezirke, so waren auch hier die Anteile an Älteren immer recht hoch. Auffallend jedoch ist, dass beispielsweise Treptow-Köpenick mit einem Bevölkerungsanteil von 29,4 % älteren Menschen ab 60 Jahren nur ca. 3 % der untersuchten Tötungsdelikte aufweist (vergleiche dazu Tabelle 28).

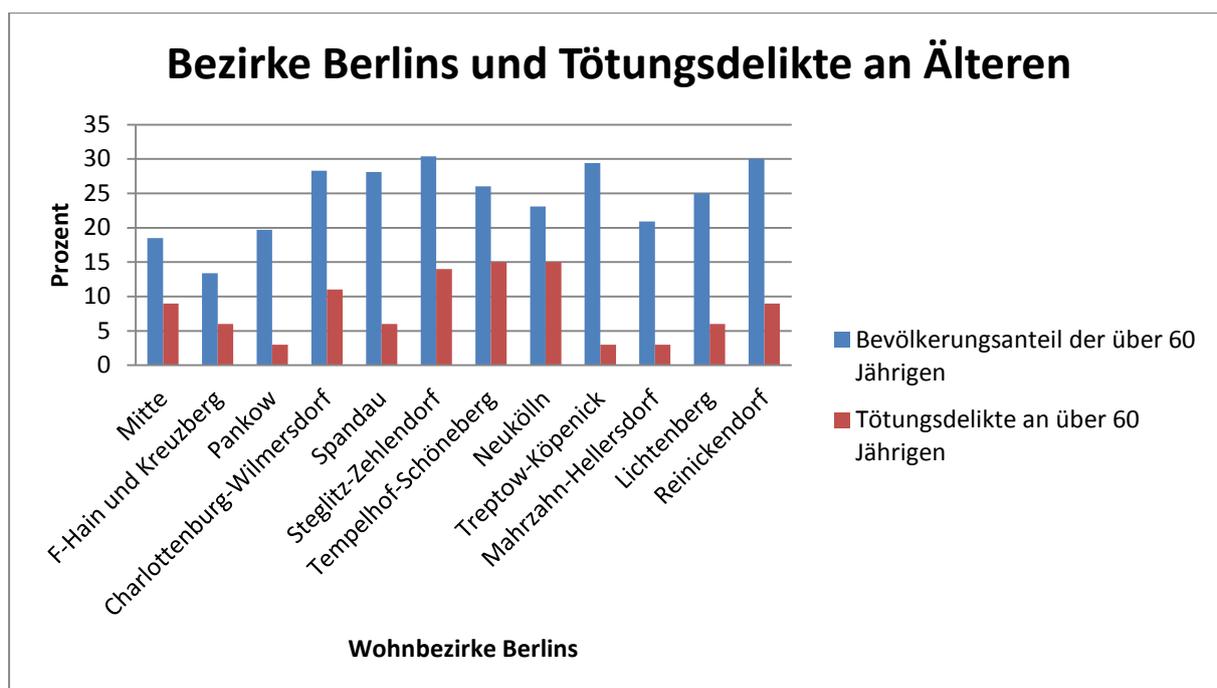


Abbildung 15: Vergleich Tötungsdelikte und Wohnbevölkerung der älteren Menschen (Quellen aus der vorliegenden Studie sowie aus Statistischen Berichten Berlin 2006 und 2010 [63-64], siehe auch Anhang, Tabellen 1 bis 9 sowie 11.

Tabelle 28: Daten zur Wohnbevölkerung und den Homiziden in den Berliner Stadtbezirken (Quellen aus der vorliegenden Studie sowie aus Statistischen Berichten Berlin 2006 und 2010 [63-64], siehe auch Anhang, Tabellen 1 bis 9 sowie 11.

Stadtbezirke Berlins	Bevölkerungszahl der \geq 60-Jährigen in % (Mittelwert aus 2006 und 2010)	Tötungsdelikte an \geq 60-Jährigen in % und Anzahl	
Mitte	18,5 %	9 %	n = 8
Friedrichshain und Kreuzberg	13,4 %	6 %	n = 5
Pankow	19,7 %	3 %	n = 3
Charlottenburg-Wilmersdorf	28,3 %	11 %	n = 10
Spandau	28,1 %	6 %	n = 5
Steglitz-Zehlendorf	30,4 %	14 %	n = 12
Tempelhof-Schöneberg	26,0 %	15 %	n = 13
Neukölln	23,1 %	15 %	n = 13
Treptow-Köpenick	29,4 %	3 %	n = 3
Marzahn-Hellersdorf	20,9 %	3 %	n = 3
Lichtenberg	25,0 %	6 %	n = 5
Reinickendorf	30,0 %	9 %	n = 8

5.4 Vergleich mit Tötungsdelikten an unter 60-Jährigen

Es fanden sich 387 Tötungsdelikte an unter 60-Jährigen innerhalb der Jahre von 2000 bis 2010. Im Zuge der Akteneinsicht konnten 14 Fälle nicht eindeutig den Tötungsdelikten bzw. fremder Gewalt zugeordnet werden (vergleiche dazu Tabelle 29), zudem fand sich ein versuchtes Tötungsdelikt. Bei Letzterem handelte es sich um einen 55-jährigen Mann, der inhaftiert wurde nach versuchtem erweitertem Suizid an der Lebensgefährtin. Er starb letztendlich an einer massiven Lungenarterienembolie.

Tabelle 29: Unklare Fälle bzgl. der Tötungsdelikte an unter 60-jährigen

Unklare Fälle	Anzahl
Sturz	n = 3
Suizid	n = 2
Unfall	n = 1
Vorbestehende Krankheiten	n = 4
Fäulnis bei Tatverdacht	n = 1
Leichenzerstückelung	n = 3
Gesamt	n = 14

Hinsichtlich der Tötungsmethoden stand die scharfe Gewalt an erster Stelle mit 33,3 % (126/378), dann folgten Schusswaffengebrauch zu 15,6 % (59/378), stumpfe Gewalt zu 14,8 % (56/378), Ersticken/Gewalt gegen den Hals zu 10,1 % (38/378), Verbluten ohne weitere Angabe zu 5,6 % (21/378) und Tatfolgen zu 3,2 % (12/378). Einen Großteil machten auch die Kombinationen mit 11,4 % (43/378) aus. 6,1 % (23/378) fielen in die Rubrik „sonstig“ (vergleiche Tabelle 30). Bekannt waren 378 Daten im Hinblick auf die Tötungsart.

Tabelle 30: Sonstige Tötungsmethoden der jüngeren Opfer unter 60 Jahren

Tötungsart: Sonstig	Anzahl
Rauchgasvergiftung	n = 2
Verbrennen	n = 5
Medikamentenintoxikation	n = 3
Shaken-Baby-Syndrom	n = 2
Verdursten	n = 1
Verhungern	n = 1
Auskühlung	n = 1
Ertrinken	n = 3
Alkohol- und Drogenintoxikation	n = 4
Leichenzerstückelung	n = 1
Gesamt	n = 23

Betrachtet man die Motivlage (289 bekannte Daten hierzu), so fanden sich an erster Stelle die tätlichen Auseinandersetzungen mit 40,5 % (117/289). Die erweiterte Suizidgruppe war nur in einem geringen Prozentsatz zu 8 % (23/289) vertreten, sexuelle Motivationen in 4,5 % (13/289), vergleiche dazu Abbildung 16.

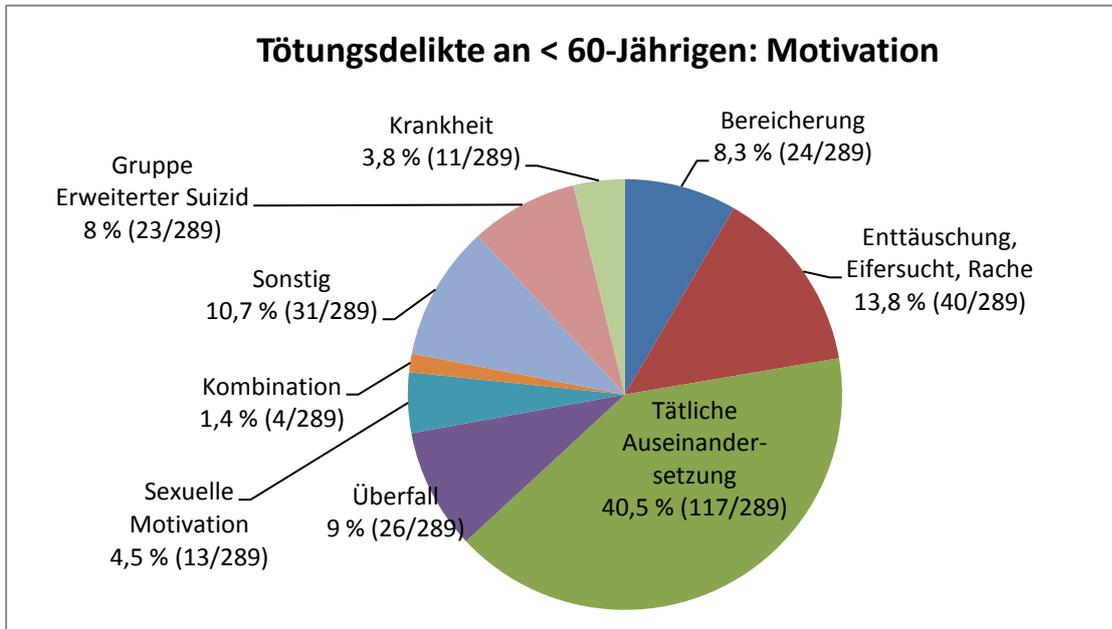


Abbildung 16: Tatmotivation an Opfern unter 60 Jahren

Unter „sonstig“ fiel hier in Tabelle 31:

Tabelle 31: Sonstige Tatmotive der Täter jüngerer Opfer unter 60 Jahren

Tatmotive: Sonstig	Anzahl
Terroranschlag	n = 4
Wettrinken	n = 1
Battered Child	n = 8
Shaken-Baby-Syndrom	n = 1
Abneigung	n = 1
Notwehr	n = 1
Selbstjustiz	n = 1
Polizeieinsatz	n = 4
Überforderung	n = 4
Religiöse Gründe	n = 4
Unklar	n = 2
Gesamt	n = 31

5.5 Kasuistiken besonderer Fälle

Im Folgenden werden einige der Fälle vorgestellt, die nicht zur gerichtlichen Verurteilung kamen, da es trotz hinreichenden Tatverdachts keine gerichtlich verwertbaren Beweise gab. Dies lag zu einem großen Teil an den Komorbiditäten der älteren Opfer.

1. Es handelte sich um eine 85-jährige chronisch schwerstkranke Patientin aus einem Pflegeheim mit fortgeschrittenen Veränderungen am Herzen, die auch so zum Tode hätten führen können. Hinzu kamen äußere Verletzungen durch die im Heim erlebten Misshandlungen, die schließlich zu koronarer Minderdurchblutung und allgemeiner Dekompensation führten. Die Verletzungsfolgen waren somit für den Todeseintritt verantwortlich. Trotzdem wurde das Verfahren eingestellt aufgrund mangelnden hinreichenden Tatverdachts. Die Patientin konnte sich aufgrund einer Halbseitenlähmung und Stummheit nicht wehren und keine Aussagen hinsichtlich der Taten machen. Die Täterin (Zimmernachbarin) litt unter einer langjährigen chronischen Alkoholerkrankung, einem hirnorganischen Psychosyndrom und zeigte mißtrauisch-dysphorisches und teils aggressives Verhalten. Laut psychiatrischem Gutachten ging jedoch keine generelle Bedrohung für die Allgemeinheit aus, sondern lediglich für wehrunfähige, schwer vorgeschädigte ältere Menschen mit Gerinnungsstörungen. Trotz früherer Misshandlungen durch die Täterin fand somit keine Einweisung bzw. Unterbringung statt. Zudem gab es Unklarheiten hinsichtlich der Dringlichkeit der stationären Aufnahme der Patientin nach den erlebten Misshandlungen: Die Hämatome zeigten sich erst im Verlauf des Geschehens in ihrem vollem Umfang mit der Erfordernis einer Extremitätenamputation.
2. Laut Sektionsgutachten war die Todesursache einer 73-jährigen Patientin eine Halskompression in Kombination mit mehrfacher stumpfer Gewalteinwirkung gegen den Kopf und Hals. Die Ermittlungen ergaben jedoch keinen Tatverdächtigen: Fehlende Blutspuren an Möbeln und die Gleichmäßigkeit der Blutlache um den Kopf der Verstorbenen beim Auffinden wiesen eher auf einen vorausgegangenen Sturz hin. Im Hosenbundbereich fanden sich kriminaltechnische DNA-Spuren (komplexe Mischspuren) durch mehrere männliche und weibliche Personen, welche aber auch mögliche Sekundärübertragungen beim Entkleiden der Leiche vor der Obduktion bzw. durch parallel durchgeführte Obduktionen darstellen konnten. Zudem fanden sich keine Textildefekte am

Pullover des Leichnams, womit ein Ziehen des 96 kg schweren Körpers unwahrscheinlich war. Es bestanden keine Tötungsmotive wie Vermögen, Erbschaft oder Feindschaften, die Wohnung (der Tatort) wirkte aufgeräumt und ordentlich. Es gab keine Anzeichen einer körperlichen Auseinandersetzung laut Bereitschaftsarzt und Polizei. Das vorhandene Geld wurde nicht gestohlen. Zusammenfassend deutete alles auf ein Unfallgeschehen hin, da der Täter die Auffindesituation des Opfers nicht rekonstruieren hätte können, ohne mehr Spuren zu verursachen. In Betracht kommender Ablauf des Geschehens war folgender:

Punktförmige Einblutungen entstanden durch einen möglichen Kraftakt bei Obstipation und Bluthochdruck mit nachfolgendem Sturz. Es kam zu einer Einstellung des Verfahrens, da auch der natürliche Tod als plausibel erschien und keine weiteren Ermittlungsanhalte zur Feststellung einer Fremdschuld gefunden werden konnte. Diese konnte aufgrund der gerichtsmedizinischen Untersuchungsergebnisse trotzdem nicht ganz ausgeschlossen werden.

3. Ein 67-jähriger Rentner, welcher eine schwere koronare Herzerkrankung hatte, erhielt auf einem Straßenfest einen Faustschlag ins Gesicht aufgrund eines nichtigen Anlasses. Der Täter war jünger und alkoholisiert. Laut vorläufigem Sektionsgutachten erklärte der schwere Herzbefund hinreichend den Todeseintritt. Dennoch konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die psychische Erregung den Todeseintritt förderte.
4. Eine 90-jährige Frau starb im Krankenhaus nach einer Körperverletzung, die ihr der betrunkene Sohn zugefügt hatte. Dieser hatte sie mit seinen Fäusten gegen Kopf, Hals, und Oberkörper geschlagen. Der Tod trat ein durch ein Lungenödem bei Koronarthrombose und geringem Schädelhirntrauma. Die Patientin war bereits schwer herzkrank (chronische Rechtsherzinsuffizienz), weshalb Koronarthrombosen als häufige Ereignisse aus innerer Ursache ebenso möglich wären. Die Schläge stellten keine unmittelbar verletzungsbedingte Komplikation mit Auswirkungen auf die Herz-Kreislaufsituation dar. Somit gab es keinen zweifelsfreien Beleg für die Kausalität zwischen den Schlägen und dem rund sieben Tage später eingetretenen Tod.

