

Aus dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Autoerotische Todesfälle in Hamburg und München 1983-2002

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Sandra Kuhn
aus Stade

Hamburg 2009

Angenommen von der Medizinischen Fakultät

der Universität Hamburg am: 16.06.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen

Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. K. Püschel

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. W. Berner

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Glossar	4
1 Einleitung	6
1.1 Geschichtliche Einführung.....	6
1.2 Begriffsklärung „autoerotischer Unfall“	8
1.3 Begriffsklärung „Paraphilie“	8
1.4 Einteilung der autoerotischen Todesfälle in Gruppen.....	11
1.5 Merkmale	12
1.5.1 Häufigkeit.....	12
1.5.2 Alter.....	13
1.5.3 Geschlecht	13
1.5.4 Typische Merkmale.....	13
1.5.5 Mechanismus des Lustgewinns bei autoerotischer Betätigung.....	15
1.6 Ziel der Arbeit.....	16
2 Material und Methoden	17
3 Ergebnisse	19
3.1 Häufigkeit.....	19
3.2 Jahresverteilung.....	19
3.3 Altersverteilung.....	20
3.4 Geschlecht	21
3.5 Familienstand	21
3.6 Beruf.....	22
3.7 Sexuelle Neigungen	22
3.8 Todesursache.....	23
3.9 Fundort	24
3.10 Hilfsmittel	25
3.11 Lustgewinn.....	26
3.12 Sexuelle Stimuli	26
3.13 Bekleidung	28
3.14 Fremdeinwirkung	29
3.15 Angaben zur Persönlichkeit	31

3.16	Leichenschau.....	33
3.16.1	Hinweise auf autoerotisches Geschehen an unbekleideter Leiche	33
3.16.2	Halsbefunde.....	34
3.16.3	petechiale Blutungen der Schleimhäute.....	35
3.16.4	Strommarke.....	36
3.16.5	Auffälligkeiten im Genitalbereich.....	36
3.16.6	sonstige Auffälligkeiten.....	38
3.17	Anzahl der Obduktionen.....	38
3.18	Obduktion.....	39
3.18.1	Halsbefunde.....	39
3.18.2	Erstickungsbefunde.....	41
3.18.3	Vorerkrankungen.....	42
3.18.4	sonstige Ergebnisse der Obduktion.....	42
3.18.5	Chemisch-toxikologische Untersuchungen.....	43
4	Diskussion.....	46
4.1	Jahresverteilung/Häufigkeit.....	46
4.2	Altersverteilung.....	48
4.3	Geschlecht.....	48
4.4	Familienstand / sexuelle Neigung.....	49
4.5	Beruf.....	51
4.6	Todesursache.....	51
4.7	Fundort.....	54
4.8	Hilfsmittel / Lustgewinn / sexuelle Stimuli / Bekleidung.....	54
4.9	Angaben zur Persönlichkeit.....	56
4.10	Leichenschau / Obduktion.....	56
4.11	Schlussfolgerungen.....	58
5	Zusammenfassung.....	61
	Literaturverzeichnis.....	63
	Anhang.....	69

Glossar

Asphyxie:

Kombination aus Hypoxie/Anoxie und Hyperkapnie; lebensbedrohliche Verminderung/Aussetzen der Atmung.

Asphyxiophilie (auch Hypoxyphilie):

Selbststrangulation zur Luststeigerung.

Autoerotik:

Erlangung sexueller Befriedigung ohne andere Personen. Selbstbefriedigung ist eine Möglichkeit autoerotischen Verhaltens.

Bondage:

Bezeichnet in der SM-Szene Praktiken zur Fesselung oder Einschränkung der Bewegungsfreiheit. Das Ziel ist überwiegend auf sexuelle Stimulation ausgerichtet.

Exhibitionismus:

Erlangung einer sexuellen Befriedigung durch Demonstration der Genitalien verbunden mit der Reaktion der ungewollt Zuschauenden.

Fetischismus:

Hierbei kommt es meist zum Einbeziehen von Kleidungsstücken oder anderer Gegenstände in die sexuelle Erregung, wobei der Gegenstand zum Triebziel (Partnerersatz) wird.

Frotteurismus:

Sexuelle Befriedigung durch engen Körperkontakt (z.B. Reiben) zu einer nicht einwilligenden Person in anonymer Umgebung (z.B. Bahn).

Sadismus/Masochismus:

Erlangung sexueller Befriedigung durch Zufügen oder Erleiden von Schmerzen, Demütigungen.

Transvestismus:

Betroffen sind meist Männer, die Befriedigung durch das Kleiden und Auftreten als Frau erzielen. Sexuell erregend empfundenenes Cross-Dressing wird als fetischistischer Transvestismus oder transvestitischer Fetischismus bezeichnet

Voyeurismus:

Die sexuelle Befriedigung wird durch Zuschauen beim Geschlechtsverkehr anderer oder beim Beobachten sich entkleidender oder entkleideter Personen erreicht.

1 Einleitung

1.1 *Geschichtliche Einführung*

Autoerotische Unfälle mit Todesfolge werden häufig in der medizinischen und kriminalpsychologischen Literatur beschrieben (eine Bibliographie findet sich z.B. bei Naeve und Wittram 1977).

Seit Jahrhunderten sind Praktiken zur Steigerung der sexuellen Erregung bekannt. So finden sich unter anderem im Kamasutra oder in Bildern aus der Römerzeit die Themen Strangulation und dosiertes Hängen, Fesselungen und Erleiden oder Zufügen von Schmerzen (Frischauer 1995; Moll 1926). Auch der Entfesselungskünstler Harry Houdini galt in einschlägigen Kreisen als Ikone und seine Fotos waren damals eine legale Möglichkeit, Bilder von Fesselungen zu erwerben, ohne Aufsehen zu erregen (www.datenschlag.org; 07/2005).

Mehrere Artikel besagen, dass eine Luststeigerung durch Asphyxie bereits bei den Mayas, Kelten, Griechen und später Inuits, Indianern und in Südostasien bekannt war und häufig als völlig normal galt (Byard und Bramwell 1991, Mansouri 2000). Dies waren jedoch Handlungen in Gruppen oder zumindest mit einem Partner. Auch im übrigen Europa waren diese Praktiken bekannt und wurden wohl vor allem innerhalb der Bordelle praktiziert (Ziemke 1925).

Als erstes verbürgtes Asphyxiophilie-Opfer gilt der Komponist und Musiker Frantisek Koczwara aus Prag. Er starb am 2. September 1791 in einem Londoner Bordell. Wie gewohnt, hatte er sich von einer Prostituierten aufhängen lassen, erlangte jedoch nicht mehr das Bewusstsein. Die Prostituierte wurde des Mordes angeklagt, aber freigesprochen. Die Protokolle des Prozesses wurden wegen der Gefährlichkeit für die öffentliche Moral verbrannt (Dühren 1912).

Koczwara ist Namensgeber für den Koczwarismus, der die sexuelle Asphyxie als eine Unterform einer Paraphilie beschreibt.

Im selben Jahr erschien die erste Version von „Justine ou les Malheurs de la vertu“ vom Marquis (bzw. zu der Zeit bereits Comte) de Sade, in der unter anderen

sadistischen Sexualpraktiken auch das Aufhängen zur Lustgewinnung beschrieben wird.

Auch Samuel Beckett hat in „Warten auf Godot“ dieses Thema aufgegriffen. In sadomasochistischen Kreisen ist es weiterhin eine beliebte Art zur Luststeigerung (<http://www.datenschlag.org/howto/gebrauchsbondage/index.html>).

Wann die Asphyxiophilie Einzug in die Autoerotik nahm, ist nicht belegbar. Der erste autoerotische Unfall wurde 1821 von Bernst beschrieben (Behrendt und Modvig 1995). Viele Fallbeispiele wurden in der Folge in Zeitschriften der Rechtsmedizin oder der Kriminologie beschrieben, wobei bis in die 1920er Jahre noch oft von Suizid ausgegangen wurde, trotz für heutige Verhältnisse klarer Unfallanzeichen. (z.B. Cioban 1922).

Bis in die 1960er Jahre klang in den Veröffentlichungen trotz der jahrhundertealten Praktiken immer wieder großes Unverständnis durch. Die Autoerotiker wurden als pervers abgestempelt, ihnen müsse mit Medikamenten und Psychotherapie geholfen werden (Zusammenfassung bei Uva 1995). Auch der Gedanke, dass Masturbation schädlich sei, hielt sich, unter anderem durch die römisch-katholische Kirche verbreitet, lange (Hörmann 1976).

