

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

DISSERTATION

Primär unentdeckte Tötungsdelikte in Berlin 2007–2015

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Maximilian Unger

aus Berlin-Pankow

Datum der Promotion: 18.12.2020

Vorwort

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden veröffentlicht in:

Maximilian Unger, Marc Windgassen, Michael Tsokos, Primär unentdeckte Tötungsdelikte in Berlin 2007-2015, Archiv für Kriminologie, 2019

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

Inhaltsverzeichnis

I	Abbildungsverzeichnis	7
1	Einleitung	14
2	Zielsetzung	19
3	Material und Methode	20
4	Ergebnisse	22
4.1	Morde im Bundesgebiet und in Berlin	22
4.2	Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte	23
4.2.1	Alter der Opfer	23
4.2.2	Geschlechterverteilung	24
4.2.3	Todesart laut Totenschein	25
4.2.4	Anlass für die gerichtliche Obduktion	25
4.2.5	Tatsächliche Todesursache	26
4.2.6	Intoxikation zum Todeszeitpunkt	27
4.2.7	Aufklärungsrate	28
4.2.8	Beziehung zwischen Täter und Opfer	29
4.2.9	Wohnverhältnisse der Opfer	30
4.2.10	Alter der verurteilten Täter	30
4.2.11	Vorstrafen der verurteilten Täter	31
4.2.12	Tatort vs. Fundort	32
4.2.13	Auffindesituation	33
4.3	Kontrollgruppe	34
4.3.1	Alter der Opfer	34
4.3.2	Geschlechterverteilung	35
4.3.3	Todesart laut Totenschein	35
4.3.4	Anlass für die gerichtliche Obduktion	36
4.3.5	Tatsächliche Todesursache	37

4.3.6 Intoxikation zum Todeszeitpunkt	38
4.3.7 Aufklärungsrate	40
4.3.8 Beziehung zwischen Täter bzw. Angeklagter und Opfer.....	40
4.3.9 Wohnverhältnisse der Opfer	41
4.3.10 Alter der Täter bzw. Angeklagten.....	41
4.3.11 Vorstrafen der Täter bzw. Angeklagten	42
4.3.12 Tatort vs. Fundort.....	43
4.3.13 Auffindesituation	45
5 Kasuistiken.....	45
5.1 Fall 1.....	45
5.2 Fall 2.....	46
5.3 Fall 3.....	48
5.4 Fall 4.....	51
5.5 Fall 5.....	53
5.6 Fall 6.....	54
5.7 Fall 7.....	56
5.8 Fall 8.....	59
5.9 Fall 9.....	61
5.10 Fall 10	63
5.11 Fall 11	64
5.12 Fall 12	67
5.13 Fall 13	69
5.14 Fall 14	71
5.15 Fall 15	73
5.16 Fall 16	73
6 Diskussion	75
7 Literaturverzeichnis	90

8 Eidesstattliche Versicherung	98
9 Ausführliche Anteilserklärung an der Publikation	99
10 Lebenslauf.....	100
11 Danksagung.....	101

I **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Vollendete Fälle von Mord und Totschlag in Berlin, Hamburg, Köln und München 2007–2015 [38]	22
Abbildung 2: Anzahl der männlichen/weiblichen Opfer pro Altersgruppe (n = 16)	24
Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Opfer in Prozent (n = 16)	24
Abbildung 4: Todesart der Opfer nach den Angaben der primär leichenschauenden Ärzte auf den Totenscheinen (n = 16)	25
Abbildung 5: Alkohol- und medikamententoxische Beeinflussung der Opfer (n = 16)	27
Abbildung 6: Ermittlungsergebnisse/Aufklärungsrate (n = 16)	29
Abbildung 7: Wohnverhältnisse der Opfer (n = 16)	30
Abbildung 8: Anzahl der männlichen/weiblichen verurteilten Täter pro Altersgruppe (n = 7).....	31
Abbildung 9: Vorstrafen der verurteilten Täter (n = 7).....	32
Abbildung 10: Anzahl der männlichen/weiblichen Opfer pro Altersgruppe (n = 32).....	34
Abbildung 11: Geschlechterverteilung der Opfer in Prozent (n = 32).....	35
Abbildung 12: Todesart der Opfer nach den Angaben der primär leichenschauenden Ärzte auf den Totenscheinen (n = 32)	36
Abbildung 13: Alkohol- und medikamententoxische Beeinflussung der Opfer (n = 32).....	39
Abbildung 14: Ermittlungsergebnisse/Aufklärungsrate (n = 32).....	40
Abbildung 15: Wohnverhältnisse der Opfer (n = 32)	41
Abbildung 16: Anzahl der männlichen/weiblichen Täter bzw. Angeklagten pro Altersgruppe (n = 22).....	42
Abbildung 17: Vorstrafen der Täter bzw. Angeklagten (n = 22).....	43
Abbildung 18: Sektionsbefund – Fall 3	49
Abbildung 19: Sektionsbefund – Fall 3	50
Abbildung 20: Sektionsbefund – Fall 3	51

Abbildung 21: Auffindesituation – Fall 6.....	55
Abbildung 22: Auffindesituation – Fall 7.....	57
Abbildung 23: Zeitungsannonce – Fall 7 [<i>Berliner Woche</i> , 21.07. 2010].....	58
Abbildung 24: Zeitungsannonce – Fall 7 [<i>Berliner Woche</i> , 04.08. 2010].....	58
Abbildung 25: Auffindesituation – Fall 8.....	61
Abbildung 26: Postmortale Bildgebung – Fall 10	64
Abbildung 27: Sektionsbefund – Fall 11	66
Abbildung 28: Postmortale Bildgebung (pm-MSCT) – Fall 11	67
Abbildung 29: Sektionsbefund – Fall 13	70
Abbildung 30: Sektionsbefund – Fall 13	71

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gründe für die richterliche Anordnung der Obduktion (n = 16).....	26
Tabelle 2: Tatsächliche Todesursache nach erfolgter Obduktion (n = 16)	27
Tabelle 3: Diskrepanz zwischen Fundort der Leiche und mutmaßlichem Tatort (n = 16)	33
Tabelle 4: Bekleidungsstatus der Opfer (n = 16)	33
Tabelle 5: Gründe für die richterliche Anordnung der Obduktion (n = 32).....	37
Tabelle 6: Tatsächliche Todesursache nach erfolgter Obduktion (n = 32)	38
Tabelle 7: Diskrepanz zwischen Fundort der Leiche und mutmaßlichem Tatort (n = 32)	44
Tabelle 8: Bekleidungsstatus der Opfer (n = 32)	45

Primär unentdeckte Tötungsdelikte in Berlin 2007–2015

Abstract

Einleitung

Bei einer aktuell in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Obduktionsrate von unter 5 % schätzen Experten das Verhältnis von entdeckten zu unentdeckten Tötungsdelikten auf 1:2 bis 1:6. Als Hauptursache gilt seit Jahrzehnten die häufig fehlerhafte Durchführung der primären ärztlichen Leichenschau. Denn nur wenn hier ein nicht natürlicher oder ungewisser Tod attestiert wird, besteht üblicherweise die Chance, dass eine Obduktion zur Klärung der genauen Todesursache eingeleitet wird.

Methodik

Für die Untersuchungsgruppe wurden 16 Fälle primär unentdeckter Tötungsdelikte aus Berlin der Jahre 2007-2015 ausgewählt, bei denen vom leichenschauenden Arzt kein Hinweis auf einen gewaltsamen Tod gefunden wurde. Für die Kontrollgruppe dienten 32 Fälle aus dem als pars pro toto gewählten Jahr 2015, in denen aufgrund des dringenden Verdachtes auf ein Tötungsdelikt eine Sofortobduktion durchgeführt wurde.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Opfer aus der Untersuchungsgruppe lag bei 68 Jahren, das der Opfer aus der Kontrollgruppe bei 40 Jahren. In beiden Gruppen war die Geschlechterverteilung fast paritätisch. Der überwiegende Teil der Opfer aus der Untersuchungsgruppe verstarb aufgrund einer Gewalteinwirkung gegen den Hals (56 %), in der Kontrollgruppe hingegen verstarb ein Großteil aufgrund einer oder mehrerer Stich- und /oder Schnittverletzungen mit nachfolgendem Verbluten (41 %). In beiden Gruppen war der Täter in über 70 % der Fälle männlich und zu einem ähnlichen Prozentsatz stammte er aus dem sozialen Umfeld des Opfers. Sechs der 15 weiblichen Opfer (40 %) in der Kontrollgruppe wurden von Ihren Ehemännern oder Lebensgefährten getötet. 81 % der Opfer aus der Untersuchungsgruppe verstarben in der eigenen Wohnung, in der Kontrollgruppe waren es hingegen nur 34 %. Als Tatmotiv konnte in der Untersuchungsgruppe in 37,5 % eine Bereicherungsabsicht und in der Kontrollgruppe bei 60 % ein Streit ermittelt werden.

Schlussfolgerung

Vor allem bei älteren, allein lebenden und im häuslichen Umfeld Verstorbenen sollte bei der Leichenschau auch bei vermeintlich unauffälligen Szenarien die Möglichkeit eines gewaltsamen

Todes bedacht und nicht vorschnell von einem natürlichen Tod ausgegangen werden. Essentiell sind hierbei die vollständige Entkleidung des Leichnams sowie eine gezielte Suche nach oftmals nur dezenten Hinweisen z. B. für eine gewaltsame Halskompression. Auch regelmäßige Fortbildungen, eine angemessene Vergütung der Leichenschau, einheitliche Regelungen oder die Einführung eines amtlichen Leichenschauarztes können zur notwendigen Verbesserung der aktuellen Lage beitragen. Da die Aussagekraft einer äußeren Leichenschau allerdings begrenzt bleibt, ist und bleibt die Obduktion unerlässlich. Ohne eine deutliche Steigerung der Obduktionsrate ist es nahezu unmöglich, das Dunkelfeld unentdeckter Tötungsdelikte merklich aufzuhellen.

Homicides in Berlin 2007 – 2015, only discovered as such after an autopsy

Abstract

Background

The autopsy rate in Germany is less than 5 % and experts estimate the ratio of detected to undiscovered homicides to lie between 1:2 and 1:6. For decades, an inadequate performance of the external examination of the corpse has been considered to be the main cause. An autopsy – initiated to clarify the cause of death – follows only in the case of certification of an unclear or unnatural manner of death.

Methodology

16 cases of homicides in Berlin from 2007-2015, which were only discovered as such after a full autopsy, were studied. In all of these, the external examination alone had not provided any evidence of a violent death. As for the control group from 2015, this study contains 32 cases which were examined based on urgent suspicion of a possible homicide.

Results

The victims' age in the inspection group was 68 years on average, whereas that of the control group was 40 years. The gender distribution of the victims in both groups is approximately even. In over 50 % of the cases of the inspection group, the cause of death was an external force directed against the neck. However, 41 % of the control group died as a result of stab or incised wound and subsequent fatal haemorrhage. In more than 70 % of the cases, the perpetrator was male and belonged to the same social environment as that of the victim. The control group presents the result, that 40 % of female victims were killed by their male partner. Whereas 81 % of the inspection group died in their flat, merely 34 % of the control group were found in the same situation. The motifs for homicides show a difference, over one-third in the inspection group purposed enrichment, while nearly two-thirds of the deaths of the control group were committed based on contention.

Conclusion

The possibility of a violent death should be taken more seriously into consideration especially in the case of elderly people, living alone, who died at home. Undressing the corpse completely is an essential part of a targeted search for discreet hints, e.g. violent neck compression. Regular training, an appropriate remuneration for a thorough external examination of the corpse, uniform

regulations, and the introduction of a coroner could all contribute to the improvement of the current dire situation. A full autopsy remains however, in most cases, indispensable.

1 Einleitung

Unter dem Begriff des „Tötungsdelikts“ werden im deutschen Strafrecht verschiedene Straftaten subsumiert, die gegen das Leben eines anderen Menschen gerichtet sind. Dabei wird zwischen Tötungsdelikten im engeren Sinne und Tötungsdelikten im weiteren Sinne unterschieden. Als Tötungsdelikte im engeren Sinne, werden alle Straftaten des sechzehnten Abschnittes des besonderen Teils des Strafgesetzbuches (StGB) mit Ausnahme des Schwangerschaftsabbruchs (§ 218 StGB) sowie der Aussetzung (§ 221 StGB) bezeichnet. Dazu zählen Mord (§ 211 StGB), Totschlag (§ 212 StGB), Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) sowie die fahrlässige Tötung (§ 222 StGB). Alle diese Straftaten führen direkt zum Tod des bereits geborenen Menschen.

Dem gegenüber stehen die Tötungsdelikte im weiteren Sinne. Mit diesem Begriff werden all jene Straftatbestände bezeichnet, die zwar ebenfalls eine Verletzung des Rechtsgutes „menschliches Leben“ aufweisen, aber primär dem Schutz anderer Rechtsgüter, wie beispielsweise dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, gewidmet sind. Der Tod tritt zwar ebenfalls ein, wurde vom Täter allerdings nicht vorsätzlich verursacht. Dazu zählen beispielhaft die Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) und die schwere Brandstiftung (§ 306 Abs. 1 StGB). Ebenso fällt in diesen Bereich der Schwangerschaftsabbruch (§ 218 StGB) als Beendigung des ungeborenen Lebens sowie die Aussetzung (§ 221 StGB), welche den Charakter eines „Lebensgefährdungsdeliktes“ aufweist [1].

Im beispielhaft gewählten Jahr 2015 starben in der Bundesrepublik Deutschland 925.200 Menschen [2]. In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wurden für dasselbe Jahr 2.116 vollendete und versuchte Mord- und Totschlagsfälle registriert, darunter 281 vollendete und 368 versuchte Morde sowie 284 Fälle vollendeten und 1.183 Fälle versuchten Totschlags einschließlich Tötungen auf Verlangen [3]. Da in diese Statistik jedoch nur die der Polizei bekannt gewordenen Tötungsdelikte eingehen und ein Großteil der verübten Straftaten unerkannt bleibt, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen [4].

Die Existenz dieses Dunkelfelds ist keine Frage, im Gegenteil: Es ist ein seit vielen Jahrzehnten bekanntes, oft diskutiertes und vor allem mehrfach kritisiertes Problem.

Bereits 1957 machte der damalige Kriminalrat Bernd Wehner, Leiter der Kriminalpolizei Düsseldorf, in seiner Arbeit „Die Latenz der Straftaten“ auf dieses Problem aufmerksam. Er schätzte das Verhältnis zwischen entdeckten und unentdeckten Tötungsdelikten auf 1:3 bis 1:6 [5].

1997 wiederum schätzten Brinkmann et al. aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster die Dunkelziffer auf 1:2, wobei sie aber darauf hinweisen, dass das Ergebnis ihrer rechtsmedizinischen Multicenter-Studie einen geschätzten Minimalwert darstellt [6]. Das heißt, dass auf jedes registrierte Tötungsdelikt mindestens zwei unentdeckte Fälle kommen, welche nicht in der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) registriert werden. Oder anders ausgedrückt: „Jedes Jahr geht in Deutschland die Titanic mit Mann und Maus unter, ohne dass es einer merkt.“ [7]

Darüber, welche Schätzungen nun stimmen, lässt sich sicherlich nur spekulieren. Als Hauptursache allerdings wurden schon 1957 und werden bis heute vor allem Fehlleistungen der ärztlichen Leichenschau diskutiert, denn ein großer Teil der nicht natürlichen Todesfälle wird übersehen und den Verstorbenen ein natürlicher Tod bescheinigt. Gründe für die fehlerhafte Leichenschau gibt es viele: Mediziner, die seit vielen Jahren keine Leiche mehr zu Gesicht bekommen haben und denen schlicht die Ausbildung und Kenntnis über eine korrekt ausgeführte, gründliche Leichenschau fehlt [8-10], oder Notärzte, die ohne Kenntnis der Krankengeschichte des Toten oft schlichtweg überfordert sind [11, 12]. Mal wird darauf verzichtet, die Leiche komplett zu entkleiden [13-16], an anderer Stelle bei völlig unzureichenden Lichtverhältnissen gearbeitet [17-19], nicht selten wird auch wegen Rücksichtnahme auf Angehörige eine zeitraubende Untersuchung unterlassen oder aus Desinteresse und Aversion gegenüber der Leichenschau ein Totenschein ausgestellt, ohne den Leichnam überhaupt berührt zu haben [11, 18]. Qualitativ zeigt sich auch eine Abhängigkeit vom Ort der Durchführung. Demnach hat die häusliche Leichenschau, vor allem wegen der Rücksichtnahme auf Angehörige und häufig vorgefasste Meinungen aufgrund des Wissens um die Krankenvorgeschichte, die größte Dunkelziffer [11, 17, 20]. Bei einer Leichenschau außerhalb der Wohnung sind Fehler seltener, da die Situation meist eindeutig ist und der Arzt in aller Regel kein persönliches Verhältnis zum Toten hat [17].

Die Leichenschau im Krankenhaus stellt eine besondere Situation dar, da behandelnder und leichenschauender Arzt oftmals ein und dieselbe Person sind. Somit geben diese Ärzte indirekt Auskunft über die Qualität ihrer Arbeit [11], und beim Tod nach medizinischen Eingriffen kommt es ihrer Meinung nach oft einer Selbstanzeige gleich, einen nicht natürlichen oder ungewissen Tod zu attestieren [21].

Natürlich bedeutet das nicht, dass es allein den leichenschauenden Ärzten zuzuschreiben ist, dass viele Gewalttaten unerkannt bleiben. Manche Tötungsdelikte sind ohne sehr spezielle Kenntnisse kaum von einem Unfall oder Suizid zu unterscheiden. Nicht zuletzt deshalb werden immer wie-

der Forderungen nach einem amtlichen Leichenschauer laut [9]. Doch auch eine unzureichende institutionelle Abstimmung zwischen leichenschauhaltenden Ärzten, Polizei, Staatsanwaltschaft und Rechtsmedizin verunsichert viele Ärzte [22] und führt in manchen Fällen dazu, dass lieber ein natürlicher Tod bescheinigt wird, um Stress und Nachfragen zu vermeiden. Nicht selten sehen sich Ärzte großem Druck von Seiten der Polizei ausgesetzt [14, 21, 23], besser einen natürlichen Tod zu bescheinigen, da die Situation z. B. bei alten Menschen, mutmaßlichen Suiziden oder plötzlichem Kindstod doch scheinbar eindeutig sei und man nicht unnötig Aufwand betreiben wolle [7, 11]. Dabei ist es doch häufig das auffällig Unauffällige, das einen stutzig machen sollte [24]. Neben den als nicht natürlich deklarierten Todesfällen müssen auch ebensolche Fälle einer genaueren Untersuchung durch eine Obduktion zugeführt werden, in denen durchaus ein natürlicher Tod in Frage käme, zunächst allerdings keine klar fassbare Todesursache auszumachen ist. Denn der Tod ist zwar eine nicht widerlegbare Tatsache, die Bestimmung der Todesursache rein über die äußere Leichenschau jedoch, beinhaltet immer auch eine subjektive Meinung [25]. Die Obduktion hat das Ziel, ein klares und vor allem auch objektivierbares Urteil darüber fällen zu können, ob der Tod aufgrund einer natürlichen Todesursache, eines Unfalls, eines Suizids oder gar eines Tötungsdeliktes eingetreten ist [26].

Dabei muss zwischen drei Arten von Obduktionen unterschieden werden.

Zum einen gibt es die anatomischen Sektionen im Rahmen der medizinischen oder naturwissenschaftlichen Ausbildung. Dabei gilt in Berlin nach dem Gesetz zur Regelung des Sektionswesens (Sektionsgesetz), dass die Verstorbenen oder die nächsten Angehörigen der anatomischen Sektion zugestimmt haben, der betreffenden Person im Rahmen der Leichenschau ein natürlicher Tod attestiert wurde und vom zuständigen Standesamt ein Bestattungsschein erteilt worden ist. Die anatomische Sektion ist hingegen unzulässig, „[...] wenn sie erkennbar dem Willen oder der Weltanschauung des Verstorbenen widerspricht.“ (§ 8 Abs. 2 SRegG BE) [27].

Des Weiteren gibt es die klinische Sektion. Diese wird fast ausschließlich an in Krankenhäusern verstorbenen Patienten praktiziert. Hierbei gilt in Berlin nach dem Sektionsgesetz, dass entweder „[...] der Verstorbene oder seine Angehörigen im Behandlungsvertrag in die Sektion eingewilligt haben [...]“ (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 SRegG BE) oder die klinische Sektion der medizinischen Qualitätskontrolle beziehungsweise dem Fortschritt der Medizin dient. Außerdem können Fragen rund um das Gutachterwesen oder Versicherungsrecht sowie bei Erb- und Infektionskrankheiten eine klinische Sektion erfordern. Dabei dürfen sich in der Leichenschau keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod ergeben haben. Zudem ist die klinische Sektion nicht zulässig, wenn

sie erkennbar dem Willen oder Glauben beziehungsweise der Weltanschauung des Verstorbenen widerspricht, eine Einwilligung im Rahmen des Behandlungsvertrages nicht vorliegt oder die nächsten Angehörigen innerhalb von acht Tagesstunden der beabsichtigten Sektion widersprochen haben oder „Meinungsverschiedenheiten [...] unter widerspruchsberechtigten Angehörigen gleichen Grades bestehen.“ (§ 3 Abs. 3 Nr. 5 SRegG BE) [27].

Und zu guter Letzt gibt es die gerichtliche Obduktion. Dabei gilt bundesweit einheitlich nach § 152 in Verbindung mit § 87 der Strafprozessordnung, dass eine gerichtliche Obduktion bei Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod oder „[...] sofern zureichende tatsächliche Anhaltspunkte [...]“ (§ 152 Abs. 2 StPO) für eine Straftat als Todesursache vorliegen, von einem Richter auf staatsanwaltschaftlichen Antrag angeordnet und grundsätzlich von zwei Ärzten vorgenommen wird. Einer dieser Ärzte muss entweder Gerichtsarzt oder ein Arzt eines gerichtsmedizinischen bzw. pathologischen Instituts mit gerichtsmmedizinischen Fachkenntnissen sein und darf zuvor nicht an der Behandlung der dem Tod unmittelbar vorausgegangenen Krankheit beteiligt gewesen sein [28]. Eine gerichtliche Leichenöffnung ist ohne Zustimmung und gegen den Willen des Verstorbenen oder der Angehörigen möglich. Es besteht zwar die Möglichkeit für die Angehörigen Einspruch einzulegen, die rechtsmedizinische Praxis zeigt jedoch, dass dies so gut wie nie Erfolg hat [29].

Jedes der 16 deutschen Bundesländer hat eigene Gesetze und Verordnungen für die Regelung des Leichenschau- und Obduktionswesens, da eine oft geforderte bundeseinheitliche Regelung bis heute nicht existiert [30].

Dabei hängt die Dunkelziffer der Tötungsdelikte direkt von der Qualität der ärztlichen Leichenschau ab [17, 31]. Denn nur, wenn auf dem Totenschein eine nicht natürliche oder ungewisse Todesart angekreuzt wurde, was allenfalls in drei bis maximal zehn Prozent aller Todesfälle geschieht [21], besteht die Chance, dass ein Rechtsmediziner die Tote bzw. den Toten zu Gesicht bekommt, um dann mittels einer Obduktion zu untersuchen, woran diejenige Person gestorben ist [6, 22, 31-33].

All dies führt jedoch dazu, dass in der gesamten Bundesrepublik Deutschland weniger als 5 % der Verstorbenen seziert werden. In einer Studie aus den 1990er-Jahren registrierten die Autoren zudem zwischen 1994-1999 eine Abnahme der klinisch pathologischen Sektionshäufigkeit von 4 auf ca. 3 %, wobei die Häufigkeit rechtsmedizinischer Sektionen gleichbleibend niedrig bei ca. 2 % aller Verstorbenen lag [34].

In Österreich oder Finnland hingegen wurden im gleichen Zeitraum Raten von deutlich über 20 %, teils bis 30 % erreicht [35]. Dementsprechend niedrig sind die Exhumierungsraten im Vergleich zu Deutschland [36].

Nichtsdestotrotz wurden, meist um Geld zu sparen, in den letzten Jahren rechtsmedizinische Institute wie in Lübeck und Kiel oder Magdeburg und Halle zusammengelegt bzw. ganz geschlossen wie in Aachen und Marburg [37]. Es ist in solchen Fällen schlichtweg mit der geringsten Gegenwehr zu rechnen, denn „Tote gehen nun einmal nicht für ihre Rechte auf die Straße“ [24].

2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand von retrospektiv ausgewerteten exemplarischen Fällen aus Berlin eine Einschätzung zur Bedeutung der rechtsmedizinischen Untersuchung bei der Aufdeckung von primär unentdeckten Tötungsdelikten und der in diesem Rahmen möglichen Aufklärung von Tötungsdelikten zu geben.

Da aufgrund fehlender Möglichkeiten bei der Evaluierung von Dunkelfeldern eine Angabe über die Häufigkeit unentdeckter Tötungsdelikte nur bedingt möglich ist, konzentriert sich diese Studie vor allem auf die Ursachen für das Vorhandensein dieses Dunkelfeldes.

Die im Rahmen der ärztlichen Leichenschau erhobenen Befunde werden mit den Ergebnissen der Obduktion verglichen, auftretende Unstimmigkeiten kritisch betrachtet und sofern möglich, deren Ursache analysiert.

Im Zuge dessen erfolgt ein Vergleich zwischen den Fällen primär unentdeckter Tötungsdelikte auf der einen Seite mit Fällen, welche primär mit dem dringenden Verdacht auf ein Tötungsdelikt einer Sofortobduktion zugeführt wurden, auf der anderen Seite. Vorhandene Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Attestierung der Todesart, der Todesursache, dem Tathergang und in den Fällen der primär unentdeckten Tötungsdelikte übersehene Anzeichen für einen gewaltsamen Tod werden herausgearbeitet und mögliche Vergleiche zwischen den einzelnen Fällen gezogen. Die Täter bzw. Tatverdächtigen bzw. Angeklagten und Opfer beider Gruppen werden auf ihr Alter, das Geschlecht und die soziale Situation hin analysiert, Motive herausgearbeitet und es werden, soweit dies möglich ist, Rückschlüsse auf besonders häufig vorkommende Opfer- und Täterprofile gezogen.

Zudem soll evaluiert werden, welche Aspekte bei der ersten Begutachtung des Leichnams verbessert werden können und welche Befunde, sofern vorhanden, besonders beachtet werden sollten. Im Zuge dessen werden Fehlerquellen auf ärztlicher Seite eruiert und anhand dessen beispielhaft einige mögliche Lösungsansätze und Verbesserungsvorschläge für die Bundesrepublik Deutschland skizziert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden mit denen anderer Studien ähnlichen Inhalts verglichen und es wird geprüft, ob und inwieweit sich daraus Vergleiche oder Trends ableiten lassen.

3 Material und Methode

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Fallstudie mittels Einzelfallanalyse und Vergleich mit einer passenden Kontrollgruppe.

Hierzu wurden Obduktionsprotokolle und dazugehörige Unterlagen wie polizeiliche und, sofern vorhanden, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsergebnisse sowie Gerichtsunterlagen des rechtsmedizinischen Instituts der Humboldt-Universität zu Berlin, der Freien Universität zu Berlin (seit 2006 gemeinsames Institut für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin) sowie des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin aus den Jahren 2007 bis 2015 untersucht.

Ein Ethikvotum wurde nicht eingeholt, da es sich in dieser Promotion nicht um Untersuchungen an Patienten bzw. Patientinnen oder Proben von an Lebenden entnommenem Material handelt, sondern um eine rein postmortale Sektionsstudie mit Aktenauswertung.

Für die Untersuchungsgruppe dieser Studie ausgewählt wurden nur solche Fälle, in denen vom leichenschauenden Arzt am Fundort der Leiche nicht von einem Tötungsdelikt ausgegangen wurde (in einem Fall fand am Fundort lediglich eine kriminalpolizeiliche Leichenschau statt, welche ebenfalls keinen Anhalt für ein Tötungsdelikt erbrachte). Insgesamt ergaben sich 21 potentielle, in die Studie einzuschließende Fälle aus den Jahren 2007–2015.