Weiterhin fand sich ein Fall eines Serienmörders, welcher aber aufgrund der Ausschlusskriterien dieser Studie nicht in die Ergebnisse mit eingeflossen war:

Aus dem Jahre 2006 auf der Intensivstation der Charité Campus Mitte, Berlin: Eine zu Beginn der Tötungsserie 53-jährige Krankenschwester stand im Verdacht, während ihrer Arbeitszeit 26 Morde begangen zu haben. Dies führte dazu, dass dreizehn Tote forensisch untersucht wurden, dabei mussten neun Körper exhumiert werden. Ihr konnten jedoch nicht alle Fälle nachgewiesen werden: Sie wurde wegen Mordes in drei Fällen und Totschlags in zwei Fällen verurteilt, die sie zwischen Juni 2005 und Oktober 2006 begangen hatte. Hierbei handelte es sich stets um schwerst intensivpflichtige Patienten mit Herzkreislauf- oder Tumorerkrankungen. Als Tötungsmethode wurde dreimal Nitroprussidnatrium (zwei männliche Opfer im Alter von 66 und 52 Jahren, sowie ein weibliches im Alter von 48 Jahren) gegeben und zweimal Dormicum (zwei Männer mit 77 und 62 Jahren) verabreicht. Nach Gabe von Nitroprussidnatrium, welches z. B. bei hypertonen Krisen in der Intensivmedizin verwendet wird, wird im Körper Cyanid freigesetzt. Dieses beeinträchtigt die Sauerstoffversorgung der Gewebe. In therapeutischer Dosierung kann dies jedoch vernachlässigt werden, da ein sofortiger Abbau durch den Körper erfolgt. Zudem ist es ein sehr potenter Vasodilatator mit Wirkungsweise auf Arterien und Venen und sollte deshalb nur sehr vorsichtig angewendet werden. Dormicum wird zur Sedierung, Anxiolyse bzw. zur Erzeugung eines künstlichen Komas verwendet. In einem Fall war Dormicum zwar unterhalb der toxischen Nachweisgrenze, wurde aber zu schnell gespritzt und löste somit einen Atem- und Kreislaufstillstand aus. In einem anderen Fall musste der Leichnam exhumiert werden, es ließ sich eine Dormicum-Intoxikation nachweisen. Die Täterin wurde trotz einer psychiatrischen Störung als voll schuldig betrachtet. Laut eines psychiatrischen Gutachtens zeigte sie eine narzisstische, zwanghafte und schizotype Persönlichkeitsstörung. Sich selbst sah sie als „Märtyrerin auf dem Weg der Gesellschaft zu einem ‚humaneren‘ Sterben“ (Seite 52, Landgericht Berlin, 29. Juni 2007). Der Bundesgerichtshof verurteilte die Täterin am dritten April 2008 gemäß § 53, § 211 und § 54, Abs.1 StGB, wegen Mordes und Totschlags zu einer lebenslänglichen Freiheitsstrafe. Ein Berufsverbot durch die Kammer erfolgte nicht, da die Täterin im Rentenalter sein würde, sobald die Freiheitsstrafe abgebußt sein wird.

6 Diskussion

6.1 Viktimisierungsrisiko älterer Menschen in Berlin

Von den insgesamt 480 Tötungsdelikten in Berlin in den Jahren von 2000 bis 2010 wurden 93 Menschen im Alter ab 60 Jahren getötet (19,4 %). Diese Fallzahl ist recht klein, weshalb nicht direkt vom Untersuchungsgut auf die Allgemeinheit geschlossen werden kann. Dennoch lassen sich eindeutige Tendenzen ablesen.

Zur Beantwortung der Frage, ob die Viktimisierungsfahr im Alter ansteigt und hierbei Berlin als größte Stadt Deutschlands eine besondere Rolle spielt, können folgende Vergleichswerte herangezogen werden: der prozentuale Anteil der älteren Opfer in Berlin mit 19,4 % und der Wohnbevölkerungsanteil dieser Altersgruppe in Berlin mit einem durchschnittlichen Wert von 24,1 %. Somit liegt der Anteil der Homizide noch um einige Prozentpunkte unter diesem Wert, vergleiche dazu Tabelle 32.

Tabelle 32: Homizide an älteren Menschen über 60 Jahren und deren Wohnbevölkerungsanteil Berlins (aus den Ergebnissen dieser Studie und den statistischen Jahrbüchern 2007 bis 2011 [68-72], siehe auch Anhang, Tabellen 10 und 11)

Jahreszeitraum	Obduzierte Homizide gesamt (Berlin)	Obduzierte Opfer \geq 60 J. absolut (Homizide)	Obduzierte Opfer \geq 60 J. prozentual (Homizide)	Wohnbevölkerungsanteil der \geq 60-Jährigen (Berlin)
2000	n = 56	n = 11	19,6 %	-
2001	n = 46	n = 8	17,4 %	-
2002	n = 60	n = 8	13,3 %	-
2003	n = 53	n = 7	13,2 %	-
2004	n = 41	n = 8	19,5 %	-
2005	n = 46	n = 9	19,6 %	-
2006	n = 39	n = 4	10,3 %	23,7 %
2007	n = 35	n = 7	20,0 %	23,9 %
2008	n = 36	n = 14	38,9 %	24,1 %
2009	n = 38	n = 8	21,1 %	24,3 %
2010	n = 30	n = 9	30,0 %	24,5 %
Gesamtzahl	n = 480	n = 93	19,4 % (93/480)	24,1 % (Durchschnitt)

Schwankungen in den jährlichen Fallzahlen der gesamten Obduktionsfälle aus Tabelle 32 sind teils zufallsbedingt, wohl aber auch politisch-ökonomisch bedingt im Sinne der Finanzierung einer größeren Anzahl an Autopsien. Mit hoher Wahrscheinlichkeit hatte die Zusammenlegung der Freien Universität und der Humboldt-Universität zur Charité ebenso einen Einfluss auf die

variable Anzahl der Obduktionsfälle ab dem Jahr 2005. In den meisten Jahren jedoch bewegt sich die Anzahl der obduzierten älteren Menschen, die getötet wurden, im Bereich von sieben bis neun Fällen pro Jahr. Es handelt sich dennoch um kleine Fallzahlen, bei denen geringe Unterschiede große Differenzen bezüglich der Prozentangaben nach sich ziehen.

In der Charité und dem Landesinstitut für Rechtsmedizin Berlin wurden im Jahreszeitraum von 2000 bis 2010 bei insgesamt 23.276 Obduktionen (bekannte Fälle) 480 Tötungsdelikte festgestellt (2,1 %). Hierbei machten die Homizide an älteren Menschen über 60 Jahren 19,4 % aus. Es wurden also weitaus mehr jüngere Menschen getötet (80,6 %). Der prozentuale Anteil der älteren Todesopfer in Berlin (19,4 %) stimmt in etwa überein mit demjenigen in Aachen (19,1 % bei einem ungefähr gleichen Wohnbevölkerungsanteil der über 60-Jährigen) [3]. Bonn mit einem mittleren Todesopferanteil von 9,2 bis 13 % weist deutlich höhere Wohnbevölkerungszahlen von älteren Menschen über 60 Jahren auf (20,1 bis 21,3 %) [1]. In Hamburg wurden etwa 14,4 % ältere Menschen ab 65 Jahren anteilig an den gesamten Homiziden der Jahre 1983 bis 1993 umgebracht [4]. Der Prozentanteil der älteren Todesopfer ist somit in den Großstädten Bonn und Hamburg deutlich niedriger, jedoch weist Aachen als Kleinstadt mit ca. 245.000 Einwohnern etwa den gleichen Wert wie Berlin auf [74]. Dies lässt vermuten, dass in Berlin als Großstadt keine gesonderte Gefahr für ältere Menschen besteht. Einige Städte und Regionen im Ausland weisen eine deutlich geringere Anzahl an älteren Homizidopfern auf: von 3,4 % in New York City, 6,8 % in Jefferson County/Alabama bis 13 % in Nord-Portugal [6, 8-9]. Hinsichtlich der Stadtbezirke Berlins sind vor allem Viertel mit einem höheren Wohnbevölkerungsanteil älterer Menschen stärker bei den Tötungsdelikten an älteren Menschen repräsentiert. Eine Sonderrolle spielt hier Treptow-Köpenick, das mit einem der höchsten Wohnbevölkerungsanteile dieser Altersgruppen nur ca. 3 % der Homizide an über 60-Jährigen ausmacht. Dies lässt vermuten, dass auch andere Faktoren als der Wohnbevölkerungsanteil hinsichtlich der Tötung von Älteren eine bedeutende Rolle spielen.

Ein Vergleich zwischen der Anzahl aller begangenen Straftaten an Älteren über 60 Jahren gemäß der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik (PKS) sowie der Homizidanzahl dieser Altersgruppen aus dieser Studie zeigt folgenden Sachverhalt: Für den Jahreszeitraum von 2002 bis 2010 (für die Jahre 2000 bis 2001 lieferte die PKS zum Zeitpunkt der Datenauswertung keine Vergleichswerte) wurden in Berlin 37.235 ältere Opfer (≥ 60 Jahren) registriert bei einer Homizidanzahl von 74 (innerhalb dieses Jahreszeitraums, die Daten stammen aus dieser Studie, siehe auch Anhang, Tabellen 11 und 12) [23, 75-81]. Dies macht 0,2 % aus und zeigt, dass die Anzahl der Tötungsdelikte in dieser Altersgruppe recht klein ist. Werden die Sterbefälle der

älteren Menschen betrachtet, so verzeichnete das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg Ende 2010 in Berlin 27.984 Sterbefälle der ≥ 60 -Jährigen bei ca. 880.300 Menschen dieser Altersgruppe [66-67]. Dabei fanden sich neun aus der vorliegenden Studie stammende Homizide an der gleichen Altersgruppe im Jahr 2010. Dies macht einen Prozentsatz von 0,03 % (9/27984) aus und zeigt ebenso ein geringes Risiko für Homiziderfahrungen Älterer. Laut PKS war ein Rückgang der Gesamtkriminalität in Berlin Ende 2010 zu verzeichnen mit dem niedrigsten Wert seit der Wiedervereinigung Deutschlands [23]. Wie schon in der Einleitung dieser Studie angedeutet, lassen sich zwar Unterschiede in den Altersklassen der Opfer feststellen mit einem leichten Zuwachs an älteren Opfern bezüglich der Straftaten gegen die Freiheit und körperliche Unversehrtheit (von 5,3 % auf 5,7 % Ende 2010). Berücksichtigt man aber die Bevölkerungsgefährdungszahl (Opfer x 100.000 / Einwohner), so ist diese für die älteren Opfer weit unterdurchschnittlich: Im Rahmen aller Straftaten im Jahr 2010 lag die Bevölkerungsgefährdungszahl älterer Menschen bei 524 im Vergleich zu derjenigen aller Opfer (2.255) [23].

6.2 Opfer- und Täterprofile

Anhand der obig genannten Zahlen zeigt sich, dass die Viktimisierungsfahr der Älteren recht klein ist. Aufgrund von unangemessen hoher Furcht vor Gewalt ziehen sich ältere Menschen jedoch immer öfter aus dem öffentlichen Leben zurück. Sie vermindern somit das Risiko, Opfer im öffentlichen Raum zu werden [1, 3, 5]. Dennoch steigt gleichzeitig die Gefahr für häusliche Gewalterfahrungen an, welche in den wenigsten Fällen zur Anzeige gebracht werden. Im Folgenden werden Charakteristika der Opfer und Täter aus dieser Studie mit denen der anderen deutschen sowie ausländischen Studien verglichen, um mögliche Risikofaktoren für (tödliche) Gewalterfahrungen im Alter darzulegen.

Opfermerkmale

Das durchschnittliche Todesalter der Opfer dieser Studie lag bei 72,4 Jahren, wobei die weiblichen Opfer im Schnitt vier bis fünf Jahre älter als die männlichen waren. Gesamt waren vor allem die 60- bis 74-Jährigen stark vertreten, bei den Frauen zeigte sich dies auch bis ins 85. Lebensjahr. Ähnliche Zahlen fanden sich in den anderen deutschen Studien: durchschnittliches Alter von 72 (Essen), 72,7 (Hannover), 73,8 (Aachen) und ca. 77 Jahren (Hamburg) [2-5]. In

Essen und Hamburg waren die weiblichen Opfer in der Regel älter [4-5]. Dies korreliert mit der höheren Lebenserwartung der Frauen, die Anfang des Jahres 2010 in Deutschland bei etwa 82,7 Jahren lag (im Vergleich dazu die der Männer mit 77,6 Jahren [19]). Auch die ausländischen Studien zeigen ähnliche Werte des Durchschnittsalters: 74 Jahre (Frauen 75,7 Jahre und Männer 72,8 Jahre in Nordportugal) [6] bis 75 Jahre (Alabama) [8]. Laut Collins und Presnell (2006) waren 10 % der Opfer älter als 85 Jahre (South Carolina), nach Coelho et al. (2010) waren 21 % älter als 79 Jahre (Nord-Portugal) [6-7]. In Berlin waren 26,9 % (25/93) in der Altersklasse von 80 bis 99 Jahren.

Die weiblichen Opfer waren in Berlin mit 51,6 % (48/93) und in Essen mit 54,5 % (30/55) nur leicht überrepräsentiert, in Hannover (60 %), Hamburg (69 %) und Bonn (57 %) dagegen stärker vertreten [1-2, 4-5]. Dies korreliert auch mit den Anteilen der älteren Frauen Berlins an der gesamten älteren Wohnbevölkerung Berlins: 57,1 % Ende 2006 (461.127/806.884) und 56,3 % Ende 2010 (477.724/849.284) [69-70](vergleiche Tabellen 3 und 6 im Anhang). Wie in der Bonner Studie kann man auch in Berlin hinsichtlich der Opfer eine Geschlechtsnivellierung im Alter feststellen [63]: In jüngeren Jahren konnte in Berlin ein Männerüberschuss vom etwa 1,63-fachen verzeichnet werden. Dieser glich sich im Alter an, mehr noch: Bei den ≥ 60 -Jährigen gab es sogar einen leichten Frauenüberschuss vom 1,07-fachen, vergleiche dazu Tabelle 33 (475 bekannte Daten hierzu). Dies mag an der höheren Lebenserwartung der Frauen liegen, aber auch an der niedrigen Fallzahl dieser Studie. In den ausländischen Studien war meist ein leichter Männerüberschuss zu verzeichnen, von 57,3 % (Abrams et al. 2007), 58 % (Coelho et al. 2010 und Collins und Presnell 2006) sowie das 1,5-fache bei Falzon und Davis (1998) [6-9].

Tabelle 33: Geschlechternivellierung der Berliner Opfer im Alter

Alter (Jahre) der Opfer	Geschlecht der Opfer	
	Weiblich	Männlich
60-99	n = 48	n = 45
17-59	n = 145	n = 237

Nur die Studie aus Essen nimmt wie Berlin auf die geschlechtlichen Unterschiede hinsichtlich der Tötungsmethoden Bezug: Männer wurden eher mit stumpfer (31,3% oder 5/16) und scharfer Gewalt (25% oder 4/16) getötet, Frauen dagegen neben scharfer und stumpfer Gewalt auch zu einem höheren Prozentsatz durch Strangulation (20,8 % oder 5/24, im Gegensatz zu den Männern mit 6,3 % oder 1/16) [5]. Die männlichen Opfer in Berlin wurden ebenso vor allem mit scharfer (40,9 % oder 18/44) und stumpfer (22,7 % oder 10/44) Gewalt getötet, die Frauen zu

einem sehr großen Teil mittels Ersticken/Gewalt gegen den Hals (34,8 % oder 16/46). Hier wurden also vermehrt „weichere“ Methoden angewandt. Laut Coelho et al. (2010) gab es in Nord-Portugal keine großen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und der Tötungsart [6]. Generell finden sich in Berlin an erster Stelle der Tötungsarten an den über 60-jährigen Opfern die scharfe Gewalt (24,4 % oder 22/90), gefolgt von Ersticken (22,2 % oder 20/90) und stumpfer Gewalt (16,7 % oder 15/90). Der Tod durch Spätfolgen der Taten (meist Raubüberfälle) lag in Berlin bei 7,8 % (7/90), in Hamburg dagegen bei 20 % (21/105) [4]. In Bonn war die Halskompression generell mit 29,2 % (7/24) sehr stark vertreten [1]. Allgemein fand sich in Aachen und Hannover an oberster Stelle die stumpfe Gewalt, gefolgt von Angriffen gegen den Hals und scharfer Gewalt [2-3]. In Hamburg waren stumpfe und scharfe Gewalt gleichermaßen an erster Stelle, gefolgt vom Tod an den Spätfolgen [4]. Tötungsdelikte durch Schusseinwirkung kamen in Berlin wie in Hannover in etwa 9 % der Fälle vor, neben 2,9 % (1/35) in Aachen und 12,5 % (3/24) bis 15,8 % (3/19) in Bonn [2-3, 63]. Die Waffen wurden in Berlin hauptsächlich im Falle von erweitertem Suizid (dreimal), Tötung auf Verlangen (einmal), versuchtem erweitertem Suizid (einmal) und erweitertem Suizid/Tötung auf Verlangen (einmal) benutzt neben zwei Kombinationen (jeweils mit Totschlag). Die Täter waren in den meisten Fällen männlich im Alter von 61, 64, 67, 68, 85 und 88 Jahren. Die einzige weibliche Täterin war 81 Jahre alt. Intoxikationen fanden sich in Berlin eher im mittleren Bereich (5,6 % oder 5/90) im Vergleich zu Aachen (8,6 % oder 3/35), Bonn (10,5 % oder 2/19), Essen (2,5 % oder 1/40), Hannover (1,8 % oder 1/55) und Hamburg (1% oder 1/105) [2-5, 63].

Zieht man die ausländischen Studien zum Vergleich heran, fanden sich darin teils Schuss an erster Stelle (50 % bei Falzon 1998 und 31 % bei Collins 2006) [7-8], teils stumpfe Gewalt (31 % bei Coelho et al. 2010 und 25,5 % bei Abrams et al. 2007) [6, 9]. Bei den beiden letzteren spielte jedoch auch die Schusswaffe in 21 bis 23 % eine bedeutende Rolle. Als Gründe werden mildere Waffengesetze und der erleichterte Zugang zu Schusswaffen vor allem in den USA genannt. Für Nord-Portugal fanden sich keine exakten Gründe für den hohen Gebrauch von Schusswaffen.