Seit den 80er Jahren gibt es immer wieder größere Studien, die sich mit autoerotischen Todesfällen beschäftigen und durch Herausarbeitung von typischen Merkmalen zunehmend zu einem Erkennen der Todesursache von Seiten der Polizei und Rechtsmedizin geführt haben (Hazelwood et al. 1983, Behrendt und Modvig 1995, Mansouri 2000, Flobecker et al. 1993). Schon Dürwald schrieb 1962, dass die Auffindesituation häufig so eindeutig sei, dass keinerlei Zweifel an autoerotischer Betätigung mehr aufkommen könne, es aber in gewissen Fällen weiterhin den Anfangsverdacht auf Selbstmord oder Mord gäbe.

Die breite Öffentlichkeit, bzw. der Laie, scheint der Gefahr gegenüber jedoch weiterhin verschlossen, da über autoerotische Unfälle mit Todesfolge meist nur in Fachzeitschriften berichtet wird. Hingegen wurden in dem Erotikmagazin „Hustler“ die genauen Praktiken zur Luststeigerung, wenn auch mit Warnhinweisen, veröffentlicht (Milner 1981). Die einzigen vollständigen Artikel, die frei im Internet lesbar sind, sind von Jenkins 2000 und Turvey 1995 und geben einen Überblick über

das Thema (<http://iweb.aahperd.org/> und http://www.autoerotic-asphyxiation.com/Overview_AEA.html).

1.2 Begriffsklärung „autoerotischer Unfall“

Autoerotik bedeutet die Erlangung sexueller Befriedigung ohne andere Personen. Selbstbefriedigung ist eine Möglichkeit autoerotischen Verhaltens.

Der Unfall beschreibt ein ungewolltes Ereignis, das durch menschliches oder technisches Versagen verursacht wird. Juristisch liegt ein Unfall dann vor, wenn ein plötzlich von außen unfreiwillig auf einen Gegenstand oder ein Lebewesen einwirkendes Ereignis einen Schaden an Leben, Leib oder Sachen hervorruft (DWDS – Das digitale Wörterbuch der deutschen Sprache des 20. Jahrhunderts).

Laut den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Unfallversicherungen (AUVB 2006) gibt es 5 rechtliche Voraussetzungen, von denen jede erfüllt sein muss:

1. die Plötzlichkeit
2. die Einwirkung von außen
3. die Einwirkung muss auf den Körper stattfinden
4. es muss dadurch eine Gesundheitsschädigung hervorgerufen sein
5. diese muss unfreiwillig zustande gekommen sein

Demnach handelt es sich bei autoerotischen Unfällen um eine unbeabsichtigte Folgeerscheinung einer Paraphilie (Mansouri 2000).

Das Typische an einem autoerotischen Unfall mit Todesfolge beschreiben Byard und Bramwell 1991 im Sinne einer allgemeinen Definition wie folgt:

„A definition of autoerotic death is suggested that restricts the use of this term to accidental deaths that occur during individual, usually solitary, sexual activity in which a device, apparatus, or prop that was employed to enhance the sexual stimulation of the deceased in some way caused unintended death.“

1.3 Begriffsklärung „Paraphilie“

Der Begriff „Paraphilie“ wurde ehemals gleichbedeutend mit Parasexualität und Perversion verwendet. Aufgrund der negativen Behaftung des Wortes Perversion in der Bevölkerung ist dieses weitgehend aus der Fachliteratur verschwunden und durch

Paraphilie oder sexuelle Deviation ersetzt worden (Faust, <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/sexuellevariation.html>).

Es beschreibt ein Sexualverhalten, das auf ein unübliches Sexualobjekt gerichtet ist oder eine unübliche Art sexueller Stimulierung anstrebt. Dies bedeutet, dass die jeweiligen gesellschaftlichen Normen den Rahmen der „Normalität“ bestimmen.

Der Begriff „Paraphilie“ wird von der „Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung“ (APA) und im Standardwerk „Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV) verwendet, während die WHO mittels der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10, Kapitel V) versucht, den Begriff „Störungen der Sexualpräferenz“ zu etablieren.

Eine bestimmte sexuelle Vorliebe jedoch gleich als krankhaft zu werten ist falsch. Hierzu sagt die ICD-10:

„Es treten über einen längeren Zeitraum – mindestens 6 Monate – ungewöhnliche sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auf, die sich 1. auf ungewöhnliche nichtmenschliche Objekte, 2. auf Leiden oder Demütigung von sich selbst oder anderen Menschen oder 3. auf Kinder oder andere Personen beziehen, die nicht einwilligungsfähig oder –willig sind. Diese Phantasien, Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in unterschiedlichen Funktionsbereichen Leiden und Beeinträchtigung bei den Betroffenen oder ihren Objekten.“

Im DSM-IV heißt es dazu ähnlich:

„ -Kriterium A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich 1. auf ungewöhnliche nichtmenschliche Objekte, 2. auf Leiden oder Demütigung von sich selbst oder anderen Menschen oder 3. auf Kinder oder andere Personen beziehen, die nicht einwilligungsfähig oder –willig sind.

-Kriterium B: Die Person hat auf diese sexuell dranghaften Phantasien oder Bedürfnisse mit einer nicht einwilligungsfähigen oder –willigen Person gehandelt, oder die Phantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

-Kriterium C: Die Kriterien A und B werden nicht ausschließlich während Phasen akuter Intoxikation, manischer Episoden oder Schizophrenie erfüllt und resultieren

nicht aus geistiger Behinderung, Demenz, Persönlichkeitsveränderung oder einem medizinischen Krankheitsfaktor.“

Folgende Paraphilien bzw. Störungen der Sexualpräferenz werden unterschieden (Brunnhuber und Lieb 2000, Tölle 1999):

- Exhibitionismus: sexuelle Befriedigung durch Demonstration der Genitalien verbunden mit der Reaktion der ungewollt Zuschauenden
- Voyeurismus: sexuelle Befriedigung durch Zuschauen beim Geschlechtsverkehr anderer oder beim Beobachten sich entkleidender oder entkleideter Personen
- Pädophilie: sexuelle Neigung und Beziehung zu Kindern, wobei keine partnerschaftliche Beziehung gesucht wird, sondern ein einseitiger Lustgewinn auf Kosten des Kindes erzielt wird (Suche nach dem Unbeholfenen, Kleinen, Niedlichen)
- Sadismus/Masochismus: sexuelle Befriedigung durch Zufügen oder Erleiden von Schmerzen, Demütigungen
- Frotteurismus: sexuelle Befriedigung durch engen Körperkontakt (z.B. Reiben) zu einer nicht einwilligenden Person in anonymer Umgebung (z.B. Bahn)
- Fetischismus: meist Einbeziehen von Kleidungsstücken oder anderen Gegenständen in die sexuelle Erregung, wobei der Gegenstand zum Triebziel (Partnerersatz) wird
- Erotophonie: anonyme Telefonanrufe mit sexuellen Inhalten führen zur Befriedigung
- Transvestismus: meist Männer, die Befriedigung durch das Kleiden und Auftreten als Frau erzielen; sexuell erregend empfundenenes Cross-Dressing wird als fetischistischer Transvestismus oder transvestitischer Fetischismus bezeichnet
- Kleptomanie: dranghaftes Stehlen, u.a. auch von fetischistischen Objekten, was die sexuelle Erregung steigern kann
- Zoophilie (Sodomie): sexuelle Beziehung mit Tieren. In den USA wird als Sodomie auch der Analverkehr bezeichnet.
- Sexuelle Aggressivität/Vergewaltigung/Sexualmord: es geht hierbei nicht um die sexuelle Befriedigung an sich, sondern um das Dominieren über den meist nicht einwilligenden Partner
- Nekrophilie: sexuelle Handlungen an Verstorbenen.

1.4 Einteilung der autoerotischen Todesfälle in Gruppen

Nach F. Schwarz (1952) werden bei autoerotischen Todesfällen 2 Gruppen unterschieden: Bei der ersten erfolgt der Tod in unmittelbarem Zusammenhang mit der autoerotischen Betätigung. Bei der zweiten Gruppe erfolgt der Tod nur indirekt durch die sexuelle Betätigung; zum einen als natürlicher Todesfall während der autoerotischen Tätigkeit, zum anderen als Unfall, der nur mittelbar mit der autoerotischen Betätigung einhergeht, z.B. Stromtod durch eine defekte Lampe, die am Rand einer gefüllten Badewanne aufgestellt war, um pornographisches Bildmaterial besser betrachten zu können.

Weimann (1960) teilte die von Schwarz beschriebene erste Gruppe der „echten“ autoerotischen Todesfälle nach den angewandten Einrichtungen und Manipulationen in 4 Gruppen ein:

1. Todesfälle durch Strangulation
2. Todesfälle durch reine Asphyxie
3. Todesfälle bei Anwendung narkotisierender Stoffe
4. Elektrotodesfälle.