Von diesen 21 Fällen wurden fünf Fälle (drei Unfälle mit Todesfolge, ein Suizid sowie ein Tod durch OP-bedingte Komplikationen) ausgeschlossen, da der durch die Obduktion gestellte Verdacht eines Tötungsdeliktes im weiteren Ermittlungsverfahren eindeutig widerlegt werden konnte. Letztendlich ergaben sich somit vier Fälle aus dem Jahr 2009, jeweils drei Fälle aus den Jahren 2007 und 2012, zwei Fälle jeweils aus den Jahren 2010 und 2014 sowie jeweils ein Fall aus den Jahren 2008 und 2015. Aus den Jahren 2011 und 2013 resultierten keine in Frage kommenden Fälle. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass in einigen Fällen aufgrund der erhobenen Befunde im Rahmen der durchgeführten Obduktion von Seiten der Rechtsmedizin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einem Gewaltverbrechen auszugehen war. Allerdings wurde diese Meinung in den retrospektiven Fällen nicht immer von Seiten der Ermittlungsbehörden geteilt und Ermittlungen in diesen Fällen in der Annahme eines nicht gewaltsamen Todes eingestellt.

Für die Kontrollgruppe dieser Studie dienten alle Fälle aus dem als pars pro toto gewählten Jahr 2015, in denen aufgrund des dringenden Verdachtes auf ein Tötungsdelikt eine Sofortobduktion

durchgeführt wurde. Insgesamt ergaben sich so 45 potentielle Fälle, von denen 13 aufgrund fehlender eindeutiger Hinweise auf ein Tötungsdelikt nicht in die weitere Analyse mit einbezogen wurden.

Es sei zudem erwähnt, dass neben Tötungsdelikten im engeren Sinne auch Tötungsdelikte im weiteren Sinne (s.o.) Einzug in diese Arbeit fanden.

Sofern möglich, wurden sich ergebende Fragen direkt mit den jeweiligen Obduzenten der Verstorbenen Fälle geklärt und im Zuge dessen eventuelle Zusatzinformationen eingeholt. Gerade in den Fällen aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte, in welchen keine weiteren Ermittlungen von Seiten der Polizei oder Staatsanwaltschaft angestrebt wurden, war es interessant und wichtig, den Standpunkt und die Beweggründe in Erfahrung zu bringen, warum von Seiten der Rechtsmedizin weiterhin von einem Tötungsdelikt ausgegangen werden sollte.

Zudem wurden von der Staatsanwaltschaft Berlin bereits vorhandene Urteile abgeschlossener Fälle eingeholt, die ebenfalls in die Arbeit einfließen. Da einige Fälle zum Zeitpunkt des Erstellens dieser Arbeit noch nicht abgeschlossen waren, und um die laufenden Ermittlungen nicht zu gefährden, wurden etwaige relevante Informationen zum aktuellen Ermittlungsstand und zu möglicherweise vorhandenen Informationen bezüglich des oder der Tatverdächtigen bzw. Angeklagten an dieser Stelle nicht genannt.

Zu guter Letzt wurde anhand geeigneter Stichwortsuchen eine Literatursuche in der PubMed-Datenbank bezüglich vergleichender, auch internationaler Literatur durchgeführt, relevante Arbeiten und Veröffentlichungen der letzten Jahre und Jahrzehnte gesammelt, ausgewertet und in die Arbeit aufgenommen sowie versucht, Rückschlüsse und vergleichende Aussagen bezüglich der erhaltenen Informationen zu treffen.

4 Ergebnisse

4.1 Morde im Bundesgebiet und in Berlin

Im nachfolgenden Diagramm in Abbildung 1 sind die vollendeten Fälle für Mord und Totschlag je 100.000 Einwohner für die vier Bevölkerungsreichsten Städte Deutschlands Berlin, Hamburg, München und Köln im Vergleich für die Jahre 2007–2015 abgebildet [38].

Es ist zu erkennen, dass in Hamburg in den letzten Jahren eher ein Anstieg zu verzeichnen ist, wobei in Berlin die Zahlen rückläufig zu sein scheinen. Dieser Abwärtstrend ist auch für Köln und München erkennbar, einzig das Jahr 2015 zeigt in beiden Städten wieder einen Anstieg der Fallzahlen.

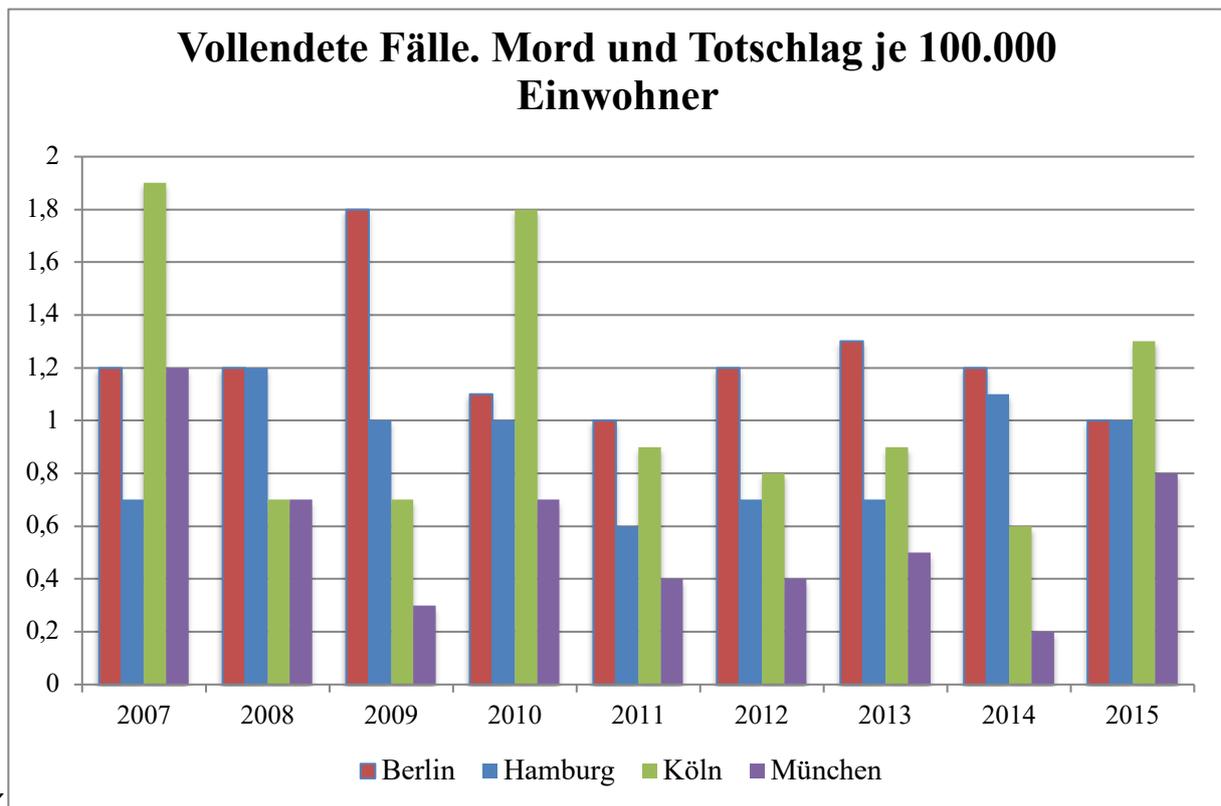


Abbildung 1: Vollendete Fälle von Mord und Totschlag in Berlin, Hamburg, Köln und München 2007–2015 [38]

Aus den Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg [39], den Unterlagen des Instituts für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin 2007–2015 geht eine gerichtliche Sektionsquote von durchschnittlich 6,2 % hervor, mit einem Maximum von 6,6 % im Jahr 2009 und einem Minimum von 5,7 % im Jahr 2015. Diese Quote sollte allerdings nicht ohne weiteres als „Standardmaß“ für andere Städte der Bundesrepublik herangezogen werden, da Berlin zusammen mit Hamburg als traditionelle Prosekturstädte schon immer eine vergleichsweise hohe Sektionsquote innerhalb Deutschlands aufwiesen [34]. Zudem ist den Daten zu entnehmen, dass die Obduktionszahlen seit 2013 kontinuierlich rückläufig sind. Die Anzahl verstorbener Personen hingegen steigt stetig. Aufgrund einer fehlenden Registrierung jährlich erfolgter Obduktionen auf Landes- wie auch auf Bundesebene ist deren Auswertung an dieser Stelle leider nicht möglich. Es ist jedoch im Hinblick auf die stetig sinkenden Sektionsraten in der Vergangenheit am ehesten mit einer Abnahme der Sektionsfrequenz, zumindest jedoch mit einer Stagnation, im untersuchten Zeitraum zu rechnen [34].

4.2 Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte

4.2.1 Alter der Opfer

Das Durchschnittsalter der Opfer lag bei 68 Jahren, wobei das jüngste 32 und das älteste 87 Jahre alt waren. Zwölf (75 %) der Betroffenen waren zwischen 70 und 89 Jahre alt, wobei wiederum zwei Drittel davon der Altersgruppe 70–79 Jahre angehörten.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der männlichen und weiblichen Opfer pro Altersgruppe.

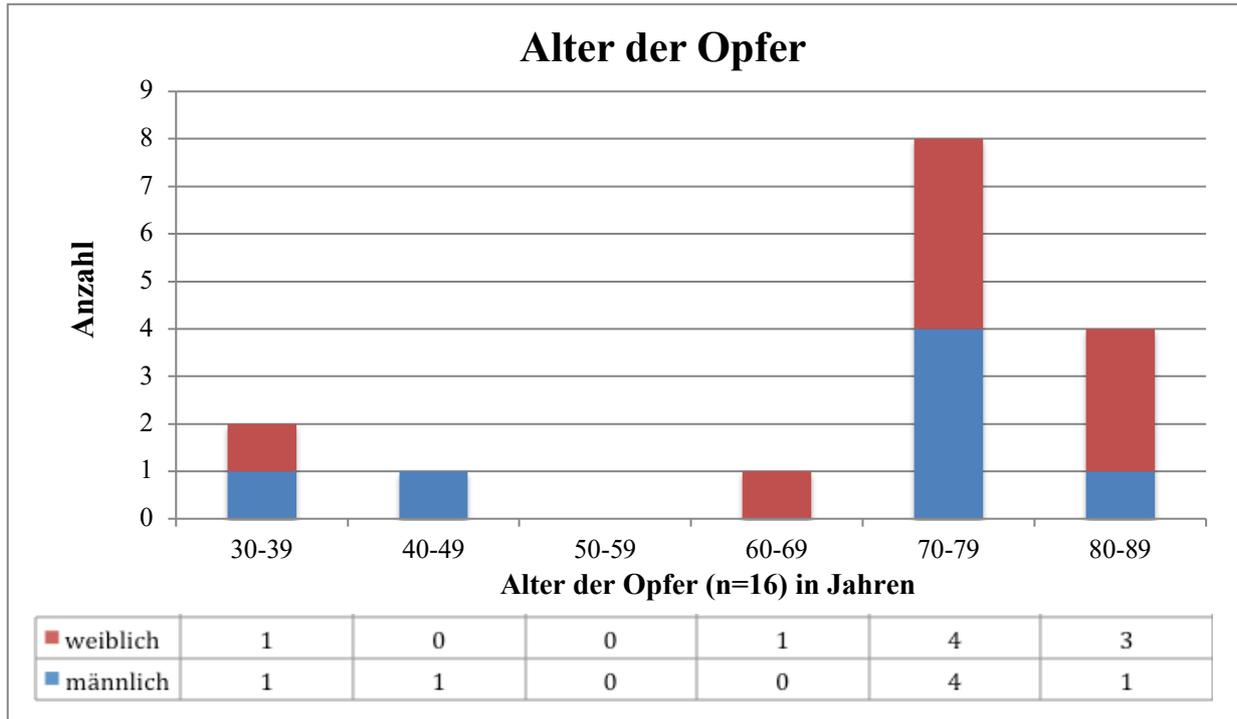


Abbildung 2: Anzahl der männlichen/weiblichen Opfer pro Altersgruppe (n = 16)

4.2.2 Geschlechterverteilung

Von den insgesamt 16 Opfern waren neun weiblich (56 %) und sieben männlich (44 %), wie der folgenden Abbildung 3 entnommen werden kann.

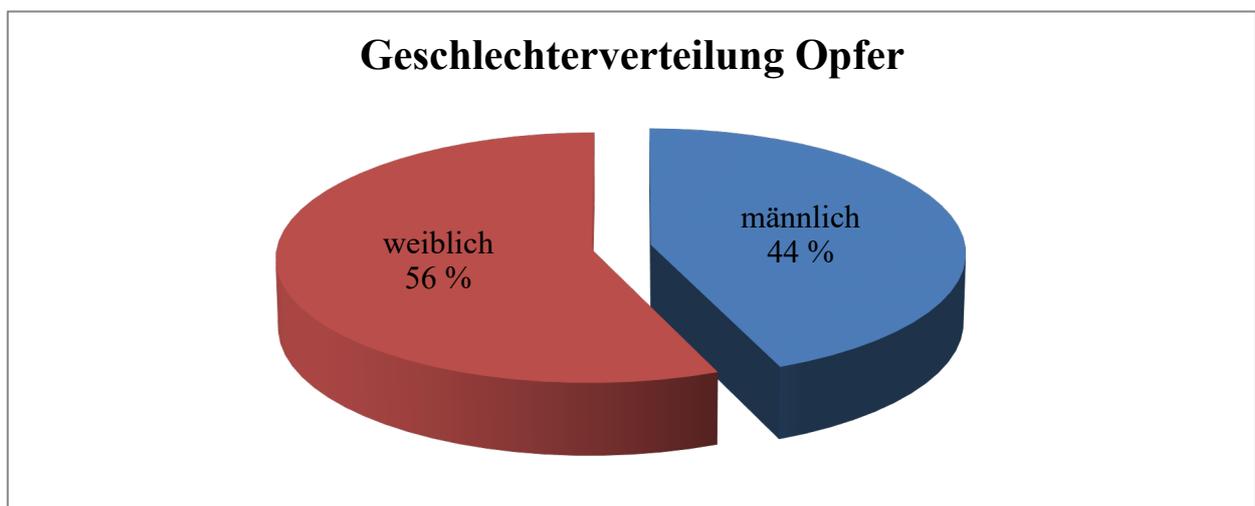


Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Opfer in Prozent (n = 16)

4.2.3 Todesart laut Totenschein

Bei zwölf der 16 Opfer (75 %) wurden bei der primären Leichenschau weder Hinweise auf einen nicht natürlichen Tod bzw. ein Tötungsdelikt, noch plausible Anhaltspunkte für einen natürlichen Tod festgestellt und daher die Todesart auf dem Totenschein als „ungewiss“ vermerkt. Zwei Betroffenen wurde ein nicht natürlicher Tod, ohne Anhaltspunkte für ein Tötungsdelikt gefunden zu haben, attestiert und bei einer Person ein natürlicher Tod festgestellt. Bei einem Opfer war im Nachgang keine Information bezüglich der primär attestierten Todesart zu finden, da der Totenschein nicht auffindbar war.

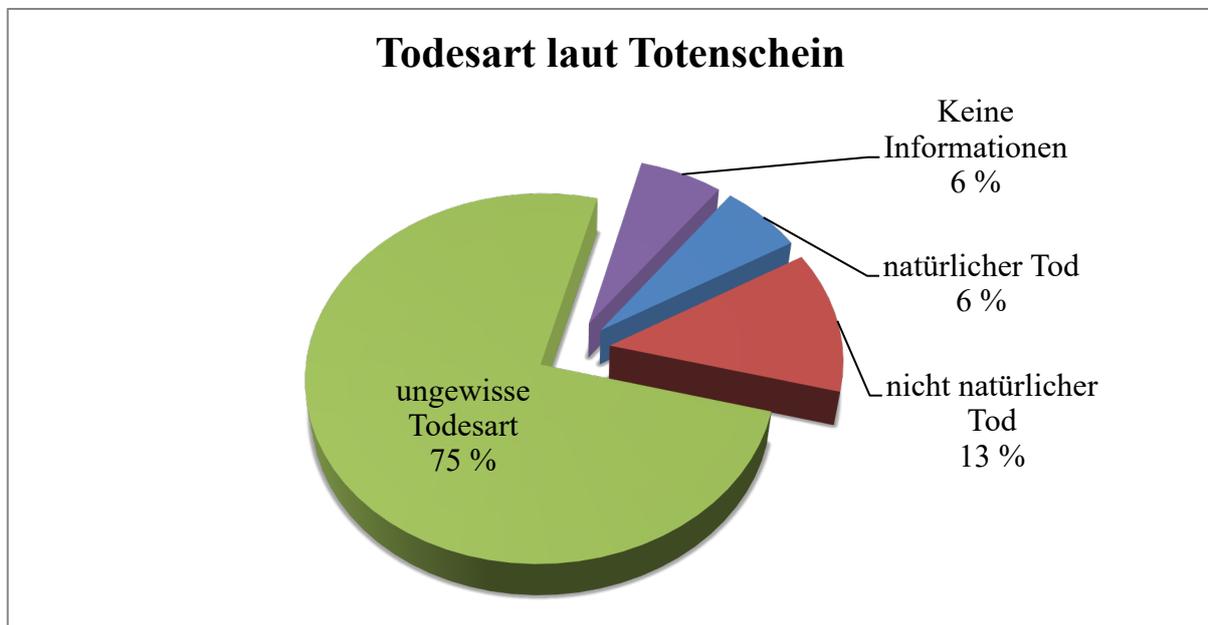


Abbildung 4: Todesart der Opfer nach den Angaben der primär leichenschauenden Ärzte auf den Totenscheinen (n = 16)

4.2.4 Anlass für die gerichtliche Obduktion

Wie aus der Tabelle 1 zu entnehmen ist, war der häufigste Obduktionsanlass mit 25 % bzw. vier Verstorbenen das Bestreben nach Ausschluss eines Fremdverschuldens. Der zweithäufigste Grund in drei Fällen (19 %) war eine suspekte Verschlussituation der Wohnung des Opfers, wobei z. B. der Türschlüssel fehlte oder aber die Tür, entgegen der nach Aussage Angehöriger normalen Situation, nur in die Falle gezogen war. Bei insgesamt sechs Fällen war entweder die

Tatsache, dass augenscheinlich Bargeld aus der Wohnung entfernt wurde, es sich um einen Brandtoten handelte oder eine fragliche Misshandlung der Opfer im Raum stand, ausschlaggebend dafür, eine Obduktion zur genauen Klärung der Todesumstände anzufordern. Bei einem Fall handelte es sich um eine Wasserleiche, bei einem um einen Verkehrsunfall und in einem weiteren Fall war der Verstorbene bereits zwei Tage zuvor Opfer einer Raubtat mit erheblicher Gewaltanwendung von Seiten der Täter geworden.

Tabelle 1: Gründe für die richterliche Anordnung der Obduktion (n = 16)

Anlass für die Obduktion	Anzahl
Ausschluss Fremdverschulden	4
Verschlussituation der Wohnung	3
Fehlendes Bargeld	2
Fragliche Misshandlung	2
Brandtoter	2
Wasserleiche	1
Raubtat 2 Tage zuvor	1
Verkehrsunfall	1

4.2.5 Tatsächliche Todesursache

Der überwiegende Teil der Opfer, in neun von 16 Fällen (56 %), verstarb aufgrund einer Gewaltwirkung gegen den Hals mit nachfolgendem Ersticken. Fünf (31 %) der Betroffenen starben durch massive Gewaltwirkung gegen andere Körperregionen als den Hals, von denen zwei Personen vor dem Tode massiv misshandelt wurden. Ebenfalls zwei der Betroffenen verbluteten.

Tabelle 2: Tatsächliche Todesursache nach erfolgter Obduktion (n = 16)

Todesursache	Anzahl
Strangulation	9
Subduralblutung	3
Misshandlung	2
Bruststich	1
Traumatische Milzruptur	1

4.2.6 Intoxikation zum Todeszeitpunkt

Die nachfolgende Abbildung 5 zeigt die Beeinflussung der Opfer durch Medikamente und ob eine Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt vorgelegen hat.

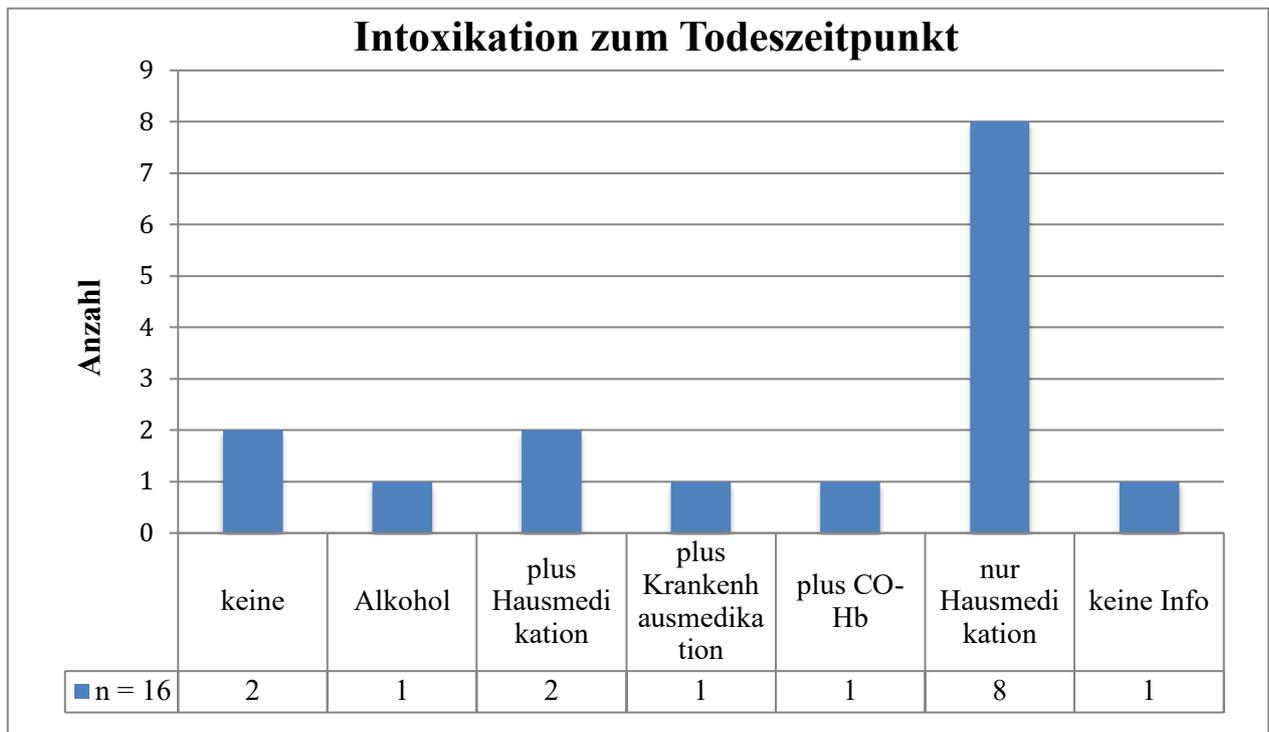


Abbildung 5: Alkohol- und medikamententoxische Beeinflussung der Opfer (n = 16)

Bei zwei der Opfer konnten keine Substanzen nachgewiesen werden. Bei acht Personen (50 %) wurden Medikamenten wie Schmerzmittel, Blutdrucksenker oder Antidiabetika nachgewiesen. Fünf der Opfer (31 %) waren alkoholisiert, wobei eine Person unter reinem Alkoholeinfluss stand. Bei zwei Personen fanden sich zusätzlich zum Alkohol auch verschiedene Medikamente im Blut der Verstorbenen. Ein weiteres Opfer hatte aufgrund eines Wohnungsbrandes zusätzlich zum Alkohol eine hohe Konzentration von CO-Hb im Blut und das fünfte Opfer hatte aufgrund der Tatsache, dass es erst im Krankenhaus an den Folgen eines Brandes verstorben war, eine erhebliche Menge an dort verabreichten Medikamenten im Blut, sodass es im Nachhinein nicht möglich war, davon eine toxische Beeinflussung zum eigentlichen Tatzeitpunkt zu unterscheiden. Insgesamt ergibt sich somit eine Beeinflussung bei 81 % der Verstorbenen. Bei einem der Opfer fanden sich in einer untersuchten Haarprobe Hinweise auf einen chronischen Drogenkonsum. Ebenso fanden sich bei einigen Opfern Anhaltspunkte für einen chronischen Alkoholkonsum bzw. eine Alkoholabhängigkeit, wie eine Steatosis hepatis oder eine chronische Pankreatitis. Bei einem der Opfer fanden sich keine Informationen bezüglich einer möglichen Beeinflussung zum Zeitpunkt des Todes in den Unterlagen.

4.2.7 Aufklärungsrate

Von den insgesamt 16 untersuchten Fällen wurden sechs (37,5 %) mit Verurteilung der Täter abgeschlossen. Von den restlichen Fällen waren vier Verfahren (25 %) zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit noch offen, wobei in zwei von ihnen einer oder mehrere Tatverdächtige ermittelt werden konnten, wohingegen in den anderen beiden laufenden Ermittlungen bislang jegliche Hinweise auf einen möglichen Tatverdächtigen fehlen. Sechs der Ermittlungsverfahren (37,5 %) wurden, zum Teil Jahre später, ohne Feststellung eines Tatverdächtigen bzw. Täters eingestellt.

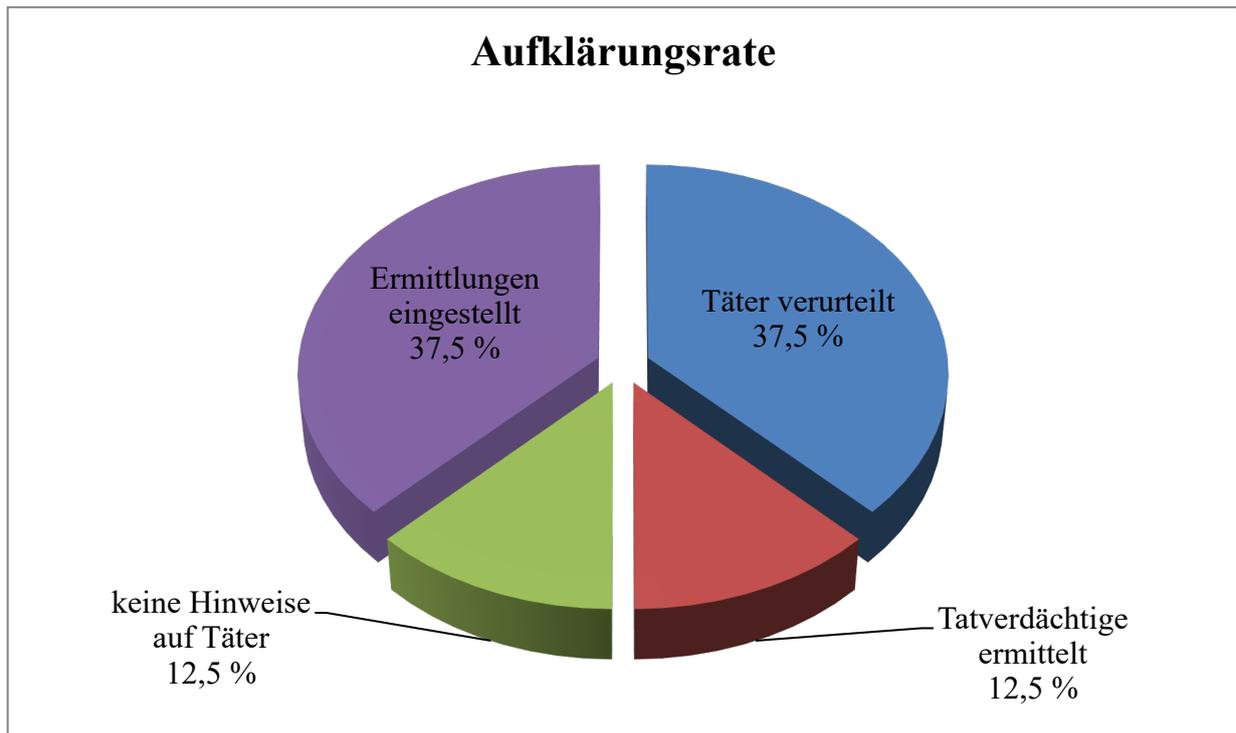


Abbildung 6: Ermittlungsergebnisse/Aufklärungsrate (n = 16)

4.2.8 Beziehung zwischen Täter und Opfer

In vier der mit Verurteilung der Täter abgeschlossenen sechs Fälle konnte eine engere Täter-Opfer-Beziehung nachgewiesen werden. Zwei dieser Opfer kannten den Täter aus dem engsten Familienkreis, wobei es sich in einem Fall um den Lebensabschnittsgefährten und in dem anderen Fall um den Sohn der Verstorbenen handelte. Die übrigen zwei Opfer kannten den Mörder nur aus dem näheren Umfeld bzw. Bekanntenkreis, wobei es sich einmal um eine Freundschaft unter Obdachlosen und einmal um eine zeitweise Haushaltshilfe handelte. Besagte Haushaltshilfe war dabei ebenso der Täter in einem weiteren Fall, in welchem er dem Opfer allerdings unbekannt war und zuvor nur unter einem Vorwand in die Wohnung gelangte. Im letzten Fall wurden aufgrund einer überholenden Kausalität sowohl die beiden Täter der Gewalttat als auch die behandelnde Ärztin im Krankenhaus verurteilt.