Die Opfer in Aachen, Hamburg, Bonn und auch in Berlin lebten zum Großteil allein [1, 3-4]. Die Männer jedoch waren in Bonn im Gegensatz zu Berlin öfter verheiratet [1]. In Essen waren die Opfer zu gleichen Teilen alleinlebend und verheiratet [5]. Laut Coelho et al. (2010) waren etwa 45 % verheiratet [6]. In der Berliner Studie wird deutlich, dass vor allem alleinstehende Menschen aufgrund von Bereicherungsabsichten getötet wurden, gemeinsam Lebende eher aufgrund von schweren Krankheiten des Opfers bzw. Täters.

Etwa die Hälfte der Todesopfer in Berlin und Aachen war in einem guten Gesundheitszustand (Berlin 52,2 % oder 48/92, Aachen etwa 48,6 % oder 17/35) [3]. Die Bonner Studie konnte keine konkurrierenden Todesursachen finden [1]. Vergleichswerte zu den ausländischen Studien fehlen hier völlig. Die Todesgewalt, die den Berliner Opfern von außen zugefügt wurde, war unabhängig vom Gesundheitszustand immer oberhalb der Leiste aufzufinden – und das zu einem hohen Anteil im Bereich des Kopfes und Halses, da die Tötungsmethode Ersticken/Gewalt gegen den Hals ebenso zu einem Großteil vertreten war. Gerade bei kardialen Erkrankungen und Multimorbiden reicht schon eine geringfügige Drosselung der Sauerstoffzufuhr, um den Körper in eine Stresssituation zu bringen und damit den Tod in Kauf zu nehmen. Auch bei Coelho et al. (2010) fand sich in Nord-Portugal in einem hohen Prozentsatz die Gewalt im oberen Bereich des Körpers: 39 % am Kopf, dann folgten Thorax und Nacken [6].

Der Hauptteil der Berliner Opfer zeigte keine Abwehrverletzungen. Hierunter werden vor allem Schnitt- und Stichverletzungen an den Streckseiten der Extremitäten und der Finger verstanden, welche zum Schutz und zur Abwehr der Gewalt vor den eigenen Körper gehalten werden. Dies mag mehrere Gründe haben: Zum einen kannten sich in etwa 78,7 % (59/75) der Fälle die Opfer und Täter, wobei die Gewalt wohl oft nicht vorhersehbar war oder aus einem Überraschungsmoment heraus kam. Ein Großteil der Fälle fand sich hier auch in der Gruppe des erweiterten Suizids. Doch selbst bei fremden Tätern war oft keine Abwehr erkennbar, obwohl die Mehrheit der Opfer gesund und zur Abwehr fähig war. Tabelle 34 zeigt hierbei die Tötungsmethoden der fremden Täter an den Opfern, welche keine Abwehr zeigten:

Tabelle 34: Tötungsmethoden bei Opfern ohne Abwehrverletzungen und fremden Tätern

Tötungsmethoden	Anzahl
Gewalt gegen den Hals	n = 2
Tatfolgen	n = 5
Gewalt gegen den Hals u. Blutverlust	n = 1
Stumpfe Gewalt u. Tatfolgen	n = 1
Schuss	n = 1
Stumpfe Gewalt	n = 2
Gesamt	n = 12

In der Mehrheit dieser Fälle war somit keine Abwehr von scharfer Gewalt nötig, wie in Tabelle 34 ersichtlich ist. Coelho et al. (2010) legen dagegen dar, dass etwa 42 % der Opfer in Nord-Portugal Abwehrverletzungen zeigten, und diese alle an der oberen Extremität [6].

In allen deutschen Studien waren sich Opfer und Täter größtenteils bekannt: Aachen 48,3 % (14/29) Ehe/Lebenspartner und 31 % (9/29) Nachbarn/Bekannte, Hannover 58,2 % Familie/Partnerschaft und 32,7 % Bekannte, Hamburg 27,3 % (15/55) Ehe-/Lebenspartner/Verwandte und 40 % (22/55) Bekannte/Freunde/Nachbarn im Rahmen der ermittelten Fälle, Essen 36 % (18/50) Lebenspartner/Verwandte und 38 % (19/50) Bekannte/ Nachbarn [2-5]. In Bonn stammten etwa 82 % aus dem sozialen Nahfeld [1]. Die ausländischen Studien betonen ebenfalls den hohen Stellenwert der Bekanntschaft zwischen Opfern und Tätern: Gemäß Coelho et al. (2010, Nord-Portugal) kannten sich 61 % der Opfer und Täter, laut Collins und Presnell (2006, South Carolina) etwa 53 % [6-8].

Auch in dieser Studie, die ältere Opfer in Berlin in den Fokus rückt, wird die Bedeutung des sozialen Nahraums deutlich: Sowohl bei familiärer bzw. freundschaftlicher Opfer-Täterbeziehung, als auch bei Fremden spielte die Wohnung des Opfers eine wichtige Rolle. In Berlin wurden die Taten in 82,8 % (77/93) im sozialen Nahraum begangen, hierbei mit 58,4 % (45/77) in der Wohnung des Opfers, mit 33,8 % (26/77) in der gemeinsamen Wohnung mit dem Täter, in einem Fall in der Täter-Wohnung und in 3,9 % (3/77) in der Unterkunft eines Freundes. In zwei Fällen war nicht klar, ob der Täter mit seinem Opfer zusammen wohnte. Auch in den anderen deutschen Städten spielte die Wohnung des Opfers als Tatort eine bedeutende Rolle: Aachen mit 85,7 % (30/35), Hannover mit 80 %, Hamburg mit ca. 68 %, Bonn mit 73,7 bis 87 % und Essen mit 76,4 % (42/55) [1-5, 63]. Auch die ausländischen Studien zeigen diese Relevanz: 66,3 % (Abrams et al. 2007, New York City), 68 % (Coelho et al. 2010, Nord-Portugal), 71 % (Falzon und Davis 1998, Jefferson County) und 83 % (Collins und Presnell 2006, South Carolina) [6-9].

Tätermerkmale

Das durchschnittliche Täteralter in Berlin lag bei 52 Jahren, wobei Frauen älter waren als Männer (63 versus 50 Jahre im Durchschnitt). Der größte Teil fand sich in der Altersklasse der 17- bis 49-Jährigen, die meisten waren jünger als ihre Opfer (69,1 % oder 38/55). Das durchschnittliche Täteralter lag in Hamburg bei etwa 35,5 Jahren (Frauen bei 41 Jahren im Durchschnitt), die meisten befanden sich in der zweiten bis dritten Dekade ihres Lebens [4]. In Aachen war die Gruppe der 14- bis 21-Jährigen (32 %) und die der 25- bis 40-Jährigen (29 %) stark vertreten, in Bonn eher die der vierten bis fünften Dekade und in Essen die der zweiten bis fünften Dekade [1, 3, 5, 63]. Die Anzahl der Alterstäter belief sich auf 11,6 % (5/43) in

Hamburg, 10 % in Aachen, 16,9 % (10/59) in Essen und 45,5 % in Berlin (48 % oder 12/25 waren älter als deren Opfer) [3-5]. Diese Zahl mag sehr hoch erscheinen. Es handelte sich aber meist um Beziehungstaten, bei denen die Aufklärungsquote naturgemäß sehr hoch ist. Die restlichen 37 unbekanntes Täter flossen nicht in die Studie mit ein und würden den Anteil der Alterstäter (Täter im Alter ab ≥ 60 Jahren) sicher etwas verringern. Trotz allem ist die Bedeutung des älteren Täters nicht unerheblich. Mehr dazu im Unterpunkt „Alterstäter“ (Tabellen 39 bis 42, vergleiche hierzu „6.3 Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen“).

In Berlin fand sich ein deutliches Übergewicht der männlichen Täter (46) versus der neun Täterinnen (83,6 % oder 46/55 versus 16,4 % oder 9/55). Collins und Presnell (2006) präsentieren in South Carolina ebenso einen männlichen Täteranteil von 86 % [7]. Ob man jedoch daraus signifikante Schlüsse hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede in Tathergang, Motivation etc. der Täter Berlins ziehen kann, sollte mit Vorsicht bedacht werden. Es zeigt sich aber, dass in der vorliegenden Studie die Tötungsmethoden der Männer eher härter waren als die der Frauen: scharfe Gewalt an erster Stelle (28,3 % oder 13/46) bei den männlichen Tätern im Gegensatz zu Intoxikationen, Kombinationen und scharfer Gewalt (je 22,2 % oder 2/9) bei den weiblichen Tätern. Vergleicht man hier die Todesarten der männlichen bzw. weiblichen Opfer, so ergeben sich einige Unterschiede in der Rangfolge. Dies liegt aber daran, dass im Falle der Täter nur die bekannten 55 in die Analyse mit einbezogen wurden. In der Literatur finden sich nur wenige Daten zu weiblichen Tötungsverbrechen. Dies liegt unter anderem auch daran, dass diese Deliktarten immer nur als Unterform der männlichen Tötungsdelikte gesehen wurden und letztere als deren Maßstab herangezogen wurden [82]. Laut Burgheim (1994) liegt der Anteil der tödenden Frauen allgemein zwischen 7 und 22 % [82]. Besonderheiten ergeben sich darin, dass Frauen meist nur aus dem Affekt heraus aufgrund langjähriger, extremer Konfliktsituationen wie z. B. Misshandlungen und Bedrohungen töten. Die Opfer sind hier meist die Ehepartner der Täterinnen [82]. Eine weitere Unterform der Tötungsdelikte durch Frauen stellen die Infantizide (Kindstötungen) dar, vor allem bei sozial und ökonomisch schlechter gestellten Frauen [31, 83].

Wie in Aachen und Hamburg begingen die Berliner Täter die Taten eher alleine (letztere zu 90,9 % oder 50/55). Im Gegensatz zu Essen waren auch die Berliner Frauen größtenteils Einzelgängerinnen bei der Tatausführung [3-5].

Die Berliner Täter waren mehrheitlich gesund (52,7 % oder 29/55), 40 % (22/55) waren psychisch krank (inklusive Alkoholabusus, vergleiche hierzu Tabelle 20, psychiatrische

Erkrankungen der Täter unter dem Unterpunkt „5.2 Täter“ und 7,3 % (4/55) physisch krank. Die psychisch beeinträchtigten Täter gebrauchten vermehrt scharfe und stumpfe Gewalt, die physisch Kranken eher leichtere Methoden wie Intoxikationen, aber auch Ersticken. Auch in Essen lag die Anzahl der psychisch Erkrankten bei etwa 40,7 % [5]. Bei Berücksichtigung aller Täter inklusive der Tatverdächtigen findet sich in Berlin wie in den meisten anderen deutschen Studien als Tatmotiv an oberster Stelle die Bereicherungsabsicht (23,9 % der 22/92) [1, 3-5]. Raubüberfälle mit tödlichen Spätfolgen waren im Ausland Nummer eins der Tatmotivationen (Falzon und Davis 37 %, Collins und Presnell 46 %, Coelho et al. 51 %) [6-8]. Neu in der Berliner Studie ist, dass die schwere Krankheit des Opfers mit 14,1 % (13/92) und Krankheiten des Täters mit 9,8 % (9/92, davon 77,8 % oder 7/9 psychiatrisch) gleich an zweiter und dritter Stelle der Rangliste stehen. Vor allem im höheren Opferalter (ab 65 bzw. 70 Jahren) reduzieren sich die Tatmotive auf die obig genannten drei wichtigsten Gründe. Dabei gibt es keine großen Unterschiede im Hinblick auf die Geschlechter: Sowohl Männer als auch Frauen wurden zuerst aus Bereicherungsabsicht getötet, an zweiter bzw. dritter Stelle folgten Krankheiten des Opfers/Täters. Dies zeigt, dass bei Taten mit älteren Opfern wohl doch eine andere Tatmotivation vorhanden ist als bei den jüngeren Opfern (hier waren vor allem tätliche Auseinandersetzungen, Eifersucht, Rache und enttäuschte Liebe wichtig). Im Falle schwerer Krankheit des Opfers als Tötungsgrund spielten in Berlin vor allem ZNS- und Tumorerkrankungen (46,2% oder 6/13 und 23,1% oder 3/13) sowie Multimorbidität (30,8% oder 4/13) eine große Rolle. Die Opfer, welche aus Bereicherungsabsichten getötet wurden, waren zumeist gesund (65% oder 13/20). Bei den Verdeckungstaten war der Gesundheitszustand interessanterweise nicht wichtig (50 % der Opfer waren gesund, 50 % krank). Sexuelle Gewaltanwendung als Hauptmotivation macht bei den älteren Opfern der vorliegenden Studie etwa 3,3 % (3/92 bei 92 Tätern) aus. Im Vergleich dazu finden sich in dieser Studie bei den jüngeren Opfern in 4,5 % (13/289) der Fälle sexuelle Motivationen. Eine genauere Analyse der älteren Opfer dieser Studie findet sich im Unterpunkt „Sexuelle Tatmotivation“ (Tabellen 35 bis 38, vergleiche hierzu „6.3 Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen“).

Im Hinblick auf Tötungsart und Tatmotiv waren in der Berliner Studie Intoxikationen und Schusswaffengebrauch eher in der Gruppe des erweiterten Suizids vertreten. An den Tatfolgen wie beispielsweise Lungenarterienembolien nach Sturz und Fraktur starben vor allem Menschen, die aus Bereicherungsabsichten bedroht worden waren. Scharfe Gewalt fand sich eher bei Krankheit des Täters (meist psychiatrisch) sowie Rache und Streit.

In Berlin fand sich der größte Teil der Delikte in der Gruppe der sogenannten „restlichen Deliktformen“ (73 % oder 65/89), Mord machte nur 27 % (24/89) aus. In der Kategorie der restlichen Deliktformen machte die Gruppe des erweiterten Suizids etwa 32,3 % (21/65) aus: neunmal erweiterter Suizid, fünfmal versuchter erweiterter Suizid, sechsmal Tötung auf Verlangen und ein gemeinsamer Freitod. In Hamburg (65,7 % oder 69/105 Mord, inklusive fraglichen Mordes und Mordes nach polizeilichen Ermittlungsakten und Ermittlungsstand), Hannover (44,1 % Mord) und Essen (56,4 % oder 31/55, inklusive versuchten Mordes) spielten dagegen die heimtückischen Tötungen älterer Menschen eine bedeutendere Rolle [2, 4-5]. Dies mag wohl daran liegen, dass in Berlin bei einer recht kleinen Zahl an bekannten Tätern (55) ein sehr großer Teil an Alterstätern vorhanden war, welcher eher erweiterten Suizid begangen hatte.

Mehr als die Hälfte der Täter in Berlin versuchte nicht, die Tat zu vertuschen (58,5 % oder 31/53). Als Tötungsmethode fand sich hier oft Ersticken (29 % oder 9/31), das per se meist keine sehr auffälligen Spuren hinterlässt. Der Täter stammte mehrheitlich aus dem innerfamiliären und freundschaftlichen Kreis, egal ob eine Vertuschung erfolgte oder nicht. Zu 85,9 % (61/71) wurde die Tat sofort aufgedeckt, dies vorwiegend innerhalb der ersten drei Tage nach der Tat. Die Aufklärung wurde auch dadurch immens erleichtert, dass Tat- und Sterbeort häufig identisch waren.

Über die Hälfte (52,7 % oder 29/55) der bekannten Tatverdächtigen Berlins wurde nicht als schuldig klassifiziert, dabei fiel ein großer Anteil auf die Gruppe des erweiterten Suizids mit 72,4 % (21/29). 23,6 % (13/55) aller Täter wurden schuldig gesprochen, hier waren etwa 84,6 % (11/13) in der Altersgruppe der 17- bis 49-Jährigen. Die jüngeren Täter erhielten als Strafe in der Regel Freiheitsstrafen und Einweisungen in ein psychiatrisches Krankenhaus. Mord wurde härter bestraft, meist mit Freiheitsstrafen von \geq zehn Jahren, lebenslang und darüber hinaus auf unbegrenzte Zeit in einem psychiatrischen Krankenhaus. In Berlin war der Anteil an rechtskräftigen Urteilen (58,7 % oder 54/92) höher als der in Hamburg (34,3 % oder 36/105) [4]. Lebenslanger Freiheitsentzug erfolgte in Berlin in 3,7 % (2/54) der Fälle, in Hamburg in 13,9 % (5/36). Freigesprochen wurden 7,4 % (4/54) der Berliner Täter und nur 2,8 % (1/36) der Hamburger Täter [4]. Dies mag durch den hohen Anteil der erweiterten Suizide in der vorliegenden Studie mit begründet sein. 35,3 % (18/51) der Täter in Berlin hatten keine Vorstrafen vorzuweisen, 29,4 % (15/51) der Täter wurden im Hinblick auf Vorstrafen nicht untersucht: Hier handelte es sich meist um gerichtlich nicht strafbare Delikte aus der Gruppe des erweiterten Suizids (wie Tötung auf Verlangen) oder um suizidierte Täter, die nicht weiter gerichtlich verfolgt wurden.