Dürwald (1962) unterschied drei Möglichkeiten der autoerotischen Betätigung:

1. direkte Reizung der unmittelbaren (peripheren) erogenen Regionen; meist heterosexuell, oft mit Strom erreicht, selten Selbstbeobachtung mittels Spiegel
2. Reizung sexueller Zentren im zentralen Nervensystem durch dosierten Sauerstoffmangel; ebenfalls meist heterosexuell, selten zusätzliche Fesselungen, selten Selbstbeobachtung
3. Schaffung einer Angst- oder Leidenssituation im Sinne einer masochistischen Perversion; oft kompliziertere Fesselungs- oder Hängevorrichtungen, oft Selbstbetrachtung mittels Spiegeln, meist als Einzelgänger charakterisiert, oft homosexuell oder gar keine sexuellen Beziehungen zu anderen Personen.

Autoerotische Unfälle wurden auch in typisch (Asphyxie) und nicht typisch (alles außer Asphyxie) eingeteilt (Naeve und Wittram 1977, Hazelwood et al. 1983).

Behrendt und Modvig haben 1995 versucht, eine Einteilung der Paraphilien vorzunehmen. Wegen der Vielfältigkeit und den häufigen Mischformen hat sich dies bisher nicht etablieren können.

Sie unterscheiden in tödliche Paraphilie (Erhängen, Plastiktütenrückatmung, Narkose, Strangulation, Strom) und nicht tödliche Paraphilie (Fesselung, Fetischismus, Transvestitismus).

Von mehreren Autoren wurde darauf hingewiesen, dass sich diese starren Gruppeneinteilungen oft nicht verwenden ließen, es gäbe immer Überschneidungen und Vermischungen (z.B. Hazelwood et al 1983). Nur für eine systematische Einteilung im Sinne eines ersten Überblicks scheinen diese Unterscheidungen nützlich.

1.5 Merkmale

1.5.1 Häufigkeit

Die Häufigkeit autoerotischer Unfälle mit Todesfolge wurde von diversen Autoren anhand des Auftretens in rechtsmedizinischen Instituten oder anhand von Fallbeschreibungen in der Literatur hochgerechnet. So schrieben z.B. Behrendt und Modvig (1995) von einer Inzidenz von 0,5 Fällen pro Million Einwohner pro Jahr in Dänemark, Flobecker et al. (1993) von 0,1 Fällen pro Million Einwohnern pro Jahr in Schweden und Innala und Ernulf (1989) 0,5-1 Fälle pro Million Einwohner pro Jahr im gesamten skandinavischen Raum. Hazelwood et al. (1983) kamen auf 1-2 Fälle pro Million Einwohner pro Jahr in den USA und in Kanada. Für Deutschland gilt ebenfalls die Annahme eines Vorkommens von 0,5-1 Fall pro Million Einwohner pro Jahr (Dürwald 1962).

Die Häufigkeit von autoerotischen Unfällen ohne Todesfolge dürfte um ein Vielfaches höher liegen, hier ist von einer großen Dunkelziffer auszugehen.

1.5.2 Alter

Das Durchschnittsalter der betroffenen Personen wird in größeren Studien mit 26,5 Jahren (Hazelwood et al. 1983), 26 Jahren (Blanchard und Hucker 1991), 31 Jahren (Behrendt und Modvig 1995), 36,5 Jahren (Mansouri 2000) und 38,3 Jahren (Shields et al. 2005) angegeben, wobei die beiden letzteren nur eine Fallzahl von 17 bzw. 16 aufweisen.

Das jüngste in der Literatur beschriebene Opfer war 7 Jahre alt (Burch et al. 1995), das älteste 80 Jahre (Schollmeyer 1966).

1.5.3 Geschlecht

Der überwiegende Anteil der Toten ist männlich. Je nach Größe der Studien liegen die Prozentangaben für männliche Opfer bei 96-100% (Hazelwood et al. 1983, Blanchard und Hucker 1991, Walsh et al. 1977, Behrendt und Modvig 1995, Mansouri 2000).

1.5.4 Typische Merkmale

Hazelwood et al. (1983) nennen 12 typische Merkmale, die sie anhand ihrer groß angelegten Studie in den USA und Kanada herausgefunden haben:

1. der Auffindungsort
Meist ein verschlossener Raum bzw. ein Raum, in dem der Autoerotiker nicht mit Störung rechnet. Hierzu zählen auch abgelegene Gegenden wie ein einsames Waldstück.
2. die Körperlage
Bei Tod durch Strangulation kann ein atypisches Hängen, mit z.B. Berührung des Bodens durch die Füße, ein Hinweis auf einen Unfall sein.
3. das Tatwerkzeug
Meistens ein einfaches Seil bzw. ein Strick zur Halskompression.
4. self-rescue-Mechanismus
Jedwede Vorrichtung, die ein Entkommen aus der selbst herbeigeführten Situation ermöglicht, z.B. ein Messer oder eine spezielle Knotung der Fesselung.

5. Fesselung
Die Fesselung ermöglicht in irgendeiner Weise eine sexuelle Stimulation, z.B. durch direkte Umschnürung der Genitalien oder durch Herbeiführung einer stimulierenden Position oder Situation.
6. sado-masochistisches Verhalten in der Vergangenheit
7. Kleidung
Das Opfer ist z.B. mit Reizwäsche bekleidet oder trägt gegengeschlechtliche Kleidung.
8. schützende Polsterung
Hier ist vor allem an ein Handtuch oder Kleidungsstück unter dem Strangulationswerkzeug am Hals zu denken.
9. Sexutensilien/Sexspielzeug wie Vibrator, Gummipuppe, spezielle Lack- oder Lederbekleidung
10. Requisiten wie Spiegel, Zeitschriften, Videos
11. Masturbation
Die Möglichkeit oder der Hinweis auf Masturbation während der tödlich endenden Situation.
12. Hinweise auf wiederholtes Verhalten.

Auch Uva (1995) fasst 11 typische Auffindungsmerkmale zusammen, ähnlich denen von Hazelwood et al (1983):

1. fehlender Abschiedsbrief
2. nackter oder halbnackter Toter und/oder entblößtes Geschlechtsteil
3. das Opfer trägt z.B. Reizwäsche des anderen Geschlechts
4. Fesselungen sind so angebracht, dass bei bestimmten Bewegungen selbst Druck auf den Hals verübt werden kann
5. unter dem Strangulationswerkzeug am Hals befindet sich ein Schutz (z.B. Handtuch)
6. komplizierte Fesselungen
7. in der Nähe des Opfers liegt pornographisches Material
8. Samenaustritt
9. Hinweise auf wiederholte Ausübung der autoerotischen Betätigung
10. die Körperposition ist halbhängend, der Körper in Bezug zum Bett/Sofa/Sessel
11. das Geschehen fand in einem verschlossenen Raum statt oder irgendwo wo nicht mit Aufdeckung der Praktiken zu rechnen war

1.5.5 Mechanismus des Lustgewinns bei autoerotischer Betätigung

Was die Asphyxie (inkl. Strangulation und narkotisierender Stoffe) angeht, gibt es meist nur Erklärungsversuche, die auf Erfahrungswerten beruhen. Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse liegen aus naheliegenden Gründen nicht bzw. nur eingeschränkt vor.

A. Martin berichtete 1923 von Vorkommen bei einem Selzerbrunnen. Es gab mehrfach beobachtete Fälle, in denen Brunnenarbeiter infolge des dort herrschenden Sauerstoffmangels bewusstlos geworden sind und man bei der Bergung Erektion und Ejakulation beobachten konnte.

Scharfrichter/Henker beobachteten bei Erhängten oft eine Erektion.

Laut Eulenburg (1895) reizte das Erstickungsblut das bulbäre Vasodilatatorzentrum. Die mit der Strangulation verbundene Stauung dieses Blutes führe zur Hervorrufung wollüstiger Gefühle.

Ziemke (1925) vertrat die Meinung, dass die Erhängungsprozedur selbst auf sexuell „pervers“ veranlagte Personen nicht anders wirke wie andere Arten der Selbstpeinigung und daher ein rein psychischer Vorgang sei.

Dem gegenüber stand Dürwald (1962) für die Meinung ein, dass durch Sauerstoffmangel bzw. die CO₂-Anreicherung eine direkte Reizung sexueller Zentren im Gehirn erfolge.

Naeve und Wittram (1977) erklärten den Mechanismus des Lustgewinns über die Lähmung eines übergeordneten Zentrums im Gehirn durch den Sauerstoffmangel oder die CO₂-Überladung und damit durch Wegfall einer zentralen Hemmung auf die tiefer gelegenen Sexualzentren im Rückenmark.

Dürwald (1962) berichtete von Kriegsverwundungen im Hirnbereich, die zu einer Hypersexualität führten.