4.2.9 Wohnverhältnisse der Opfer

Zwölf der Opfer (75 %) wohnten allein in ihrer Wohnung. Eine Person lebte zusammen mit einem Lebensgefährten in einer gemeinsamen Wohnung und zwei der Opfer waren obdachlos ohne festen Wohnsitz. In einem Fall war die Wohnsituation unbekannt.

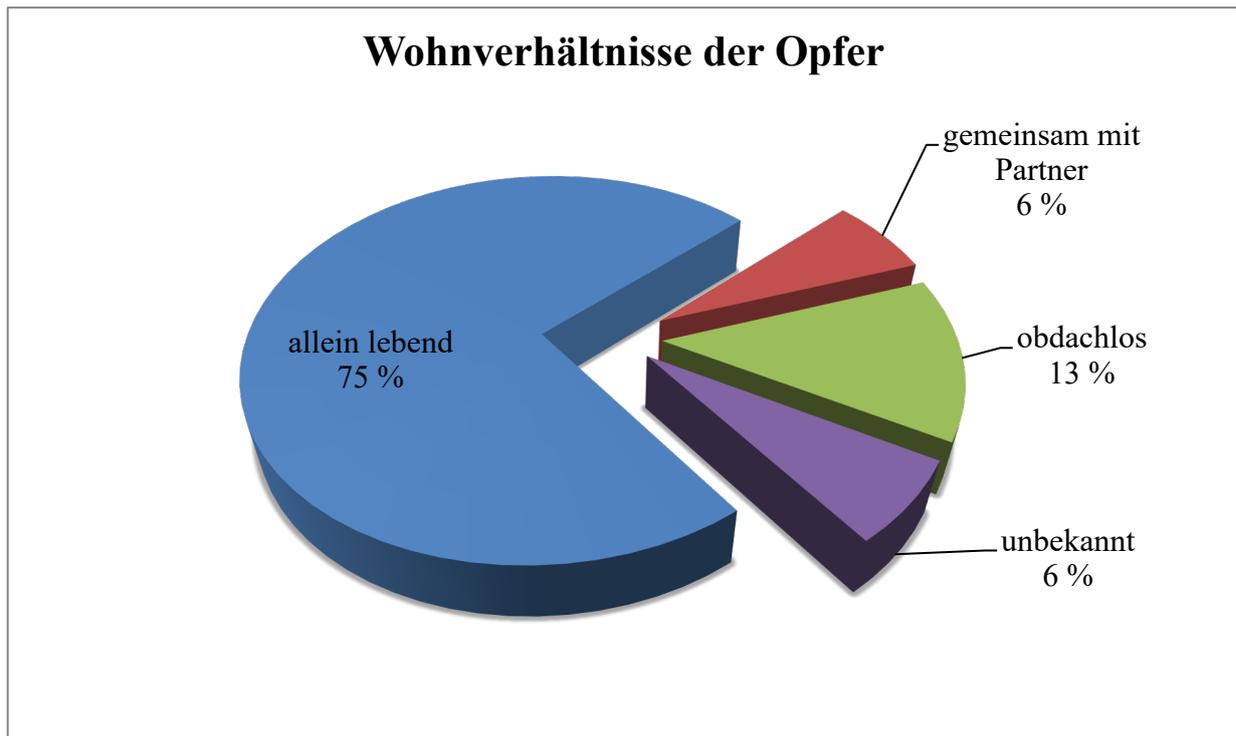


Abbildung 7: Wohnverhältnisse der Opfer (n = 16)

4.2.10 Alter der verurteilten Täter

Das Alter der verurteilten Täter zum Tatzeitpunkt lag zwischen 23 und 45 Jahren, wobei fünf Täter (71 %) zwischen 20 und 40 Jahre alt waren.

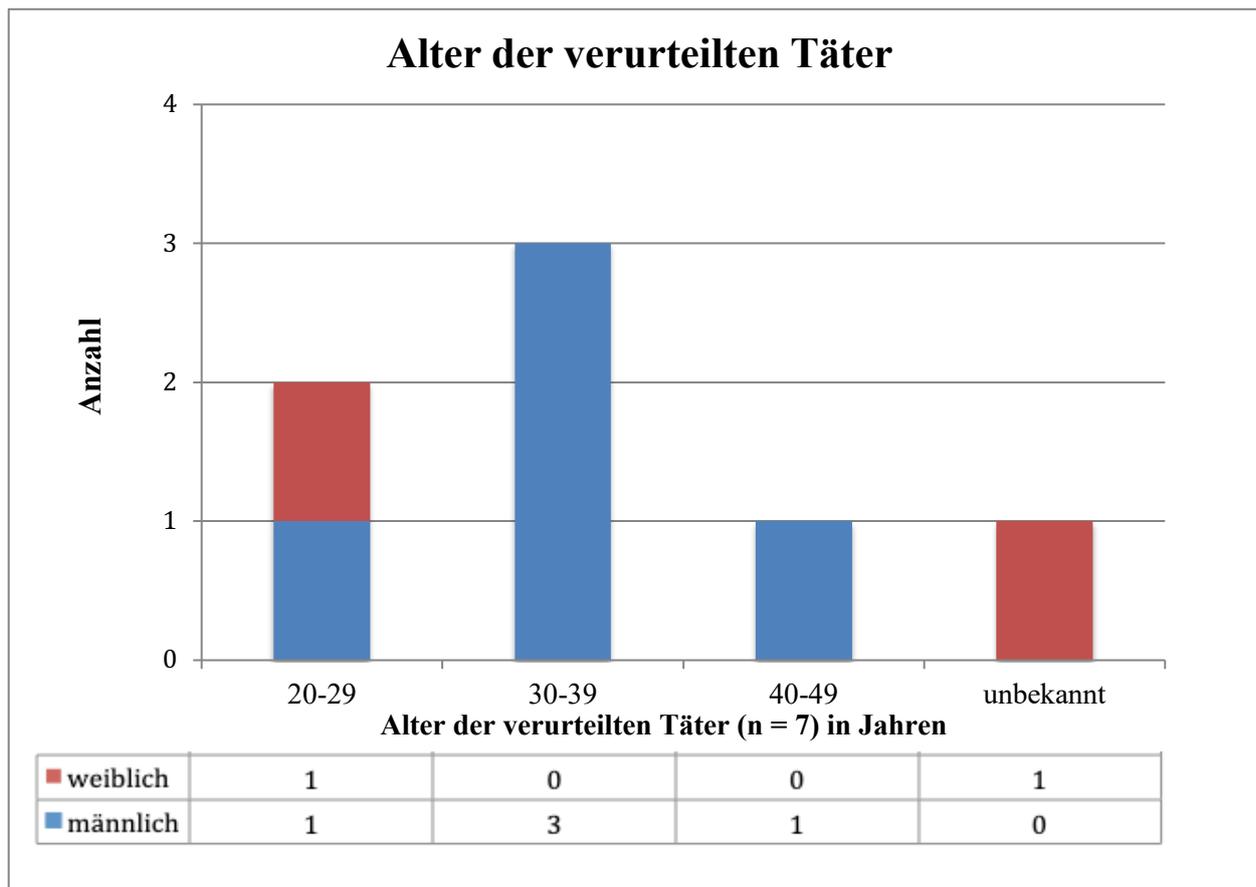


Abbildung 8: Anzahl der männlichen/weiblichen verurteilten Täter pro Altersgruppe (n = 7)

4.2.11 Vorstrafen der verurteilten Täter

Von sieben verurteilten Tätern waren vier (57 %) bereits vorbestraft, alle vier mehrfach. Dabei handelte es sich vor allem um gefährliche Körperverletzung, Raub, das unerlaubte Tragen von Schusswaffen und Diebstahl. Zwei der Täter waren bis dato nicht straffällig geworden und bei einer Person fanden sich keine Informationen bezüglich eines Eintrages im Strafregister.

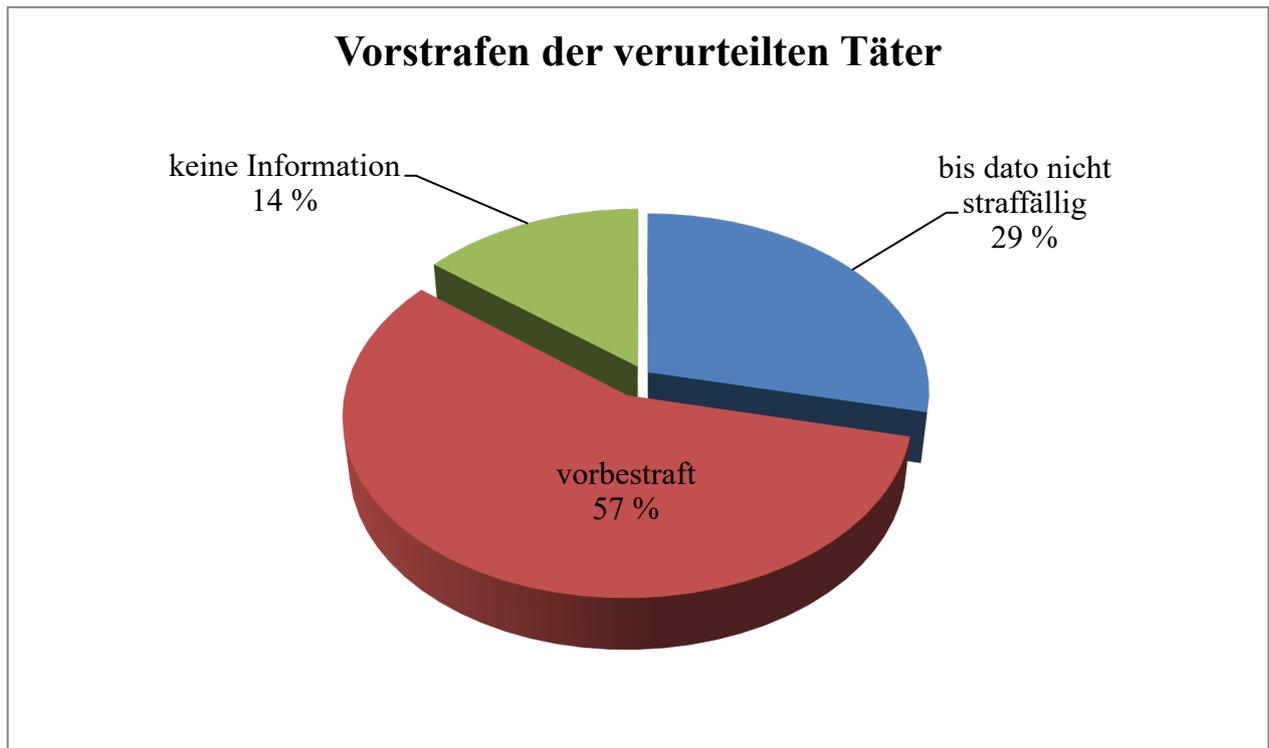


Abbildung 9: Vorstrafen der verurteilten Täter (n = 7)

4.2.12 Tatort vs. Fundort

In elf von 16 Fällen (69 %) stimmten der Fundort und der mutmaßliche Tatort überein. In den anderen fünf Fällen (31 %) zeigte sich im Laufe der Ermittlungen allerdings, dass der Fundort nicht der Tatort gewesen war. Eines der Opfer war zwei Tage zuvor in seiner Wohnung überfallen worden, wobei es nach einem Tritt im Flur stürzte, allerdings erst zwei Tage später in seinem Bett verstarb. Drei der Opfer verstarben im Krankenhaus, wobei eines zuvor in einen Verkehrsunfall verwickelt war, eines aus seiner brennenden Wohnung geborgen und die dritte Person kurze Zeit vorher mit Verdacht auf körperliche Misshandlung im privaten Umfeld stationär aufgenommen worden war. Auch das letzte der fünf Opfer wurde mehrfach an verschiedenen Orten körperlich misshandelt, bis es schließlich auf einer Couch im häuslichen Umfeld den Verletzungen erlag.

Tabelle 3: Diskrepanz zwischen Fundort der Leiche und mutmaßlichem Tatort (n = 16)

Fundort	Tatort	Anzahl
Parkbank	Parkbank	1
Hausflur	Hausflur	1
Wohnung	Wohnung	10
Bett	Wohnungsflur	1
Krankenhaus	Straße	1
Krankenhaus	Wohnung	1
Couch	mehrzeitig an verschiedenen Orten	1

4.2.13 Auffindesituation

Die Hälfte der gefundenen Opfer war komplett bekleidet. Lediglich teilbekleidet wurden vier Personen gefunden und drei waren gänzlich unbekleidet. Bei einer Person fanden sich keine näheren Informationen zum Bekleidungsstatus.

Tabelle 4: Bekleidungsstatus der Opfer (n = 16)

Bekleidungsstatus	Anzahl
Unbekleidet	3
Teilbekleidet	4
Komplett bekleidet	8
Keine Info	1

4.3 Kontrollgruppe

4.3.1 Alter der Opfer

Das Durchschnittsalter der Opfer lag bei 40 Jahren. Elf der Betroffenen waren dabei jünger als 30, und wiederum nur drei Opfer älter als 70 Jahre alt.

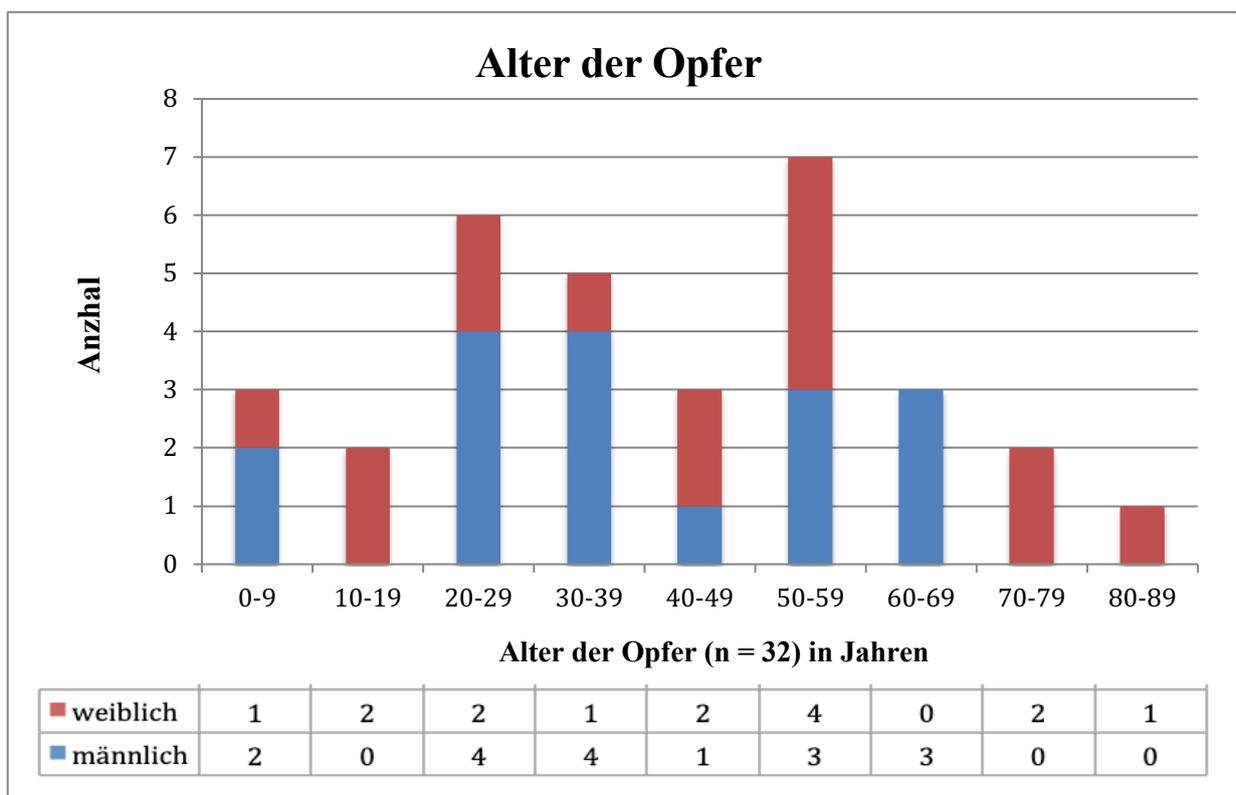


Abbildung 10: Anzahl der männlichen/weiblichen Opfer pro Altersgruppe (n = 32)

4.3.2 Geschlechterverteilung

Von den insgesamt 32 Opfern waren 15 weiblich (47 %) und 17 männlich (53 %).



Abbildung 11: Geschlechterverteilung der Opfer in Prozent (n = 32)

4.3.3 Todesart laut Totenschein

Bei 15 der 32 Opfer (47 %) wurde bei der primären Leichenschau ein nicht natürlicher Tod attestiert. In zwei Fällen wurde kein Hinweis auf einen nicht natürlichen Tod bzw. ein Tötungsdelikt festgestellt und daher die Todesart auf dem Totenschein als ungewiss vermerkt. In den übrigen 15 Fällen lag der Leichenschauschein in den vorhandenen Unterlagen nicht vor, jedoch fand die initiale Leichenschau in diesen Fällen durch den/die diensthabende/n Rechtsmediziner/in statt, der /die in der Folge auch die Obduktion durchgeführt hat. Entsprechend wurde in diesen Fällen in Übereinstimmung mit dem Sektionsergebnis ein nicht natürlicher Tod attestiert.

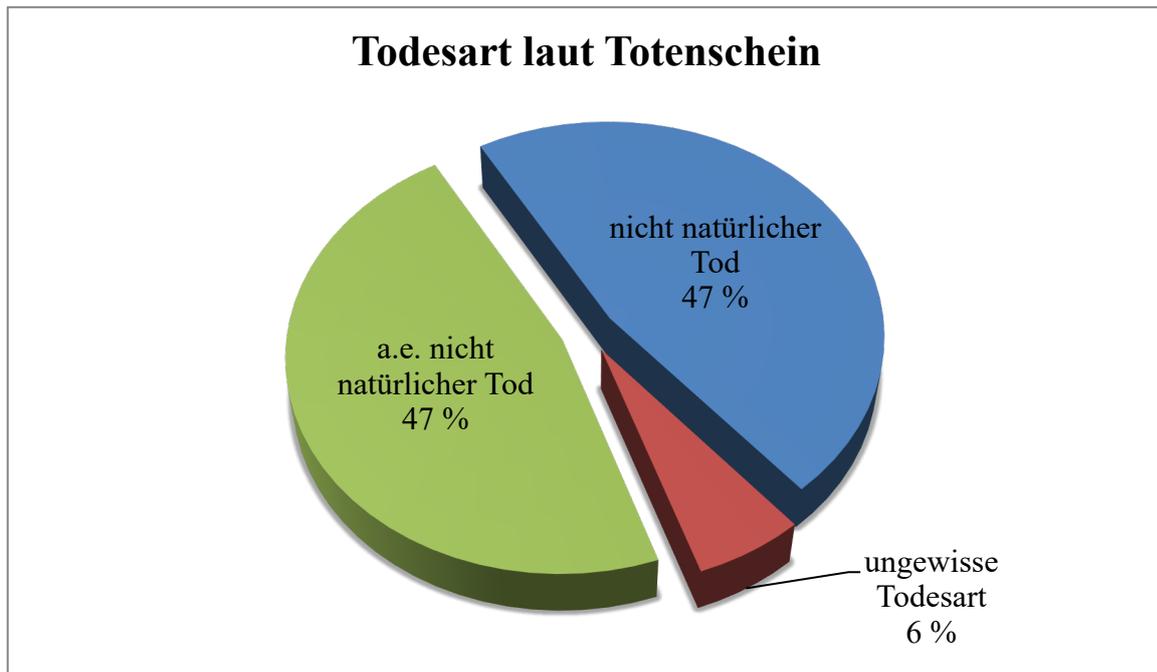


Abbildung 12: Todesart der Opfer nach den Angaben der primär leichenschauenden Ärzte auf den Totenscheinen (n = 32)

4.3.4 Anlass für die gerichtliche Obduktion

Der häufigste Anlass für die richterliche Anordnung der Obduktion war mit 57 % ein dringender Verdacht für das Vorliegen eines Tötungsdeliktes. Darunter waren in neun Fällen offensichtliche Stich- und Schnittverletzungen ausschlaggebend, in drei Fällen Anzeichen für eine massive äußere Gewalteinwirkung, in zwei Fällen das Versterben nach einer zuvor erfolgten körperlichen Auseinandersetzung, in einem Fall das Vorliegen der mutmaßlichen Tatwaffe in Einklang mit einer auffälligen Fundortumgebung, in einem Fall das Auffinden der Leiche in einem Koffer, in einem das Vorliegen einer Schussverletzung und in einem weiteren Fall ein gefesselter Leichnam. Der zweithäufigste Grund in sieben Fällen war ein zuvor erfolgtes Geständnis des oder der Tatverdächtigen bzw. Angeklagten. Aufgrund von Zeugenaussagen wurde in zwei Fällen eine Obduktion veranlasst. Bei insgesamt vier Fällen war entweder der Verdacht auf ein Sexualdelikt, das Bestreben zum Ausschuss eines Fremdverschuldens, der Fakt, dass es sich um einen Brandtoten handelte oder das Auffinden eines toten Säuglings ausschlaggebend dafür, eine Obduktion zur genauen Klärung der Todesumstände anzufordern. In einem Fall konnte retrospektiv der Grund für die Obduktion nicht mehr eruiert werden.

Tabelle 5: Gründe für die richterliche Anordnung der Obduktion (n = 32)

Anlass für Obduktion	Anzahl
Verdacht auf ein Tötungsdelikt	18
Geständnis des oder der Tatverdächtigen bzw. Angeklagten	7
Zeugenaussage	2
Verdacht auf Sexualdelikt	1
Ausschluss Fremdverschulden	1
Brandleiche	1
Säuglingstod	1
Keine Information	1

4.3.5 Tatsächliche Todesursache

Ein Großteil der Opfer, in 13 von 32 Fällen (41 %), verstarb aufgrund einer oder mehrerer Stich- und /oder Schnittverletzungen mit nachfolgendem Verbluten. Sieben der Betroffenen verstarben infolge eines Erstickens. Vier Opfer verstarben aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas, weitere vier aufgrund massiver stumpfer Gewalteinwirkung gegen eine andere Körperregion und jeweils eine Person in Folge eines Verbrennens zu Lebzeiten, einer Dekapitation oder eines Verblutens nach Schussverletzung. In einem Fall konnte die Todesursache nicht festgestellt werden.

Tabelle 6: Tatsächliche Todesursache nach erfolgter Obduktion (n = 32)

Todesursache	Anzahl
Verbluten nach Stich- /Schnittverletzung	13
Ersticken	7
Schädel-Hirn-Trauma	4
Massive stumpfe Gewalteinwirkung gegen eine andere Körperregion	4
Verbrennen zu Lebzeiten	1
Dekapitation	1
Verbluten nach Schussverletzung	1
Unklar	1

4.3.6 Intoxikation zum Todeszeitpunkt

Die nachfolgende Abbildung 13 zeigt die Beeinflussung der Opfer durch Medikamente und ob eine Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt vorgelegen hat.

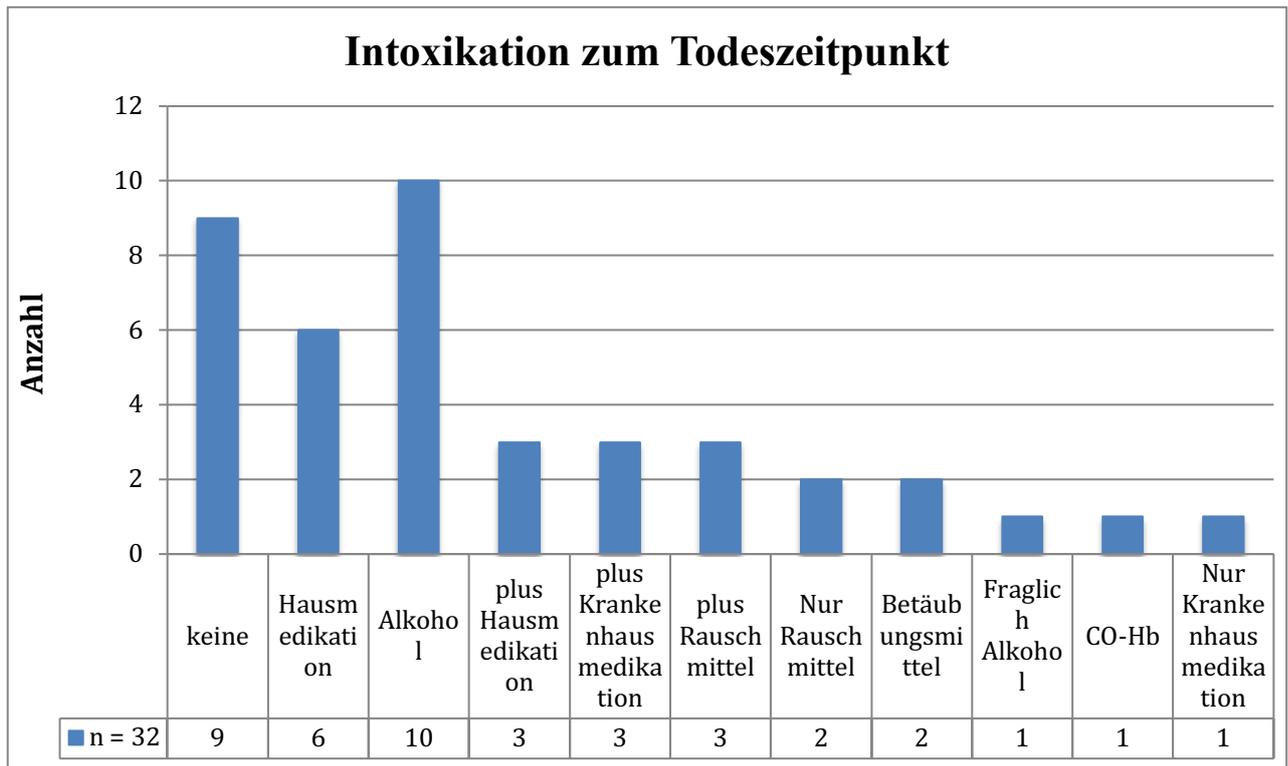


Abbildung 13: Alkohol- und medikamententoxische Beeinflussung der Opfer (n = 32)

Bei neun der Opfer konnten keine Substanzen nachgewiesen werden. Bei sechs Personen wurden Medikamente wie Schmerzmittel, Blutdrucksenker oder Antikonvulsiva nachgewiesen. Zehn der Opfer waren zum Zeitpunkt des Todes alkoholisiert. Zusätzlich zum Alkohol wurden bei drei Personen verschiedene Medikamente im Blut nachgewiesen, drei Personen standen unter dem zusätzlichen Einfluss von verschiedenen Rauschmitteln und drei Personen wiesen aufgrund der Tatsache, dass Sie erst nach notärztlicher Behandlung verstorben waren, neben einer akuten Alkoholisierung auch verschiedene Notfallmedikamente im Blut auf. Bei zwei Opfern konnte eine reine Beeinflussung durch Rauschmittel nachgewiesen werden. In zwei Fällen fand sich im Blut der Opfer das frei verkäufliche und sedierende Antihistaminikum Diphenhydramin und in einem der beiden Fälle konnte zusätzlich Chloroform nachgewiesen werden. Bei einem Opfer wurde zwar Alkohol nachgewiesen, allerdings konnte eine Beeinflussung der Messung aufgrund einer fortgeschrittenen Fäulnis der Leiche nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Eine Person wies aufgrund eines Verbrennens zu Lebzeiten eine erhöhte CO-Hb Konzentration im Blut auf. In sechs Fällen fanden sich Zeichen eines chronischen Alkoholkonsums in der untersuchten Haarprobe und bei fünf Personen konnte der chronische Konsum von Rauschmitteln wie Amphetamin, MDMA, Heroin oder Kokain in einer Haarprobe nachgewiesen werden.