In Bezug zur Tatzeit konnte festgestellt werden, dass die Abendstunden etwas stärker vertreten waren, dies sowohl in Berlin als auch in Aachen (abends/nachts) und Essen (18 bis 24 Uhr) [3, 5]. In Bonn fand man dazu keine Tendenzen, in Hamburg waren die Stunden von 12 bis 24 Uhr stärker repräsentiert [1, 4, 63]. In Berlin fanden die Taten vermehrt im Winter statt, mehrheitlich starben die Opfer am Tattag (52,9 % oder 46/87). Gemäß Collins und Presnell (2006) fanden die Taten in South Carolina eher im Frühjahr und Herbst statt, sofern sich überhaupt Tendenzen erkennen ließen [7]. Im Allgemeinen lassen sich hinsichtlich der Jahres- und Tageszeiten jedoch keine bedeutenden Schlüsse ziehen.

6.3 Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen

Im Folgenden werden zwei Gruppen von Opfern und Tätern dieser Studie vorgestellt, zu denen sich in der Literatur bisher wenige Detailanalysen finden: Opfer sexueller Gewalt und ihre Täter sowie die Gruppe der Alterstäter.

Sexuelle Tatmotivation

Die Opfer sexueller Gewalt waren alle männlich, im Alter von 62 bis 79 Jahren, meist gesund und lebten zu 75 % (3/4) alleine. Der Tatort war in allen Fällen die häusliche Umgebung, davon in 50 % (2/4) die Wohnung des Opfers, vergleiche dazu Tabelle 35. Im Ergebnisteil dieser Studie war ein Fall eines 65-jährigen Opfers (hier unter ID 4) nicht aufgelistet unter „Sexualdelikt als Tatmotivation“, da hier die Ausübung sexueller Gewalt als Nebenmotivation auftrat.

Tabelle 35: Opfermerkmale sexueller Gewalt

OPFER SEXUELLER GEWALT							
ID	Geschlecht	Alter	Wohn-situation	Gesundheits-zustand	Blut-alkohol	Abwehr-spuren	Tatort
1	männlich	62	allein	gesund	2,10-2,50	nein	Wohnung des Täters
2	männlich	74	allein	gesund	1,51-2,00	ja	Wohnung des Opfers
3	männlich	79	allein	Herz-erkrankung	0	nein	Wohnung des Opfers
4	männlich	65	gemein-schaftlich	gesund	0	ja	Wohnung des Opfers und Täters

Collins und Presnell (2006) zeigen dagegen folgende Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch Älterer: weibliches Geschlecht, Tatort der eigenen Häuslichkeit/des Heimes und physische bzw. psychische Beeinträchtigung. Der Täter ist dem Opfer meist bekannt und neigt zu Alkoholabusus [7]. Laut Coelho et al. (2010) waren auch Frauen stärker von sexuellen Gewalterfahrungen bedroht, die angewandte Gewalt war meist stumpf [6]. Görden und Nägele (2006) zeigen ebenso, dass vor allem Frauen betroffen sind und im eigenen Heim durch Familienangehörige bzw. Lebenspartner oftmals aus Gründen der Dominanz und Unterdrückung getötet werden [59]. Fulmer et al. (2004) betonen jedoch, dass zum Thema Gewalt gegen Frauen auch weitere Formen des Missbrauchs zählten wie Neglect, Ausbeutung und psychischer Missbrauch [60]. Die Hälfte der Opfer der vorliegenden Studie war homosexuell und wurde getötet, da sie sexuelle Handlungen gegen den Willen des späteren Täters eingefordert hatten, vergleiche dazu Tabelle 36. Auch in der Literatur finden sich Studien zu Homiziden im homosexuellen Milieu, beispielsweise eine Arbeit aus Kanada, Quebec: Die Opfer lebten meist allein und waren älter als deren Täter. Alkohol und Drogen in Bezug auf die Opfer spielten in 40 % der Fälle eine Rolle, bei den Tätern sogar zu 80 % (Alkohol) und 50 % (Drogenabusus) [61]. Als Motive galten Raubmord, interpersonelle Konflikte mit dem Opfer, Beendigung der Partnerschaft und Jobverlust [61]. Bei den Tätern handelte es sich oft um Stricherjungen oder Prostituierte, die zu sexuellen Handlungen genötigt worden waren und sich nach der Tat zusätzlich finanziell bereicherten [61].

Tabelle 36: Weitere Opfermerkmale im Falle sexueller Gewalt

OPFER SEXUELLER GEWALT			
ID	Tötungsart	Delikt	Motiv
1	Gewalt gegen den Hals	Anklage wegen Totschlags	Sexuelle Nötigung des homosexuellen Täters
2	Stumpfe Gewalt	Totschlag	Sexuelle Nötigung des homosexuellen Täters bei Retraumatisierung durch früheren sexuellen Missbrauch
3	Stumpfe Gewalt	Anklage wegen Totschlags	Sexuelle Nötigung (Verfahren läuft noch)
4	Stumpfe Gewalt	Körperverletzung mit Todesfolge in Tateinheit mit sexuellem Missbrauch widerstandsunfähiger Personen	Verachtung aufgrund der Unterlegenheit des Opfers, Demütigung

In der vorliegenden Studie gab es nur in zwei Fällen eine gerichtliche Anklage gegen die Täter, in den anderen beiden Fällen (ID 1 und 3) läuft das Verfahren noch und konnte nicht eingesehen werden. Die Motivlage ergab sich hierbei aus polizeilichen und rechtsmedizinischen Vermutungen. Die bekannten Täter waren in dem einen Fall aus dem homosexuellen Milieu, in dem anderen Fall aus dem innerfamiliären Kreis. Hierbei handelte es sich um die Ehefrau des Opfers, die aufgrund ihrer Erkrankungen sozial isoliert war und ihre Aggression an ihrem Ehemann ausließ (vergleiche Tabelle 37).

Tabelle 37: Tätermerkmale im Fall von sexueller Tatmotivation

TÄTER im Fall von sexueller Gewalt							
ID	Geschlecht	Alter	Wohnsituation	Gesundheitszustand	Blutalkohol	Drogen	Beziehung zum Opfer
2	m	29	Gemeinschaftlich (Freundin, aber auch homosexuelle eingetragene Partnerschaft)	Borderline (emotional instabil u. dissozial), unklare sexuelle Orientierung	Ja (keine Werte)	Keine Angaben	Freundschaftlich mit sexuellem Hintergrund
4	w	63	Gemeinschaftlich (Ehemann)	Physisch (Polio mit Ertaubung), Psychisch (frühere Misshandlungen)	Nein	Nein	Innerfamiliär (Täterin ist Ehefrau)

Einer der Täter hatte mehrmals vergeblich versucht, sich nach seiner Tat selbst zu töten. Beide Täter waren im Anschluss zu Freiheitsstrafen verurteilt worden, vergleiche dazu Tabelle 38.

Tabelle 38: Weitere Charakteristika der Täter im Fall von sexueller Gewaltausübung

ID	Suizid	Strafe	Strafmaß	Vorstrafen
2	Versuch	Freiheitsstrafe	7 Jahre	Keine, aber Anklagen in zwei Fällen (Diebstahl und rechtswidriger Vermögensvorteil durch Verwendung von Daten)
4	Nein	Freiheitsstrafe	9 Jahre	Keine

Eine mögliche Einteilung von Sexualtätern findet sich in der Literatur bei Beauregard und Proulx (2007) [61]:

1. Der Rächer, der Vorstrafen vorzuweisen hat, Alkohol und Drogen konsumiert und psychischen/physischen Missbrauch in der Vergangenheit erlebt hatte. Diesen projiziert er nun auf das Opfer und tötet es in einer Entladung seiner Wut und Traumatisierung. Er selbst ist hetero, -homo- oder bisexuell.
2. Der sexuelle „Predator“, welcher sexuelle Vorstrafen hat und zu sexuellem Sadismus neigt. Sein Opfer muss nicht unbedingt homosexuell sein, ist meist jünger und dem Täter unbekannt.
3. Der „nicht-sexuelle Predator“, bei dem die sexuelle Handlung nicht im Vordergrund steht, sondern der Manipulation des Opfers dient. Er tötet es meist im Zuge von Raubdelikten bei Gegenwehr. Sein Opfer ist vorwiegend allein lebend und homosexuell [61].

Diese Einteilung kann nicht auf die Berliner Studie übertragen werden, jedoch zeigen sich einige Gemeinsamkeiten: Einige der Täter in den untersuchten Fällen aus Berlin erlebten in der Kindheit sexuellen Missbrauch oder wurden zu sexuellen Handlungen genötigt.

Laut Görge und Nägele (2006) lässt sich vermuten, dass das Dunkelfeld bezüglich der sexuellen Gewalt an älteren Menschen immer noch sehr groß ist, da Sexualität der allgemeinen gesellschaftlichen Meinung nach nicht mit einem höheren Lebensalter vereinbar ist.

Sexualdelikte werden mit dem primären Motiv der sexuellen Handlung assoziiert, andere Gründe sind nicht vorstellbar [59]. Grenzen der Befragungen ergeben sich außerdem bei speziellen Personengruppen wie demenziell und psychisch Erkrankten sowie bei sozial isolierten Menschen [59]. Vor allem ältere Frauen melden sexuellen Missbrauch oft nicht aus Gründen der Angst vor Strafe, der Vergeltung und der Scham [60]. Problematisch ist zudem, dass die Zeichen

und Symptome sexuellen Missbrauchs gerade bei Älteren recht unspezifisch sind, vergleiche hierzu den Unterpunkt „6.4 Profilgruppen“. In Deutschland existieren bisher keine einheitlichen Opferbefragungen zum Thema der sexuellen Viktimisierung, eine Stichprobe eines Viktimisierungssurveys aus dem Jahre 2003 jedoch zeigt, dass bei den 25-Jährigen der Anteil derjenigen, die sexuelle Belästigung erfuhren, im vorangegangenen Jahr am höchsten war (45 %), wohingegen dieser bei den 60- bis 74-Jährigen 5 % und bei den ≥ 75 -Jährigen 3,3 % betrug [59]. Laut PKS 2010 machten Sexualdelikte 0,6 % an allen Straftaten aus [23]. Innerhalb dieses Deliktbereichs hatten Vergewaltigung und sexuelle Nötigung vor allem jüngerer Frauen, sowie sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen zum Nachteil von Kindern zugenommen. Die Opfergruppe der ≥ 60 -Jährigen hatte hier eine sehr kleine Bevölkerungsgefährdungsanzahl, es wurden 10 von 692 Opfern verzeichnet [23].

Alterstäter

Der Anteil der älteren Straftäter in dieser Studie macht 45,5 % (25/55) aus und ist somit sehr hoch. Hierbei ist nur ein geringer Prozentsatz weiblichen Geschlechts (20 % oder 5/25). Dies korreliert mit dem allgemein geringeren Anteil von weiblichen Tötungsverbrechen an den gesamten Tötungsdelikten [82]. Dennoch sind auch hier einige Tendenzen ablesbar: Die Täterinnen waren eher im höheren Lebensalter mit 69, 70, 81 und 85 Jahren (eine weitere war knapp über 60 mit genau 63 Jahren). Meist handelte es sich um die Ehefrauen des Opfers, die in 50 % aus Mitleid den schwerkranken Ehemann töteten. In weiteren Fällen spielten Aggressionen der Täterinnen eine große Rolle. Eine Besonderheit ist hier der sexuelle Missbrauch eines Opfers durch eine Frau. Diese hatte ihren Ehemann aus Motiven der Demütigung und Gewaltbereitschaft jahrelang körperlich missbraucht, bis er an seinen Verletzungen erlag (vergleiche dazu den vorigen Unterpunkt „Sexuelle Tatmotivation“, „6.3 Besonderheiten ausgewählter Opfer- und Tätergruppen“). Alkoholeinfluss war nur in einem Fall vorhanden. Drogen spielten keine Rolle. Die angewandten Tötungsmethoden waren bei den untersuchten Fällen im Allgemeinen sehr variabel. Die Frauen waren im Zuge der Gewaltausübung jedoch nicht unbedingt milder als die männlichen Täter. Für schuldig befunden wurden lediglich zwei Täterinnen, davon eine nur bedingt aufgrund der affektiven Belastung durch jahrelange Kränkungen durch den Ehemann und im Zuge einer alkoholischen Beeinflussung. Laut Gericht bestanden in diesem Fall eine krankhaft seelische Störung und eine erheblich verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB. In zwei Fällen entfiel die Strafe, da hierbei Tötung auf

Verlangen und versuchter erweiterter Suizid vor Gericht nicht belangt werden konnte. Die Täterin der ID A wurde nicht für schuldig befundet aufgrund eines hirnorganischen Psychosyndroms. Nach einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik wurde sie freigesprochen. Die Tabellen 39 und 40 zeigen die oben genannten Merkmale der weiblichen Täter auf:

Tabelle 39: Charakteristika der älteren Täterinnen ab 60 Jahren in Berlin

Täterinnen ab 60 Jahren					
ID	Geschlecht des Opfers	Beziehung zum Opfer	Tötungsart	Delikt	Motiv
A	w	Örtlich (Zimmernachbarin im Heim)	Stumpfe Gewalt	Körperverletzung mit Todesfolge (KmT)	Unklar (Täterin neigte zu Aggressionen und Gewalt)
B	m	Innerfamiliär (Ehefrau als Täterin)	Stich	Totschlag	Aggression und Demütigung
C	m	Innerfamiliär (Ehefrau als Täterin)	Kombination (Intoxikation, Nahrungs- u. Medikamentenverweigerung)	Tötung auf Verlangen	Schwere Krankheit des Opfers (Apoplex und Querschnittslähmung)
D	m	Innerfamiliär (Ehefrau als Täterin)	Schuss	Versuchter Erweiterter Suizid	Schwere Krankheit des Opfers (Nierenleiden, Tremor, Inkontinenz, Schlaflosigkeit)
E	m	Innerfamiliär (Ehefrau als Täterin)	Kombination (stumpfe Gewalt, Blutverlust, Unterkühlung)	Kombination (Körperverletzung mit Todesfolge und sexueller Missbrauch)	Verachtung aufgrund der Unterlegenheit des Opfers, Demütigung

Tabelle 40: Weitere Merkmale der älteren Täterinnen ab 60 Jahren in Berlin

ID	Blutalkohol	Drogen	Vertuschung	Suizid	Schuldfähigkeit	Strafe
A	Keine Angaben	Keine Angabe	Nein	Nein	Nein	Freispruch
B	1,51-2,00	Nein	Ja	Nein	Vermindert	Freiheitsstrafe 5 Jahre u. 3 Jahre auf Bewährung
C	Keine Angaben	Keine Angaben	Nein	Nein	Nein	Entfällt
D	0,00-0,50	Nein	Nein	Ja	Entfällt	Entfällt
E	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Freiheitsstrafe 9 Jahre

Betrachtet man die männlichen Alterstäter, so lassen sich bei einer Fallzahl von 20 (von insgesamt 25 älteren Tätern) deutlichere Tendenzen ablesen:

Ein Großteil fand sich hier im Altersbereich von 61 bis 68 Jahren (elfmal), die übrigen Täter waren in der Altersgruppe von 70 bis 93 Jahren (neunmal). Meist handelte es sich um die Ehemänner/Lebenspartner der Opfer, die ihren Partner aufgrund seiner schweren Krankheit töteten. Dies zeigte sich auch in der bevorzugten Deliktform, nämlich der Gruppe des erweiterten Suizids mit 70 % (oder 14/20) bzw. 75 % (inklusive einer Kombination mit erweitertem Suizid). Tötungsart Nummer eins war hier in 30 % (6/20) Gewalt gegen den Hals, darauf folgten Schusswaffengebrauch mit 25 % (5/20), Intoxikationen mit 15 % (3/20), stumpfe Gewalt mit 10 % (2/20) und Stich, Tatfolgen, Verbrennen und Kombinationen mit jeweils 5 % (1/20). Bei Förster (2009) stehen hier an erster Stelle die Schusswaffen, an zweiter die Halskompression und an dritter Stelle die scharfe Gewalt [40].