Heute wird der Ausfall des Cortex (hemmende Wirkung) durch den Sauerstoffmangel auf das limbische System (Gefühle, Euphorie) als ursächlich für den Lustgewinn angenommen:

Brady, Lilly und Olds sowie Olds und Milner führten hierzu Selbstreizversuche bei Tieren (Affen, Katzen und Ratten) durch, bei denen Drahtelektroden in verschiedene Hirnregionen implantiert wurden und anschließend für die Tiere die Möglichkeit bestand sich selbst elektrisch zu reizen. In ihren Studien war die Selbstreizhäufigkeit am größten, wenn die Elektroden im basalen Teil des Mittelhirns oder caudalen

Anteil des Hypothalamus lagen. Bei männlichen Tieren konnte des Weiteren gehäuft eine Erektion beobachtet werden (Dürwald 1962).

Bei der autoerotischen Benutzung von Strom kommt es dagegen immer zur direkten Reizung der Geschlechtsregionen und damit zum gemeinhin als „normal“ geltenden sexuellen Lustgewinn. In der Veterinärmedizin wird durch Stimulation mittels einer Elektrode am Scrotum und einer Elektrode anal beim Bullen eine Ejakulation hervorgerufen und so der Samen für die künstliche Besamung gewonnen (Klitsch et al. 1998).

1.6 Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, an einer großen Fallzahl von autoerotischen Unfällen mit Todesfolge in Deutschland eine aktuelle Perspektive im Hinblick auf diese Fallgruppe herauszuarbeiten. Für den deutschen Sprachraum existieren aus jüngerer Zeit keine größeren rechtsmedizinischen Darstellungen, während sich gesellschaftliche Werte, auch im Hinblick auf die Sexualität, geändert haben. Die erhobenen phänomenologisch ausgerichteten Charakteristika des Kollektivs werden mit früheren sowie aktuellen internationalen Arbeiten zu der Thematik verglichen.

Das Erkennen eines autoerotischen Unfalles soll für Rechtsmediziner, Polizisten und Kriminalisten anhand „typischer“ Charakteristika weiter erleichtert werden. Auch wenn autoerotische Unfälle zunächst oft anders und bemerkenswert bzw. bizarr erscheinen, ähneln sie sich in bestimmten Punkten. Diese Charakteristika sowie Unterscheidungsmöglichkeiten zu Tötungsdelikten und Suiziden sollen in dieser Arbeit an einem aktuellen Kollektiv herausgestellt werden.

Zudem kann diese Arbeit dazu beitragen, die potenziell tödlichen Gefahren bestimmter Formen autoerotischer Betätigung in das Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit zu bringen, und damit weiteren Todesfällen vorzubeugen.

2 Material und Methoden

Gegenstand der Untersuchung waren die autoerotischen Unfälle mit Todesfolge in Hamburg und München in den Jahren 1983 bis Ende 2002.

Zum Auffinden der Fälle wurden zunächst die „Leichenbücher“ der rechtsmedizinischen Institute Hamburg und München der oben genannten Jahre durchsucht. Darin werden alle Todesfälle eingetragen, die in die Rechtsmedizin gelangen. Als auffällige Einträge galten Stichworte wie „autoerotisch“, „Fesselung“, „Ersticken mit Plastiktüte“, „nackt“, „Strom“, „Narkosegas/Gas“, „Erhängen“ sowie ungewöhnliche Fundorte (Sexkino, Bordell, Stadl etc.) oder Begebenheiten (Verletzung der Genitalien, SM etc.). Anschließend wurden die rechtsmedizinischen Unterlagen zu den zugehörigen Leichennummern überprüft und anhand der Leichenschau und gegebenenfalls der Obduktionsberichte und Fundortbeschreibungen in autoerotische Unfälle und andere (Suizid, Unfall, Tötungsdelikte etc.) unterschieden. Demnach ergaben sich für München 71 und Hamburg 38 Fälle. Zusätzlich zu den rechtsmedizinischen Unterlagen wurden bei unvollständigen Informationen die Akten der zuständigen Staatsanwaltschaften angefordert und mit Hilfe des selbst entwickelten Erhebungsbogens (siehe Anhang) ausgewertet. Ziel war es, Gemeinsamkeiten in einem möglichst großen Kollektiv zu erfassen und mit früheren Studien zu vergleichen, um einen eventuellen Wandel festzustellen.

Der Erhebungsbogen sollte zunächst die allgemeinen Daten (wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Beruf, wenn vorhanden auch Gewicht und Größe sowie Wohnort und Auffindeort) der Toten festhalten (pseudonymisiert). Des Weiteren interessierten die Ergebnisse der rechtsmedizinischen Untersuchungen, also die Leichenschau (Halsbefunde, petechiale Blutungen, Strommarken, Befund an Genitalien etc.) und die Obduktion mit genauer Todesursache (Befund an Halsorganen, allgemeine Erstickungsbefunde, Vorerkrankungen etc.) und die toxikologischen Befunde (Blutalkoholkonzentration, Urinalkoholkonzentration, Medikamente, Drogen etc.), besonders im Hinblick darauf, ob auch ohne nähere Informationen zur Auffindesituation ein autoerotischer Hintergrund vermutet werden konnte. Ein Großteil des Erhebungsbogens befasst sich mit der Auffindesituation, also der genauen Beschreibung des Fundortes (drinnen/draußen, eigene Wohnung/Hotel etc.), den benutzten sexuellen Stimuli (pornographisches Material, Spiegel, Fetische), der

Art des Lustgewinns (Asphyxie, Angst-, Leidens-, Engesituation oder unmittelbare Reizung erogener Regionen) sowie den dafür benötigten Hilfsmitteln (Strangulationswerkzeuge, narkotische Stoffe etc.) und der Bekleidung (teil-/vollbekleidet/nackt und die Art der Bekleidung, z.B. geschlechtsspezifisch, Vorliebe für Leder/Gummi/Latex/Reizwäsche oder Bekleidung des anderen Geschlechts). Zudem erfolgte die Untersuchung der Aussagen der Angehörigen/Freunde der Toten zum Thema sexuelle Neigung, Zugabe der autoerotischen Neigung, Angaben zur Persönlichkeit und des Bildungsstands.

Die Ergebnisse wurden anschließend tabellarisch erfasst und graphisch dargestellt. Die Prozentzahlen sind auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet. Die Fälle aus München und Hamburg wurden nicht getrennt bewertet.

Nach Erhebung aller Daten wurden die natürlichen Todesfälle bei autoerotischer Betätigung aus der Studie herausgenommen (z.B. Herzinfarkt bei autoerotischer Betätigung), wodurch sich eine Fallzahl von 101 ergab.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Fälle der rechtsmedizinischen Institute der Städte München und Hamburg gemeinsam betrachtet, da sich keine erkennbaren Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven fanden.

3.1 Häufigkeit

Das Einzugsgebiet der Münchner Rechtsmedizin ist ein flächenmäßig und einwohnermäßig deutlich größeres Gebiet als Hamburg, daher kamen hier in den Jahren 1983 bis 2002 fast doppelt so viele Fälle vor. In Hamburg gab es 34 Fälle, in München 67. Eine genaue Aussage darüber, wie viele Fälle pro Einwohner vorkommen, ist nicht möglich, da es sich um in den Jahren wechselnde Einzugsgebiete handelt. Zudem ist nicht gewährleistet, dass nicht weitere Fälle vorgekommen und erkannt worden sind, aber nicht zur Untersuchung gelangten. Außer der Staatsanwaltschaft München waren in Bayern die Staatsanwaltschaften Landshut, Ingolstadt, Augsburg, Passau und Traunstein sowie im Raum Hamburg die Staatsanwaltschaften Hamburg, Lüneburg und Itzehoe beteiligt.

Im Durchschnitt handelt es sich um 0,6-1 registrierte Fälle pro Jahr pro Million Einwohner, ausgehend von der Einwohnerzahl, die das statistische Bundesamt für die jeweiligen Einzugsgebiete herausgegeben hat (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008).

3.2 Jahresverteilung

Pro Jahr kamen im Schnitt 5,1 Fälle vor. Die wenigsten in den Jahren 1984 und 1985 mit keinem bzw. einem Fall und die meisten im Jahr 1994 mit 9 Fällen.