4.3.7 Aufklärungsrate

Von den insgesamt 32 Fällen wurde ein Fall mit Verurteilung des Täters abgeschlossen. Vier der Ermittlungsverfahren wurden ohne Feststellung eines Tatverdächtigen bzw. ohne Verurteilung eines Angeklagten eingestellt. Die restlichen 27 Fälle (84 %) waren zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit noch offen, wobei in sechs laufenden Ermittlungen bislang jegliche Hinweise auf einen möglichen Tatverdächtigen fehlen. In den übrigen 21 Fällen konnten einer, oder in zwei Fällen auch mehrere Tatverdächtige ermittelt werden und in 17 davon wurde bereits Anklage erhoben. In zwei der Fälle handelt es sich um den gleichen Angeklagten.

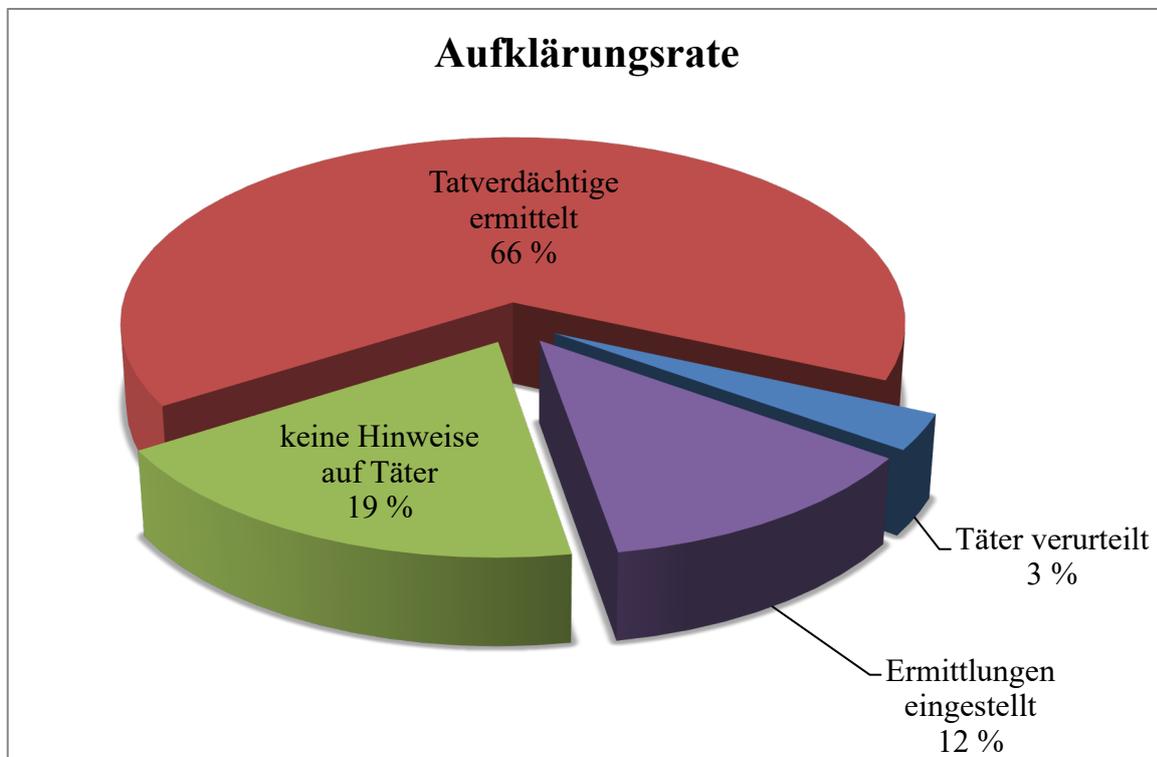


Abbildung 14: Ermittlungsergebnisse/Aufklärungsrate (n = 32)

4.3.8 Beziehung zwischen Täter bzw. Angeklagter und Opfer

In dem einen, bereits mit Verurteilung des Täters abgeschlossenen Fall, konnte keinerlei Täter-Opfer-Beziehung nachgewiesen werden. In den 17 Fällen, in denen bereits Anklage erhoben wurde, konnte in vier der Fälle eine engere Angeklagter-Opfer-Beziehung nachgewiesen werden. In jedem dieser Fälle kannte das Opfer den Angeklagten aus dem engsten Familienkreis, wobei

es sich in drei Fällen um den Ehemann und in dem anderen Fall um die Nichte der Getöteten handelte. In acht Fällen kannte das Opfer den oder in einem Fall die fünf Angeklagten aus dem näheren Umfeld bzw. Bekanntenkreis. In vier Fällen waren der oder in einem Fall die drei Angeklagten dem Opfer vollkommen unbekannt. In einem Fall war bezüglich einer Angeklagter-Opfer-Beziehung keine Information vorhanden.

4.3.9 Wohnverhältnisse der Opfer

Neun der Opfer lebten allein in ihrer Wohnung. Sieben der getöteten Personen lebten gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten in einer Wohnung und vier Opfer lebten noch im Elternhaus. Vier der Opfer waren obdachlos. In acht Fällen lag keine Information zum Wohnort des Opfers vor.

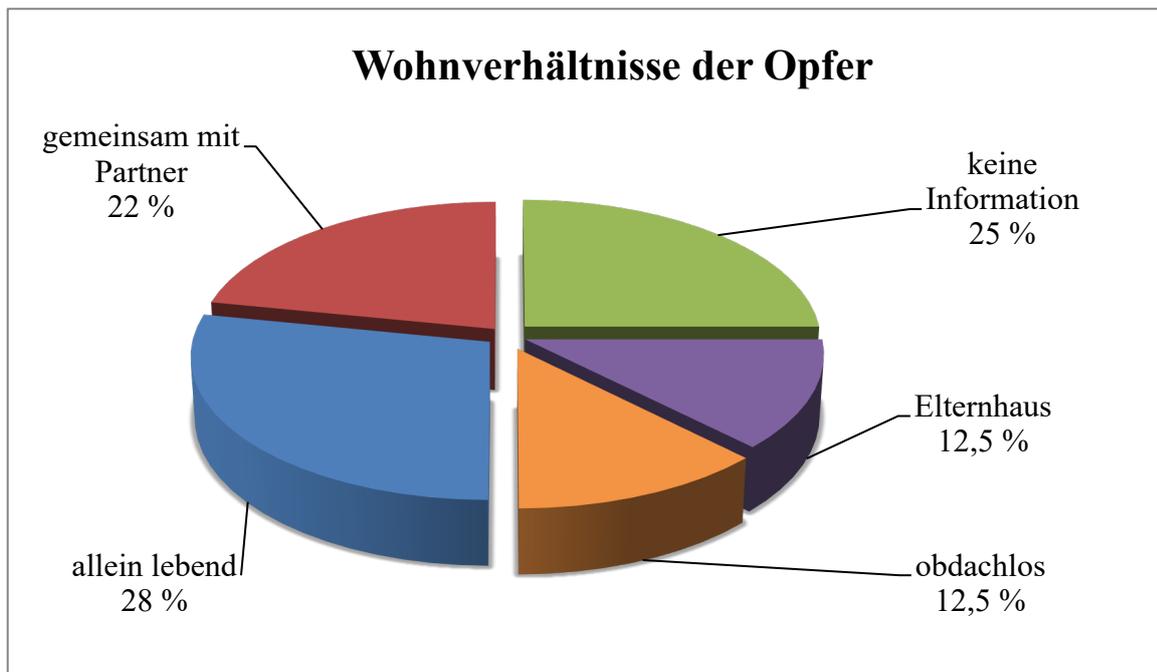


Abbildung 15: Wohnverhältnisse der Opfer (n = 32)

4.3.10 Alter der Täter bzw. Angeklagten

In den 17 Fällen, in denen Anklage erhoben wurde, konnten im Vorfeld insgesamt 22 Tatverdächtige ermittelt werden. Dabei wurde in einem Fall gegen fünf Personen und in einem Fall

gegen drei Personen gleichzeitig ermittelt. In zwei Fällen handelt es sich um ein und denselben Angeklagten. Ein Täter wurde bereits verurteilt.

Das Alter der Täter bzw. Angeklagten zum Tatzeitpunkt lag zwischen 17 und 62 Jahren, wobei 13 von Ihnen (57 %) zwischen 20 und 40 Jahre alt waren.

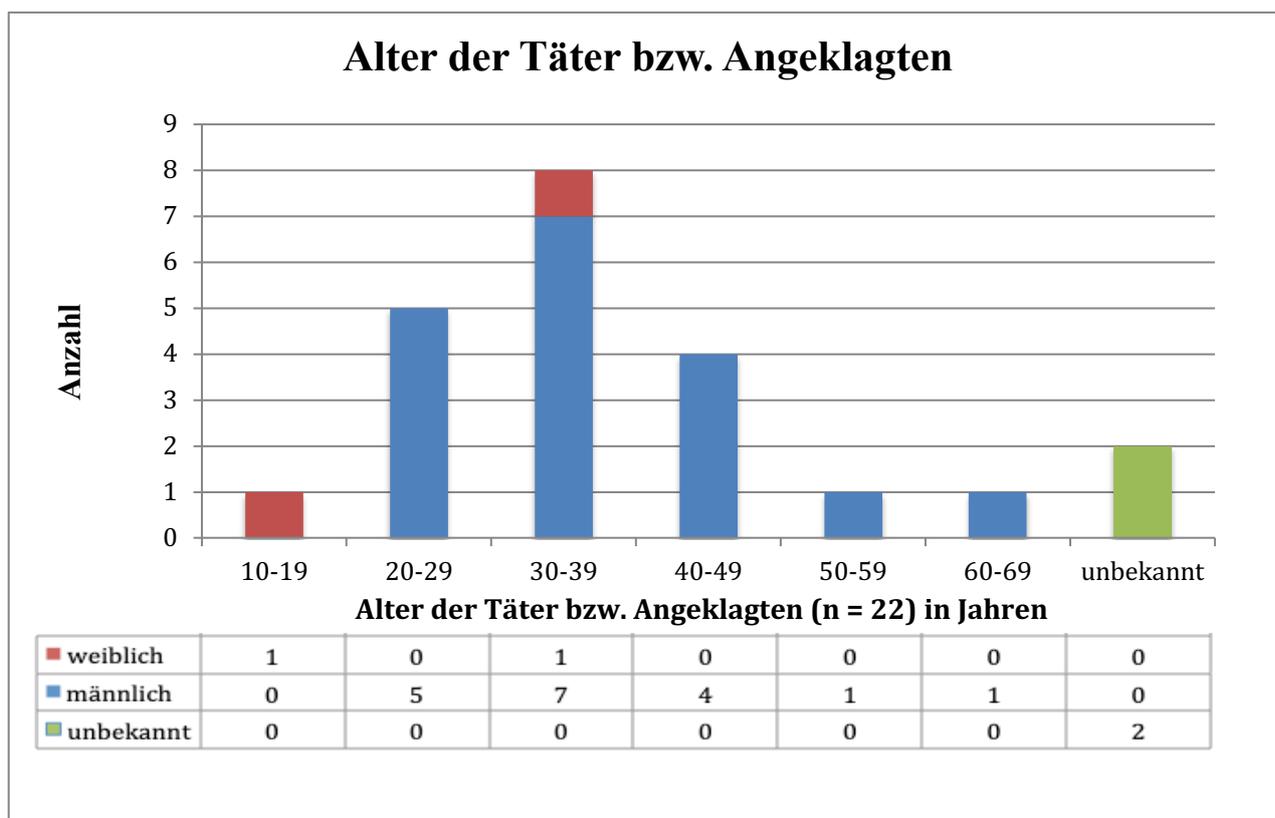


Abbildung 16: Anzahl der männlichen/weiblichen Täter bzw. Angeklagten pro Altersgruppe (n = 22)

4.3.11 Vorstrafen der Täter bzw. Angeklagten

Der eine bereits verurteilte Täter war nicht vorbestraft. Von den 21 Angeklagten waren zehn bereits vorbestraft. Dabei handelt es sich vor allem um Diebstahl, Raub, gefährliche Körperverletzung und das Erschleichen von Leistungen. Acht der Angeklagten waren bis dato nicht strafällig geworden und bei drei Personen fanden sich retrospektiv keine Informationen bezüglich eines Eintrages im Strafregister zum Tatzeitpunkt.

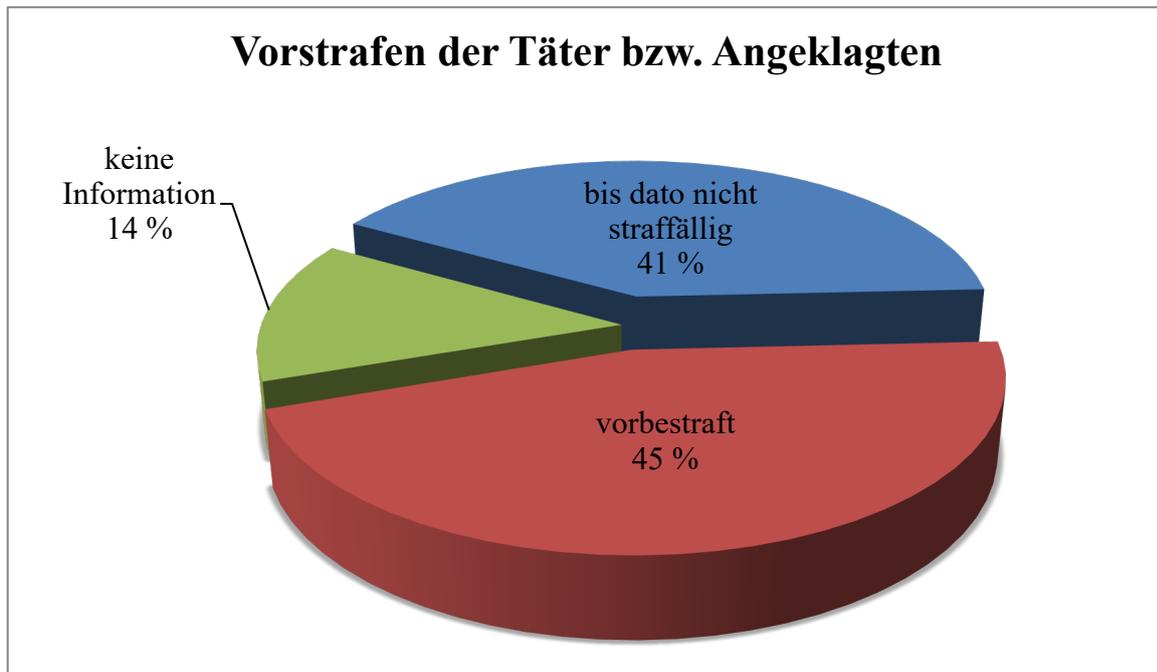


Abbildung 17: Vorstrafen der Täter bzw. Angeklagten (n = 22)

4.3.12 Tatort vs. Fundort

In 17 von 32 Fällen (53 %) stimmten der Fundort und der mutmaßliche Tatort überein. In neun Fällen zeigte sich im Laufe der Ermittlungen, dass der Fundort nicht der Tatort gewesen war. In fünf Fällen fanden sich zwar Informationen zum Fundort des Leichnams, allerdings war aus den Akten nicht ersichtlich, ob dies auch der Tatort gewesen war. In einem Fall gab es weder Informationen zum Fundort noch zum Tatort.

Tabelle 7: Diskrepanz zwischen Fundort der Leiche und mutmaßlichem Tatort (n = 32)

Fundort	Tatort	Anzahl
Wald	Wald	1
Wohnung	Wohnung	12
Obdachlosenwohnheim	Obdachlosenwohnheim	1
Gebüsch	Gebüsch	1
Spielothek	Spielothek	1
Ruine	Ruine	1
Rettungswagen	Straße	2
Krankenhaus	Straße	3
Kofferraum	Wohnung	1
Vergraben	Wohnung	2
Krankenhaus	Wohnung	1
Ruine	Unbekannt	1
Koffer	Unbekannt	1
Straßenrand	Unbekannt	1
Gebüsch	Unbekannt	1
Wohnung	Unbekannt	1
Unbekannt	Unbekannt	1

4.3.13 Auffindesituation

Die Hälfte der gefundenen Opfer war komplett bekleidet. Lediglich teilbekleidet wurden acht Personen gefunden und weitere acht waren gänzlich unbekleidet.

Tabelle 8: Bekleidungsstatus der Opfer (n = 32)

Bekleidungsstatus	Anzahl
Unbekleidet	8
Teilbekleidet	8
Komplett bekleidet	16

5 Kasuistiken

5.1 Fall 1

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Der zu dem Zeitpunkt 32-jährige Obdachlose wurde leblos auf einer als Bett dienenden Couch im Flur eines Wohnhauses aufgefunden. Spuren einer äußeren Gewalteinwirkung fanden sich zunächst nicht, dennoch wurde eine ungewisse Todesart bescheinigt und eine Obduktion zur Klärung der Todesursache eingeleitet.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Als Todesursache zeigte sich bei der Obduktion der Leiche eine durch abgerissene Brückenvenen ausgelöste linksseitige traumatische Subduralblutung mit begleitender Hirnschwellung und -massenverschiebung. Des Weiteren wurden abwehrtypische Blutergüsse an den Unterarmen sowie kräftige Weichteilblutungen am Rücken gefunden. Sturztypische Verletzungen zeigten sich hingegen nicht. Bis auf eine massive Leberverfettung, wahrscheinlich ausgelöst durch

einen langjährigen chronischen Alkoholkonsum, fanden sich keine weiteren den Tod unmittelbar mitbegünstigenden Erkrankungen. Da sich die Verletzungen makromorphologisch als zeitlich in engem Zusammenhang stehend zeigten, wurde ein feingewebliches Gutachten angefordert.

Demnach standen alle gefundenen peripheren Verletzungen in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Tod von Herrn X. Die Subduralblutung wies hingegen histologisch schon deutliche Organisationserscheinungen auf und war demnach bereits ca. 3–5 Tage vor Todeseintritt ausgelöst worden.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Im Blut des Verstorbenen fand sich mit 1,5 ‰ eine nicht unerhebliche Menge an Alkohol, sodass davon ausgegangen werden kann, dass zum Todeszeitpunkt eine starke alkoholische Beeinflussung bestand.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Für den Tod von Herrn X kommen auch nach allen erfolgten, oben beschriebenen Untersuchungen sowohl eine tätliche Auseinandersetzung als auch ein oder mehrere Stürze in Frage. Eine mutmaßlich bestandene Gerinnungsstörung, ausgelöst durch langjährigen chronischen Alkoholkonsum, begünstigte dabei sicherlich die Entstehung der letztlich tödlich verlaufenden Subduralblutung. Nachdem es zwischenzeitlich fünf verschiedene Tatverdächtige gab, wurde das Ermittlungsverfahren zum Tod von Herrn X mittlerweile eingestellt.

5.2 Fall 2

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Herr X wählte den Notruf, da er seine Freundin Frau Y leblos mit den Atemöffnungen unter Wasser in der Badewanne seiner Wohnung vorgefunden hatte. Unter telefonischer Anleitung versuchte er noch vergeblich sie per Mund-zu-Mund-Beatmung zu reanimieren. Der Notarzt konnte bei fast vollständig eingetretener Leichenstarre nur noch den Tod feststellen. Ein zusätzlich hinzugerufener Rechtsmediziner konnte nach Abschluss der Leichenschau keine Anhaltspunkte für eine todesursächliche Gewalteinwirkung feststellen. Da es sich jedoch um eine Wasserleiche handelte und um eine Fremdschuld sicher auszuschließen, wurde dennoch eine Obduktion veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion der 36-jährigen Verstorbenen, Frau Y, wurden Stauungsblutungen der Lid- und Augenbindehäute, Blutungen in den vorderen Halsmuskeln sowie Blutungen am Zungenbein- und Kehlkopfskelett als typische Zeichen einer Halskompression gefunden. Da sich keine Befunde, wie sie regelmäßig beim typischen Ertrinken vorkommen, finden ließen, sprach alles für ein Ersticken als Folge einer Halskompression von fremder Hand.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchungen

Die toxikologischen Ergebnisse zeigten mit einem Blutalkoholgehalt von 3,2 ‰ eine sehr starke alkoholische Beeinflussung zum Todeszeitpunkt. Im Zusammenspiel mit den ebenfalls im Blut gefundenen Wirkstoffen Clonazepam und Phenobarbital war die Verstorbene in ihrem Handlungs- und Reaktionsvermögen zum Zeitpunkt des Todes erheblich eingeschränkt.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Nach erfolgter Obduktion wurde Herr X verhaftet und Anklage gegen ihn erhoben, da er dringend tatverdächtig war, die Geschädigte Frau Y im Bad seiner Wohnung gewaltsam in der Badewanne erstickt zu haben. Bei der Befragung gab er an, sich kaum erinnern zu können, und entschuldigte dies mit der Aussage, beide seien starke Alkoholiker gewesen und hätten am Vorabend große Mengen Alkohol konsumiert. Im weiteren Verlauf der Ermittlungen führte er jedoch aus, er sei am fraglichen Tag ins Bad gegangen, um aus Sorge nach der in der Badewanne liegenden Geschädigten Frau Y zu sehen. Nach einer verletzenden Aussage ihrerseits habe er überreagiert, mit beiden Händen von vorn um ihren Hals gefasst und mindestens zehn Sekunden lang fest zugedrückt und sie geschüttelt. Da sie darauf nicht reagierte, habe er, ohne sich umzudrehen, das Bad wieder verlassen und sei schlafen gegangen. Die Verstorbene, Frau Y, war indes durch die heftige Halskompression bewusstlos geworden, rutschte in die mit Wasser gefüllte Badewanne ab und ertrank in Form des atypischen Ertrinkens.

V. Urteil

Der Angeklagte, Herr X, wurde wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer Freiheitsstrafe von vier Jahren verurteilt. Das Gericht befand ihn für schuldig, da sein Angriff auf den Hals der zum Tatzeitpunkt hilf- und wehrlosen Frau Y, wissend um die typische Gefahr eines Ertrinkens nach einem Angriff auf eine in der Badewanne sitzende Person, ursächlich für deren Versterben war.

5.3 Fall 3

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Zwei Nachbarn fanden die nunmehr verstorbene 70-jährige Frau X auf dem Bauch liegend tot in ihrer Garage. Beide hatten sich Sorgen gemacht, da am Abend des Vortages nicht wie üblich die Jalousien heruntergelassen worden waren, auch tagsüber das Licht im Hause angeschaltet blieb und der Fernseher ununterbrochen lief. Die alarmierte Feuerwehr wurde nach ihrem Eintreffen nicht mehr tätig. Der hinzugerufene Bereitschaftsarzt konnte nur noch den Tod feststellen und es wurde eine ungewisse Todesart bescheinigt. Aufgrund einer unter dem Kopf gefundenen Blutlache, einer am ehesten als Abdruck des Brillenbandes interpretierten Einkerbung am Hals sowie der häuslichen Umgebungssituation wurde eine Obduktion von der Staatsanwaltschaft angeregt und richterlich angeordnet.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Die fast waagrecht um den Hals verlaufende Einkerbung, kräftige Einblutungen in die Weichteile und Muskulatur des Halses sowie Brüche der Schildknorpeloberhörner sprachen eindeutig für eine Strangulation. Somit konnte die am Fundort getroffene Interpretation des leichenschauenden Arztes, es handele sich bei der Einkerbung am Hals um den Abdruck des Brillenbandes, verworfen werden. Hinzu kamen Zeichen einer stumpfen Gewalteinwirkung wie Hämatome am Kopf, Brüche zweier zervikaler Bandscheiben und mehrerer Rippen sowie Einblutungen in die tiefe Rückenmuskulatur der oberen Lendenwirbelsäule, den linken Oberarm sowie die rechte Unterschenkelbeugeseite.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Toxische Substanzen, welche zum Zeitpunkt des Todes auf die Verstorbene eingewirkt haben könnten, fanden sich ebenso wenig wie eine alkoholische Beeinflussung.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Bis auf das ca. 10 cm offenstehende Garagentor machte das gesamte Haus einen ordentlichen Eindruck, der Haustürschlüssel steckte von innen im Schloss und auch sonst fanden sich keine eindeutigen Einbruchsspuren. Zwischenzeitlich verfolgte die Polizei eine Spur ins europäische Ausland, welche sich jedoch schnell als Sackgasse herausstellte. Bis heute gibt es keine Hinweise auf den Täter. Es handelt sich um ein unaufgeklärtes Tötungsdelikt.



Abbildung 18: Sektionsbefund – Fall 3

Erläuterung: Nahezu waagrecht um den Hals verlaufende bandförmige Strangmarke; ausgeprägte Dunsung und Blutstauung oberhalb der Strangmarke



Abbildung 19: Sektionsbefund – Fall 3

Erläuterung: Strangmarke nach hinten ansteigend mit ca. 5 cm großer Aussparung im Nackenbereich



Abbildung 20: Sektionsbefund – Fall 3

Erläuterung: Punktförmige Einblutungen in Lid- und Augenbindehaut

5.4 Fall 4

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Der 70-jährige Herr X wurde von seiner Hauspflegerin leblos im Schlafzimmer seiner Wohnung liegend aufgefunden. Am Morgen desselben Tages habe sie ihn noch schnarchend in seinem Bett liegend vorgefunden. Zwei Tage zuvor sei er in seiner Wohnung überfallen und daraufhin ambulant im Krankenhaus behandelt worden. Der hinzugerufene Bereitschaftsarzt bescheinigte eine ungewisse Todesart. Eine Obduktion wurde von der Staatsanwaltschaft angeregt und richterlich angeordnet, um einen Zusammenhang zu dem Raubüberfall ausschließen zu können.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Todesursächlich war ein rechtsseitiges Subduralhämatom mit Duret-Blutung und folgender Herniation. Neuropathologisch konnten diese Befunde zweifellos in einen zeitlichen Zusammenhang mit dem Überfall gebracht werden. Des Weiteren zeigten sich eine Beckenringfraktur sowie mehrere Rippenbrüche als Zeichen einer stumpfen äußeren Gewalteinwirkung.

IV. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Im Blut des Verstorbenen fand sich der Wirkstoff Metamizol, ein Schmerzmittel aus der Gruppe der Nicht-Opioid-Analgetika. Eine alkoholische Beeinflussung zum Zeitpunkt des Todes sowie am Tag des Überfalls konnte hingegen ausgeschlossen werden.

V. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Aus dem polizeilichen Überfallbericht war erkenntlich, dass Herr X von einer ihm von früher bekannten weiblichen sowie einer unbekanntem männlichen Person gewaltsam überfallen sowie seiner Brieftasche mit EC-Karte samt Bank-Geheimzahl beraubt worden war. Im Verlauf dessen sei der nunmehr verstorbene Herr X geschubst und getreten worden, woraufhin er stürzte und sich mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die autoptisch festgestellten Verletzungen zuzog. Diese waren in der Notaufnahme jedoch trotz angegebener starker Schmerzen und erfolgter Röntgenaufnahmen nicht erkannt worden, sodass Herr X wenige Stunden später schon wieder nach Hause entlassen wurde. Somit entfiel eine aufgrund der Beckenringfraktur zweifelsohne nötig gewesene stationäre Aufnahme, unter welcher im Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit die durch zusätzlich vorhandene Einnahme von Marcumar begünstigte Subduralblutung erkannt worden wäre.

V. Urteil

Da im Nachhinein keine der angeklagten Personen als alleinig für das Versterben von Herrn X verantwortlich gemacht werden konnte, wurde das Verfahren im Verlauf gegen die beiden Angeklagten des Überfalls nach Paragraph 170 Abs. 2 StPO und gegen die behandelnde Radiologin nach Paragraph 153 a Abs. 1 StPO gegen Zahlung einer Geldbuße eingestellt.

5.5 Fall 5

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Die 73-jährige Frau X wurde von ihren Kindern im Flur der eigenen Wohnung liegend leblos aufgefunden. Da die Tür nur in die Falle gezogen war, sich der Kopf in einer Blutlache und die Oberkieferprothese zerbrochen daneben befand, brach der hinzugerufene Bereitschaftsarzt die Leichenschau ab, bescheinigte eine ungewisse Todesart und verständigte die Kriminalpolizei.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion ergab sich als Todesursache eine Halskompression mit Zeichen einer multiplen massiven Gewalteinwirkung gegen Hals und Kopf wie Einblutungen in die gesamte Halsmuskulatur, die Schilddrüsenkapsel, die Zunge sowie die Unterkieferspeicheldrüse. Weiterhin wurden punktförmige Einblutungen in die Lid- und Augenbindehäute, ein Bruch des rechten Schildknorpeloberhorns, eine Zertrümmerung des Nasenskelettes sowie diverse Hämatome im Gesicht festgestellt. Äußerlich sichtbare Würgemale an der Haut waren indes nicht erkennbar. Des Weiteren fanden sich Bandscheiben-Sprengungen zweier Halswirbel sowie Einblutungen in die Rückenmuskulatur als Zeichen einer stumpfen Gewalteinwirkung gegen den Rücken wie sie typischerweise beim Beknien entstehen. Daneben litt Frau X unter den Todeseintritt zweifellos begünstigenden diversen schweren Vorerkrankungen, wie einer Koronarsklerose, Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern sowie Bluthochdruck, und unterzog sich in der Vergangenheit mehrfach Tumor-Operationen am Gehirn.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Die laborchemische Blutuntersuchung der verstorbenen Frau X ergab keinen Anhalt für eine alkoholische Beeinflussung zum Zeitpunkt des Todes, lediglich geringe Mengen des Wirkstoffes Ibuprofen waren nachweisbar.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Es zeigte sich, dass zu keinem Zeitpunkt weder die Polizei noch die Verwandten der Verstorbenen eine Gewalttat bzw. ein Verbrechen in Betracht zogen. So wurde kurz nach dem Auffinden der Leiche bereits der Boden im Flur der Wohnung erneuert und der alte Boden samt Blutfleck entfernt, was eine additive Beweissicherung unmöglich machte. Auch ein blutiger Handabdruck im unteren Bereich der Tür, der einen Schlaganfall mit nachfolgendem Sturz unglaublich

erscheinen lässt, blieb unbeachtet. Das Ermittlungsverfahren ist bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eingestellt. Hinweise auf den oder die Täter gibt es bisher nicht.

5.6 Fall 6

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Der 49-jährige Herr X wurde von einem Nachbarn leblos auf dem Bett liegend in seiner Wohnung aufgefunden. Nach dem Eintreffen der Polizei und des Notarztes konnte nur noch der Tod festgestellt werden. Zwar fanden sich keine Hinweise auf ein Fremdverschulden, da die Eingangstür jedoch deutliche Spuren eines gewaltsamen Eindringens aufwies und die Wohnung einen unordentlichen Eindruck machte, wurde eine Obduktion von der Staatsanwaltschaft ange-regt und richterlich angeordnet.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Todesursache war eine ausgeprägte Subduralblutung rechts nach stumpfer äußerer Gewalteinwirkung gegen den Kopf, mit daraus resultierender Hirnmassenverschiebung und nachfolgender zentraler Atemlähmung. Dieses Blutungsereignis ereignete sich laut neuropathologischer Begutachtung jedoch schon einige Tage vor dem Tod von Herrn X. Zudem wies der Verstorbene Verletzungen im Bereich des rechten Armes, Halses, Gesichtes und der rechten Mundpartie auf. Sturztypische Verletzungen fehlten dagegen. Des Weiteren fanden sich deutliche Zeichen eines langjährigen Alkohol- und Nikotinabusus. Schwere Vorerkrankungen, die den Tod hätten erklären können, fanden sich letztlich jedoch nicht.

IV. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Die Analyse einer Haarprobe belegte eine regelmäßige Einnahme von Heroin und Kokain in den letzten sechs bis zwölf Monaten vor seinem Tod. Für den Zeitpunkt des Todeseintritts ließ sich keine alkoholische Beeinflussung nachweisen. Durch eine Analyse von Hämatomblut ließ sich jedoch retrospektiv eine leichte alkoholische Beeinflussung für den Entstehungszeitpunkt des Hämatoms nachweisen, da dieses Blut nur beschränkt oder gar nicht am Körperkreislauf teil-nimmt.

V. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Noch in der Wohnung stellte sich heraus, dass der Verstorbene, Herr X, nach Aussage mehrerer Nachbarn seine Wohneingangstür vor 2–3 Monaten selbst aufgrund eines verlorenen Schlüssels eingetreten hatte. Des Weiteren wurde von einer starken Alkohol-, Tabletten- sowie Heroinabhängigkeit berichtet, welche durch obige Sektions- sowie Laborbefunde bestätigt werden konnte. Während der Ermittlungen stellte sich heraus, dass der verstorbene Herr X wenige Tage zuvor von einem Nachbarn nach einem vorausgegangenem Streit geschlagen wurde. Nach eigener Aussage war Herr X anschließend jedoch noch bei Bewusstsein.

Das Ermittlungsverfahren wurde mittlerweile eingestellt.



Abbildung 21: Auffindsituation – Fall 6

Erläuterung: Das Opfer liegt auf der Schlafcouch seiner verwahrlosten Wohnung.

5.7 Fall 7

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Die 82-jährige Frau X wurde von ihrer privaten Pflegekraft Frau Y leblos auf dem Fußboden liegend in ihrer Wohnung aufgefunden. Der kurze Zeit später eingetroffene Bereitschaftsarzt nebst Polizei konnte keine Anzeichen für eine äußere Gewalteinwirkung feststellen und bescheinigte eine ungewisse Todesart. Da von Frau Y jedoch angegeben wurde, es würden 700 € Bargeld fehlen, wurde eine rechtsmedizinische Begutachtung der Leiche am Tatort für sinnvoll erachtet. Zwar stellte die hinzugerufene Rechtsmedizinerin keine äußerlich sichtbaren Zeichen eines gewaltsamen Todes fest, dennoch hielt sie eine Obduktion des Leichnams für geboten.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion zeigten sich Befunde einer stumpfen äußeren Gewalteinwirkung gegen den Hals der verstorbenen Frau X. Daneben bestanden zahlreiche chronische Erkrankungen, welche den Tod der Frau X zweifelsohne mitbegünstigt haben könnten.

Eine eindeutige Aussage darüber, ob die Verletzungen von fremder Hand zugefügt oder durch ein Sturzgeschehen ausgelöst wurden, ließ sich zu diesem Zeitpunkt jedoch, insbesondere durch das Fehlen eindeutiger Anzeichen für eine Blutabflussstörung, nicht treffen.

II. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Es ließen sich diverse Sedativa, jedoch jeweils im therapeutischen Bereich, im Blut der Verstorbenen nachweisen, sodass durchaus eine Einschränkung im Handlungs- und Reaktionsvermögen bestanden haben dürfte.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Der weitere Leichenfundort war bis auf die Tatsache, dass sich die Zahnprothese der Frau X unter dem Fußende des Bettes befand, was sich jedoch erst zwei Jahre später als Hinweis für eine Gewalteinwirkung von außen herausstellen sollte, unauffällig. In der polizeilichen Befragung gab Frau Y an, erst seit wenigen Wochen für die Verstorbene gearbeitet zu haben, da Frau X in der Vergangenheit wohl schon diverse angestellte Haushaltshilfen mit ihrer beleidigenden und befehlenden Art und Weise vergrault hätte. So war sie auch wieder unmittelbar vor ihrem Tod per Zeitungsannonce neben einer Haushaltsgehilfin auf der Suche nach einer männlichen Person für behördliche Angelegenheiten. Da sich keine eindeutigen Beweise für eine äußere Gewalt-

einwirkung zeigten, sich die fehlenden 700 Euro jedoch auch nicht wieder anfinden und die Gerichtsmedizin Berlin ein Fremdverschulden nicht ausschließen wollte, wurde der Fall an das LKA übergeben. Erst ca. zwei Jahre später, mit dem Tod einer älteren Dame unter ganz ähnlichen Umständen (siehe Fall 8), konnte der Fall durch Verurteilung des Täters abgeschlossen werden.

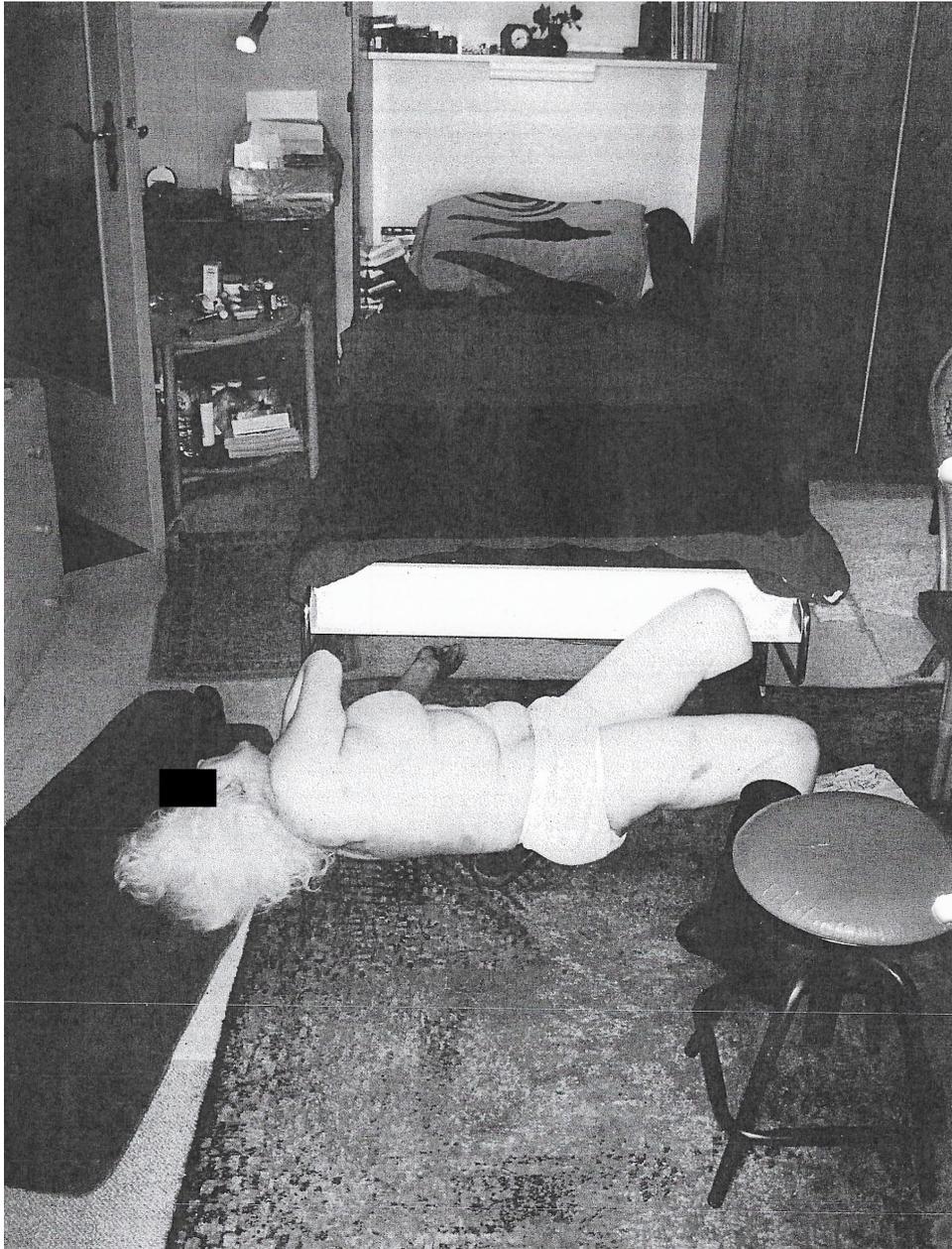


Abbildung 22: Auffindsituation – Fall 7

Erläuterung: Das Opfer liegt nur mit Unterwäsche bekleidet auf dem Fußboden am Bettende des Wohn-/Schlafzimmers.

5.8 Fall 8

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Die 85-jährige Frau X wurde von zwei Freunden im Flur direkt hinter ihrer Wohnungstür liegend leblos aufgefunden. Trotz augenblicklich durchgeführter Herz-Druck-Massage der beiden Ersthelfer konnte der hinzugerufene Notarzt nur noch den Tod feststellen und attestierte aufgrund des völligen Fehlens jeglicher Verletzungen oder Auffälligkeiten am Leichnam eine ungewisse Todesart. Da den anwesenden Angehörigen jedoch auffiel, es würde eine erhebliche Menge Bargeld sowie der gesamte Schmuck fehlen, wurde eine Obduktion zum zweifelsfreien Ausschluss einer Fremdschuld am Tod von Frau X angeregt.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion zeigten sich klare Befunde einer Gewalteinwirkung gegen den Hals. Aufgrund der Abwesenheit typischer Strangulationsmerkmale wie Würge- oder Drosselmarken, trotz ausgeprägter Zeichen einer Blutabflussstörung, ließen die Befunde eher an eine flächenhafte Kompression des Halses wie z. B. durch einen Unterarmwürgegriff denken. Des Weiteren wies die Verstorbene eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen auf, welche jedoch höchstwahrscheinlich keine Ursache für einen natürlichen Tod darstellten. Im Nachgang zur Obduktion wurden durch den Ersthelfer sowie durch die Rettungskräfte die von ihnen durchgeführten Reanimationsmaßnahmen nachgestellt. Die Halsverletzungen der Betroffenen konnten durch diese Handlungen jedoch nicht erklärt werden.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

In der durchgeführten toxikologischen Untersuchung wurden zwar einige unterschiedliche Wirkstoffe gefunden, jedoch konnten diese aus toxikologischer Sicht den Todeseintritt nicht ohne Weiteres erklären. Auch eine durch diese Wirkstoffe hervorgerufene wesentliche Beeinträchtigung in ihrem Handlungs- und Reaktionsvermögen konnte ausgeschlossen werden.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Nachdem festgestellt wurde, dass es sich um ein Tötungsdelikt handelt, wurden die am Hals der Geschädigten gefundenen DNA-Spuren mit der polizeilichen Datenbank abgeglichen und daraufhin der Hauptverdächtige, Herr Y, verhaftet und von der Polizei vernommen. Dieser gab an, seit Jahren spielsüchtig zu sein und sich zum Tatzeitpunkt zum wiederholten Male in erheblichen

finanziellen Nöten befunden zu haben. Nachdem er an einem Imbiss zufällig von erheblichen Mengen Bargeld in der Wohnung der Frau X erfahren hatte, verschafft er sich wenig später mit der Aussage, er würde im Auftrag der Hausverwaltung Rohrleitungen kontrollieren, Zugang zur Wohnung. Frau X sei jedoch schnell misstrauisch geworden und schrie um Hilfe, woraufhin Herr Y sie in besagten Unterarmwürgegriff nahm, um sie am Schreien zu hindern. Als Frau X bewusstlos zu Boden ging, floh Herr Y mitsamt den Wertsachen aus der Wohnung, da er nach eigener Aussage annahm, die Dame sei nur bewusstlos und nicht tot.

Aufgrund der augenfälligen Übereinstimmungen im Verletzungsbild von Frau X sowie der zwei Jahre zuvor verstorbenen Frau X (siehe Fall Nr. 7) wurde eine ergänzende und vergleichende Begutachtung der beiden Fälle veranlasst. Der bei Frau X (Fall 8) etwas offensichtlichere Tod durch Erstickten mittels eines Unterarmwürgegriffes konnte die Verletzungen mit Todesfolge bei der Verstorbenen Frau X (Fall 7) jedoch ebenso zwanglos erklären. Insbesondere das damals bei der Frau X (Fall 7) gefundene Gebissteil, welches gesondert untersucht und einer zahnmedizinischen Begutachtung unterzogen wurde, war letztlich ausschlaggebend. Denn die an sich feststehende Unterkieferbrücke konnte nur mit erheblicher Gewalt aus dem Mund gelöst werden. Ein Sturz konnte dabei aufgrund des völligen Fehlens von Verletzungen der perioralen Weichteile mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

In der daraufhin durchgeführten polizeilichen Befragung gestand Herr Y, gelegentlich für die Frau X (Fall 7) tätig gewesen zu sein. So gab er an, ein erstes, früheres Arbeitsverhältnis hätte im Streit geendet, da Frau X ihn regelmäßig beleidigt und beschimpft hätte. Aufgrund der schon damals bestandenen finanziellen Nöte nahm er jedoch den Kontakt wieder auf, gewann abermals das Vertrauen von Frau X und wurde wiederum für diese tätig. Kurze Zeit darauf, Herr Y befand sich zur körperlichen Pflege von Frau X in deren Wohnung, nahm er die Geschädigte im Wissen, er würde nur um den Preis der Tötung an die Wertsachen gelangen, in einen Unterarmwürgegriff, bis diese schließlich das Bewusstsein verlor und er sich der Wertsachen in der Wohnung bemächtigen konnte.

V. Urteil

Der Angeklagte wurde wegen Mordes in Tateinheit mit Raub mit Todesfolge in zwei Fällen zu einer lebenslangen Gesamtfreiheitsstrafe verurteilt.



Abbildung 25: Auffindsituation – Fall 8

Erläuterung: Das Opfer wurde unmittelbar hinter der Wohneingangstür in Rückenlage aufgefunden. Die Füße wiesen Richtung Eingangstür. Eintreffene Rettungskräfte zogen die Verstorbene in das Wohnzimmer und entkleideten sie teilweise zwecks versuchter Reanimationsmaßnahmen.

5.9 Fall 9

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Der 71-jährige Herr X kollidierte durch die Benutzung der Fahrbahn entgegen der vorgeschriebenen Fahrtrichtung frontal mit einem entgegenkommenden Fahrzeug. Infolgedessen wurde er aufgrund eines gebrochenen Innenknöchels stationär behandelt. Knapp drei Wochen später verstarb Herr X jedoch im Krankenhaus durch eine, auf dem Totenschein so angegebene, Lungenentzündung bei fortgeschrittenem metastasierten Schilddrüsenkarzinom. Es wurde ein natürlicher

Tod bescheinigt. Nur auf Drängen der Verkehrsermittlungsbehörde wurde dennoch eine Obduktion veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Als Todesursache zeigte sich ein Verbluten in die Bauchhöhle bei mehrzeitiger Milzzerreiung, ausgelöst durch ein primäres Trauma in der linken Flanke. Sowohl makroskopisch als auch mikroskopisch konnte die Milzverletzung in direkten Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen drei Wochen zuvor gebracht werden. Eine Lungenentzündung hingegen konnte nicht bestätigt werden. Als Nebenbefund zeigten sich Reste einer bereits Wochen zurückliegenden leichten Subduralblutung rechts ohne Einfluss auf das Todesgeschehen.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Hierbei ergab sich keine alkoholische Beeinflussung zum Todeszeitpunkt. An Arzneistoffen wurden Morphin und Fentanyl sowie Pipamperon, Loperamid und Torasemid gefunden. Die Blutkonzentrationen waren aus toxikologischer Sicht jedoch für den Todeseintritt ohne Bedeutung.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Aus den nachgereichten Krankenhausakten war ersichtlich, dass trotz der im gesamten Behandlungsverlauf an unterschiedlichen Tagen mehrfach verabreichten Erythrozytenkonzentrate zum Ausgleich eines Hb-Abfalls die letztlich tödliche Milzverletzung übersehen oder gar fehlgedeutet wurde. Demnach stand die bereits seit Jahren behandelte Tumorerkrankung im Behandlungsfokus. Auch wurde Herr X trotz des erfolgten Hochrasanztraumas bereits vom Notarzt fälschlicherweise als leicht verletzt eingestuft, wodurch ein notwendiges Schockraum-Management entfiel. Es erfolgten zwar zwei Ultraschalluntersuchungen an unterschiedlichen Tagen, jedoch wurden diese weder von einem erfahrenen Radiologen durchgeführt noch ordnungsgemäß ausgewertet und dokumentiert. Trotz auffälliger Hämatombildung an der linken Flanke wurde auf eine Schichtrntgenuntersuchung des Bauraumes während des gesamten Klinikaufenthaltes sowohl in der Unfallchirurgie als auch in der Geriatrie verzichtet. Laut einem Sachverständigengutachten hätte der Tod durch eine eigentlich einfache chirurgische Entfernung der verletzten Milz verhindert werden können, wäre diese rechtzeitig erkannt worden. Aus rechtsmedizinischer Sicht lag somit eine überholende Kausalität in Form eines Behandlungsfehlers vor. Es wurde ein Ermittlungsverfahren gegen Unbekannt wegen fahrlässiger Tötung zum Nachteil von Herrn X eingeleitet, welches aktuell allerdings noch nicht abgeschlossen ist.

5.10 Fall 10

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Die 80-jährige Frau X verstarb im Krankenhaus, nachdem bei einer Untersuchung in der dortigen Rettungsstelle aufgrund einer Atemnot nebenbefundlich diverse massive Hämatome aufgefallen waren und infolgedessen die stationäre Aufnahme mit Verdacht auf Körperverletzung erfolgte. Da ein Zusammenhang dieser Hämatome zum Tod nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde eine ungewisse Todesart attestiert und eine Obduktion in die Wege geleitet.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Todesursächlich zeigte sich ein Herzversagen in Kombination mit einem Blutverlust in die Muskulatur und das Weichgewebe. Besonders auffällig waren zahlreiche Hämatome unterschiedlichen Alters an den Beugeseiten beider Arme sowie der rechten Gesichtshälfte, am ehesten ausgelöst durch eine mehrzeitige stumpfe Gewalteinwirkung von außen. Des Weiteren fanden sich Anteile ihres Zahnersatzes im Enddarm. Einerseits ließen sich diese Befunde zwanglos mit unterschiedlichen Stürzen, begünstigt durch diverse schwere Vorerkrankungen, erklären, andererseits ließ sich auch eine Fremdschuld nicht sicher ausschließen.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Hierbei konnten die Wirkstoffe Tramadol und Omeprazol, jeweils im therapeutischen Bereich, nachgewiesen werden. Eine alkoholische Beeinflussung der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes bestand nicht.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Im Verlauf der Ermittlungen ergab sich, dass die Verstorbene aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz zu keiner Zeit in der Lage war, sich im Krankenhaus zum vorher Geschehenen zu äußern. Ihr Sohn, welcher die Feuerwehr aufgrund einer Atemnot seiner Mutter alarmiert hatte, war im gesamten Ermittlungszeitraum nicht erreichbar. Auch die nach Aussage der Feuerwehr verwahrloste Wohnung konnte im Nachgang nicht begutachtet werden. Trotz alledem wurde kein Verfahren eingeleitet und der Fall ohne weitergehende Untersuchungen abgeschlossen.

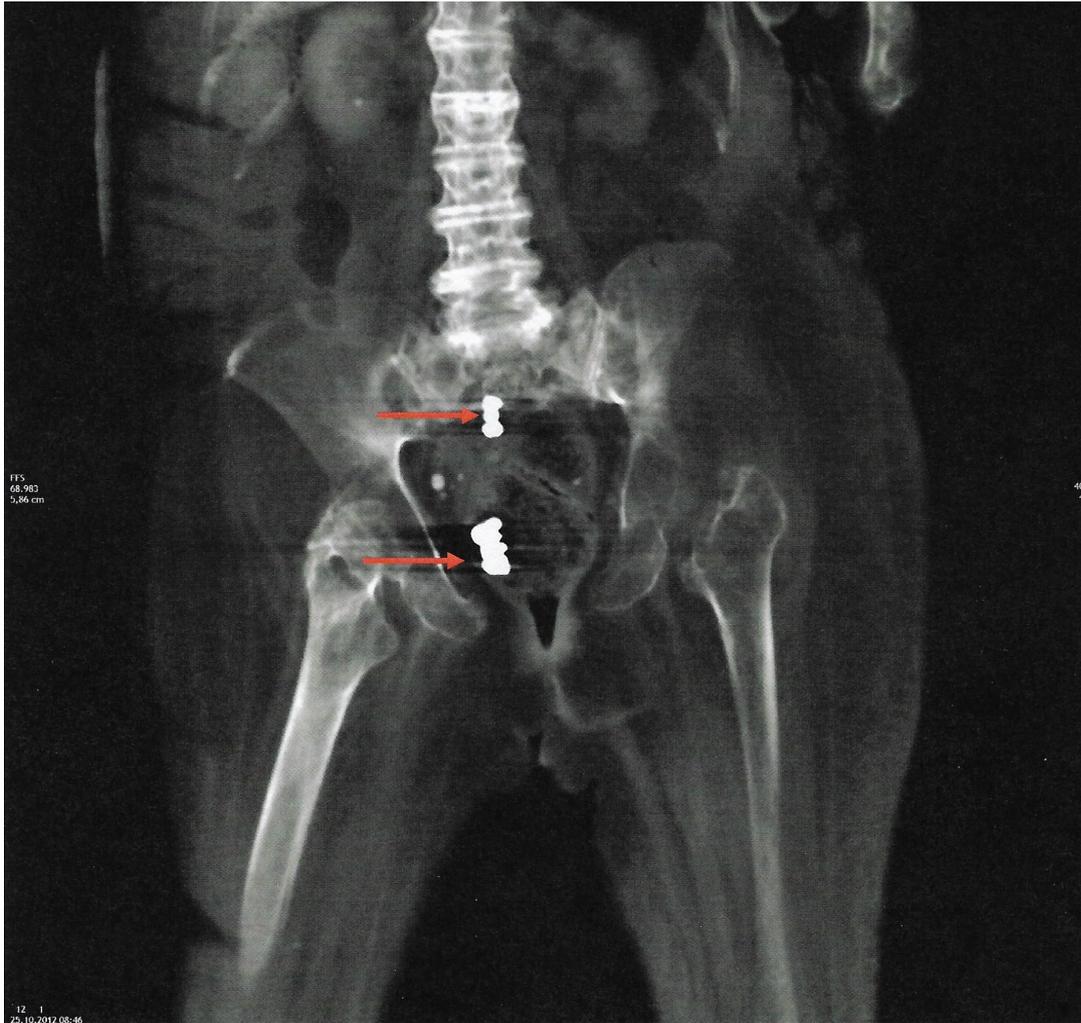


Abbildung 26: Postmortale Bildgebung – Fall 10

Erläuterung: Teile der metallischen Zahnprothese des Opfers im Enddarm

5.11 Fall 11

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Die 72-jährige Frau X verstarb in der Wohnung der Lebensgefährtin des Sohnes im Beisein beider trotz eingeleiteter Erste-Hilfe-Maßnahmen. Der eintreffende Notarzt konnte nur noch den Tod feststellen und bescheinigte eine ungewisse Todesart. Es war bekannt, dass die Verstorbene aufgrund zweier fortgeschrittener Hirntumoren, einer Demenz, einer Epilepsie und eines Diabetes sowie mehrerer Schlaganfälle in der Vergangenheit stark pflegebedürftig gewesen ist. Auf-

grund zahlreicher Hämatome in Kombination mit widersprüchlichen Angaben des Sohnes wurde eine Obduktion der Verstorbenen veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Es fanden sich Zeichen einer massiven stumpfen äußeren Gewalteinwirkung, wie flächenhafte Hauteinblutungen unterschiedlichen Alters an beinahe dem gesamten Körper, ein Bruch des rechten Schildknorpeloberhornes, Einblutungen in die Zungenmuskulatur sowie Rippenserienbrüche beidseitig. Eine eindeutige Todesursache ergab sich jedoch nicht, wobei mehrere Gerinnsel in der Lungenstrombahn ausgelöst durch eine Thrombose der Beine am ehesten dafür in Frage kamen.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Im Blut der Verstorbenen fanden sich die zu ihrer Medikation passenden Wirkstoffe Carbamazepin, Metoprolol sowie Levetiracetam in jeweils therapeutischer Dosierung.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Schon zu Beginn fielen diverse Ungereimtheiten in den Aussagen des Sohnes und dessen Lebensgefährtin auf. So zeigten sich bei der Verstorbenen eine bereits eingetretene Totenstarre, Leichenflecke und ein deutlich abgekühlter Leichnam, obwohl beide angegeben hatten, die Betroffene sei erst ca. 10 min vor Eintreffen der Rettungskräfte plötzlich umgefallen. Des Weiteren entschuldigte der Sohn die schon den Rettungskräften aufgefallenen zahlreichen Hauteinblutungen durch einen wenige Tage zuvor gegen ärztlichen Rat beendeten Krankenhausaufenthalt. Laut rechtsmedizinischem Gutachten stimmte dies jedoch weder zeitlich überein, noch waren die Hauteinblutungen dort wie allgemein üblich dokumentiert worden. Verdächtig waren zudem die in der Sektion aufgefallenen Wunden im Mundraum sowie der Kehlkopfbruch, da weder eine ausgiebige Reanimation noch eine Intubation erfolgt waren. Letztlich waren all jene Verletzungen nur auf stumpfe Gewalteinwirkung zurückzuführen und durch Stürze als Entstehungsmechanismus nicht zu erklären. In der daraufhin erfolgten erneuten Befragung stellte sich heraus, dass der Beschuldigte, Herr Y, mit der Pflege seiner Mutter komplett überfordert gewesen sei und sie daher seit Monaten mit zunehmender Stärke und Häufigkeit physisch sowie psychisch misshandelt hatte.