Gesamt waren 6 der 20 Alterstäter psychisch krank (Korsakow-Syndrom, Depressionen, Anpassungsstörungen, Alkoholabusus). Putkonen et al. (2010) stellen in ihrer Arbeit zu Homiziden im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen und älteren Tätern fest, dass Alkoholabusus und Persönlichkeitsstörungen häufig vertreten sind – und dies vor allem bei Tätern mit früherer Kriminalitätsgeschichte [33]. Bourget et al. betonen das gehäufte Auftreten von Depressionen bei älteren Tätern [26]. Der größte Teil der älteren Täter Berlins beging nach dem Homizid Selbstmord (11/20) oder versuchte sich zu suizidieren (3/20). An Nummer eins der Suizide stand hier die Schusswaffe (5/11), gefolgt von Erhängen (3/11), Ersticken mittels Plastiktüte (2/11) und Verbluten durch Pulsaderschnitte (1/11). Die Versuche erfolgten in zwei Fällen mittels Insulinüberdosierung und in einem Fall durch Pulsaderschnitte. Auch Förster (2009) zeigt, dass sich die meisten Täter erschossen oder erhängt hatten [40].

In der Berliner Studie entfiel bei 65 % (13/20) der Täter die Strafe, einer wurde freigesprochen. Das höhere Alter der Täter wurde vor Gericht nicht selten als mildernder Faktor gesehen (siehe dazu auch Putkonen et al. 2010 [33]), sofern es überhaupt zu einer Verhandlung kam, da die Täter mehrfach Suizid begangen hatten (55 % oder 11/20). In den Fällen, in denen es zu Freiheitsstrafen kam (viermal), war das Strafmaß recht gemäßigt: einmal drei Jahre, einmal sieben Jahre und sechs Monate mit drei Jahren auf Bewährung, je einmal acht und vier Jahre. Auch Hardtke (1991) hatte schon festgestellt, dass Ältere meist milder bestraft wurden: Die Täter waren meist Ersttäter in höherem Lebensalter, hatten keine Vorstrafen vorzuweisen und weniger gravierende Delikte begangen wie einfacher Ladendiebstahl, Betrug, Einbruch und Beleidigung [25]. Die vorliegende Studie bezieht sich jedoch auf schwerwiegendere Taten wie erweiterte Suizide im Rahmen der Tötungsdelikte. Dennoch fanden sich auch hier mildere Strafen bei geringer Vorbelastung (weniger Vorstrafen) der Täter.

In der Literatur finden sich nur wenige Studien zu Homiziden, die von Älteren verübt werden. Overshott et al. (2012) untersuchen dies im Hinblick auf psychiatrische Krankheiten. Dabei zeigte vor allem die Gruppe der ≥ 65 -Jährigen ihrer Studie Gemeinsamkeiten mit der vorliegenden Studie: Die meist männlichen Täter töteten ihre Ehefrauen (mittleres Alter 62) mittels scharfer und stumpfer Gewalt sowie Schusswaffen (11 %). Die Tat erfolgte meist spontan, aber in einzelnen Fällen auch aus vorausgegangenem Streit. In 22 % wurde Alkohol am Tattag konsumiert. Bis 69 % der Täter hatten mentale Krankheiten, allen voran Depressionen gefolgt von Schizophrenie. Die Verurteilung erfolgte vorwiegend aufgrund von Totschlag und war milder im Sinne der verminderten Schuldfähigkeit [84]. Obwohl die Studie Overshotts keine standardisierten Tests verwendet, kann eine Häufung an mentalen Erkrankungen im Zusammenhang mit Homiziden verzeichnet werden. Gesamt war die Anzahl der Homizide an Älteren jedoch immer noch recht klein.

Die Tabellen 41 und 42 zeigen die Charakteristika der männlichen Täter der vorliegenden Studie.

Tabelle 41: Charakteristika der männlichen älteren Täter ab 60 Jahren in Berlin

Täter ab 60 Jahren				
Opfer-geschlecht	Beziehung zum Opfer	Tötungsart	Delikt	Motiv
19 Frauen, 1 Mann	Freundschaftlich (n = 2); Innerfamiliär (n = 18): Täter als Ehemann (n = 16), Sohn (n = 1), Lebensgefährtin (n = 1)	Gewalt gegen den Hals (n = 6); Schusswaffengebrauch (n = 5); Intoxikation mit Zopiklon, Oxazepam; Zolpidem u. Morphin (n = 3); Stumpfe Gewalt (n = 2); Stich (n = 1); Tatfolgen: Tetraplegie nach Wirbelkörperdurchschuss und Pneumonie (n = 1) Verbrennen (n = 1); Kombination: Strangulation u. stumpfe Gewalt (n = 1)	Erweiterter Suizid (n = 5); Versuchter erweiterter Suizid (n = 3); Tötung auf Verlangen (n = 4); Gemeinsamer Freitod (n = 1); V.a. Tötung auf Verlangen/ Erweiterter Suizid (n = 1); Totschlag (n = 2); Körperverletzung mit Todesfolge (KmT) (n = 1); Kombination (n = 3): fahrlässige Brandstiftung u. fahrlässige Tötung; Totschlag u. KmT u. unerlaubtes Führen einer Waffe; Erweiterter Suizid u. Totschlag	Krankheit des Opfers (n = 10); Krankheit des Opfers und Täters (n = 2); Physische Krankheit des Täters (n = 1), Kombinationen (n = 3): Affektive Störung u. Korsakow (n = 1); Alkoholabusus u. Aggression u. Pflegebedürftigkeit des Opfers (n = 1), Alkoholabusus u. finanzielle Probleme (n = 1), unklar (n = 1)

Tabelle 42: Fortsetzung zu den Besonderheiten der männlichen Alterstäter in Berlin

Blutalkohol (Promille)	Drogen	Vertuschung	Suizid	Schuldfähigkeit	Strafe
0 (n = 7); 0,00-0,50 (n = 2); 0,51-1,00 (n = 1); 1,51-2,00 (n = 1); 2,51-3,00 (n = 2); Ja, ohne Werte (n = 2); Möglich (n = 1); Keine Angaben (n = 4)	Nein (n = 10); Keine Angabe (n = 10)	Nein (n = 16); Ja (n = 3); Unklar (n = 1)	Ja (n = 11); Nein (n = 6); Versuch (n = 3)	Entfällt (n = 14); Vermindert (n = 3); Evtl. vermindert (n = 2); Unklar (n = 1)	Freiheitsstrafe (n = 4); Psychiatrisches Krankenhaus (n = 1); Freispruch (n = 1); Entfällt (n = 13); Unklar (n = 1)

In der Literatur finden sich viele Studien zum Thema des Homizid-Suizids, ohne gesondert auf die Alterstäter einzugehen – obwohl laut Cohen et al. (in Eliason, 2009) die Inzidenz von Homizid-Suizid bei älteren Tätern über 55 Jahren doppelt so hoch ist [85]. Auch Salari (2007) betont, dass gerade Ältere von Homizid-Suizid gefährdet seien. Im Vordergrund steht hierbei das Ziel des meist kranken Täters, sein Leben auszulöschen und dabei den Partner mitzunehmen. Seltener sind primäre Homizide mit sekundärem Suizid zur Vertuschung der Tat [14]. Dennoch finden sich in vielen der allgemeinen Studien über den Homizid-Suizid Parallelen zu denen der Fälle, die von älteren Tätern begangen werden: Es handelt sich bei den jüngeren Tätern meist um Männer im Alter von 40 bis 50 Jahren, die ihre weiblichen Intimpartner im Streit aufgrund belastender Lebensereignisse wie physische Krankheiten, Eheprobleme etc. töten [27, 34, 38, 50-51]. Risikofaktoren für eine mögliche Tötung sind psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen, aber auch akute Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus), physische Erkrankungen des Opfers oder Täters (Tumore, koronare Erkrankungen), starke Abhängigkeiten in der Beziehung zum Partner, finanzielle Probleme, Eheprobleme und vergangene häusliche Gewalt [26-27, 29, 34, 38-39]. Frauen sind eher durch Homizid-Suizid gefährdet [52, 55]. Trotz dieser groben Einteilung ergeben sich einige Unterschiede zu Tötungsdelikten, die durch jüngere Täter verübt werden: Im Falle der Tötungsmotive finden sich

bei den Tätern in jüngeren Jahren in unterschiedlicher Rangfolge Streitigkeiten, Aggressionen, Beziehungskonflikte und finanzielle Probleme [28, 30, 32, 36, 53-55]. Padosch et al. (2003) [28] unterteilen zudem in die verschiedenen Altersstufen der Täter: Bei den Jüngeren unter 18 Jahren stehen emotionale Gründe an vorderster Stelle, danach wie bei erwachsenen Tätern die Bereicherungsabsichten, Streitigkeiten und sexuelle Motivation [28]. Differenzen in der Rangfolge sieht man auch anhand der Wahl der Tötungsmethoden: entweder scharfe Gewalt oder Schusswaffengebrauch an erster Stelle, gefolgt von stumpfer Gewalt oder Strangulation/Gewalt gegen den Hals [28, 31, 52, 54-55]. Bei Fischer et al. (1994) findet sich die stumpfe Gewalt sogar an erster Stelle. Frauen werden eher durch stumpfe Gewalt und Kombinationen umgebracht [52]. Als Täterinnen wenden Frauen stumpfe Gewalt, Strangulation, scharfe Gewalt und Schusswaffen an. Männer werden eher durch scharfe Gewalt getötet und benützen als Täter stumpfe sowie scharfe Gewalt und Schusswaffen. Die Täter sind den meist weiblichen Opfern zu einem Großteil bekannt, die Taten finden zu einem hohen Prozentanteil im sozialen Nahraum statt [28, 31, 36, 53, 55].

6.4 Profilgruppen

Obwohl sich ältere Menschen aufgrund der realistischeren Einschätzung des eigenen körperlichen Zustandes und der physischen Ressourcen seltener in risikoreiche Situationen als ihre jüngeren Mitmenschen begeben, werden sie aufgrund ihres sozialen und räumlichen Rückzuges aus der Öffentlichkeit dennoch vulnerabler für Gewalterfahrungen im sozialen häuslichen Nahfeld. Die Literatur ist sich teils sehr uneinig, ob sich durch diese Verschiebung in die häusliche Umgebung auch wirklich das Viktimisierungsrisiko erhöht. Denn dadurch gibt es weniger Gewalterfahrungen im öffentlichen Raum. Die meisten Autoren bezeugen jedoch den hohen Stellenwert des häuslichen und sozialen Nahbereichs der Opfer im Falle der Tötungsdelikte. Auch in der vorliegenden Studie kann diese Tatsache bestätigt werden: Sei es im Rahmen der Raubüberfälle oder der erweiterten Suizide, die einen Großteil der Tötungsdelikte ausmachen, so steht das häusliche Umfeld der Opfer meist im Mittelpunkt. Im Folgenden werden die Opfer und Täter in Berlin kurz im Überblick dargestellt.

Ein genauerer Blick auf die Opfer erlaubt eine Einteilung hinsichtlich des Geschlechts: Die weiblichen Opfer waren im Schnitt 75 Jahre alt, meist verheiratet und wurden durch Angriffe gegen den Hals bzw. Ersticken getötet. Die Männer waren etwa fünf Jahre jünger, lebten eher

alleine und wurden durch scharfe und stumpfe Gewalt umgebracht. Die Motivlage war bei beiden Geschlechtern gleich: vorrangig Bereicherung, gefolgt von Krankheit des Opfers und Krankheit des Täters. In der Bonner Studie gab es einen Unterschied hinsichtlich der Geschlechter der Opfer: Die Männer wurden oftmals aufgrund ihrer physischen/psychischen Krankheiten von einem Familienmitglied getötet, das früher selbst Gewalt erfahren hatte und sowohl finanziell als auch sozial abhängig vom Opfer war. Die Frauen wurden meist in ihrer Wohnung vom soziopathischen Nachbarn oder Verwandten aufgrund finanzieller Motive umgebracht [1]. Wie auch in der Bonner Studie findet sich in der vorliegenden Studie ein fast identisches Viktimisierungsrisiko für Männer und Frauen ab 60 Jahren, auch wenn sich Unterschiede hinsichtlich der Altersgruppen und Tötungsarten ergeben hatten [1].

Auch in der vorliegenden Studie beträgt der Anteil sexueller Viktimisierung Älterer nur wenige Prozentpunkte. Allerdings werden laut Püschel (2008) nur die wenigsten Opfer hierauf explizit eingehend untersucht, meist weil die Tat im privaten Raum stattfindet [13]. Dieser Raum ist der öffentlichen Kontrolle nicht wirklich zugänglich. Gefährdet sind hierbei vor allem pflegebedürftige Familienangehörige, die keine Möglichkeit mehr zur selbstständigen Inanspruchnahme von Hilfseinrichtungen haben [59]. Zudem sind gemäß Püschel (2008) sowie Bode-Jänisch et al. (2010) die körperlichen Zeichen sexuellen Missbrauchs an Älteren recht unspezifisch [2, 13]. Folgen intensivmedizinischer und pflegerischer Maßnahmen können Zeichen sexuellen Missbrauchs imitieren. Mechanismen der physiologischen Alterung wie die erhöhte Vulnerabilität und Trockenheit der Haut und Schleimhäute aufgrund des physiologischen Östrogenabfalls und weiterer Hormonveränderungen begünstigen hierbei das Auftreten von Verletzungen [2, 13]. Hinzu kommt die Scham der Opfer vor der Reaktion der Familie und der Öffentlichkeit im Falle des Aufdeckens von sexuellen Gewalterfahrungen [59-60]. Fulmer et al. (2004) betonen zudem die geringeren körperlichen und geistigen Ressourcen sowie die soziale Isolation zur Bewältigung von Missbrauch und Schaffung von Bewältigungsstrategien [60].

Trotz der Tatsache, dass sexueller Missbrauch von älteren Menschen in der Literatur noch unterrepräsentiert erscheint, kam dieser in der vorliegenden Studie immerhin in vier Fällen vor (drei Fälle mit sexueller Hauptmotivation und ein Fall mit Nebenmotivation). Die bekannten Opfer sexueller Gewalt waren in der Berliner Studie alle männlich und zu einem bedeutenden Teil im homosexuellen Milieu angesiedelt: Tatmotivation der meist jüngeren und sowohl finanziell als auch sozial unterlegenen Täter war die Abwehr sexueller Nötigung (siehe auch Heinemann und Püschel 1994 [4]). Sexueller Missbrauch richtet sich im Allgemeinen jedoch

eher gegen Frauen, und dies auch in höherem Lebensalter, wie Heinemann und Püschel (1994) feststellten [4]. Dieser erfolgte in ihrer Studie nicht nur im Zuge der Hauptmotivation des Täters, sondern auch als sekundäre Tatmotivation im Rahmen von Raubüberfällen [4].

Die Täter der vorliegenden Studie waren im Schnitt 52 Jahre alt, wobei auch hier die Frauen eher älter waren. Die Hauptgruppe der 17- bis 49-Jährigen war am stärksten vertreten. Die meisten Täter waren jünger als deren Opfer (38/55 oder 69,1 %) und stammten hierbei zu einem Großteil aus dem familiären und freundschaftlichen Umfeld (Partner 9/38 oder 23,7 %, Kinder und Enkelkinder 8/38 oder 21,1 %, Freunde 11/38 oder 28,9 %). Erkrankungen des Opfers als Tatmotivation kristallisierten sich jedoch erst verstärkt ab dem 49. Lebensjahr heraus.

Schiamberg und Gans (2000) betonen die große Gefahr des Missbrauchs gegen Ältere durch deren Kinder. Dieser findet meist im Rahmen der Pflegebedürftigkeit der Eltern und der damit verbundenen Überforderung der Kinder statt, die Beruf, Familie und Freizeit miteinander vereinbaren müssen [20]. Einen Großteil machte in der vorliegenden Studie jedoch auch die Gruppe der Alterstäter aus (45,4 % oder 25/55). Hierbei handelte es sich meist um Beziehungstaten, die leichter aufgeklärt werden konnten, wie z. B. die Gruppe des erweiterten Suizids. Betrachtet man die älteren Täter genauer, so sieht man, dass deren Tatmotivation meistens die Erlösung des Partners von dessen schwerer Krankheit war. Diese Tat war in der Regel deren einzige, wie auch schon die Hamburger Studie feststellt [4]. Dies lässt darauf schließen, dass ältere Menschen nicht unbedingt gewaltbereiter sind und aus reinen Bereicherungsabsichten heraus handeln. Es zeigt sich vielmehr die Hilflosigkeit und die Überforderung mit dem Leiden des Partners und der eigenen fehlenden Bewältigungsstrategie. Bezieht man sich auf Hardtke (1991), so lässt sich im Alter vielmehr ein Anstieg von leichteren Delikten wie einfacher Diebstahl verzeichnen. Auch Dankwarth und Püschel (1991) bezeugen einen Zuwachs an älteren Straftätern, jedoch ebenso im Sinne von mildereren Straftaten [5]. Die Tatsache des recht hohen Anteils an Tötungsdelikten durch ältere Täter/innen in der vorliegenden Studie liegt somit zu einem hohen Anteil auch an der guten Aufklärungsquote dieser Fälle. Dies darf jedoch nicht zu dem Schluss führen, dass die Zahl der verstärkt gewaltbereiten Alterstäter zunehmen wird. Vielmehr wird die Hilflosigkeit und Überforderung von älteren Menschen mit dem Leid des Partners in den Fokus gerückt.