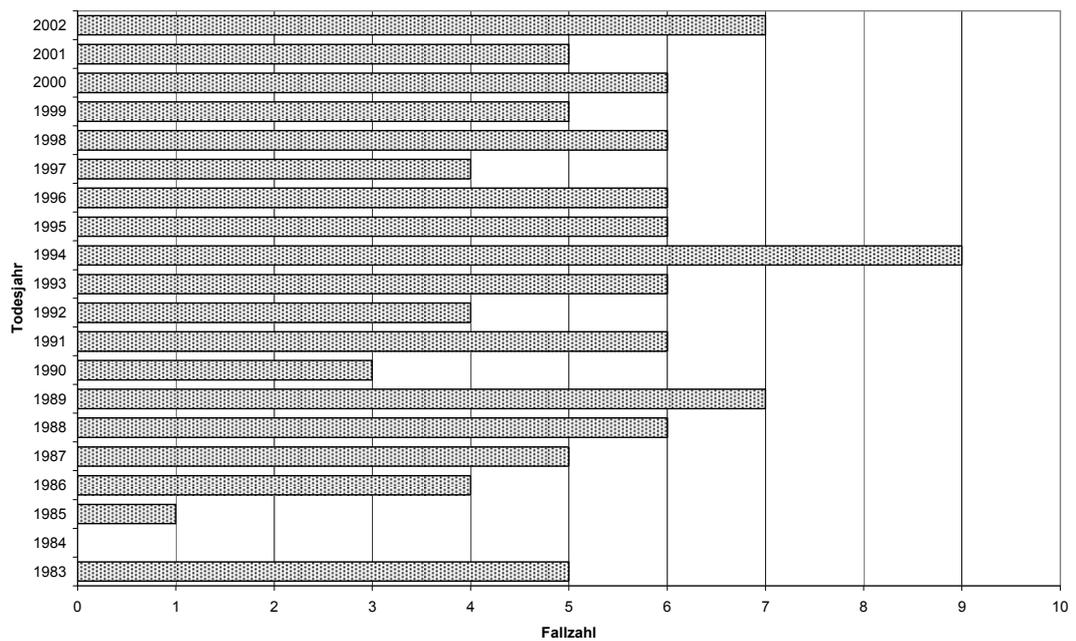


Abbildung 1: Zahl autoerotischer Unfälle mit Todesfolge pro Jahr in Hamburg und München

3.3 Altersverteilung

Die Einteilung in Altersgruppen erfolgt in 10-Jahresschritten. Der Hauptteil der Toten (71,3%) ist unter 40 Jahre alt, gut die Hälfte (50,5%) ist unter 30 Jahre alt. Der Altersmedian liegt bei 29 Jahren, das Durchschnittsalter bei 32,4 Jahren. Die meisten Toten sind in der Altersgruppe 20-29 Jahre zu verzeichnen. Das jüngste Opfer ist 12 Jahre, das älteste Opfer 66 Jahre alt. Zur Altersverteilung siehe Abbildung 2.

Die genaue Altersverteilung in der Gruppe der 10- bis 19-jährigen sieht wie folgt aus: ein 12-jähriger, ein 13-jähriger, zwei 14-jährige, ein 15-jähriger, ein 16-jähriger, zwei 17-jährige, vier 18-jährige und ein 19-jähriger.

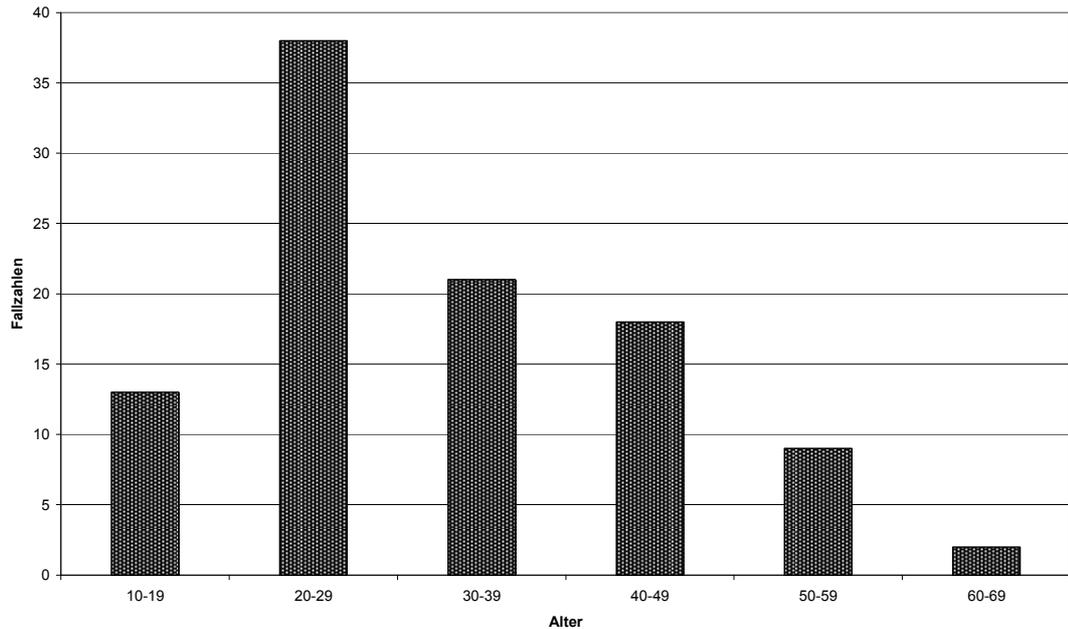


Abbildung 2: Altersverteilung

3.4 Geschlecht

Von 101 Fällen in dieser Studie ist lediglich eine Tote weiblichen Geschlechts (knapp 1%), 100 sind männlich.

Es handelt sich dabei um eine 24-jährige, heterosexuelle Frau, die sich mittels ihres Halstuches im Schlafzimmer bei der autoerotischen Betätigung versehentlich stranguliert hat. Suizidgedanken lagen laut Angehörigen nicht vor und neben der Toten wurde pornographisches Bildmaterial gefunden.

Während der gesamten Erhebung gab es nur einen weiteren Todesfall einer weiblichen Person. Es handelte sich um ein Linksherzversagen während der autoerotischen Betätigung. Der Fall wurde daher aus der Studie herausgenommen (Begründung siehe Kapitel 2).

3.5 Familienstand

In 15 Fällen lagen keine Angaben über den Familienstand der Opfer vor, 54 Personen galten als ledig, 17 waren zum Zeitpunkt des Todes verheiratet, 9 hatten

einen Lebensgefährten oder eine Lebensgefährtin und 5 waren geschieden. Von den 101 betroffenen Menschen hatten wenigstens 7 mindestens ein Kind.

3.6 *Beruf*

Die Berufe wurden in die Kategorien Angestellte, Arbeiter, leitende Angestellte/Akademiker, Erwerbslose, Schüler, Studenten und Rentner klassifiziert. Bei 12 Fällen lagen keine Angaben zum Beruf vor. Ansonsten unterteilten sich die Berufe wie folgt: 31 Arbeiter, 25 Angestellte, 10 leitende Angestellte/Akademiker, 7 Studenten, 10 Schüler/Auszubildende, 4 Arbeitslose, 2 Rentner. Vertreten waren besonders technische Berufe, jedoch auch mehrere Polizisten, ein Zahnarzt und ein Bankdirektor (siehe Abbildung 3).

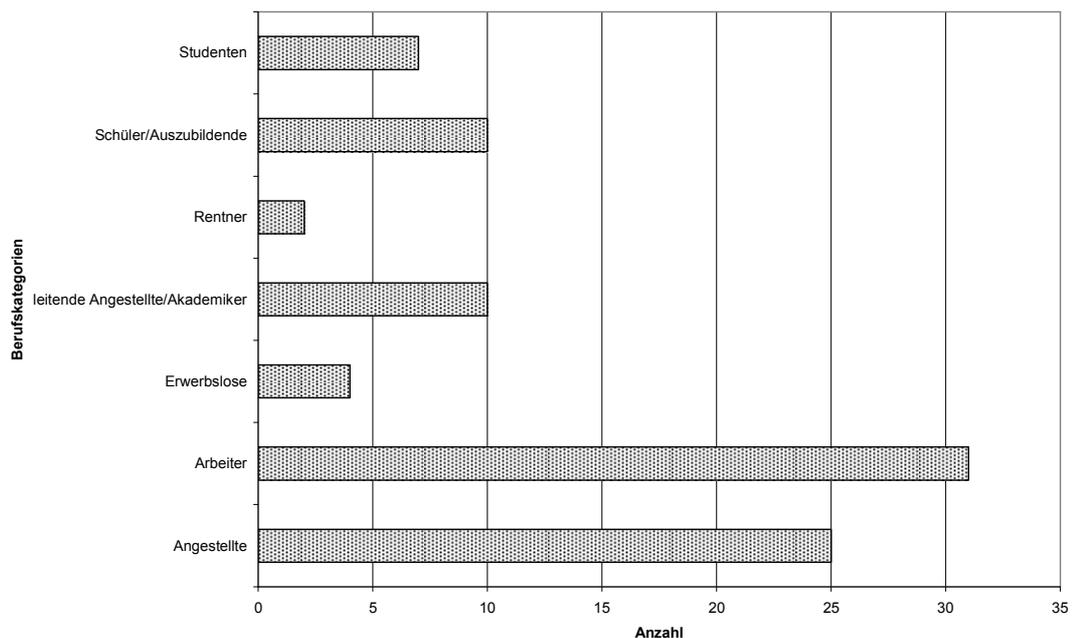


Abbildung 3: Aufteilung auf Berufsgruppen

3.7 *Sexuelle Neigungen*

Die sexuellen Neigungen wurden unterteilt in hetero-, homo- und bisexuell sowie Fetischismus und SM. Mehrfachnennungen waren möglich.