V. Urteil

Der Angeklagte wurde wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen sowie eines anhänglichen Diebstahlsdeliktes zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 2 Jahren und 10 Monaten verurteilt.



Abbildung 27: Sektionsbefund – Fall 11

Erläuterung: Unterschiedlich alte, zum Teil flächige Hämatome als Zeichen einer mehrzeitigen, stumpfen Gewalteinwirkung; teilweise auch an sturzuntypischen Lokalisationen

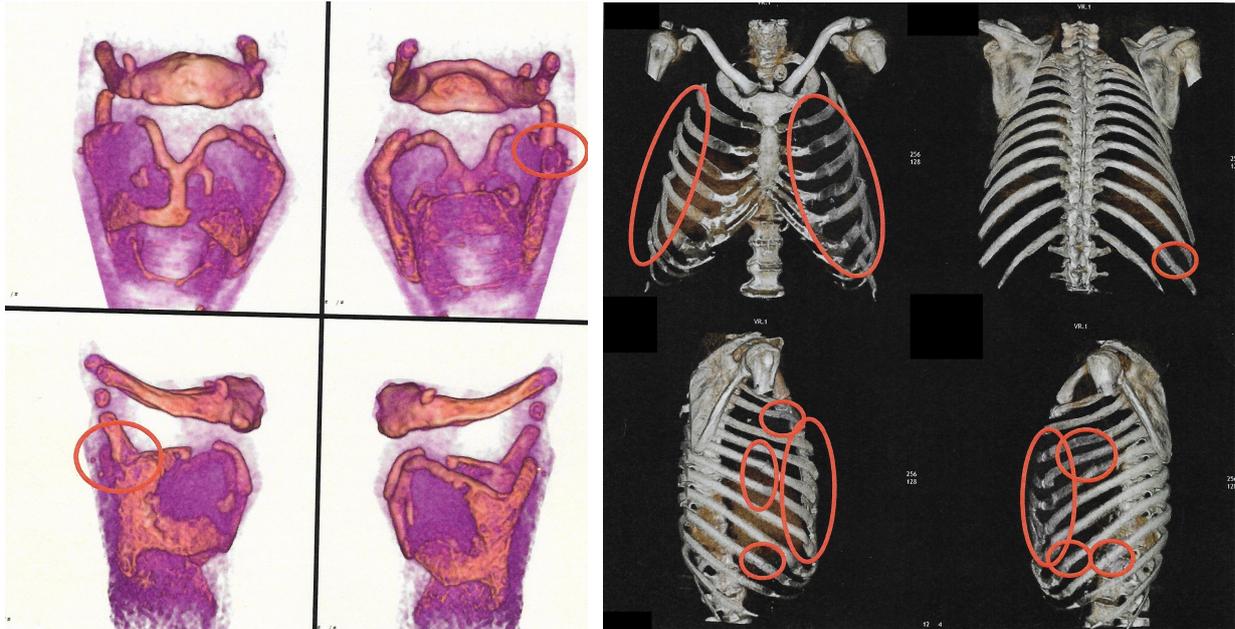


Abbildung 28: Postmortale Bildgebung (pm-MSCT) – Fall 11

Erläuterung: Bruch des rechten Schildknorpeloberhorns; zahlreiche Rippenbrüche, einzelne Rippen auch mehrfach

5.12 Fall 12

(Institut für Rechtsmedizin der Charité)

I. Vorgeschichte

Die 60-jährige Frau X wurde leblos vom Pflegedienst bäuchlings neben ihrem Bett aufgefunden. Bei der primären Leichenschau fanden sich keinerlei Hinweise auf eine Fremdschuld. Da die an zerebraler Ataxie sowie COPD leidende Patientin jedoch eigentlich kaum mehr in der Lage war, sich zu bewegen, der deshalb benötigte Notfallknopfanhänger außerhalb ihrer Reichweite im Wohnzimmer lag und die Eingangstür nur in die Falle gezogen war, wurde eine ungewisse Todesart bescheinigt und eine Obduktion von der Staatsanwaltschaft angeregt und richterlich angeordnet.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Als Todesursache zeigte sich eine Strangulation bei flächiger Halskompression der linken Halsseite. Zudem fanden sich oberflächliche Abschürfungen der rechten Schädelseite, am ehesten

ausgelöst durch ein Reiben des Gesichtes über Textilien. Typische Abwehrverletzungen waren nicht feststellbar, aufgrund des Nervenleidens jedoch auch kaum zu erwarten.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Die einzige nachweisbare Substanz war Metamizol. Sowohl eine alkoholische Beeinflussung als auch das Vorhandensein anderer toxischer Substanzen zum Zeitpunkt des Todes konnten ausgeschlossen werden.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Im Zuge der Ermittlungen wurde bekannt, dass Frau X mehrmals täglich von einem ambulanten Pflegedienst in ihrer Wohnung besucht wurde, da sie aufgrund ihrer Erkrankungen nicht mehr in der Lage war, sich selbst zu versorgen, und künstlich ernährt werden musste. Aus den Akten des Pflegedienstes ging hervor, dass die nunmehr verstorbene Frau X aufgrund von Schmerzen oftmals nachts und während der Körperpflege laut anfang zu schreien. Zudem verhielt sie sich den Pflegekräften gegenüber oft abweisend, launisch und erschwerte die Pflege zusätzlich durch Verweigerung ihrer Mitarbeit. Im weiteren Verlauf der Untersuchungen sagte die beschuldigte Pflegekraft Y aus, sie habe die Verstorbene abends auf ihrer Tour besucht und versorgen wollen. Im Zuge des aufwendigen Procedere, die Geschädigte zu Bett zu bringen, sei diese vor dem Bett gestürzt, hätte sich verletzt und lauthals angefangen zu schreien. Eine anschließende Wundversorgung habe sie verwehrt, wodurch die Beschuldigte sich gezwungen sah, die Betroffene zu bekneien, um sie unter Zwang zu versorgen und zudem ruhig stellen zu können. Als die Geschädigte jedoch aufhörte zu atmen, versuchte die Beschuldigte noch, so gut es ging, ihre Spuren zu verwischen und ging anschließend zum normalen Tagesablauf über.

V. Urteil

Die Beschuldigte, Frau Y, wird angeklagt, einen Menschen getötet zu haben, ohne eine Mörderin zu sein. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit wurde der Fall noch nicht vor Gericht verhandelt.

5.13 Fall 13

(Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin)

I. Vorgeschichte

Die 70-jährige Frau X wurde von ihren Kindern leblos auf dem Boden im Flur liegend aufgefunden. Der hinzugerufene Bereitschaftsarzt entdeckte bei der Feststellung des Todes unter dem Kopf der Verstorbenen eine Blutlache, in der ein Stück eines Plastikhandschuhs und ein 5-Euro-Schein lagen. Da sich zusätzlich, laut Aussage der Angehörigen recht ungewöhnlich, nur Kleingeld in der Brieftasche befand und der sonst innen in der Tür steckende Haustürschlüssel fehlte, wurde eine ungewisse Todesart bescheinigt, die Polizei hinzugerufen und eine Obduktion veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Im Rahmen der Obduktion zeigte sich ein Abbruch des linken Schildknorpeloberhorns mit massiver Umgebungsunterblutung, ein Befund, wie er typischerweise bei einer stumpfen Gewalteinwirkung gegen den Hals auftritt. Aufgrund der ungünstigen Bauchlage der Leiche mit daraus resultierenden starken Totenflecken und Vibices konnten jedoch keine eindeutigen Stauungsblutungen abgegrenzt werden, sodass eine todesursächliche Halskompression nicht sicher bewiesen werden konnte. Sonstige Abwehrverletzungen fanden sich ebenso wenig wie andere schwerwiegende Organveränderungen, welche den Eintritt des Todes hätten begründen können.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Der Befund der chemisch-toxikologischen Untersuchung war komplett unauffällig, ohne jeglichen Anhalt einer Alkohol- oder Medikamenteneinnahme zum Zeitpunkt des Todes.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Es wurden umfangreiche Ermittlungen durchgeführt und im Zuge dessen zahlreiche Zeugen vernommen. Demnach wurde die Verstorbene letztmalig am Tag zuvor lebend gesehen. Zudem konnte im Laufe der Ermittlungen ein Raubmord mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, da sich zum einen alle wertintensiven Gegenstände in der Wohnung befanden und zum anderen keinerlei Abhebungen von Konten der Verstorbenen erfolgten. Nach einer neuerlichen Begehung der Wohnung, bei der unter anderem eine Welle im Bodenbelag des Flures gefunden wurde, konnte ein Sturz mit anschließendem Aufschlag der Betroffenen auf der Kommode im Flur nicht sicher ausgeschlossen werden. Infolgedessen wurden die Ermittlungen

eingestellt, und der Fall mit der Vermutung, es handle sich um einen tragischen Unglücksfall, abgeschlossen, obwohl nicht geklärt werden konnte, wo der verschwundene Haustürschlüssel der verstorbenen Frau X verblieben war.



Abbildung 29: Sektionsbefund – Fall 13

Erläuterung: Lageentsprechende kräftige Totenflecke an der Körpervorderseite; massive Ausbildung von Vibices in der Gesichtshaut; Lippen teilweise schwarztötlich eingetrocknet; keine genaue Abgrenzung von Stauungsblutungen möglich

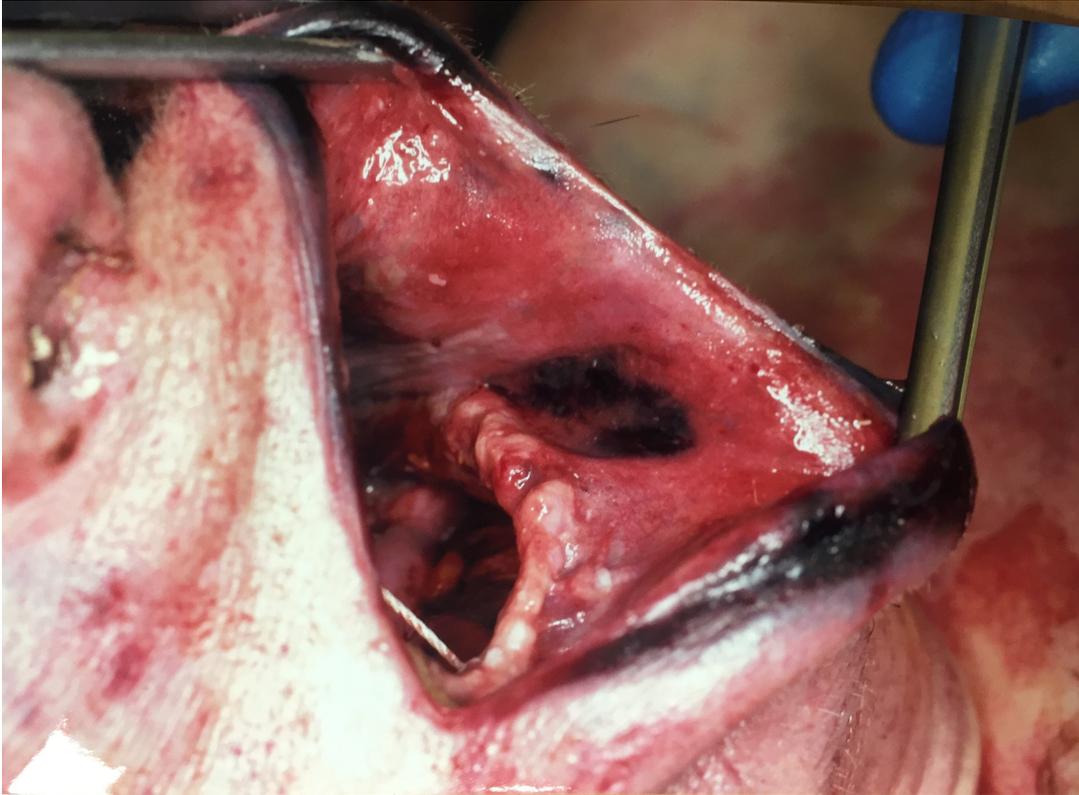


Abbildung 30: Sektionsbefund – Fall 13

Erläuterung: Zahlreiche Vibices in der Mundvorhofschleimhaut

5.14 Fall 14

(Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin)

I. Vorgeschichte

Ein zunächst unbekannter männlicher Leichnam wurde auf einer Parkbank sitzend tot aufgefunden. Nebenstehend wurde ein Rollator sichergestellt. Der Verstorbene wies lediglich geringe Blutantragungen im Bereich der Kleidung auf, sodass in der initial durchgeführten kriminalpolizeilichen Leichenschau kein Verdacht auf ein Tötungsdelikt geäußert wurde und man von einem Obdachlosen mit Bluthusten ausging. Erst nach rechtsmedizinischer Leichenschau im Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin, wurde aufgrund einer dort festgestellten Stichwunde in der linken Brust des Verstorbenen eine Obduktion veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion des 72-Jährigen zeigte sich eine Stichverletzung im Bereich der linken oberen Brustregion mit Durchstich des linken Lungenoberlappens sowie Verletzung der Aorta mit daraus resultierendem Hämato-pneumothorax. Todesursächlich war ein Verbluten. Zudem fanden sich Zeichen von Nagetierfraß an den Ohrläppchen sowie an beiden Händen. Außer einer postmortal wirkenden Abschürfung am rechten Oberschenkel fanden sich keine weiteren Auffälligkeiten an dem Verstorbenen.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Hierbei zeigte sich, dass Herr X bei Todeseintritt mit 1,1 ‰ im Blut alkoholisiert war sowie den Wirkstoff Metamizol zu sich genommen hatte.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Am Fundort der Leiche wurden die eingesetzten Beamten von einem Obdachlosen, dem später als Täter festgestellten Herrn Y, angesprochen. Dieser zeigte den Beamten seine blutigen Hände und gab an, er habe in den frühen Morgenstunden den Puls des Verstorbenen tasten wollen, woraufhin er als Hauptverdächtiger vorläufig festgenommen wurde. Im Zuge der Ermittlungen stellte sich heraus, dass sowohl das Opfer, Herr X, als auch der Hauptverdächtige, Herr Y, dem Obdachlosenmilieu von Berlin zugehörig waren, wobei sich beide schon einige Zeit kannten. Im Verlauf der Vernehmung legte Herr Y ein umfassendes Geständnis ab, in welchem er ausführte, er habe am Abend der Tat aufgrund seines langjährigen exzessiven Alkoholkonsums starke Entzugserscheinungen erlitten und sich reichlich Alkohol besorgt, um diesen in aller Ruhe zu konsumieren. Aus ungeklärtem Anlass kam es dabei zu einer zunächst verbalen Auseinandersetzung zwischen Herrn Y und dem Geschädigten, Herrn X, woraufhin Herr Y die Geduld verlor und nach eigener Aussage Herrn X um jeden Preis zum Schweigen bringen wollte. Daraufhin stieß er ihm mit einem Messer, welches er immer bei sich trug, mit großer Wucht in die linke Brust, was auch das Fehlen jeglicher Hinweise auf eine etwaige Kampfhandlung im Zusammenhang mit dem Todeseintritt von Herrn X bei der Obduktion erklärte.

V. Urteil

Der Angeklagte wurde wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von 6 Jahren verurteilt. Als strafmildernd wurde dabei seine stark verminderte Steuerungsfähigkeit aufgrund eines langjährig ausgeübten exzessiven Alkoholkonsums angesehen.

5.15 Fall 15

(Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin)

I. Vorgeschichte

Der 73-jährige Betroffene, Herr X, wurde bei Löscharbeiten von der Feuerwehr aus seiner brennenden Wohnung geborgen. Der kurze Zeit später eingetroffene Notarzt konnte trotz eingeleiteter Reanimation nur noch den Tod feststellen. Laut Aussage der Feuerwehr war das Bett, auf dem Herr X gefunden wurde, auch die Brandausbruchsstelle. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei dem Verstorbenen um einen Brandtoten handelte, wurde eine Obduktion veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion zeigten sich als Todesursache großflächige Verbrennungen III. und IV. Grades in Kombination mit einer Kohlenmonoxyd-Vergiftung. Darüber hinaus fanden sich kräftige Einblutungen in die Halsmuskulatur, Frakturen des Zungenbeins links, der oberen und unteren Schildknorpelhörner und des Ringknorpels. Feingeweblich wurden diese als zu Lebzeiten, unmittelbar vor Todeseintritt zugefügt, eingeordnet.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Der Verstorbene, Herr X, war zum Zeitpunkt des Todes mit 0,5 ‰ im Blut alkoholisiert. Zudem hatte er bei einem Co-Hb von 33 % erhebliche Mengen des Gases Kohlenmonoxid sowie cyanidhaltige Dämpfe eingeatmet.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Der Fall wurde mittlerweile eingestellt.

5.16 Fall 16

(Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin)

I. Vorgeschichte

Der 87-jährige Herr X verstarb im Krankenhaus, nachdem er wenige Stunden zuvor aus dem Arbeitszimmer im unteren Stockwerk seiner brennenden Maisonette-Wohnung geborgen und vom Notarzt mit schweren Verbrennungen und einem Inhalationstrauma eingeliefert worden

war. Als Todesursache wurde hierbei ein Multiorganversagen als Folge eines Lungenödems im Anschluss an ein Inhalationstrauma mit Verbrennungen von 40 % der Körperoberfläche aufgeführt. Da es sich somit um einen Brandtoten handelte, wurde eine Obduktion zum Ausschluss eines Fremdverschuldens veranlasst.

II. Aus dem Obduktionsgutachten

Bei der Obduktion fanden sich neben dem Inhalationstrauma sowie den Verbrennungen auch Zeichen einer stumpfen Gewalteinwirkung gegen den Hals, wie Brüche der Schildknorpeloberhörner, Einblutungen in die Halsweichteile, Brüche des 5. Halswirbels sowie des 1. Brustwirbels und eine zerbrochene Oberkieferprothese. Ebenso fielen unspezifische Abwehrverletzungen an den Armen auf.

III. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Die laborchemische Untersuchung auf eine alkoholische Beeinflussung war unauffällig, allerdings hatte Herr X zum Zeitpunkt des Todes diverse Arzneistoffe wie Fentanyl, Rocuronium, Ketamin, Propofol, Midazolam, Amlodipin und Lidocain im Blut. Dies war jedoch durch den Aufenthalt im Krankenhaus nicht weiter verwunderlich. Aufgrund der über 20-stündigen Liegezeit im Klinikum wurde auf eine Bestimmung des Kohlenmonoxid-Gehaltes im Blut verzichtet.

IV. Wesentliches Ergebnis der Ermittlungen

Dem Polizeibericht zufolge sei die Tür ordnungsgemäß mit innen im Schloss steckendem Schlüssel verschlossen gewesen und der verstorbene Herr X somit sehr wahrscheinlich selbst verantwortlich für den Brandausbruch. Die oben genannten Verletzungen im Bereich des Halses, waren sowohl mit einem Sturzgeschehen als auch durch Gewalteinwirkung von außen vereinbar. Ein einfaches Sturzgeschehen war nach Meinung der Rechtsmedizin jedoch nicht ohne Weiteres zu erklären. Denn obgleich sich das Arbeitszimmer direkt gegenüber der Treppe befand, lagen zwischen dieser und der Auffindeposition des Herrn X mehrere Meter. Ungeachtet dessen wurden die Ermittlungen beendet und der Fall eingestellt.

6 Diskussion

Im beispielhaft gewählten Jahr 2015 sind in Berlin 34 278 Personen gestorben [39], von welchen laut den Daten des Institut für Rechtsmedizin der Charité und dem Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin insgesamt 1946 gerichtlich obduziert wurden. Das ergibt eine Obduktionsrate von gerade einmal 5,7 %. Diese Zahlen sind so seit 2007 relativ konstant. Aufgrund einer mangelnden Registrierung klinischer Sektionen ist eine Aussage über deren genaue Anzahl an dieser Stelle nicht möglich. Deutschlandweit schneidet Berlin damit aber im Vergleich noch recht gut ab. Stuttgart z. B. hatte 2008 im Vergleich eine Sektionsquote von 0,88 % [40], die gesamte Bundesrepublik 1999 von 5,3 % [34]. Hinzu kommt nochmals ein Rückgang der Gesamtzahl der klinischen Obduktionen von 30 % im Zeitraum 2005 bis 2014 [41]. Somit dürfte die Sektionsrate in den meisten Städten und Bundesländern mit hoher Wahrscheinlichkeit aktuell noch deutlich geringer sein [34]. Das hat unter anderem zur Folge, dass nach verschiedenen Schätzungen die jährliche Anzahl der nicht registrierten Mordfälle mindestens doppelt so hoch wie die der registrierten ist [5-7].

Im europäischen Vergleich weist die Bundesrepublik eine extrem niedrige Sektionsrate auf. Laut der WHO lag 1999 die Obduktionsrate in Österreich bei 25,8 %, in Tschechien bei 27,9 %, in Finnland bei 30 % und in Ungarn sogar bei 31,7 % [35].

Auf der anderen Seite sehen sich die Rechtsmediziner in Deutschland nach dem Prinzip der Wechselseitigkeit mit einer stetig steigenden Anzahl an Exhumierungen konfrontiert: Fallende Obduktionsraten führen umgekehrt zu einer immer weiter steigenden Anzahl an Exhumierungen [42]. In immerhin zwei von 87 durchgeführten Exhumierungen im Raum Hannover konnte der im Nachgang der Beerdigung gestellte Verdacht eines Tötungsdeliktes tatsächlich bestätigt werden [43]. In einer Bonner Studie mit 155 Exhumierungen aus 34 Jahren fanden sich sogar 22 zuvor unentdeckt begrabene Tötungsdelikte [42].

Da in der Regel nur mit Angabe einer nicht natürlichen oder ungewissen Todesart auf dem Totenschein eine Obduktion überhaupt in Erwägung gezogen wird [6, 21, 22, 31-33], gilt vor allem die fehleranfällige primäre Leichenschau als Hauptgrund für die sehr niedrige Obduktionsrate [8, 11, 13-15, 17-19, 33]. In diesem Zusammenhang ist die Schuld jedoch nicht nur ärztlicherseits zu suchen, auch auf polizeilicher und politischer Ebene besteht Handlungsbedarf [7, 11, 14, 19, 21, 23, 30, 37], da rechtsstaatliche Prinzipien andernfalls auch künftig durch ein wachsendes Dunkelfeld unentdeckter Tötungsdelikte in Frage gestellt werden [21, 34].

Wenngleich eine statistische Auswertung wie dargelegt aufgrund der begrenzten Fallzahl nur eingeschränkt möglich ist, so sollen die erhobenen Daten im Folgenden doch vor dem Hintergrund der bekannten Vergleichszahlen interpretiert werden.

In der Kontrollgruppe dieser Arbeit, bestehend aus all jenen Tötungsdelikten, welche aufgrund eines primären Verdachts auf einen gewaltsamen Tod einer Sofortobduktion zugeführt wurden, gab es 17 männliche (53 %) und 15 weibliche (47 %) Opfer. Diese annähernd ausgeglichene Verteilung deckt sich mit den Arbeiten von Kleemann et al. [44] und Kominato et al. [45], steht aber im Kontrast zu den Arbeiten von Wahlsten et al. [46], in der 73 % der Opfer männlichen Geschlechtes waren, von Verzeletti et al. [47] mit 64 % männlichen Opfern [47] und Gupta et al. [48] mit 75,43 % männlichen Opfern.

Das Durchschnittsalter der männlichen Opfer in der Kontrollgruppe lag bei 37 Jahren und der weiblichen bei 44 Jahren. Dies entspricht ziemlich genau den Ergebnissen der Arbeiten von Wahlsten et al. [46] und Verzeletti et al. [47]. Bei Kominato et al. hingegen gehörten die meisten Opfer der Altersgruppe 46-55 Jahre an [45] und bei Gupta et al. der Altersgruppe 21-30 Jahre [48].

Auffällig war im Vergleich mit der Kontrollgruppe und den genannten Arbeiten [44-48] hingegen das fast durchgehend hohe Alter der Opfer in der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte: So waren 12 der 16 Betroffenen älter als 70 Jahre, aber nur vier dieser 12 Opfer älter als 80 Jahre. Bemerkenswerterweise stimmen diese Zahlen gut mit den Daten von Schmidt et al. [49], Schäfer [50] und Coelho et al. [51] überein.

Im Folgenden wird daher aufgrund der eben genannten Altersverteilung in der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte bei der Auswertung der Daten zur besseren Vergleichbarkeit vor allem Bezug auf die Arbeiten von Schmidt et al. [49], Schäfer [50] und Coelho et al. [51] genommen, da in allen drei Arbeiten nur Tötungsdelikte an Menschen älter als 60 bzw. 65 Jahre untersucht wurden. Die Ergebnisse der Kontrollgruppe werden hingegen, soweit möglich, mit den oben genannten Arbeiten von Kleemann et al. [44], Wahlsten et al. [46], Kominato et al. [45], Verzeletti et al. [47] und Gupta et al. [48] verglichen.

Das Durchschnittsalter der männlichen Opfer in der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte lag bei 65 Jahren und das der weiblichen Opfer bei 70 Jahren und damit im Schnitt gut 27 Jahre höher als in der Kontrollgruppe dieser Arbeit. Die Geschlechterverteilung wies mit sieben männlichen (44 %) und neun weiblichen Opfern (56 %) im Gegensatz zu der Kontrollgruppe eine leichte Mehrheit auf Seiten der weiblichen Opfer auf. Interessanterweise wiesen die Arbei-

ten von Schmidt et al. [49] und Coelho et al. [51] diesen Unterschied nicht auf. Lediglich bei Schäfer [50] waren ebenfalls weibliche Opfer mit 51,4 % geringfügig häufiger betroffen als männliche Personen.