Über die Hälfte der Täter aller Altersklassen wurde nicht als schuldig betrachtet, was an der hohen Repräsentanz der Gruppe des erweiterten Suizids lag. 40,7 % der Täter waren psychisch krank, die meisten davon waren jünger als 60 Jahre. Bei den psychiatrischen Erkrankungen

handelte es sich zu einem Großteil um die paranoide Schizophrenie, die Depression, die emotional instabile Persönlichkeitsstörung sowie den Alkoholabusus. Laut Belli et al. (2010) hatten etwa 5 % der Homizid-Täter eine Schizophrenie, meist dem paranoid-halluzinatorischen Subtyp zugehörend. Zu ca. 80 % erfolgte keine Medikamenteneinnahme, in den restlichen Fällen wurden die Medikamente zu einem hohen Anteil nicht regelmäßig eingenommen [35]. Das Vorhandensein einer Schizophrenie erhöhte das Risiko für einen Homizid um das Sechsfache, im zusätzlichen Fall von Alkoholabusus sogar um das 17-fache [35]. Neben Schizophrenien sind auch die Demenzen wichtige Risikofaktoren für Homizide aufgrund der Reizbarkeit und episodischer Anfälle von Aggression und Gewalt der Betroffenen [33]. Dennoch ist das allgemeine Homizid-Risiko im Alter immer noch niedriger aufgrund der geringeren physischen Kraft, weniger sozialen Kontakten und meist milderer Persönlichkeitsstörungen [33].

Die Zusammenschau aller Ergebnisse der vorliegenden Studie ermöglicht eine Einteilung der Opfer und Täter in spezielle Profilgruppen:

1. Zum einen gibt es die Gruppe der altersunabhängigen Tötungen. Tatmotive sind hierbei:
 - a) Streitigkeiten meist unter alkoholischer Beeinflussung. Diese sind aber seltener als bei jüngeren Opfern unter 60 Jahren und finden meist unter erheblicher alkoholischer Beeinflussung statt. Die Literatur unterstreicht, dass Alkohol ein Risikofaktor für gewalttätiges Handeln ist – er erleichtert die Konfliktentstehung und schwächt bzw. desorientiert das Opfer nachhaltig [6, 20, 26, 29, 38-39, 86].
 - b) Erkrankungen des Täters, die in den meisten Fällen zum psychiatrischen Formenkreis gehören. Scharfe Gewalt steht hier im Vordergrund. Besonderheit der vorliegenden Studie ist die Tatsache, dass die Erkrankungen des Täters/der Täterin an der Rangfolge der Tatmotivationen sehr weit oben stehen.
2. Zum anderen gibt es die Gruppe der altersabhängigen Homizide, wie auch schon die Aachener Studie mit dem Begriff der „Gerontozide“ festgestellt hat [3]. Hierbei werden die physischen, psychischen und sozialen Besonderheiten des höheren Alters bewusst ausgenützt, um die Tatbegehung zu erleichtern und die Tataufklärung zu erschweren [3]. Tatmotive sind in den Fällen der vorliegenden Studie:
 - a) Handtaschenraub oder häusliche Raubüberfälle meist an älteren Frauen im durchschnittlichen Alter von 70 Jahren. Görden et al. (2009) betonen dabei die große Gefahr der Trickdiebe, die sich Zugang zu den Wohnungen ihrer Opfer erschleichen und diese dann ausrauben [10]. Die Opfer waren in der vorliegenden Studie überwiegend zwar noch in gutem Gesundheitszustand, konnten aber die Tatfolgen

aufgrund geringer körperlicher Ressourcen und Immobilität schwer überwinden. Gerade bei Älteren kann die direkte physische Gewalt schon tödlich sein, da sie wehrloser sind und die erlebte Gewalt aufgrund geringerer körperlicher Ressourcen weniger gut verarbeiten können [9, 86].

- b) Tötung mit dem Ziel der Erlösung von körperlichem Leiden. Besonderheit der vorliegenden Studie war der hohe Anteil der Erkrankungen der Opfer auf der Rangliste der Tatmotivationen der Täter, die ebenso zu einem hohen Teil im Alter ab 60 Jahren waren. Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Tumore und Multimorbidität stehen hierbei im Vordergrund. Die Opfer lebten meist gemeinschaftlich mit dem Täter zusammen. Diese konnten den Leidensweg der Partner nicht mehr ertragen oder waren mit der Situation schlichtweg überfordert. Tötungsmethoden waren überwiegend Schusswaffen oder Intoxikation. In den Fällen der erweiterten Suizide wurden der physische und psychische Gesundheitszustand der älteren Opfer sowie deren örtliche und soziale Isolation gezielt ausgenutzt und erleichterten die Tatbegehung ungemein. Die Taten erfolgten nach langem Leidensweg schließlich dann oft als spontane Entladung der Ohnmachtsgefühle und Überforderung des Täters (siehe dazu Heinemann und Püschel 1994 [4]).

6.5 Zusammenfassung der Diskussion und Ausblick

Ob Ältere in Berlin im Gegensatz zu ihren jüngeren Mitmenschen öfter Opfer tödlicher Gewalt werden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Es wäre zu erwarten gewesen, dass aufgrund des demographischen Wandels der Anteil von älteren Opfern angestiegen wäre (siehe dazu auch Bode-Jänisch et al. [2]). Der Vergleich zwischen einerseits dem Verhältnis der ≥ 60 -jährigen Getöteten zu den Tötungsdelikten insgesamt und andererseits dem Wohnbevölkerungsanteil der ≥ 60 -Jährigen sowie den Ergebnissen der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik zeigen jedoch, dass der Anteil der älteren Homizidopfer recht klein ist. Dennoch haben viele ältere Menschen eine starke Furcht vor Kriminalität, die unangemessen erscheint („Viktimisierungs-Furcht-Paradoxon“) [10, 28, 45, 86]. Dieser Angst kann möglicherweise durch folgende Ansätze begegnet werden:

1. Die Ärzte sollten hinsichtlich möglicher Zeichen von Gewalt an Älteren geschult werden und für derartige Fälle einheitliche Leitlinien erhalten. Im Bereich des physischen

Missbrauchs beispielsweise zeigt Püschel (2008), worauf Ärzte bei der Opferuntersuchung besonders achten müssen: Abdrücke an der Innenseite der Oberarme, der Subaxillarregion und der Knöchel. Besonderes Augenmerk ist auf Gesicht, Nacken, Thorax und Genitale zu legen. Die Hände liefern zudem wichtige Hinweise für Abwehrverletzungen. Gerade im Bereich der sexuellen Gewalt müsste die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen, Dermatologen, Internisten, Hausärzten und Rechtsmedizinern gestärkt werden, um Missbrauchssymptome besser erkennen und die Täter zur Verantwortung ziehen zu können [13].

Die Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdbeibringung von Verletzungen gestaltet sich hierbei nicht nur bei Menschen, die Missbrauchssymptome überlebt haben, sehr schwierig, sondern auch im Falle der Homizide und Suizide. In der Literatur finden sich einige Studien hierzu. Druid (1997) macht deutlich, dass anhand der Lokalisation und des Schusskanals Homizide von Suiziden teilweise unterschieden werden könnten. Schüsse in den Mund, die rechte Schläfe und die linke Brust weisen häufig auf Suizide hin, Schüsse in die Augen oder den Rücken auf Homizide. Auch hier gibt es aber viele Überschneidungen [87]. Im Falle von Strangulationen zeigen Maxeiner und Bockholdt (2003), dass keine klare Differenzierung zwischen Fremd- und Selbstbeibringung möglich ist: Die strangulationsbedingte Gesichtsstauung ist allgemein abhängig von den Totenflecken und der körperlichen Konstitution der Opfer. Trotzdem spricht eine deutliche Stauung wohl eher für einen Suizid, ebenso wie eine hohe Intensität und Dichte von Petechien im Gesicht und im Bereich der Konjunktivae. Es sollten aber immer extrazervikale Verletzungen und die Tatumstände mitberücksichtigt werden [49]. Es wäre wünschenswert, wenn nicht nur Ärzte, sondern jedes medizinische und pflegerische Personal hinsichtlich folgender Punkte geschult werden: physische und psychische Zeichen von Gewalt, Mechanismen der Gewaltentstehung sowie der Wechselwirkung auf die eigene Person und die Erlernung effektiver Bewältigungsstrategien.

2. Zur Prävention von erweitertem Suizid sollten psychiatrische Erkrankungen, vor allem Depressionen, möglichst früh entdeckt und behandelt werden. Wie auch schon Salari (2007) betont, müsste hierfür auch der Partner des Erkrankten in die Arzt-Patienten-Beziehung offen mit einbezogen werden. Denn suizidgefährdete Personen stellen wiederum eine Gefahr für ihren Partner dar im Sinne einer Mitnahmetötung [14]. Bezüglich möglicher Suizidversuche und Selbsttötungs-Symptome könnte der Arzt herausfinden, ob in unmittelbarer zeitlicher Nähe ein Homizid-Suizid in der Umgebung stattgefunden hatte – denn hierbei besteht immer eine hohe Wahrscheinlichkeit der

Nachahmung [14]. Weitere wichtige Informationen könnten aus der Partnerschaft des betroffenen Paares gesammelt werden: Gab es früher schon einmal Fälle/Anzeigen von Gewalt in der Familie? Wurden hierbei die Polizei oder das Gericht eingeschaltet? Der Arzt könnte klären, ob in der Vergangenheit schon einmal Schutzeinrichtungen in Anspruch genommen wurden, und ob negative Erfahrungen mit diesen gemacht wurden [14].

3. Beim Angebot von Hilfseinrichtungen sollte darauf geachtet werden, dass diese für Ältere im Falle reduzierter Mobilität erreichbar sind [3, 59]. Notrufsysteme in der häuslichen Umgebung zu einem Pflegedienst könnten hier einen guten Nutzen leisten. Zudem wäre es wünschenswert, wenn ältere Menschen sozial besser eingebunden wären, (z. B. Nachbarschaftshilfen, Begleitdienste und Zusammenleben in gemischten Wohngemeinschaften) [4]. Dies betrifft auch potentielle Täter, die oftmals mit dem Leid des Partners überfordert sind, wie die hohe Anzahl der erweiterten Suizide zeigt. Auch Lanier et al. (2009) betonen, dass protektive Maßnahmen einen höheren Stellenwert besitzen als lediglich Sanktionen, Restriktionen und härtere Bestrafungen der Täter [86]. Es sollte vielmehr auf eine bessere soziale Integration der Älteren geachtet werden, womit wiederum eine stärkere Beziehung zu Vertrauens- und Hilfspersonen aufgebaut werden könnte.
4. Über die Gewalt an älteren Menschen, vor allem auch zu Tabuthemen wie sexuelle Viktimisierung im Alter könnte die Öffentlichkeit noch stärker sensibilisiert werden und dadurch präventiv wirken (vergleiche dazu auch [11]).
5. Sinnvoll wären zudem ausführlichere Leichenschauen oder möglicherweise die Ausbildung spezieller Leichenschauärzte, wie auch schon Vennemann (2001) gefordert hatte [15]. Ungeübte Ärzte können in diesen Fällen häufig vorkommende Tötungsmethoden wie beispielsweise Ersticken, Strangulation oder Intoxikation leicht übersehen, da hier die Zeichen recht unspezifisch sind [13].

Im Hintergrund all dieser Maßnahmen steht die Überzeugung der WHO, die „aktives Altern“ als einen „ (...) Prozess (sieht), in dem optimale Voraussetzungen für Gesundheit, Sicherheit und Partizipation geschaffen werden, um die Lebensqualität älter werdender und alter Menschen zu erhöhen“ [18].

7 Literaturverzeichnis

1. Schmidt, P., et al., *Tötungsdelikte an älteren Menschen im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin 1989-1998*. Rechtsmedizin, 2000. 10(5): S. 176-181.
2. Bode-Jänisch, S., et al., *Untersuchungsergebnisse und Obduktionsbefunde bei Gewaltdelikten gegen ältere Menschen*. Arch Kriminol, 2010. 226(5-6): S. 176-186.
3. Schäfer, A.T., *Tötungsdelikte an älteren Menschen. Eine Untersuchung zur Greisentötung anhand des Aachener Obduktionsgutes aus dem Zehn-Jahres-Zeitraum 1976-1985*. Arch Kriminol, 1989. 183(3-4): S. 65-78.
4. Heinemann, A., Püschel K., *Tötungsdelikte an alten Menschen*. Z Gerontol, 1994. 27(5): S. 306-312.
5. Dankwarth, G., Püschel K., *Straftaten gegen das Leben – Alte Menschen als Opfer und Täter*. Z Gerontol, 1991. 24(5): S. 266-270.
6. Coelho, L., et al., *Elder homicide in the north of Portugal*. J Forensic Leg Med, 2010. 17(7): S. 383-387.
7. Collins, K.A., Presnell, S.E., *Elder homicide: a 20-year study*. Am J Forensic Med Pathol, 2006. 27(2): S. 183-187.
8. Falzon, A.L., Davis G.G., *A 15 year retrospective review of homicide in the elderly*. J Forensic Sci, 1998. 43(2): S. 371-374.
9. Abrams, R.C., et al., *"Gray murder": characteristics of elderly compared with nonelderly homicide victims in New York City*. Am J Public Health, 2007. 97(9): S. 1666-1670.
10. Görgen, T., et al., *"Sicherer Hafen" oder "gefährvolle Zone"? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN, Hannover), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA, Berlin), Universität Hildesheim, Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol, Münster), Zoom-Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. (Zoom, Göttingen), 2009. S. 21-172. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit_C3_A4ts-Gewalterfahrungen-Leben-alter-Menschen-langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, aktueller Stand September 2013
11. Görgen, T., Nägele, B., *Nahraumgewalt gegen alte Menschen. Folgerungen aus der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellstudienprojekts*. Z Gerontol Geriatr, 2005. 38(1): S. 4-9.
12. Dawson, M., et al., *National trends in intimate partner homicides: explaining declines in Canada, 1976 to 2001*. Violence Against Women, 2009. 15(3): S. 276-306.
13. Püschel, K., *Elder Abuse and Gerontocide*, aus Rutty, G.N., *Essentials of Autopsy Practice. New Advances, Trends and Developments*. Springer Verlag, 2008: S. 77-111.

14. Salari, S., *Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention*. Clin Interv Aging, 2007. 2(3): S. 441-452.
15. Vennemann, B., et al., *Die Praxis der ärztlichen Leichenschau*. Dtsch Med Wochenschr, 2001. 126(24): S.712-716.
16. WHO: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>, aktueller Stand September 2013
17. Tesch-Römer, C., et al., *Informationsdienst Altersfragen*. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. 2012. S.3-21.
http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_01_2012_Januar_Februar_2012_gekuerzt_PW.pdf, aktueller Stand September 2013
18. Tesch-Römer, C., *Aktives Altern. Potenziale des Alters in Gesellschaft und Wirtschaft fördern – zukunftsfähige Lebenswelten gestalten*. Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2006, S. 17-24.
http://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/TeschRoemerAktivesAltern200603.pdf, aktueller Stand September 2013
19. Nowossadeck S., Enno N., *Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter*. Gerostat Report, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. 2011, S. 4-22.
http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Alterdaten_Heft_1-2_2011_PW.pdf, aktueller Stand September 2013
20. Schiamberg, L.B., Gans, D., *Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life*. Int J Aging Hum Dev, 2000. 50(4): S. 329-359.
21. Cooper, C., et al., *The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review*. Age Ageing, 2008. 37(2): S. 151-160.
22. Smith, J.E., Wolfe J.A., *Fear and criminal victimization among elderly public housing residents*. Am J Crim Justice, 1980. 5(1): S. 16-22.
23. Polizeipräsident Berlin, L.S. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2010*. S. 13-157.
http://www.berlin.de/imperia/md/content/polizei/kriminalitaet/pks/polizeiliche_kriminalstatistik_berlin_2010.pdf. aktueller Stand September 2013
24. Lauritsen, J.L., Heimer K., *The Gender Gap in Violent Victimization, 1973–2004*. J Quant Criminol, 2008. 24(2) S. 125-147.
25. Hardtke, F., *Alterskriminalität. Eine phänomenologische Darstellung mit Erörterungen kriminologischer und gerontologischer Erklärungsansätze*. Arch Kriminol, 1991. 188 (1-2): S. 1-19.
26. Bourget, D., et al., *Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender*. J Am Acad Psychiatry Law, 2010. 38(3): S. 305-311.