In 35 Fällen lagen keine Angaben vor. Nach Angaben in den Ermittlungsakten waren 43 der Verstorbenen heterosexuell, 7 homosexuell und 3 bisexuell veranlagt.

In 24 Fällen waren Fetischismus und in 17 Fällen SM-Praktiken bekannt. Bei 14 Toten konnte keine Aussage zum bevorzugten Geschlecht des Sexualpartners gemacht werden.

Es gab 17 Fälle, in denen Freunden/Familienangehörigen die autoerotischen Praktiken bekannt waren. In 18 Fällen gaben die Angehörigen an, dass ihnen solche Praktiken nicht bekannt gewesen seien. In einem Großteil der Fälle (65%, n=66) fanden sich in den Unterlagen keine expliziten Angaben darüber, ob die autoerotischen Praktiken im näheren Umfeld bekannt waren (siehe Abbildung 4).

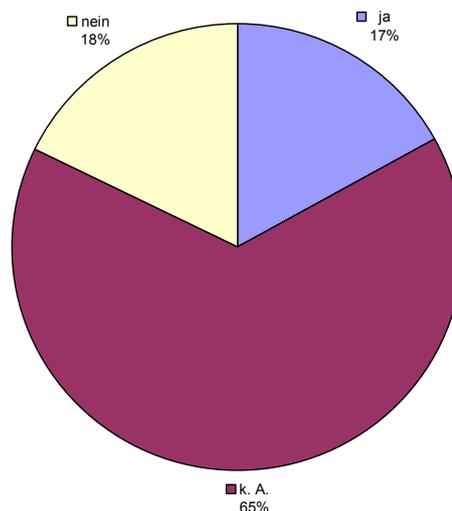


Abbildung 4: Bekanntheit der autoerotischen Praktiken bei Angehörigen/Bekanntem

3.8 Todesursache

Bei den Todesursachen ist bei den Todesfällen im Zusammenhang mit autoerotischer Betätigung (n=109) zunächst zwischen autoerotischen Unfällen im engeren Sinne (n=101) sowie Todesfällen aus innerer Ursache während der autoerotischen Handlungen (n=8) zu unterscheiden. Bei den natürlichen Todesfällen handelt es sich zweimal um eine Subarachnoidalblutung, dreimal um einen Herzinfarkt, einmal um einen Verdacht auf Herzinfarkt, zweimal um eine „innere Ursache“.

In einigen Fällen konnte aufgrund der lediglich durchgeführten äußeren Leichenschau oder bei längerer Leichenliegezeit keine genaue Todesursache festgestellt werden. Diese wurden als „nicht geklärt“ klassifiziert.

In 46 Fällen handelte es sich um Tod durch Erhängen, in 18 Fällen um Strangulation, in 25 Fällen um Asphyxie/Hyperkapnie (z.B. Plastiktüte, Gasmasken, Gummimaske), in zwei Fällen um Strom, einmal gesichert um narkotische Stoffe (7 fragliche Fälle zusätzlich), viermal um nicht geklärte Ursachen und fünfmal um Sonstiges (Intoxikation, Verbluten, zweimal Thoraxkompression, traumatischer Schock nach Sturz). Abbildung 5 zeigt anschaulich die Verteilung der Todesursachen.

Wenn man die Unterteilung in atypisch und typisch verwendet, die u.a. Hazelwood et al. favorisiert haben, erhält man folgendes Ergebnis: 37 von 101 Fällen sind als atypisch einzustufen und 64 als typisch, wobei Asphyxie unter Plastiktüte als atypisch eingeteilt wurde.

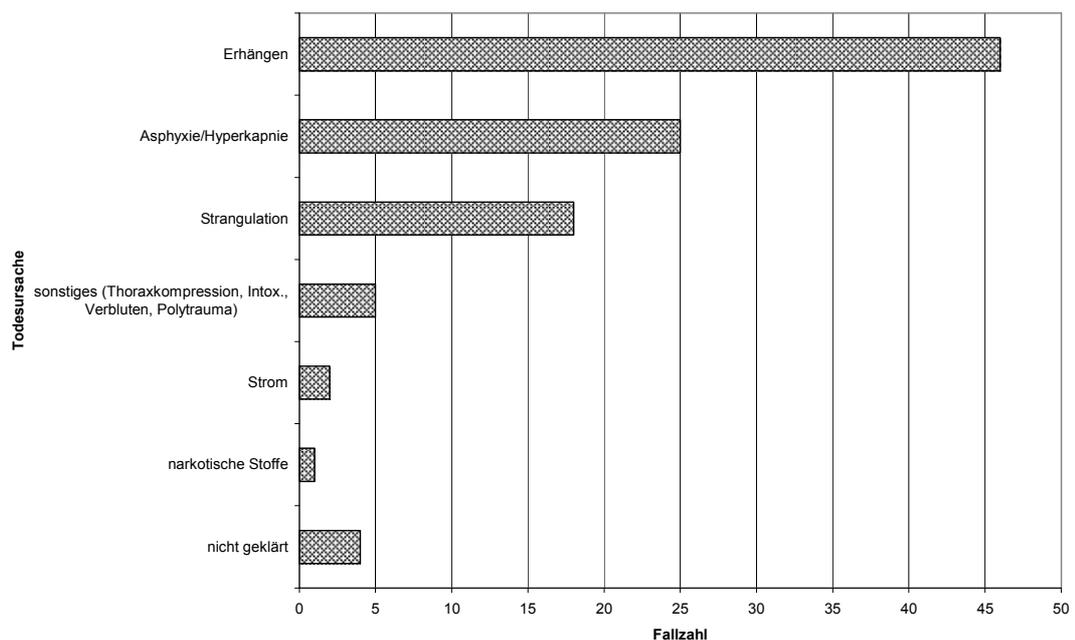


Abbildung 5: Verteilung der Todesfälle auf die einzelnen Todesursachen

3.9 Fundort

Hauptfundort war die jeweilige Wohnung oder Wohnung der Eltern des Opfers bei 69 Fällen. Wohnungsnah waren noch der Keller bzw. Dachboden der Wohnung bei 7

Fällen und der Balkon bzw. die Terrasse der Wohnung bei 2 Fällen. Dreimal wurde der Tote im Gartenhaus gefunden, viermal in einer Scheune oder einem Stall (davon zweimal auf dem eigenen Hof). Der Fundort Wald bzw. Wiese kam dreimal vor (zweimal der Wald, einmal die Wiese). Vier Tote wurden auf dem Gelände ihrer aktuellen oder ehemaligen Arbeitsstätte gefunden. In 6 Fällen lagen keine konkreten Angaben zum Unfallort vor. Jeweils einmal kam es zum Tod in einem Hotel, einem Sex-Shop und in einem Müllcontainer vor der Wohnung.

Zum genaueren Fundort innerhalb der Wohnung, also in welchem Zimmer der Tote gefunden wurde, gab es in 12 Fällen keine Angabe, in 14 Fällen war es das Schlafzimmer, 13 Tote wurden im Wohnzimmer gefunden, 10 Tote im Badezimmer, 5 Tote im noch so genannten „Kinderzimmer“ in der Wohnung der Eltern, 3 Tote im Flur, jeweils ein Toter in der Küche, im Arbeitszimmer und im Gästezimmer. In 9 Fällen handelte es sich um eine 1-Zimmerwohnung ohne Unterscheidung von Schlaf/Wohnraum (siehe Abbildung 6).