Betrachtet man also die Geschlechterverteilung der Opfer im Bezug auf das Alter, ergibt sich aus den oben genannten Daten der Kontrollgruppe, den zum Vergleich herangezogenen Publikationen sowie der Polizeilichen Kriminalstatistik [38] die Tatsache, dass für männliche Personen im jüngeren und mittleren Lebensalter ein höheres Risiko besteht Opfer eines Gewaltdelikt zu werden, als für weibliche Personen.

Die Gründe dafür werden seit langem diskutiert und ergründet. So wurde dem männlichen Geschlecht z.B. von Eagly et al. ein erhöhter Grad an Aggressivität im Vergleich mit dem weiblichen Geschlecht attestiert [52], und Archer konnte zeigen, dass diese Geschlechtsunterschiede bezogen auf das gesteigerte Maß der Aggressivität zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr am höchsten sind [53]. Als Ursache dafür wird zum einen die biologische Ausstattung des männlichen Geschlechtes angenommen. So wird vermutet, dass erhöhte Testosteron-Spiegel im Blut mit einer erhöhten Gewaltbereitschaft und einem gesteigerten Maß an Aggressivität einhergehen [54-56]. Hinzu kommt der ebenfalls zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr gipfelnde Fortpflanzungstrieb und die damit einhergehende Rivalität männlicher Individuen durch den Wettkampf um potentielle Geschlechtspartner. Dieser Konkurrenzkampf findet entweder direkt um das weibliche Geschlecht oder indirekt um fortpflanzungsrelevante Ressourcen wie den gesellschaftlichen Status oder den materiellen Reichtum und Besitz statt. Bis heute wird dieser evolutionsbiologische Erklärungsansatz herangezogen, um das erhöhte Konfliktpotential unter männlichen Individuen zu erklären [57].

Hinzu kommt gerade in Lateinamerika zudem, dass junge Männer deutlich häufiger Opfer von Tötungsdelikten aufgrund ihrer Mitgliedschaft in kriminellen Banden oder ihrer Aktivitäten im Rahmen der organisierten Kriminalität werden [58].

Im fortgeschrittenen Lebensalter gleicht sich das Risiko für beide Geschlechter eher an oder verschiebt sich scheinbar bei primär unentdeckten Tötungsdelikten sogar etwas in Richtung eines erhöhten Risikos für weibliche Personen Opfer eines Gewaltdelikt zu werden.

Gründe dafür sind u.a. die in diesem Alter geschlechtsunspezifisch häufig vorkommende Vertrauensseligkeit, Gebrechlichkeit, die Verringerung der physischen Widerstandsfähigkeit sowie eine deutlich nachlassende Reaktionszeit mit verminderten Abwehr- und Fluchtmöglichkeiten [49, 50]. Ein älterer Mensch ist dadurch potentiell weniger in der Lage, sich gegen einen Angrei-

fer zur Wehr zu setzen als ein jüngeres Opfer.

Frauen weisen zudem ganz eigene, spezifische und vom Alter relativ unabhängige Risikofaktoren auf, Opfer eines Gewalt- oder Tötungsdeliktes zu werden. So gelten Frauen z. B. aufgrund einer im Vergleich mit dem männlichen Körper geringeren Muskelmasse als physisch unterlegen [59]. Laut einer Studie von Stöckl et al. werden Mädchen und Frauen in über 38 % der Fälle von einem aktuellen oder früheren Partner getötet. Bei den Männern beträgt dieser Anteil lediglich knapp über 6 % [60]. Auch stellen weibliche Opfer den Großteil an sexuell motivierten Tötungsdelikten dar [38].

Hinzu kommt die charakteristische Geschlechterverteilung der Bevölkerung in den unterschiedlichen Altersgruppen. Von Geburt an bis ungefähr zum 60. Lebensjahr, gibt es statistisch gesehen durchgehend ein bis drei Prozent mehr Jungen als Mädchen bzw. Männer als Frauen. Danach allerdings führt die höhere Lebenserwartung von Frauen dazu, dass deren prozentualer Anteil kontinuierlich zunimmt. Er steigt von 51,6 % in der Gruppe der über 60-jährigen auf 54,4 % in der Gruppe der über 70-jährigen, auf 62,4 % in der Gruppe der über 80-jährigen und auf 73,9 % der über 90-jährigen [61].

In 31 % der Fälle aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte wurde in der toxikologischen Untersuchung eine alkoholische Beeinflussung des Opfers zum Tatzeitpunkt nachgewiesen. In keinem Fall konnten Drogeneinwirkungen bei den Opfern festgestellt werden. Damit liegt der Anteil alkoholisierter Opfer etwas höher als bei den Untersuchungen von Schmidt et al. [49] und Schäfer [50], in welchen nur in 21 % bzw. 26 % der Fälle eine Alkoholisierung der Opfer nachgewiesen werden konnte. Bei Coelho et al. [51] hingegen war der Anteil alkoholisierter Opfer im Untersuchungsgut mit 49 % im Vergleich mit dieser Arbeit noch einmal deutlich höher.

In der Kontrollgruppe konnte in 31 % der Fälle eine alkoholische Beeinflussung des Opfers zum Tatzeitpunkt nachgewiesen werden. Zudem standen 16 % der Opfer unter dem Einfluss verschiedener illegaler Drogen wie Kokain oder Amphetamin. Dies betraf – mit zwei Ausnahmen – ausschließlich Männer und dabei – ebenfalls mit nur zwei Ausnahmen – Personen unterhalb des 30. Lebensjahres. In der Arbeit von Wahlsten et al. [46] wurden 63 % der Opfer positiv auf Alkohol getestet und weitere 7,5 % positiv auf illegale Drogen. Dabei ist hier anzumerken, dass nur 35 % aller Opfer überhaupt auf eventuell vorhandenen Alkohol- und/oder Drogenkonsum im Vorfeld des Todes getestet wurden. Bei Kominato et al. [45] wurde in nur 10 % der Fälle eine alkoholische Beeinflussung der Opfer nachgewiesen und keines der Opfer stand unter dem Einfluss von Drogen. In der Arbeit von Verzeletti et al. [47] wurde ebenfalls in nur 31,8 % der Fälle

eine toxikologische Untersuchung durchgeführt. Darunter fand sich in 44 % der Fälle eine alkoholische Beeinflussung und in 23,75 % der Fälle standen die Opfer unter dem Einfluss illegaler Drogen. Ein direkter Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen untereinander sowie mit den Ergebnissen der zuvor genannten, zum Vergleich herangezogenen, Publikationen ist daher an dieser Stelle kaum möglich und erscheint aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweise und des teilweise nur geringen Anteils an durchgeführten toxikologischen Untersuchungen nicht sinnvoll.

Auffallend ist jedoch die im unterschiedlichen Maße vorhandene Intoxikation mit Rausch- oder Betäubungsmitteln der Opfer aus der Kontrollgruppe im Vergleich mit den Opfern aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte. Dabei spielt sicherlich das bereits erwähnte, deutlich unterschiedliche Durchschnittsalter der Opfer eine entscheidende Rolle. Ob und inwieweit eine Intoxikation der Opfer mit ebensolchen Substanzen zum Todeszeitpunkt Einfluss auf das Handlungs- und Reaktionsvermögen der Opfer hatte, lässt sich allerdings nicht feststellen.

Der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) nach sind die ermittelten Tatverdächtigen bei Mord, Totschlag und Körperverletzung mit Todesfolge in der Regel männlichen Geschlechts.

In der Kontrollgruppe der vorliegenden Arbeit waren der oder die ermittelten Tatverdächtigen bzw. Angeklagten in 78 % der Fälle männlichen Geschlechts. Dabei sei zu erwähnen, dass in 13 % der Fälle das Geschlecht des Tatverdächtigen bzw. Angeklagten aus den Akten nicht zur Ermittlung war. In zwei Fällen (8 %) konnten mehrere gemeinschaftlich handelnde, mittlerweile angeklagte mutmaßliche Täter ermittelt werden und in zwei weiteren Fällen wurden die Opfer zu unterschiedlichen Zeitpunkten von ein und demselben Angeklagten getötet. In den Arbeiten von Wahlsten et al. [46] und Kominato et al. [45] war der Anteil an Tätern männlichen Geschlechts mit 91 % bzw. 82 % sogar deutlich höher. Bei Wahlsten et al. [46] wurde 16 % der Opfer von einer Gruppe von Tätern getötet und lediglich in 3,3 % der Fälle konnte ein und derselbe Täter mit verschiedenen Taten in Verbindung gebracht werden.

Bei den verurteilten Tätern aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte handelt es sich in 71 % der Fälle um männliche Personen, wobei diese Zahl aufgrund der geringen Fallzahl von $n = 16$ und der geringen Aufklärungsquote von lediglich 37,5 % mit Vorsicht zu betrachten sein dürfte. In allen Fällen wurde ein Einzeltäter ermittelt und in zwei Fällen (25 %) wurden die Opfer von ein und demselben Täter getötet. In den zum Vergleich herangezogenen Publikationen war der prozentuale Anteil an männlichen Tätern deutlich höher. So kamen Schmidt et al. [49] in ihrer Arbeit auf 88 %, Schäfer [50] auf 85 % und Coelho et al. [51] auf 95 %. In der Arbeit von

Schäfer [50] konnte in 9 % der Fälle, derselbe Täter mit verschiedenen Tötungsdelikten in Verbindung gebracht werden und in 11 % der Fälle wurden mehrere gemeinschaftlich handelnde Tatverdächtige ermittelt.

Im Gegensatz zu der oben genannten Aufklärungsquote von 37,5% in der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte und 3 % in der Kontrollgruppe, berichtet die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Jahres 2015 nahezu gleichbleibend zu den Jahren davor von einer Aufklärungsquote von 56,3 % über alle Straftaten hinweg verteilt und für Mord und Totschlag sogar von 94,8 % [3]. Die Aussagekraft der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) ist jedoch insofern limitiert und mit Vorsicht zu genießen, als dass dort nur Verbrechen eingehen, die von Opfern oder Zeugen als solche erkannt und angezeigt und darüber hinaus auch von der Polizei als solche registriert und weiterverfolgt werden. So wurden einige Fälle in der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte trotz konkreter Verdachtsmomente ohne weitere Ermittlungen abgeschlossen, und es wird davon ausgegangen, dass nur ein Drittel aller Tötungsdelikte überhaupt erkannt wird [6].

Binding stellte schon 1915 fest, dass die Kriminalstatistik den Vorzug der größten Ungenauigkeit vor allen anderen Statistiken genießt [62] und Kury ist davon überzeugt „[...] dass kaum mehr als zehn Prozent aller begangenen Straftaten Eingang in die Polizeiliche Kriminalstatistik finden“ [4].

In 13 von 16 der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Fälle der primär unentdeckten Tötungsdelikte, also bei 81 %, kam das Opfer in seinem unmittelbaren häuslichen Umfeld ums Leben. Von den übrigen drei Opfern wurde eins auf einer Parkbank aufgefunden und die anderen beiden verstarben im Krankenhaus. In zwölf von 16 Fällen stimmten Tatort und Fundort überein. In keinem einzigen der übrigen Fälle wurde die Leiche vom Täter an einen anderen Ort geschafft.

Die eigene Wohnung des Opfers als Ort der Tatausführung erscheint auch im Hinblick auf die folgenden Vergleichszahlen keinesfalls ungewöhnlich, ganz im Gegenteil. So kam das Opfer bei Schmidt et al. in 74 % [49], bei Schäfer in 91 % [50] und bei Coelho et al. in 68 % [51] der Fälle im häuslichen Umfeld ums Leben.

Als Grund dafür wird eine häufig bestehende soziale Isolation älterer Menschen gesehen. Daraus resultiert für den Täter eine verminderte Wahrscheinlichkeit, in seiner Tatausübung von Angehörigen gestört oder unterbrochen zu werden [50]. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass eine ältere Person innerhalb einer kurzen Zeitspanne gefunden wird, ist geringer als bei einem jungen, ar-

beitstätigen, sozial gut eingebundenen Menschen. Belegt wird das dadurch, dass 75 % der Opfer in der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte zum Tatzeitpunkt allein lebten, eine Tatsache, welche in vielen Fällen zu einer deutlich reduzierten Hemmschwelle der Täter geführt haben dürfte. Dem ist sicherlich auch die Tatsache geschuldet, dass – soweit in den vorliegenden Unterlagen feststellbar - keines der Opfer vom eigentlichen Tatort vom Täter weggebracht wurde.

In der Kontrollgruppe dieser Arbeit hingegen fand die zum Tode des Opfers führende Tat nur in elf von 32 Fällen (34 %) im unmittelbaren häuslichen Umfeld statt. Von den übrigen Opfern verstarben sechs trotz notärztlicher Behandlung im Krankenhaus oder noch auf dem Weg dorthin im Rettungswagen, vier Opfer kamen in der Wohnung des Tatverdächtigen bzw. Angeklagten ums Leben, weitere zwei Opfer wurden entweder auf der Straße oder in einer Grünanlage getötet, ein Opfer in einer Spielothek, eins in einem Obdachlosenwohnheim und ein Opfer in einer Ruine. In fünf Fällen war zwar durchaus der Fundort der Leiche aus den Akten ersichtlich, jedoch keinerlei Hinweise darüber, ob dies auch der eigentliche Tatort gewesen sein könnte. In einem Fall waren in der einsehbaren Akte weder Informationen zum Fundort noch bezüglich des mutmaßlichen Tatorts zu finden.

In 17 Fällen stimmten Tatort und Fundort überein. In vier der übrigen Fälle wurde der Leichnam ganz offensichtlich vom eigentlichen Tatort entfernt, wobei dieser in einem Fall bisher nicht ermittelt werden konnte. Eine entscheidende Rolle in der Ursachensuche spielte hierbei zumindest bei einem Angeklagten die Tatsache, dass er nicht allein in der Wohnung lebte, in welcher er die Taten verübte.

Bezüglich des eigentlichen Tatortes weichen die Zahlen hier deutlich von den Ergebnissen der bisherigen Publikationen zu dieser Thematik ab. So kamen in der Untersuchung von Kleemann et al. 58,6 % der Opfer in ihrem unmittelbaren häuslichen Umfeld ums Leben [44], bei Wahlsten et al. in 59 % der Fälle [46], bei Verzeletti et al. in 51 % [47] und bei Kominato et al. sogar in 80 % der Fälle [45].

In 67 % der Fälle der primär unentdeckten Tötungsdelikte stammte der Täter aus dem sozialen Umfeld des Opfers, in drei Fällen sogar aus dem engsten Familienkreis, ein Sachverhalt, welcher gerade bei Opfern in höherem Lebensalter - auch in den Studien von Schmidt et al. [49], Schäfer [50] sowie Coelho et al. [51] - wiederholt festgestellt werden konnte. So waren sich Opfer und Täter in eben genannten Untersuchungen in 79 % [49], 80 % [50] und 61 % [51] der Fälle bereits vor der Tat bekannt.

In der Kontrollgruppe dieser Arbeit kam der Tatverdächtige bzw. Angeklagte mit 71 % der Fälle in einem ganz ähnlichen Maß aus dem engeren Umfeld des Opfers. In der Arbeit von Kominato et al. [45] wurden sogar nur rund 13 % der Opfer von Ihnen zuvor unbekannten Personen getötet. Sechs der 15 weiblichen Opfer (40 %) in der Kontrollgruppe wurden von Ihren Ehemännern oder Lebensgefährten getötet. Diese Zahlen decken sich gut mit den oben genannten Daten von Stöckl et al. [60], den Daten des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung [63] sowie der Arbeit von Kellermann et al. [64] und belegen, dass das eigene Zuhause aufgrund häuslicher Gewalt für viele Frauen auch im 21. Jahrhundert einer oder sogar der gefährlichste Ort bleibt [60, 63, 64].

Gewalt innerhalb der Familie weist in der Bundesrepublik Deutschland ein immenses Dunkelfeld auf, da es weiterhin verharmlost, tabuisiert und oft als privates Problem angesehen wird. Dabei ist sie „[...] die am häufigsten auftretende Form interpersoneller Gewalt in der Gesellschaft“ [65].

Umso bedenklicher ist es daher, dass seit Jahrzehnten die meisten falschen Todesursachen bei Leichenschauen im häuslichen Umfeld der Verstorbenen bescheinigt werden – Tendenz steigend. So stimmten in Leipzig vor 1990 noch knapp 84 % der im Rahmen der häuslichen Leichenschau ermittelten Todesursachen mit dem Obduktionsergebnis überein, nach 2000 waren es nur noch etwa 51 %. Beachtlich abgenommen hatte in diesem Zusammenhang vor allem die Obduktionszahl von vermeintlichen Erstickungsopfern. Wurden vor der Wende in der ehemaligen DDR noch 198,6 Erstickungsfälle pro Jahr obduziert, waren es nach dem Jahr 2000 nur noch 11 Fälle pro Jahr [66]. Dies scheint auch deshalb bedenklich, da allein neun der 16 Opfer (56 %) aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte in der vorliegenden Arbeit an den Folgen einer Halskompression verstarben. Über die Gründe für die Anwendung ebenjener Methode lässt sich an dieser Stelle mangels fehlender Geständnisse der Täter nur spekulieren. Eine Halskompression führt in den meisten Fällen jedoch recht zügig zum Tod – es ist eine unblutige Methode, das Opfer ist unfähig zu schreien und von außen lässt man unter Umständen keine direkt ins Auge springenden Zeichen zurück. Gerade die in zwei der oben genannten Fälle aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte (s. Fall Nr. 7 & Fall Nr. 8) erfolgte Strangulation mit dem Unterarm („Unterarmwürgegriff“) stellt sich als äußerlich sehr spurearme Methode heraus und ist ohne eine dezidierte Suche nach punktförmigen Blutungen in den Augenbindehäuten nur sehr schwer zu identifizieren [13, 20, 23, 44, 66].

In den Arbeiten von Schmidt et al. [49], Schäfer [50] und Coelho et al. [51] hingegen kam eine Halskompression als todesursächliche Gewalteinwirkung zwar ebenfalls sehr häufig vor, aller-

dings führte dort jeweils hauptsächlich eine stumpfe Gewalteinwirkung zum Tode der Opfer.

Im Gegensatz dazu führte in der Kontrollgruppe interessanterweise in 53 % der Fälle ein Verbluten nach Stich und/oder Schnittverletzungen zum Tode der Opfer. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Arbeiten von Wahlsten et al. [46] und Gupta et al. [48] in denen Stich- und/oder Schnittverletzungen ebenfalls die am häufigsten ermittelte Todesursache darstellten. Dies legt die Vermutung nahe, dass ebensolche Verletzungen in einem deutlich höheren Maße schon in der primären Leichenschau erkannt und als solche identifiziert werden - sei es aufgrund des auftretenden Blutverlustes, der gelegentlichen Entstellung des Leichnams oder Beschädigung der Kleidung. Fehlen solch auffällige Hinweise jedoch, wird allzu oft nicht einmal in Erwägung gezogen, dass die verstorbene Person getötet worden sein könnte. Durch eine wie bereits beschriebene, aus verschiedensten Gründen nur unzureichend durchgeführten Leichenschau lassen sich die - sofern überhaupt vorhandenen - im Vergleich diskreten Anhaltspunkte für einen Erstickungstod wie z.B. petechiale Blutungen, eine Zyanose oder Stauung des Gesichts sowie Würgemale kaum erfassen. Ohne konkreten Verdacht oder einer routinierten Suche nach ebensolchen Anhaltspunkten für einen Erstickungstod wie durch bereits genannten Unterarmwürgegriff oder auch durch Bedeckung der Atemöffnungen, das sogenannten Burking (Asphyxie durch Thoraxkompression von außen) oder das Ertränken, sind diese gewaltsamen Todesfälle kaum als solche in einer primären Leichenschau zu identifizieren.

In der Arbeit von Kominato et al. [45] hingegen führte vor allem eine stumpfe Gewalteinwirkung und bei Verzeletti et al. [47] eine Verletzung durch Schusswaffen zum Tode der Opfer.

In der Kontrollgruppe wurde in 47 % der Fälle ein nicht natürlicher Tod attestiert und in zwei weiteren Fällen wurde eine ungewisse Todesart bescheinigt. In den übrigen 15 Fällen lag der Leichenschauschein in den vorhandenen Unterlagen nicht vor, jedoch fand die initiale Leichenschau in diesen Fällen durch den/die diensthabende/n Rechtsmediziner/in statt, der /die in der Folge auch die Obduktion durchgeführt hat. Entsprechend wurde in diesen Fällen in Übereinstimmung mit dem Sektionsergebnis ein nicht natürlicher Tod attestiert.

Bei 75 % der Betroffenen aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte wurde auf dem Totenschein eine ungewisse Todesart attestiert. Positiv hervorzuheben ist dabei, dass aufgrund dieser Tatsache immerhin die Möglichkeit besteht, eine Obduktion zur Klärung der genauen Todesumstände herbeizuführen. Wäre hingegen ein natürlicher Tod attestiert worden, würden die Chancen für eine Obduktion nahezu bei null liegen. So wurde in den Jahren von 2000–2004 in Leipzig nicht ein einziger als natürlich eingestuftes Todesfall obduziert [66]. In den Jahren

1985–1989 waren im Gegensatz dazu noch gut 5,1 % aller Obduktionen zuvor als natürlicher Tod qualifiziert worden [66]. Denn es ist eigentlich längst bekannt, dass gerade in der Gruppe der als natürlich klassifizierten Todesfälle das Dunkelfeld der nicht erkannten Tötungsdelikte besonders hoch ist [31]. So konnte in verschiedenen retrospektiven Untersuchungen gezeigt werden, dass in 0,25–1,1 % der Leichenschauen fälschlicherweise ein natürlicher Tod bescheinigt wurde [10, 16, 32, 67]. Nichtsdestotrotz finden gerichtliche Obduktionen in Deutschland weiterhin in der Regel nur bei primär als nicht natürlich oder ungewiss deklarierten Todesfällen statt [6].

Hinzu kommt, dass bei einem Toten in hohem Lebensalter bei der Leichenschau und der Suche nach den Gründen für das plötzliche Versterben offensichtlich in einigen Fällen kein so hoher Aufwand betrieben wird. Bei Abwesenheit von massiven äußeren Verletzungen oder anderen ins Auge springenden Auffälligkeiten wird allzu oft von einem natürlichen Tod in Folge des hohen Lebensalters und einer regelhaft vorbestehenden Multimorbidität ausgegangen [13, 18, 50]. Demgegenüber erweckt der Tod eines jungen Menschen eher Misstrauen, wie auch aus folgendem Zitat ersichtlich wird: „[...] bei jüngeren Toten müssen wir sie schon mal umdrehen, aber bei älteren ..., da genügt es, wenn der Deckel des Sarges geöffnet wird“ [15]. Folglich schrumpft mit steigendem Sterbealter die Anzahl durchgeführter gerichtlicher Obduktionen zur Klärung der genauen Todesursache rapide [50]. Obendrein wurde durch Germerott et al. festgestellt, dass bei Patienten jenseits des 90. Lebensjahres deutlich häufiger eine konkrete Todesursache auf dem Totenschein angegeben wird. Gleichzeitig stieg die Rate fehlerhaft angegebener Todesursachen von 18,8 % bei unter 70-Jährigen auf 52,4 % bei den über 90-Jährigen [68].

Hinzu kommt, dass selbst von den eingangs erwähnten drei bis zehn Prozent der Verstorbenen mit nicht natürlicher oder ungewisser Todesart, oft auch zum Erstaunen der Ärzte [11], nur etwa jeder vierte Fall einer Obduktion zugeführt wird [34].

In der viel beachteten Görlitzer Studie von 1987 wurden 96,5 % aller Verstorbenen eines Jahres obduziert und anschließend die Ergebnisse mit dem auf dem Totenschein angegebenen Grundleiden verglichen. In gut 47 % stimmten diese nicht überein [69]. Auch gute 20 Jahre später stimmte in jüngeren Studien von Madea et al. in 45,8 % [70], bei Fieseler et al. in 55 % [33] und bei Germerott et al. in 50,7 % der Fälle [68] die unmittelbare Todesursache nicht mit der Diagnose auf dem Leichenschauschein überein. In knapp 64 % der Fälle konnte in der Arbeit von Madea et al. bei fraglich iatrogenen Todesfällen nicht einmal die ursprünglich klassifizierte Todesart aufrechterhalten werden [70].

In Leipzig wurde diesbezüglich eine vergleichende Studie zwischen der Zeit vor und nach der Wende durchgeführt. Demnach kam es nach der Wiedervereinigung zu einem erheblichen Rückgang der Obduktionsrate von 13,7 % in den Jahren 1985–1989 auf lediglich 3,1 % in den Jahren 2000–2004. Hingegen nahm die Fehlerquote zwischen klinischer und autoptischer Todesursache bei als nicht natürlich deklarierten Todesfällen von 13,8 % auf 18 % zu [66], obwohl gerade bei vorliegenden Anzeichen eines nicht natürlichen Todes die primäre Leichenschau eher noch gründlicher verlaufen sollte.

Inakzeptabel ist daher die Tatsache, dass in einigen Fällen aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte eigentlich eindeutige Zeichen für eine fremde Gewalteinwirkung von außen übersehen, fehlgedeutet oder gar ignoriert wurden. Strangulationsmale am Hals wurden fälschlicherweise als Abdruck eines Brillenbandes fehlgedeutet (siehe Fall Nr. 3) oder eine Stichwunde in der Brust übersehen (siehe Fall Nr. 14).

Weniger verwunderlich erscheint dies, wenn man sich unterschiedliche Befragungen unter Ärzten und Polizeibeamten in Deutschland anschaut. Diese ergaben unlängst, dass in 50–75 % der Fälle die eigentlich verpflichtende Entkleidung des Leichnams nur unzureichend oder gar nicht stattfand [14, 23]. In einer Essener Studie wurde in 4,5 % aller Leichenschauen der Tod ohne das Vorhandensein sicherer Todeszeichen oder Reanimationsversuche bescheinigt [16].

Teilweise scheint es also, als würde auch mangelndes Problembewusstsein eine ausschlaggebende Rolle für die geringe Qualität der ärztlichen Leichenschau spielen [16]. Und auch die oftmals daraus resultierende Abnahme sowohl der klinischen als auch forensischen Obduktionsrate scheint, zumindest im europäischen Ausland, nicht jede Ärztegeneration gleichermaßen zu beunruhigen. So äußerten sich in einer Londoner Befragung innerhalb desselben Krankenhauses zwar 79 % der Fachärzte aber nur 37 % der Assistenzärzte besorgt über die Abnahme der Obduktionsrate [71].

In sieben der 16 Fälle aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte (siehe Fälle Nr. 3, 5, 6, 7, 8, 12, 13) veranlasste vorrangig ein ungewöhnliches Wohnumfeld wie z.B. eine unverschlossene Wohnungseingangstür, eine insgesamt unaufgeräumt wirkende Wohnung oder fehlende Wertsachen die leichenschauenden Ärzte und Beamten dazu, eine Obduktion zum Ausschluss eines Fremdverschuldens einzuleiten.

Von sechs Fällen aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte, in denen ein Geständnis des Täters vorlag, war in drei Fällen (37,5 %) eine Bereicherungsabsicht im Sinne eines Raubmords das Tatmotiv. Eine Bereicherungsabsicht, oft auch von Angehörigen oder zumindest

dem Opfer nahestehenden Personen als Tatmotiv, wurde dabei schon 1991 von Wagner als zunehmendes Problem thematisiert [72]. Gerade im Zusammenhang mit Tötungsdelikten an älteren Menschen, muss dieses Tatmotiv bis heute oft als maßgeblich angesehen werden. So stellte Raub in der Arbeit von Schmidt et al. in 53 % [49], bei Schäfer in 31 % [50] und bei Coelho et al. in 51 % [51] der Fälle das Tatmotiv dar.