27. Logan, J., et al., *Characteristics of Perpetrators in Homicide-Followed-by-Suicide Incidents: National Violent Death Reporting System - 17 US States, 2003-2005*. Am J Epidemiol, 2008. 168(9): S. 1056-1064.
28. Padosch, S.A., et al., *Analyse der Tötungsdelikte 1989-1999 im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin unter Berücksichtigung ausgewählter Aspekte*. Arch Kriminol, 2003. 211(5-6): S. 147-159.
29. Paschen, A., Püschel K., *Der erweiterte Suizid im Wandel der Zeit (Hamburg 1950-2005)*. Arch Kriminol, 2007. 220(5-6): S. 159-169.
30. Sannemüller, U., et al., *Tötungsdelikte – soziodemographischer Hintergrund der Täter und tatspezifische Merkmale*. Arch Kriminol, 1999. 204(3-4): S. 65-74.
31. Curchod-Fernandez, C., La Harpe R., *Täterbezogene Analyse der vorsätzlichen Tötungsdelikte im Kanton Genf (1971-1990)*. Arch Kriminol, 2001. 207 1/2: S 12-18.
32. Mitterauer, B., et al., *Kommunikative Qualifikation von Tötungsdelikten als Aggressionstötungen und Verwerfungstötungen*. Arch Kriminol, 2006. 218(5-6): S. 173-178.
33. Putkonen, H., et al., *Homicide, psychopathy, and aging – a nationwide register-based case-comparison study of homicide offenders aged 60 years or older*. J Forensic Sci, 2010. 55(6): S. 1552-1556.
34. Liem, M., Nieuwbeerta P., *Homicide followed by suicide: a comparison with homicide and suicide*. Suicide Life Threat Behav, 2010. 40(2): S. 133-145.
35. Belli, H., et al., *Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey*. Compr Psychiatry, 2010. 51(2): S. 135-141.
36. Wirth, I., Strauch H., *Tötungsdelikte in Ostberlin von 1980 bis 1989. Teil II: Ermittlungsergebnisse und Rechtsfolgen*. Arch Kriminol, 2007. 219(1-2): S. 1-13.
37. Madea, B., *Praxis Rechtsmedizin, Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, Springer Verlag, 2. Auflage. 2007: S. 29
38. Saleva, O., et al., *Homicide-suicide – an event hard to prevent and separate from homicide or suicide*. Forensic Sci Int, 2007. 166(2-3): S. 204-208.
39. Dettling, A., et al., *Criteria for homicide and suicide on victims of extended suicide due to sharp force injury*. Forensic Sci Int, 2003. 134(2-3): S. 142-146
40. Foerster, K., *"Erweiterter Suizid" Ein problematischer Begriff*. Nervenarzt, 2009. 80(9): S. 1078-1084.
41. Kis, A., Herman s., *Gesundheitsberichterstattung Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-1. Suizidhäufigkeit in Berlin 1991-2005*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2007: S. 13.

42. WHO. Global burden disease, *Injuries and violence. The facts*. 2004: S. 1-3.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/VIP_key_facts.pdf, aktueller Stand September 2013
43. Roberts, K., et al., *Homicide-suicide in Durban, South Africa*. J Interpers Violence, 2010. 25(5): S. 877-899.
44. Madea, B., *Praxis Rechtsmedizin, Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, Springer Verlag, 2. Auflage. 2007: S. 92
45. Eckert, R., et al., *Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht*. Bundesministerium des Inneren, Bundesministerium der Justiz. *Kurzfassung*. 2006: S. 75-81.
http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Veroeffentlichungen/2_periodischer_sicherheitsbericht_kurzfassung_de.html, aktueller Stand September 2013
46. Doberentz, E., et al., *Zur Reliabilität von Leichenschaudiagnosen bei nichtnatürlichen Todesfällen vor und nach der Wiedervereinigung Deutschlands*. Arch Kriminol, 2010. 225(1-2): S. 1-17.
47. Brinkmann, B., et al., *Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland*. Dtsch Med Wochenschr, 2002. 127(15): S. 791-795.
48. Heinemann, A., Püschel K., *Zum Dunkelfeld von Tötungsdelikten durch Erstickungsmechanismen*. Arch Kriminol, 1996. 197(5-6): S. 129-141.
49. Maxeiner, H., Bockholdt B., *Homicidal and suicidal ligature strangulation – a comparison of the post-mortem findings*. Forensic Sci Int, 2003. 137(1): S. 60-66.
50. Large, M. M., et al., *High rates of homicide are associated with high rates of homicide-suicide*. J Forensic Leg Med, 2010. 17(4): S. 225-226.
51. Large, M. M., et al., *The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review*. Suicide Life Threat Behav, 2009. 39(3): S. 294-306.
52. Fischer, J., et al., *Types of trauma in cases of homicide*. Forensic Sci Int, 1994. 68(3): S. 161-167.
53. Wirth, I., Strauch H., *Tötungsdelikte in Ostberlin von 1980 bis 1989. Teil I: Viktimologie und Phänomenologie*. Arch Kriminol, 2006. 218(5-6): S. 158-172.
54. Padosch, S.A., et al., *Multiple einzeitige Tötungsdelikte – forensische und kriminologische Aspekte*. Arch Kriminol, 2004. 213(3-4): S. 92-101.
55. Kleemann, W.J., et al., *Opfer von Tötungsdelikten – soziale Situation und Tatumstände*. Arch Kriminol, 1994. 194(3-4): S. 65-70.
56. Large, M. M., Nielssen O., *Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008. 43(1): S. 37-44.

57. Reulbach, U., et al., *Alcoholism and homicide with respect to the classification systems of Lesch and Cloninger*. Alcohol Alcohol, 2007. 42(2): S. 103-107.
58. Lester, D., *The distribution of sex and age among victims of homicide: a cross-national study*. Int J Soc Psychiatry, 1986. 32(2): S. 47-50.
59. Görgen, T., Nägele B., *Sexuelle Viktimisierung im Alter*. Z Gerontol Geriatr, 2006. 39(5): S. 382-389.
60. Fulmer, T., et al., *Elder mistreatment in women*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2004. 33(5): S. 657-663.
61. Beauregard, E., Proulx J., *A classification of sexual homicide against men*. Int J Offender Ther Comp Criminol, 2007. 51(4): S. 420-432.
62. Payne, B.K., *An integrated understanding of elder abuse and neglect*. J Crim Justice, 2002. 30: S. 535-547.
63. Schmidt, P., et al., *Viktimologische Aspekte der Tötungsdelikte an älteren Menschen im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin*. Arch Kriminol, 1999. 204(1-2): S. 33-41.
64. Berlin-Brandenburg, Amt für Statistik, *Statistischer Bericht A I3-j/06. Bevölkerung in Berlin 2006. Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungsstand, Lebenserwartung*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2007. S. 8-32. http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2007/AI3_j06-B.pdf., aktueller Stand September 2013
65. Berlin-Brandenburg, Amt für Statistik, *Statistischer Bericht A I 3-j/10. Bevölkerung in Berlin 2010. Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungsstand, Lebenserwartung*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2011. S. 7-32. http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2011/SB_A1-3_j01-10_BE.pdf., aktueller Stand September 2013
66. Berlin-Brandenburg, Amt für Statistik, *Statistischer Bericht A IV 10-j/10. Sterbefälle nach Todesursachen in Berlin 2010. Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen..* Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2011. S. 12. http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2011/SB_A4-10_j01-10_BE.pdf., aktueller Stand September 2013
67. Berlin-Brandenburg, Amt für Statistik, *Statistischer Bericht AI 10-j/10. A VI 2-j/10. Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2010*. Statistik Berlin-Brandenburg, 2012, S. 9. http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2012/SB_A01-10-00_2010j01_BE.pdf, aktueller Stand September 2013
68. Häggström, M., *File:Human body silhouette.svg*. 2009. http://en.m.wikipedia.org/wiki/File:Human_body_silhouette.svg, aktueller Stand September 2013

69. Berlin-Brandenburg, A.f.S., *Statistisches Jahrbuch 2007 Berlin, Statistik Berlin Brandenburg*. 2007: S. 36-41. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/Jahrbuch/jb2007/BE_Jahrbuch_2007.pdf, aktueller Stand September 2013
70. Berlin-Brandenburg, A.f.S., *Statistisches Jahrbuch 2011, Statistik Berlin- Brandenburg*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2011: Kulturbuch-Verlag, Potsdam, S. 17-66. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/BBAusgabe_derivate_00000007/Stat_Jahrbuch_j11_BE.pdf;jsessionid=2CFE554BE00799C3622220C668EBF705, aktueller Stand September 2013
71. Berlin-Brandenburg, A.f.S., *Statistisches Jahrbuch 2008 Berlin, Statistik Berlin Brandenburg*. 2008: Kulturbuch-Verlag Potsdam, S. 36-41. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/Jahrbuch/jb2008/BE_Jahrbuch_2008.pdf, aktueller Stand September 2013
72. Berlin-Brandenburg, A.f.S., *Statistisches Jahrbuch 2009 Berlin, Statistik Berlin Brandenburg*. 2009: Kulturbuch-Verlag Potsdam, S. 36-41. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/Jahrbuch/jb2009/BE_Jahrbuch_2009.pdf, aktueller Stand September 2013
73. Berlin-Brandenburg, A.f.S., *Statistisches Jahrbuch 2010 Berlin, Statistik Berlin Brandenburg*, 2010: Kulturbuch-Verlag Potsdam, S. 36-41. https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/Jahrbuch/jb2010/BE_2010_BE.pdf, aktueller Stand September 2013.
74. *Aachen Profil*. Stand Ende Dezember 2010. http://www.aachen.de/de/stadt_buerger/aachen_profil/aachen_de.htm
75. Berlin, P. and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2002 Kriminalität in Berlin Band II, Teil 1. Deliktspezifischer Tabellenteil, Unterpunkt Straftaten insgesamt, F) Opfer nach Altersgruppen und Geschlecht*. 2002, S. 14. <http://www.berlin.de/polizei/kriminalitaet/pks.html>, aktueller Stand September 2013
76. Berlin, P. and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Kriminalität in Berlin Band II, Teil 1, Deliktspezifischer Tabellenteil, Unterpunkt Straftaten insgesamt, F) Opfer nach Altersgruppen und Geschlecht*. 2003, S. 14. <http://www.berlin.de/polizei/kriminalitaet/pks.html>, aktueller Stand September 2013
77. Berlin, P. and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2004 Kriminalität in Berlin Band II, Teil 1, Deliktspezifischer Tabellenteil, Unterpunkt Straftaten insgesamt, F) Opfer nach Altersgruppen und Geschlecht*. 2004, S. 14. <http://www.berlin.de/polizei/kriminalitaet/pks.html>, aktueller Stand September 2013
78. Berlin, P. and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2006, 1. Lageüberblick, Unterpunkt Opfer*. 2006, S. 9. http://www.berlin.de/imperia/md/content/polizei/kriminalitaet/pks/pks_berlin_2006.pdf?start&ts=1175078992&file=pks_berlin_2006.pdf, aktueller Stand September 2013

79. Polizeipräsident Berlin and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2007, 1. Kurzübersicht Kriminalität in Berlin 2007, Unterpunkt Opfer*. 2007, S. 18.
<http://www.berlin.de/imperia/md/content/seninn/abteilungiii/kriminalitaetsstatistiken2007/pks.pdf?start&ts=1204883902&file=pks.pdf>, aktueller Stand September 2013
80. Polizeipräsident Berlin and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2008, Kurzfassung Kriminalität Berlin 2008, Unterpunkt Opfer*. 2008, S. 22,
<http://www.berlin.de/polizei/kriminalitaet/pks.html>, aktueller Stand September 2013
81. Berlin, P. and L. Landeskriminalamt Berlin, *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2009, 5. Opfer und Schaden, Unterpunkt Opfer und Bevölkerungsgefährdungsanzahl (BGZ) 2009*, S. 136.
<http://www.berlin.de/polizei/kriminalitaet/pks.html>, aktueller Stand September 2013
82. Burgheim, J., *Diskussionen. Besonderheiten weiblicher Tötungsverbrechen*. Mschr Krim, 1994. 4: S. 232-237.
83. Tőro, K., et al., *Homicides against infants, children and adolescents in Budapest (1960-2005)*. J Forensic Leg Med, 2010. 17(8): S. 407-411.
84. Overshott, R., et al., *Homicide perpetrated by older people*. Int J Geriatr Psychiatry, 2012. 27(11): S. 1099-1105.
85. Eliason, S., *Murder-suicide: a review of the recent literature*. J Am Acad Psychiatry Law, 2009. 37(3): S. 371-376.
86. Lanier, D. et al., *Elder criminal victimization: Its relative rate compared to non-elders, 1992-2005*. Social Sci J, 2009. 46: p. 442-458.
87. Druid, H., *Site of entrance wound and direction of bullet path in firearm fatalities as indicators of homicide versus suicide*. Forensic Sci Int, 1997. 88(2): S. 147-162.

8 Anhang

Tabelle 1: Altersstruktur der Berliner Bezirke 2006 (aus den Quellen 64 und 65 des Literaturverzeichnisses. Abkürzungen der Bezirke auch der folgenden Tabellen siehe am Ende des Anhangs in der Legende)

ENDE 2006						
	Mitte	F-Hain/X-Berg	Pankow	Char-Wi	Spandau	Ste-Zeh
Gesamt (n)	326.422	265.857	358.210	315.557	224.304	288.575
m (n)	167.398	135.838	177.509	148.892	108.644	133.137
w (n)	159.024	130.019	180.701	166.665	115.660	155.438
Gesamt ≥ 60 Jahre (n)	15.199	9.245	15.071	22.863	14.756	21.363
	16.549	9.622	19.847	22.827	17.039	23.043
	11.428	6.755	14.409	13.928	11.350	14.565
	7.939	4.788	9.573	9.808	7.862	10.160
	5.075	3.022	5.938	8.083	5.413	8.052
	2.868	1.738	3.312	4.883	3.107	4.969
	2.049	1.016	2.483	3.719	2.221	3.081
Summe der Alten ab 60 Jahren (n)	61.107	36.186	70.633	86.111	61.748	85.233
Prozent an Wohnbevölkerung	18,7 %	13,6 %	19,7 %	27,3 %	27,5 %	29,5 %
m ≥ 60 Jahre (n)	7.926	4.740	7.182	11.257	7.365	10.177
	8.212	4.792	8.887	10.938	8.130	10.739
	5.223	2.971	6.353	6.227	5.104	6.622
	3.131	1.885	3.842	3.844	3.177	4.081
	1.441	845	1.701	2.265	1.627	2.368
	645	337	725	1.102	694	1.181
	411	212	401	805	525	608
Summe m ≥ 60 Jahre (n)	26.989	15.782	29.091	36.438	26.622	35.776
Summe w ≥ 60 Jahre (n)	34.118	20.404	41.542	49.673	35.126	49.457

Tabelle 2: Fortsetzung der Altersstruktur der Berliner Bezirke 2006 (aus den Quellen des Literaturverzeichnisses 64, 65)

ENDE 2006	Te-Schö	Neukölln	Tr-Kö	Marzahn-He	Lichtenberg	Reinickendorf
Gesamt (n)	332.066	305.458	236.524	249.881	258.738	242.445
m (n)	159.774	151.567	115.101	123.525	128.247	116.121
w (n)	172.292	153.891	121.423	126.356	130.491	126.324
Gesamt ≥ 60 Jahre	21.590	17.982	13.272	12.675	15.042	17.837
	22.572	19.684	20.463	13.866	18.085	19.760
	14.415	12.822	15.442	9.249	12.555	13.064
	9.658	8.351	9.945	6.338	8.454	8.645
	7.434	5.635	5.575	3.518	4.602	5.916
	4.505	3.347	2.948	1.779	2.507	3.444
	3.535	2.357	1.952	1.169	1.784	2.093
Summe der Alten ab 60 Jahren (n)	83.709	70.178	69.597	48.594	63.029	70.759
Prozent an Wohnbevölkerung	25,2 %	23,0 %	29,4 %	19,4 %	24,4 %	29,2 %
m ≥ 60 Jahre (n)	10.770	9.109	6.010	6.419	7.163	8.946
	10.936	9.774	9.081	6.664	8.446	9.487
	6.458	5.800	6.989	4.076	5.543	5.841
	3.769	3.167	4.387	2.601	3.536	3.523
	2.032	1.564	1.744	992	1.392	1.741
	1.044	778	789	455	574	796
	824	554	356	221	312	396
Summe m ≥ 60 Jahre (n)	35.833	30.746	29.356	21.428	26.966	30.730
Summe w ≥ 60 Jahre (n)	47.876	39.432	40.241	27.166	36.063	40.029