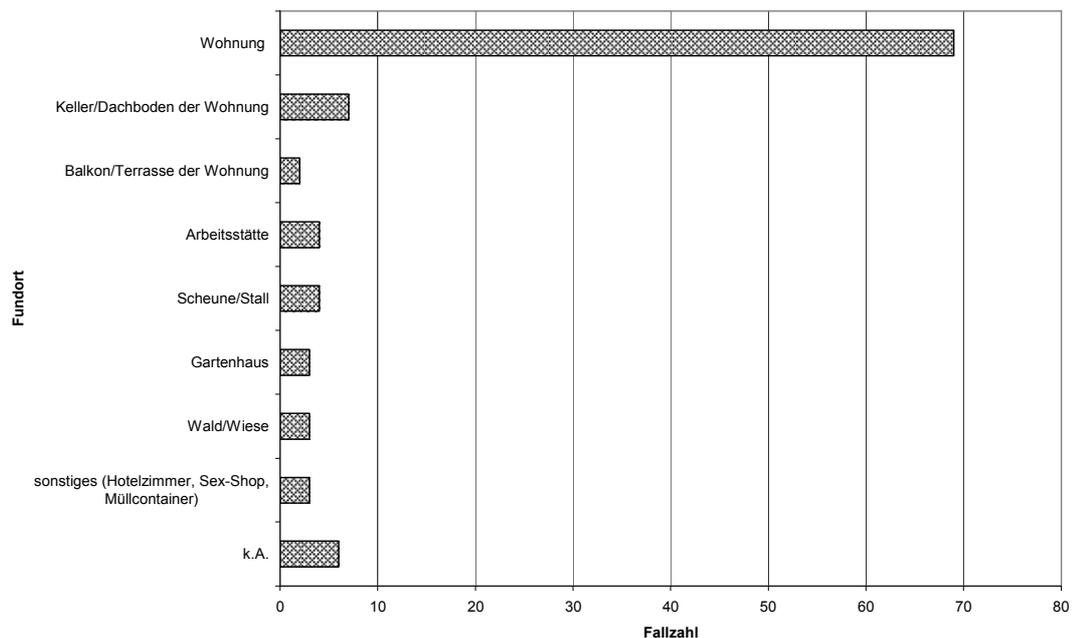


Abbildung 6: Fundortverteilung

3.10 Hilfsmittel

Bezüglich der Hilfsmittel für Strangulation, Asphyxie oder Strom etc. ist keine Gruppierung möglich, hier müsste jeder Fall für sich allein betrachtet werden.

Häufiger als einmal kamen lediglich die einfache Plastiktüte und das normale Nylonseil in jeweils 10 Fällen zur Anwendung.

3.11 Lustgewinn

Der Lustgewinn wurde in 54 Fällen allein durch eine Asphyxie erreicht und in 5 Fällen allein durch die unmittelbare Reizung erogener Regionen (z.B. mittels Strom oder Dildo) sowie einmal allein durch Erzeugung einer Angst-/Leidens-/Engesituation. In allen anderen Fällen handelte es sich um eine Kombination. In 21 Fällen lag eine Kombination aus Asphyxie und Angst-, Leidens-, Engesituation vor; in 4 Fällen eine Kombination aus Asphyxie und Reizung erogener Regionen und in einem Fall eine Kombination aus Reizung erogener Regionen und Angst-, Leidens-, Engesituation. In 13 Fällen waren alle drei Möglichkeiten kombiniert und in 2 Fällen gab es keine genaueren Angaben.

Die folgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit, in der die drei Lustgewinnarten insgesamt vorkamen sowie über die Häufigkeit, in der sie allein oder in Kombination vorlagen.

	Asphyxie	Reizung erogener Regionen	Angst-/Leidens-/Engesituation
n=54	x		
n=5		x	
n=1			x
n=21	x		x
n=4	x	x	
n=1		x	x
n=13	x	x	x
	n=93	n=23	n=36

Tabelle 1: Häufigkeiten und Kombinationen der Art der Erreichung des Lustgewinns

3.12 Sexuelle Stimuli

Bei den neben oder an der Leiche vorgefundenen sexuellen Stimuli handelte es sich um sehr unterschiedliche Dinge, die unter Hauptgruppen (pornographisches Bildmaterial, pornographische Schriften, Damenreizwäsche, Frauenkleidung,

Fesseln, Leder- und/oder Gummibekleidung, Gummimaske, Spiegel und sonstiges) zusammengefasst wurden. Leider lagen in 8 Fällen keine weiteren Angaben zur Auffindesituation vor.

Auffällig war, dass bei 28 Toten keinerlei sexuelle Stimuli gefunden wurden außer den direkt benutzten (wie z.B. ein Dildo). Ansonsten gab es mindestens einen, meistens aber mehrere sexuelle Stimuli. Eine alleinige Fesselung lag in 12 Fällen vor, als Kombination mit anderen Stimuli traten Fesseln wesentlich häufiger auf (in 25 Fällen; also insgesamt in 37 Fällen). Pornographisches Bildmaterial kam achtmal allein vor, in 11 Fällen lag eine Kombination vor (insgesamt also in 19 Fällen). Dreimal wurde allein eine Gummimaske verwandt und sechsmal sonstiges (pornographische Schrift, pornographisches Tonmaterial, Aufzeichnung auf Video, Autogrammkarte, Massagegerät, pornographische Puppe). Nur in Kombination mit anderen Stimuli wurde eine „Penisumschnürung“ (dreimal) verwendet, sei es als selbstgebastelte Umschnürung oder als gekaufter Cockring. Des Weiteren kam dreimal allein die Verwendung von Gummi- und/oder Lederbekleidung vor, in der Kombination mit anderen Stimuli jedoch in 17 Fällen. Der Spiegel wurde zweimal allein verwandt, insgesamt aber in 5 Fällen. Bei der Frauenbekleidung wurde in Reizwäsche und normale Kleidung unterteilt. Damenreizwäsche kam zweimal allein und fünfmal in Kombination vor, Frauenkleidung einmal allein und viermal in Kombination (siehe Abbildung 7).

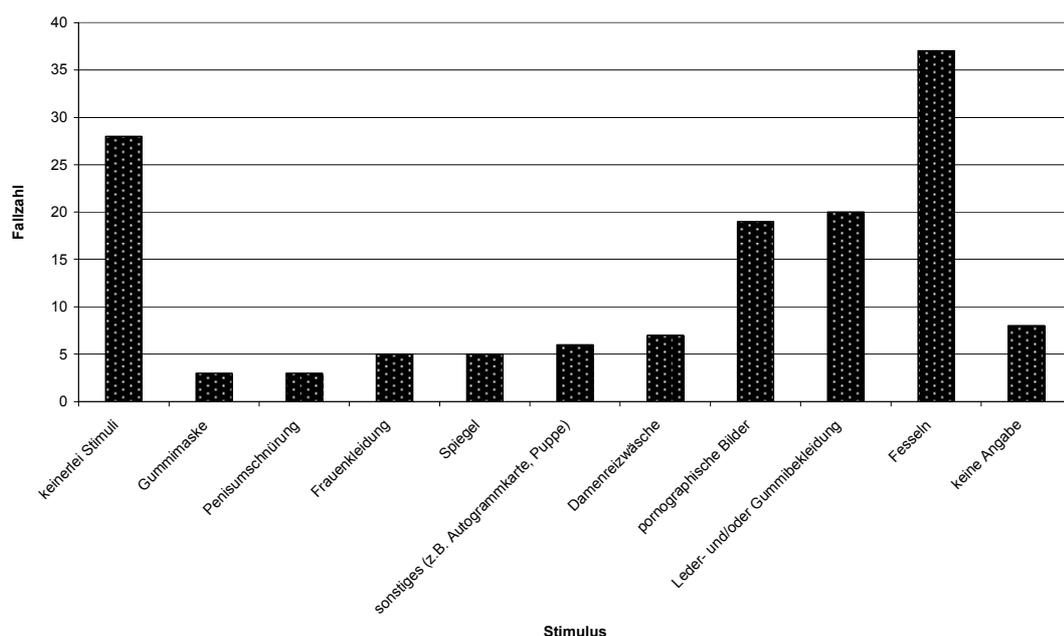


Abbildung 7: verwendete Stimuli

3.13 Bekleidung

Bei der Bekleidung wurden zunächst die Kategorien „entkleidet“, „teilentkleidet“ und „vollständig bekleidet“ unterschieden. Als teilentkleidet galten auch die Verstorbenen, die lediglich ihr Geschlechtsteil freigelegt hatten. Von den 101 Toten waren 43 teilentkleidet, 30 entkleidet und 18 vollständig bekleidet. In 10 Fällen fehlte die Angabe.

Des Weiteren wurde vermerkt, ob es sich um Frauenkleidung, Reizwäsche, Gummi-/Latexbekleidung oder Lederkleidung handelte. Hierbei gab es in 12 Fällen keine Angabe, 34 Tote galten als „normal“ bekleidet. In 19 Fällen bestand zumindest ein Teil der Bekleidung aus Gummi/Latex, in 7 Fällen zum Teil aus Leder und in 8 Fällen wurde zumindest zum Teil Frauenkleidung durch Männer getragen sowie viermal Reizwäsche (siehe Abbildungen 8 und 9).