In der Kontrollgruppe hingegen ging dem Tötungsdelikt in zwölf von 20 Fällen (60 %), in denen ein Motiv ermittelt werden konnte, ein Streit voraus. Streitigkeiten stellten auch in den Arbeiten von Wahlsten et al. [46] und Kleemann et al. [44] das Hauptmotiv dar. Als Ursache der Streitigkeiten gaben die Tatverdächtigen bzw. Angeklagten in den polizeilichen Befragungen z. B. Vergeltung unter befeindeten Familien oder zwischen unterschiedlichen Generationen derselben Familie, Eifersucht oder Untreue innerhalb einer Beziehung oder Streitigkeiten aus nichtigen Anlässen im Alkoholikermilieu an.

In drei Fällen aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte wurde de facto nur aufgrund der Tatsache, dass es sich einmal um einen angeblichen Ertrinkungsunfall (siehe Fall Nr. 2) und in zwei Fällen um mutmaßliche Brandtote handelte (siehe Fälle Nr. 15, 16), eine Obduktion veranlasst. Sowohl bei Brandtoten als auch bei Ertrunkenen sollte aber von Seiten der Ermittlungsbehörden regelhaft auf eine gerichtliche Obduktion zur Klärung der genauen Todesursache bestanden werden [73]. Es kommt nicht selten vor, dass ein Mordopfer im Wasser deponiert oder der Tatort angezündet wird, um potentielle Spuren des Täters zu verwischen.

Bei einem der 16 Opfer aus der Gruppe der primär unentdeckten Tötungsdelikte wurde im Krankenhaus ein natürlicher Tod attestiert, obwohl der Betroffene erst wenige Tage zuvor in einen schweren Verkehrsunfall mit Polytrauma verwickelt war (siehe Fall Nr. 9). Dieser Umstand spielte jedoch bei der primären Leichenschau, möglicherweise aus Unwissenheit, ganz offensichtlich keine Rolle. Obwohl Patienten oftmals mehrere Tage vor ihrem Tod im Krankenhaus verbringen, konnte in einer Arbeit von Bauer et al., die dort gestellte klinische Diagnose nur zu gut 25 % durch eine Obduktion bestätigt werden [74]. Eine fehlerhafte Kausalkette wie in obigem Fall Nr. 9 ist in diesem Zusammenhang keine Seltenheit. So war bei zwei unterschiedlichen Überprüfungen von Todesbescheinigungen auf formale Fehler, die darauf angegebene Kausalkette hinsichtlich der attestierten Todesart in 7,5 % bei Gleich et al. [32] und 12,68 % bei Zack et al. [10] fehlerhaft oder nicht plausibel.

In der Arbeit von Zack et al. [10], in welcher 10 000 Totenscheine ausgewertet wurden, waren lediglich 2,23 % komplett fehlerfrei. Dabei ist jedoch anzumerken, dass nach einer Bereinigung

von Fehlern aufgrund möglicherweise fehlender Informationen zum Zeitpunkt der primären Leichenschau, wie z. B. dem Geburtsort des Verstorbenen, 10,37 % der untersuchten Totenscheine komplett fehlerfrei waren [10].

Eine oft vorgebrachte allgemeine Annahme und Angst unter Ärzten, die Klassifizierung der Todesart wäre mit einer Schuldfrage verknüpft und die Obduktion eines im Krankenhaus verstorbenen Patienten käme einer Selbstanzeige gleich, ist schlicht Unsinn [11, 23, 75]. Denn zunächst einmal ist die gerichtliche Obduktion des Verstorbenen eine rein objektive Untersuchung ohne Kläger, Richter oder Urteilsverkündung [26]. In einer US-amerikanischen retrospektiven Analyse von Bove et al., in welcher 99 Fälle mit dem Vorwurf eines ärztlichen Behandlungsfehlers untersucht wurden, sprachen die Gerichtsentscheidungen im Verhältnis von 3:1 zugunsten der Ärzte [76]. Und auch Madea et al. konnten in einer Studie aufzeigen, dass eine Obduktion in den allermeisten Fällen zu einer Entlastung des den Patienten zuletzt behandelnden Arztes führt [77]. Zudem kommen Shojania et al. zu dem Schluss, dass die Obduktion eines zuvor behandelten Patienten durchaus auch entscheidende Vorteile mit sich bringt. So kann sie dazu beitragen, den eigenen diagnostischen Blick zu verbessern und die Qualität der ärztlichen Behandlung für zukünftige Fälle ähnlichen Charakters positiv zu beeinflussen [75].

Das „typische“ Opfer eines primär unentdeckten Tötungsdeliktes ist eine alleinlebende, zwischen 70-79 Jahre alte Frau, die erdrosselt in ihrer eigenen Wohnung gefunden wird. Der Täter ist in diesem Fall am ehesten eine männliche, 30-39 Jahre alte, dem Opfer zuvor bekannte Person mit einer Bereicherungsabsicht als Tatmotiv.

Das „typische“ Opfer eines eher offensichtlichen Tötungsdeliktes - das schon prima vista bei der primären Leichenschau erkannt wird - hingegen ist eine männliche, zwischen 30-40 Jahre alte, erstochene Person, die zumeist außerhalb der eigenen Wohnung gefunden wird. Der Täter bzw. Tatverdächtige ist dem Opfer in diesem Fall zumeist vorbekannt, ebenfalls männlich, 30-40 Jahre alt und als Tatmotiv kommt in aller Regel ein Streit in Frage.

Nun ist es so, dass die Bevölkerung heutzutage ständig mit dem medial inszenierten Tod konfrontiert wird und sich Krimi-Serien wie *CSI* oder der *Tatort* starker Beliebtheit erfreuen. Etliche Obduktionen hat man so schon in der Theorie vor dem Fernseher miterlebt. In der Realität können allerdings nur die Allerwenigsten über eine Obduktion bei Verwandten oder Bekannten berichten. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wird Sterben und Tod verstärkt aus dem Alltag verbannt und erfüllt somit durch den distanzierten Umgang „[...] alle Kriterien einer sozialen Verdrängung“ [29, 78]. Oftmals existiert eine generell ablehnende Haltung von Seiten der Angehörigen

gegenüber einer klinischen Obduktion ihrer Verwandten, welche die Untersuchung des Leichnams verhindert. Dabei spielen häufig z. B. Sorgen über den zeitlichen Ablauf der Bestattung oder über eine mögliche Verunstaltung des äußeren Erscheinungsbildes eines geliebten Angehörigen eine entscheidende Rolle [79, 80].

Dabei sind die Hinterbliebenen nach erfolgter Obduktion nicht selten sogar erleichtert, da sie nun genauer darüber Bescheid wissen, woran genau ihre Angehörigen gestorben sind [80].

Auch wenn die Medien von Zeit zu Zeit das Thema der unentdeckten Tötungsdelikte aufgreifen und ein Aufschrei durch die Bevölkerung geht, „Spätestens nach einer Woche glätten sich die Wogen wieder, dann ist das Thema ausgereizt und ein anderes interessanter – bis zum nächsten Mal.“ [8].

Daran haben sich wohl auch die Verantwortlichen in der Politik längst gewöhnt.

Es mangelt kaum an hochspezialisierter rechtsmedizinischer Versorgung, wie sie in den Universitätskliniken zur Verfügung steht. Nötig wäre hingegen eine flächendeckende rechtsmedizinische Grundbetreuung, um das Dunkelfeld der unentdeckten Tötungsdelikte wenigstens etwas aufzuhellen [8]. Daher wurde 2010 von der Arbeitsgemeinschaft „Leichenschau“ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) ein auf den im Studium vermittelten Kenntnissen der Rechtsmedizin aufbauendes Curriculum zur theoretischen sowie praktischen Fortbildung zwecks Durchführung einer korrekten Leichenschau für bereits approbierte Ärzte vorgestellt [81].

Darüber hinaus wird seit Jahren eine angemessene finanzielle Anerkennung der Leichenschau gefordert, da die niedrige Honorierung aktuell von vielen Ärzten eher als Geringschätzung ihrer Tätigkeit angesehen wird [11].

Ein anderer, von vielen Fachleuten präferierter Lösungsweg wäre die Trennung der Todesfeststellung von der eigentlichen Leichenschau, letztere dann allerdings ausschließlich durchgeführt von einem Arzt mit spezieller rechtsmedizinischer Weiterbildung [8, 12, 40]. Der leichenschauende Arzt hätte so weniger Scheu, den Leichnam im Beisein der Angehörigen vollständig und mit der nötigen Gründlichkeit und Ruhe zu untersuchen. Vorurteile bezüglich eventuell zum Tode führender Vorerkrankungen würden deutlich reduziert und der Arzt würde potentiell weniger in Versuchung kommen, den ihm unbekanntem Angehörigen Glauben zu schenken und sich dadurch beeinflussen zu lassen.

Bereits 2001 sprachen sich in einer Befragung gut 76 % der Notärzte für die Einführung eines vorläufigen Totenscheines aus [23]. In den Folgejahren ist dieser in den meisten Bundesländern

auch eingeführt worden [30]. Der Notarzt ist so nur noch verpflichtet, den sicheren Tod festzustellen und nicht mehr genötigt, eine gründliche Leichenschau in der teils knappen Zeit zwischen zwei Einsätzen durchzuführen [23].

Auf der anderen Seite darf man dabei jedoch nicht vergessen, dass eine äußere Leichenschau allein selbst bei einer Professionalisierung im wahrsten Sinne zu oberflächlich und z. B. bei oben genannter flächiger Halskompression oft nicht ausreichend ist. Dafür ist und bleibt stets die Obduktion notwendig [12, 68, 82].

Bisher sind all diese Vorschläge allerdings wenig zielführend gewesen.

Noch immer gibt es viele verschiedene Lösungsansätze und mehr oder weniger konkrete Vorschläge, das Leichenschauwesen in der Bundesrepublik Deutschland zu reformieren. Auf ein einheitliches Modell mit konkreten, durchdachten, realisierbaren und auch finanzierbaren Lösungen konnte sich bisher allerdings noch nicht geeinigt werden. Selbst eine gut ausformulierte Legaldefinition der verschiedenen Todesarten fehlt bis heute [11].

Inwiefern man der Feststellung von Schäfer „Das Dunkelfeld ist für die Statistik wichtig, weil es darin nicht erscheint.“ [83] folgen mag, muss jede Ärztin und jeder Arzt für sich selbst entscheiden.

7 Literaturverzeichnis

- 1 Küpper G, Börner R. Strafrecht Besonderer Teil 1. Berlin Heidelberg: Springer; 2017.
- 2 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung - Lebendgeborene und Gestorbene - Deutschland - Anzahl. 2015
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev04.html>. Accessed May 6, 2018.
- 3 Bundeskriminalamt - Abteilung IZ. Polizeiliche Kriminalstatistik - Bundesrepublik Deutschland - Jahrbuch 2015. 2015
https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2015/pks2015Jahrbuch.pdf;jsessionid=79804E0E0CABF5CCF69D5CAA95FCBF6.live2301?__blob=publicationFile&v=8. Accessed May 6, 2018.
- 4 Kury H. Das Dunkelfeld der Kriminalität - Oder: Selektionsmechanismen und andere Verfälschungsstrukturen. Kriminalistik 2001;55(2):74-84.
- 5 Wehner B. Die Latenz der Straftaten: Die nicht entdeckte Kriminalität Wiesbaden: Bundeskriminalamt 1957.
- 6 Brinkmann B, Banaschak S, Bratzke H, Cremer U, Drese G, Erfurt CH, Giebe W, Lang C, Lange E, Peschel O, Philipp KP, Püschel K, Riße M, Tutsch-Bauer E, Vock R, Du Chesne A. Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer multizentrischen Studie. Archiv für Kriminologie 1997;199(3-4):1-12 & 65-74.
- 7 Rückert S. Tote haben keine Lobby: Die Dunkelziffer der vertuschten Morde. Hamburg: Hoffmann und Campe; 2000.
- 8 Birkholz M. Leichenschaussystem in Deutschland nicht reformfähig ? Plädoyer für eine rechtsmedizinische Grundversorgung. Kriminalistik 2006;60(4):222-5.
- 9 Schwinn W. Leichenschau - Ein offenes Problem: Eine Betrachtung zum Dunkelfeld bei Tötungsdelikten. Kriminalistik 1991;91(8-9):569-74.
- 10 Zack F, Kaden A, Riepenhausen S, Rentsch D, Kegler R, Büttner A. Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigungen: Eine Analyse von 10.000 Sterbefällen aus Mecklenburg. Rechtsmedizin 2017;27(6):516-27.

- 11 Rothschild MA. Probleme bei der ärztlichen Leichenschau: Sicht der niedergelassenen Ärzte, der Klinikärzte, der Notärzte und der Polizei. Rechtsmedizin 2009;19(6):407-12.
- 12 Püschel K. Quo vadis "ärztliche Leichenschau"? Rechtsmedizin 2009;19(6):389-90.
- 13 Grellner W. Aufdeckung eines verkannten Tötungsdeliktes durch Exhumierung. Archiv für Kriminologie 2009;223:52-60.
- 14 Gerg M, Baier K. Das Leichenschauwesen - Ergebnis einer Befragung von Ärzten und Polizeibeamten. Kriminalistik 2009;63(8-9):475-9.
- 15 Grede J. "Plötzlich und unerwartet..." - Eine schlimme Fehldiagnose oder: Wie verlässlich ist die ärztliche Leichenschau. Kriminalistik 1987;41(11):580-4.
- 16 Bajanowski T, Freislederer A, Trübner K, Vennemann M, Spendlove D. Feuerbestattungsleichenschau: Qualitätskontrolle der ärztlichen Leichenschau bei natürlichem Tod ? Rechtsmedizin 2010;20(6):489-95.
- 17 Metter D. Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen. Kriminalistik 1978;32(4):155-7.
- 18 Schneider V. Leichenschau. Rechtsmedizin 2002;12(5):339-52.
- 19 Stern S. Verteidigung in Mord- und Totschlagsverfahren. Heidelberg: C.F. Müller; 2012.
- 20 Madea B. Strukturelle Probleme bei der Leichenschau. Rechtsmedizin 2009;19(6):399-406.
- 21 Brinkmann B, Püschel K. Definition natürlicher, unnatürlicher, unklarer Tod. Todesursachenklärung. Derzeitige Praxis. Medizinrecht (MedR) 1991;9(5):233-8.
- 22 Heinemann A, Püschel K. Zum Dunkelfeld von Tötungsdelikten durch Erstickungsmechanismen. Archiv für Kriminologie 1996;197(5,6):129-41.
- 23 Vennemann B, Du Chesne A, Brinkmann B. Die Praxis der ärztlichen Leichenschau. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2001;126(24):712-6.
- 24 Sellin F, Weber K. Todesursache: natürlich: Warum die meisten Morde unentdeckt bleiben. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2001.
- 25 Maudsley G, Williams EM. 'Inaccuracy' in death certification - where are we now? Journal of Public Health Medicine 1996;18(1):59-66.

- 26 Nadesan K. The importance of the medico-legal autopsy. The Malaysian Journal of Pathology 1997;19(2):105-9.
- 27 Gesetz zur Regelung des Sektionswesens (Sektionsgesetz) vom 18. Juni 1996, zuletzt geändert durch Artikel I § 15 des Gesetzes vom 15.10.01 (GVBl. S. 540). 1996 http://gesetze.berlin.de/jportal/portal/t/10r9/page/bsbeprod.psml;jsessionid=B8FCC8B788AB9B35338D70BCDCDB7EE6.jp24?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=17&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-SRegGBErahmen&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1 - jlr-SRegGBErahmen. Accessed May 10, 2020.
- 28 Strafprozeßordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. April 2020 (BGBl. I S. 840) geändert worden ist.
- 29 Bundesärztekammer. Stellungnahme zur "Autopsie" - Langfassung. 2005 http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/AutLang.pdf. Accessed March 4, 2018.
- 30 Dettmeyer R, Verhoff MA. Ärztliche Leichenschau in Deutschland: Rechtsgrundlagen. Rechtsmedizin 2009;19(6):391-8.
- 31 Madea B. Die ärztliche Leichenschau: Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösung. Berlin Heidelberg: Springer 2006.
- 32 Gleich S, Schweitzer S, Kraus S, Graw M. Ärztliche Leichenschau - Qualität ausgestellter Todesbescheinigungen aus Sicht eines Großstadtgesundheitsamts. Rechtsmedizin 2015;25(6):523-30.
- 33 Fieseler S, Kunz S, Graw M, Peschel O. Ärztliche Leichenschau im Großraum München. Rechtsmedizin 2009;19(6):418-23.
- 34 Brinkmann B, Du Chesne A, Vennemann B. Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2002;127(15):791-5.
- 35 World Health Organization - Regional Office for Europe. Autopsy rate (%) for all deaths. 2018 https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_545-6410-autopsy-rate-for-all-deaths/visualizations/ - id=19640&tab=notes. Accessed January 31, 2018.
- 36 Gatterburg A, Koischwitz C. Verordnete Vertuschung. Der Spiegel 2000;37:129.

- 37 Korzilius H. "Mit Leichen gewinnen Sie keine Wahlen": Die Rechtsmediziner Bajanowski und Rothschild über chronische Finanznot, Vorurteile gegenüber ihrem Fach und den Wert rechtsmedizinischen Denkens. *Deutsches Ärzteblatt* 2014;111(46):1996-7.
- 38 Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) - Jahrbuch 2007 - 2015. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/pks_node.html. Accessed May 6, 2018.
- 39 Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Statistischer Bericht - Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Berlin 2015. 2017 https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2017/SB_A02-01-00_2015j01_BE.pdf. Accessed February 10, 2018.
- 40 Hoffmann O. Verbesserung der äußeren Leichenschau - Prüfung der Übertragbarkeit eines Projektgruppenberichts am Beispiel Stuttgarts. *Kriminalistik* 2010;64(6):363-6.
- 41 Grasswo-Narlik M, Wessolly M, Friemann J. Obduktionszahlen in Deutschland. *Der Pathologe* 2017;38(5):422-9.
- 42 Karger B, Lorin de la Grandmaison G, Bajanowski T, Brinkmann B. Analysis of 155 consecutive forensic exhumations with emphasis on undetected homicides. *International Journal of Legal Medicine* 2004;118(2):90-4.
- 43 Breitmeier D, Graefe-Kirci U, Albrecht K, Günther D, Kleemann WJ, Tröger HD. Exhumierungen - Aussagekraft in Abhängigkeit von der Grabliegezeit. *Kriminalistik* 2003;57(10):611-5.
- 44 Kleemann WJ, Fischer J, Fieguth A, Tröger HD. Opfer von Tötungsdelikten - soziale Situation und Tatumstände. *Archiv für Kriminologie* 1994;194:65-70.
- 45 Kominato Y, Shimada I, Hata N, Takizawa H, Fujikura T. Homicide patterns in the Toyama Prefecture, Japan. *Medicine, Science and the Law* 1997;37(4):316-20.
- 46 Wahlsten P, Koironen V, Saukko P. Survey of medico-legal investigation of homicides in the city of Turku, Finland. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2007;14(5):243-52.
- 47 Verzeletti A, Russo MC, Bin P, Leida A, De Ferrari F. Homicide in Brescia County (Northern Italy): a thirty-year review. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014;22:84-9.

- 48 Gupta A, Rani M, Mittal AK, Dikshit PC. A study of homicidal deaths in Delhi. *Medicine, Science and the Law* 2004;44(2):127-32.
- 49 Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B. Viktimologische Aspekte der Tötungsdelikte an älteren Menschen im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin. *Archiv für Kriminologie* 1999;204:33-41.
- 50 Schäfer AT. Tötungsdelikte an älteren Menschen: Eine Untersuchung zur Greisentötung des Aachener Obduktionsgutes aus dem Zehn-Jahres-Zeitraum 1976-1985. *Archiv für Kriminologie* 1989;183:65-78.
- 51 Coelho L, Ribeiro T, Dias R, Santos A, Magalhães T. Elder homicide in the north of Portugal. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2010;17(7):383-7.
- 52 Eagly AH, Steffen VJ Gender and aggressive behavior: a meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin* 1986;100(3):309-30.
- 53 Archer J. Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology* 2004;8(4):291-322.
- 54 Kreuz LE, Rose RM. Assessment of aggressive behavior and plasma testosterone in a young criminal population. *Psychosomatic Medicine* 1972;34(4):321-32.
- 55 Geniole SN, Bird BM, McVittie JS, Purcell RB, Archer J, Carré JM. Is testosterone linked to human aggression? A meta-analytic examination of the relationship between baseline, dynamic, and manipulated testosterone on human aggression. *Hormones and Behavior* 2019;In Press, Corrected Proof.
- 56 Archer J. The influence of testosterone on human aggression. *British Journal of Psychology* 1991;82(Pt 1):1-28.
- 57 Blake KR, Denson TF. Contexts for Men's Aggression Against Men. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* 2017.
- 58 United Nations Office on Drugs and Crime. Homicide and Gender. 2015
https://www.heuni.fi/material/attachments/heuni/projects/wd2vDSKcZ/Homicide_and_Gender.pdf. Accessed February 20, 2020.
- 59 Janssen I, Heymsfield AB, Wang Z, Ross R. Skeletal muscle mass and distribution in 468 men and women aged 18-88 yr. *Journal of Applied Physiology* 2000;89(1):81-8.

- 60 Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet* 2013;382(9895):859-65.
- 61 Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen. Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2018. 2018 http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf. Accessed January 25, 2020.
- 62 Binding K. Grundriss des deutschen Strafrechts: Allgemeiner Teil. Leipzig: Engelmann; 1913.
- 63 United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide. 2019 <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>. Accessed February 20, 2020.
- 64 Kellermann AL, Mercy JA. Men, women, and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 1992;33(1):1-5.
- 65 Kottmann H, Feltes T. Gewalt in der Familie - Das San-Diego-Domestic-Violence-Program. *Kriminalistik* 1999;53(11):706-11.
- 66 Doberentz E, Madea B, Böhm U, Lessig R. Zur Reliabilität von Leichenschaudiagnosen bei nichtnatürlichen Todesfällen vor und nach der Wiedervereinigung Deutschlands. *Archiv für Kriminologie* 2010;225(1/2):1-17.
- 67 Gleich S, Viehöver S, Stäbler P, Graw M, Kraus S. Falsch bescheinigter natürlicher Tod nach ärztlicher Leichenschau: Ein immer aktuelles Thema. *Rechtsmedizin* 2017;27(1):2-7.
- 68 Germerott T, Bielfeld S. Leichenschau und demografischer Wandel: Qualität der Leichenschau bei älteren Verstorbenen. *Rechtsmedizin* 2017;27(2):106-13.
- 69 Modelmog D, Rahlenbeck S, Trichopoulos D. Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany. *Cancer Causes and Control* 1992;3(6):541-6.

- 70 Madea B, Dammeyer Wiehe de Gómez B, Dettmeyer R Zur Reliabilität von Leichenschaudiagnosen bei fraglich iatrogenen Todesfällen. *Kriminalistik* 2007;61(12):767-73.
- 71 Giles AP, Doshi R, Menon GG, Khan MK Declining necropsy rate. *Journal of Clinical Pathology* 1991;44(10):877-8.
- 72 Wagner HJ. Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen - Phänomen oder Panoramawandel rechtsmedizinischer Aufgaben. *Rechtsmedizin* 1991;1:35-40.
- 73 Wilk E, Lessig R. Untersuchung bei Brandverletzten und Brandtoten - Teil 2 - Eine spezielle Form der Brandursachenermittlung. *Kriminalistik* 1999;99(3):177-82.
- 74 Bauer TM, Potratz D, Göller T, Wagner A, Schäfer R. Qualitätskontrolle durch Autopsie - Wie häufig korrigiert der Obduktionsbefund die klinische Diagnose. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1991;116(21):801-7.
- 75 Shojanian KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. The autopsy as an outcome and performance measure. *Evidence Report/Technology Assessment* 2002(58):1-5.
- 76 Bove KE, Lery C, Autopsy Committee. The Role of the Autopsy in Medical Malpractice Cases, I - A Review of 99 Appeals Court Decisions. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 2002;126(9):1023-31.
- 77 Madea B, Vennedey C, Dettmeyer R, Preuß J. Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2006;131(38):2073-8.
- 78 Sauer B. Scheu vor der Sektion. 2009 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=30396>. Accessed March 18, 2018.
- 79 Shojanian KG, Burton EC. The Persistent Value of the Autopsy. *American Family Physician* 2004;69(11):2540-3.
- 80 McPhee SJ, Bottles K, Lo B, Saika G, Crommie D. To redeem them from death. Reactions of family members to autopsy. *The American Journal of Medicine* 1986;80(4):665-71.
- 81 Madea B, Bajanowski T, Peschel O, Ritz-Timme S, Rothschild MA, Stiller D, Grass H. Kontinuierliche ärztliche Fortbildung zum Thema Leichenschau: Empfehlungen der

- Arbeitsgemeinschaft Leichenschau der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.
Rechtsmedizin 2010;21(1):51-4.
- 82 Große Perdekamp M, Pollak S, Bohnert M, Thierauf A. Äußere Leichenschau:
Untersuchung mit begrenzten Erkenntnismöglichkeiten. 2009;19(6):413-7.
- 83 Schäfer H. Das gesteuerte Dunkelfeld - Kritische Anmerkungen zu willkürlichen
Beeinflussungen statistischer Dunkelfelder. Kriminalistik 1999;53(12):805-10.

8 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Maximilian Unger, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Primär unentdeckte Tötungsdelikte in Berlin 2007–2015“ 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 kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet. Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

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

Datum

Unterschrift

9 Ausführliche Anteilserklärung an der Publikation

Maximilian Unger hatte folgenden Anteil an der Publikation:

Maximilian Unger, Marc Windgassen, Michael Tsokos, Primär unentdeckte Tötungsdelikte in Berlin 2007-2015, Archiv für Kriminologie, 2019

Beitrag im Einzelnen:

- Planung der Arbeit gemeinsam mit Prof. Dr. Michael Tsokos
- Selektion der passenden Fälle aus den von Prof Dr. Michael Tsokos zur Verfügung gestellten Akten
- Einholen der sofern vorhandenen Gerichtsunterlagen und Urteile abgeschlossener Fälle bei der Staatsanwaltschaft Berlin gemeinsam mit Prof. Dr. Michael Tsokos
- Auswertung und Aufarbeitung der Akten sowie Vergleich der einzelnen Fälle untereinander
- Analyse und Einbindung geeigneter vergleichender Literatur
- Organisation und Durchführung der Interviews mit den jeweiligen Obduzenten der einzelnen Fälle gemeinsam mit Prof. Dr. Michael Tsokos
- Kritische Würdigung der Resultate mit Identifikation der relevanten Aussagen einschließlich ihrer Limitationen
- Erarbeitung des zur Publikation führenden Manuskripts gemeinsam mit Dr.med. Marc Windgassen

Unterschrift, Datum und Stempel des/der erstbetreuenden Hochschullehrers/in

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

10 Lebenslauf

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

11 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mir während der Anfertigung meiner Promotion zur Seite standen.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Michael Tsokos, Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin, für die Möglichkeit meine Promotionsarbeit bei Ihm anfertigen zu dürfen. Prof. Dr. M. Tsokos wusste durch kompetente Beratung und kritische Wertung stets aufs Neue zu motivieren, hatte immer ein offenes Ohr und war über all die Jahre unglaublich geduldig.

Danken möchte ich auch allen Mitarbeitern aus dem Institut für Rechtsmedizin und dem Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin sowie der Staatsanwaltschaft Berlin, die mir bei der Durchführung dieser Arbeit behilflich waren.

Bei meinen Eltern Götz und Marion möchte ich mich ganz besonders herzlich bedanken für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung während meiner Schullaufbahn, ohne die mein Medizinstudium und diese Arbeit niemals möglich gewesen wären.

Meinem Bruder Alexander und meiner Verlobten Kata danke ich für Ihren unentwegten Zuspruch und ihr entgegengebrachtes Verständnis bei der Anfertigung dieser Doktorarbeit.