Tabelle 3: Altersstruktur Berlins Ende 2006 (aus der Quelle 69 des Literaturverzeichnisses)

Ende 2006	BERLIN
Gesamt (n)	3.404.037
m (n)	1.665.753
w (n)	1.738.284
Gesamt ≥ 60 Jahre (n)	806.884
m ≥ 60 Jahre (n)	97.064
	106.086
	67.207
	40.943
	19.712
	9.120
	5.625
Summe m ≥ 60 Jahre (n)	345.757
Summe w ≥ 60 Jahre (n)	461.127

Tabelle 4: Altersstruktur der Berliner Bezirke 2010 (aus den Quellen des Literaturverzeichnisses 64, 65)

Ende 2010	Berlin	Mitte	F-Hain/X-Berg	Pankow	Char-Wi	Spandau	Ste-Zeh
Gesamt (n)	3.460.725	333.199	270.158	370.938	320.458	226.240	295.737
Gesamt ≥ 60 Jahre (n)	44.535	3.516	2.146	3.395	5.217	3.155	4.434
	41.603	3.156	1.880	3.024	4.832	3.121	4.534
	38.238	2.851	1.733	2.822	4.725	2.827	4.287
	35.741	2.741	1.606	2.597	4.441	2.691	3.863
	28.085	2.252	1.371	1.867	3.752	2.112	3.117
	31.480	2.411	1.402	2.223	3.915	2.422	3.463
	41.314	2.919	1.672	3.221	4.829	3.087	4.615
	42.900	2.902	1.723	3.486	4.805	3.286	4.956
	40.790	2.803	1.770	3.420	4.502	3.102	4.503
	46.789	3.151	1.884	4.090	5.048	3.651	5.065
	44.744	3.170	1.790	4.010	4.701	3.502	4.808
	41.370	2.914	1.657	3.805	4.271	3.147	4.397
	37.991	2.612	1.498	3.412	3.841	2.907	3.964
	35.584	2.500	1.394	3.217	3.584	2.670	3.772
	33.413	2.380	1.309	3.131	3.209	2.642	3.502
	31.931	2.141	1.280	3.153	2.999	2.375	3.313
	28.969	2.016	1.177	2.772	2.733	2.186	2.910
	20.310	1.495	902	1.953	1.895	1.529	1.901
	18.498	1.383	833	1.760	1.769	1.368	1.804
	18.306	1.324	823	1.771	1.766	1.388	1.784
	18.432	1.358	811	1.845	1.753	1.455	1.915
	17.023	1.269	734	1.574	1.610	1.268	1.845
	15.598	1.039	696	1.474	1.572	1.198	1.689
	13.287	967	535	1.218	1.456	1.012	1.498
	12.657	837	528	1.118	1.511	987	1.550
	11.392	783	446	997	1.341	930	1.425
	9.521	645	390	808	1.164	744	1.209
	7.694	540	262	682	1.013	600	987
	7.611	467	297	684	958	625	975
	7.434	491	293	639	938	618	913
	26.044	1.695	810	2.354	3.655	2.044	3.127
Summe der Alten ab 60 Jahren (n)	849.284	60.728	35.652	72.522	93.805	64.649	92.125
Wohnbevölkerungsanteil (%)	24,5 %	18,2 %	13,2 %	19,6 %	29,3 %	28,6 %	31,2 %

Tabelle 5: Altersstruktur der Berliner Bezirke 2010 (aus den Quellen des Literaturverzeichnisses 64, 65)

Ende 2010	Te-Schö	Neukölln	Tr-Kö	Marzahn	Lichtenberg	Reinickendorf
Gesamt (n)	336.144	312.158	242.583	249.982	261.617	241.511
Gesamt ≥ 60 Jahre (n)	4.962	3.936	2.832	3.901	3.360	3.681
	4.866	3.692	2.547	3.402	3.050	3.499
	4.363	3.357	2.281	2.851	2.755	3.386
	4.008	3.184	2.187	2.629	2.677	3.117
	3.240	2.594	1.624	1.804	1.961	2.391
	3.616	2.731	2.043	2.063	2.272	2.919
	4.509	3.671	2.916	2.730	3.241	3.904
	4.673	3.719	3.127	2.827	3.489	3.907
	4.301	3.644	3.223	2.725	3.073	3.724
	4.771	4.034	3.957	3.069	3.903	4.166
	4.542	3.808	4.038	2.814	3.587	3.974
	4.208	3.541	3.872	2.612	3.352	3.594
	3.848	3.262	3.836	2.414	3.049	3.348
	3.526	2.962	3.680	2.190	2.927	3.162
	3.340	2.745	3.445	2.089	2.682	2.939
	3.074	2.671	3.459	1.997	2.646	2.823
	2.731	2.421	3.096	1.795	2.587	2.545
	1.947	1.667	2.106	1.388	1.802	1.725
	1.768	1.550	1.891	1.236	1.595	1.541
	1.635	1.447	1.888	1.212	1.675	1.593
	1.770	1.364	1.906	1.200	1.568	1.487
	1.627	1.337	1.732	1.123	1.514	1.390
	1.560	1.218	1.591	943	1.258	1.360
	1.359	1.019	1.237	807	1.039	1.140
	1.383	996	1.062	683	931	1.071
	1.200	894	932	628	787	1.029
	1.048	709	820	518	641	825
	845	580	664	385	520	616
	909	608	590	376	476	646
	919	541	581	346	534	621
	3.503	2.082	1.904	1.115	1.733	2.022
Summe der Alten ab 60 Jahren (n)	90.051	71.984	71.067	55.872	66.684	74.145
Wohnbevölkerungsanteil (%)	26,8 %	23,1 %	29,3 %	22,4 %	25,5 %	30,7 %

Tabelle 6: Altersstruktur der Berliner Bezirke 2010 (aus den Quellen des Literaturverzeichnisses 64, 65)

Ende 2010	Berlin	Mitte	F-Hain/X-Berg	Pankow	Char-Wi	Spandau	Ste-Zeh
Gesamt (n)	3.460.725	333.199	270.158	370.938	320.458	226.240	295.737
m (n)	1.695.438	171.388	137.825	182.999	151.546	110.085	137.384
w (n)	1.765.287	161.811	132.333	187.939	168.912	116.155	158.353
Gesamt ≥ 60 Jahren (n)	849.284	60.728	35.652	72.522	93.805	64.649	92.125
Wohnbevölkerungsanteil (%) der Alten ab 60 Jahren	24,5 %	18,2 %	13,2 %	19,6 %	29,3 %	28,6 %	31,2 %
m ≥ 60 Jahren (n)	21.102	1.753	279	1.628	2.407	1.458	1.942
	20.010	1.547	242	1.496	2.256	1.543	2.078
	18.474	1.443	189	1.395	2.293	1.331	1.961
	17.158	1.416	146	1.197	2.080	1.297	1.728
	13.963	1.149	139	896	1.818	1.079	1.496
	15.093	1.198	90	1.046	1.865	1.202	1.646
	19.932	1.503	63	1.501	2.395	1.536	2.152
	20.528	1.460	59	1.545	2.314	1.514	2.304
	19.473	1.440	56	1.602	2.111	1.716	2.075
	22.183	1.662	173	1.757	2.408	1.614	2.327
	21.010	1.493	1.074	1.777	2.200	1.456	2.216
	19.134	1.421	914	1.689	1.989	1.354	2.016
	17.405	1.161	898	1.514	1.814	1.220	1.853
	15.796	1.152	799	1.319	1.644	1.194	1.689
	14.868	1.089	716	1.325	1.437	1.061	1.538
	13.996	969	698	1.385	1.329	955	1.460
	12.493	907	798	1.169	1.182	626	1.314
	8.554	653	867	776	765	552	840
	7.722	573	880	752	733	524	797
	7.550	538	934	722	715	592	738
	7.330	545	862	738	664	479	740
	6.512	480	827	610	600	438	699
	5.735	365	721	542	593	369	616
	4.549	318	632	403	486	314	522
	3.893	260	600	340	459	261	486
	3.259	214	511	289	367	227	405
	2.444	154	474	204	284	155	317
	1.810	137	358	166	262	165	226
	1.775	116	340	158	199	154	253
	1.689	111	320	148	212	549	202
	6.120	423	311	415	919	1.532	724
Gesamt ≥ 60 Jahren (n)	849.284	60.728	35.652	72.522	93.805	64.649	92.125
m ≥ 60 Jahren (n)	371.560	27.650	15.970	30.504	40.800	28.467	39.360
w ≥ 60 Jahren (n)	477.724	33.078	19.682	42.018	53.005	36.182	52.765

Tabelle 7: Altersstruktur der Berliner Bezirke 2010 (aus den Quellen des Literaturverzeichnisses 64, 65)

Ende 2010	Te-Schö	Neukölln	Tre-Kö	Marzahn-He	Lichtenberg	Reinickendorf
Gesamt (n)	336.144	312.158	242.583	249.982	261.617	241.511
m (n)	162.501	154.733	118.137	123.613	128.845	116.382
w (n)	173.643	157.425	124.446	126.369	132.772	125.129
Gesamt ≥ 60 Jahren (n)	90.051	71.984	71.067	55.872	66.684	74.145
Wohnbevölkerungsanteil (%) der Alten ab 60 Jahren	26,8 %	23,1 %	29,3 %	22,4 %	25,5 %	30,7 %
m ≥ 60 Jahren (n)	2.294	1.875	1.397	1.961	1.598	1.715
	2.344	1.731	1.287	1.725	1.448	1.641
	2.072	1.654	1.131	1.428	1.301	1.567
	1.963	1.573	1.038	1.324	1.278	1.465
	1.658	1.336	759	944	911	1.201
	1.759	1.346	886	1.024	1.055	1.368
	2.204	1.832	1.326	1.346	1.477	1.862
	2.234	1.829	1.389	1.436	1.609	2.009
	2.140	1.783	1.387	1.272	1.396	1.873
	2.356	2.020	1.720	1.486	1.810	1.987
	2.196	1.845	1.755	1.411	1.706	1.935
	1.944	1.674	1.713	1.191	1.546	1.668
	1.794	1.580	1.625	1.081	1.328	1.580
	1.585	1.356	1.596	952	1.234	1.417
	1.537	1.230	1.495	920	1.167	1.336
	1.370	1.173	1.516	842	1.138	1.242
	1.146	1.079	1.342	758	1.085	1.082
	801	722	949	584	743	737
	726	615	843	518	681	592
	674	558	875	520	723	643
	715	484	830	491	659	561
	597	477	738	418	592	543
	549	415	648	340	470	517
	394	331	466	285	370	416
	393	277	366	208	303	341
	335	256	279	187	242	285
	236	180	244	138	171	199
	169	128	167	100	107	130
	219	142	132	67	111	154
	203	117	147	85	135	119
	936	521	452	250	341	417
Gesamt ≥ 60 Jahren (n)	90.051	71.984	71.067	55.872	66.684	74.145
m ≥ 60 Jahren (n)	39.543	32.139	30.498	25.292	28.735	32.602
w ≥ 60 Jahren (n)	50.508	39.845	40.569	30.580	37.949	41.543

Tabelle 8: Übersicht der prozentualen älteren Wohnbevölkerung Berlins (aus den Quellen 64 und 65 des Literaturverzeichnisses. Die Mittelwerte stellen gerundete Zahlen dar)

	Mitte	Friedrichshain - Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg- Wilmerdorf	Spandau	Steglitz- Zehlendorf
Prozent \geq 60 Jahre 2010	18,2 %	13,2 %	19,6 %	29,3 %	28,6 %	31,2 %
Prozent \geq 60 Jahre 2006	18,7 %	13,6 %	19,7 %	27,3 %	27,5 %	29,5 %
Mittelwert \geq 60 Jahre	18,5 %	13,4 %	19,7 %	28,3 %	28,1 %	30,4 %

Tabelle 9: Übersicht der prozentualen älteren Wohnbevölkerung Berlins (aus den Quellen 64 und 65 des Literaturverzeichnisses)

	Tempelhof- Schöneberg	Neukölln	Treptow- Köpenick	Marzahn- Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
Prozent \geq 60 Jahre 2010	26,8 %	23,1%	29,3 %	22,4 %	25,5 %	30,7 %
Prozent \geq 60 Jahre 2006	25,2 %	23,0 %	29,4 %	19,4 %	24,4 %	29,2 %
Mittelwert \geq 60 Jahre	26,0 %	23,1 %	29,4 %	20,9 %	25,0 %	30,0 %

Tabelle 10: Bevölkerungsstruktur der ≥ 60 -Jährigen Berlins der Jahre 2007 bis 2010 (aus den statistischen Jahrbüchern der Quellen 69 bis 73 des Literaturverzeichnisses)

	2010	2009	2008	2007	2006
Gesamt (n)	3.460.725	3.442.675	3.431.675	3.416.255	3.404.037
≥ 60 Jahre (n)	44.535	42.232	39.412	37.398	29.951
	41.603	38.843	36.880	29.549	33.544
	38.238	36.275	29.115	33.091	43.929
	35.741	28.616	32.632	43.277	45.788
	28.085	32.044	42.670	45.140	43.683
	31.480	42.029	44.403	43.044	50.254
	41.314	43.674	42.366	49.434	48.240
	42.900	41.592	48.619	47.394	44.657
	40.790	47.720	46.515	43.893	41.368
	46.789	45.681	43.141	40.618	38.838
	44.744	42.276	39.807	38.123	36.930
	41.370	38.937	37.336	36.148	35.665
	37.991	36.418	35.331	34.827	32.641
	35.584	34.430	33.894	31.891	23.345
	33.413	32.948	30.970	22.706	21.401
	31.931	30.018	21.964	20.753	21.708
	28.969	21.194	20.046	20.932	22.253
	20.310	19.321	20.158	21.423	20.819
	18.498	19.237	20.530	20.017	19.520
	18.306	19.527	19.094	18.602	17.221
	18.432	18.049	17.612	16.332	16.603
	17.023	16.626	15.384	15.719	15.564
	15.598	14.374	14.793	14.603	13.269
	13.287	13.778	13.594	12.371	11.179
	12.657	12.519	11.421	10.331	11.648
	11.392	10.489	9.462	10.671	11.833
	9.521	8.568	9.653	10.800	11.327
	7.694	8.665	9.689	10.147	7.953
	7.611	8.549	8.955	7.042	4.567
	7.434	7.755	6.116	3.966	3.727
	26.044	24.226	23.820	25.415	27.459
Summe der ≥ 60-Jährigen (n)	849.284	836.610	825.382	815.657	806.884
Wohnbevölkerungsanteil (%) der Alten ab 60 Jahren	24,5 %	24,3 %	24,1 %	23,9 %	23,7 %

Tabelle 11: Tötungsdelikte aus den Akten der Rechtsmedizin der Charité, der Freien- und der Humboldt Universität Berlin

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Tötungsdelikte gesamt (n)	56	46	60	53	41	46	39	35	36	38	30	480
Opfer ≥ 60 Jahre absolut (Tötungs-Delikte) (n)	11	8	8	7	8	9	4	7	14	8	9	93
Opfer ≥ 60 Jahre [%]	19,6%	17,4%	13,3%	13,2%	19,5%	19,6%	10,3%	20,0%	38,9%	21,1%	30,0%	19,4%

Tabelle 12: PKS: Gesamte Straftaten (Aus Quellen 23, 75 bis 81 im Literaturverzeichnis)

Jahr	Anzahl an älteren Opfern ab 60 Jahren (n)
2002	4327
2003	4160
2004	4168
2005	3963
2006	4017
2007	4049
2008	3977
2009	4231
2010	4343
Gesamt	37235

Legende:

F-Hain/X-Berg	Friedrichshain-Kreuzberg
Char-Wi	Charlottenburg-Wilmersdorf
Ste-Zeh	Steglitz-Zehlendorf
Te-Schö	Tempelhof-Schöneberg
Tre-Kö	Treptow-Köpenick
Marzahn-He	Marzahn-Hellersdorf

9 Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Judith Rebekka Lang, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: **„Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren in der Bundeshauptstadt Berlin (Jahreszeitraum 2000 bis 2010)“** selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autorin bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

10 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

11 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Michael Tsokos für die Betreuung der vorliegenden Arbeit, Herrn Dr. Sigurd Prieur für seine Hilfe im statistischen Bereich und für seine Gestaltungstips, Frau Susanne Mark, Frau Anett Neumann und Herrn David Johnson für die letzten Korrekturlesungen. Weiterhin danke ich den Archiven der Charité Berlin, der Humboldt Universität und der Freien Universität Berlin für die komplikationslose Aktenrecherche. Ebenso gilt mein Dank hier der Staatsanwaltschaft Berlin für die mögliche Akteneinsicht.

Auch meiner Familie danke ich für die Unterstützung bis zur Vollendung der vorliegenden Promotion.