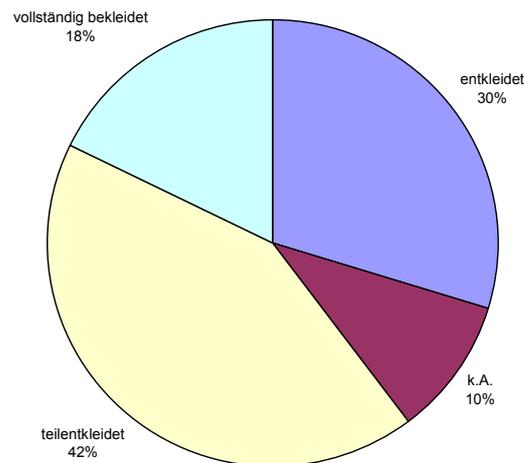


Abbildung 8: Bekleidungsstatus beim Auffinden

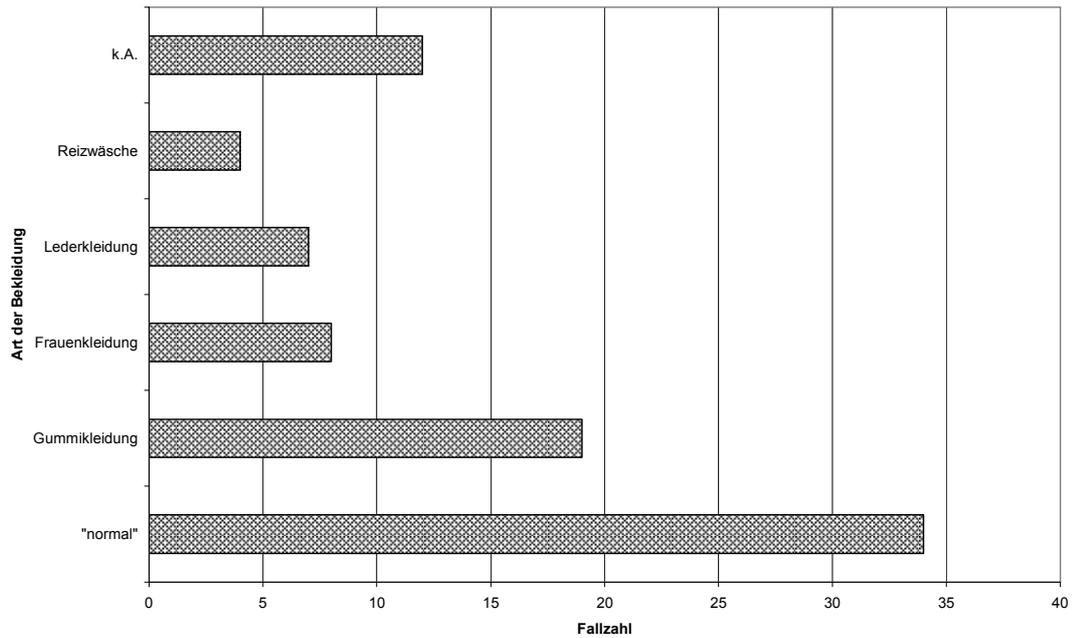


Abbildung 9: Art der Bekleidung

3.14 Fremdeinwirkung

Aufgrund der Auffindesituation war in den meisten Fällen (89 Fälle, 88%) polizeilicherseits deutlich, dass keinerlei Fremdeinwirkung vorlag. In 5 Fällen (5%) gab es anfangs jedoch diesen Verdacht, in 7 Fällen (7%) lagen hierzu keine weiteren Angaben vor (siehe Abbildung 10).

Die zunächst auf eine Fremdeinwirkung verdächtigen Fälle werden nachfolgend kurz kasuistisch dargestellt.

Kasuistik A: Ein 28-jähriger Mann, Familienstand ledig, von Beruf Gerüstbauer wurde im November 1991 an einem Brückengeländer über einem Fluss in einsamer Gegend an Brust und Bauch hängend aufgefunden. Der Tote war mit diversen Gummi- und Plastikbekleidungsstücken angezogen. Der Tod war durch Ersticken durch Rumpfkompensation eingetreten. Eine Fremdeinwirkung konnte ausgeschlossen werden.

Kasuistik B: Ein 28-jähriger Mann mit bekannter Muskeldystrophie, der in einem Pflegeheim lebte, wurde im Februar 2001 in einem Müllcontainer vor dem Pflegeheim tot aufgefunden. Der Tote war nackt und in zwei Plastiksäcke geschnürt, die den Kopf frei ließen. Der Tod war durch Unterkühlung eingetreten. Die

Fremdeinwirkung wurde zum Teil bestätigt. Ein Mitarbeiter hatte die sexuellen Phantasien des Patienten auf dessen Wunsch erfüllt.

Kasuistik C: Ein 58-jähriger Mann, verheiratet, von Beruf Bauingenieur, wurde in seinem Keller an die Wand gefesselt im April 1996 tot aufgefunden. Der Keller war für SM-Spiele hergerichtet, der Tote teilbekleidet. Die Ehefrau berichtete, ihn wie gewöhnlich gefesselt und dann wie immer den Keller verlassen zu haben. Nach der Obduktion stand fest, dass es zu einer Plaqueruptur in der linken Carotis interna gekommen war, die zu einer Bewusstlosigkeit geführt hatte, woraufhin der Tote sich mit seinen Fesseln stranguliert habe.

Kasuistik D: Ein 40-jähriger Mann, verheiratet, von Beruf Beamter, wurde in seinem Keller, der für SM-Spiele hergerichtet war, im September 1997 tot aufgefunden. Der Tote trug diverse Gummikleidung und Damenschuhe sowie Fesseln. Die Ehefrau berichtete, sie habe ihm wie gewünscht in seinen selbst gefertigten Plastiksack geholfen, der in Höhe von Nase, Mund und Genitalbereich Öffnungen hatte und am Hals mit einem Klebeband verschlossen wurde. Der Tod war durch Ersticken eingetreten.

Kasuistik E: Ein 63-jähriger Mann, geschieden, 1 Sohn, homosexuell veranlagt, berentet, wurde im September 2002 in seiner Küche tot aufgefunden. Der Tote war vollständig bekleidet (Jacke, T-Shirt, kurze Hose, Segelschuhe) und lag auf dem Fußboden. Eine Fremdeinwirkung wurde vermutet, da um den Hals eine Art Manschette angebracht war und zwei Strickenden frei endeten. Die Ermittlungen und Obduktion konnten keine Fremdeinwirkung nachweisen. An der Küchentür wurde ein Haken in 170 cm Höhe gefunden, der zum dosierten Hängen hätte benutzt werden können.

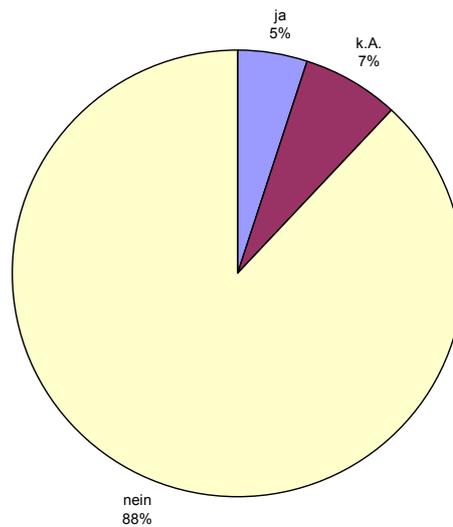


Abbildung 10: Gab es anfangs den Verdacht auf Fremdeinwirkung?

3.15 Angaben zur Persönlichkeit

Bei 28 Toten (28%) gab es keinerlei Angaben zur Persönlichkeit oder zu den Lebensumständen der Verstorbenen.

Auch die nachfolgend wiedergegebenen Angaben aus den Ermittlungsunterlagen sind zurückhaltend zu bewerten, da diese sich nicht an diagnostischen Kriterien orientieren.

Suizidgedanken oder Depressionen wurden bei 12 (12%) der Toten angegeben, während in 60% der Fälle (61 Fälle) anamnestisch keinerlei Anhalt für Suizidgedanken bestand (siehe Abbildung 11).

In 22 Fällen wurde von Angehörigen/Freunden berichtet, dass der/die Tote eher Einzelgänger gewesen sei (zurückhaltend, depressiv, ruhig, introvertiert, zurückgezogen), sportlich wurde neunmal, lebensfroh siebenmal, nett dreimal, lustig zweimal, zuverlässig fünfmal, hilfsbereit zweimal, höflich zweimal, religiös zweimal, ordentlich fünfmal und dreizehnmal unordentlich als Charaktermerkmal genannt. Des Weiteren gab es noch Extreme wie fremdenfeindlich, drogenabhängig, verwaorlost, vorgealtert und per Haftbefehl gesucht sowie Beschreibungen wie freundlich, leidenschaftlicher Gärtner, Familienmensch etc. Da Mehrfachnennungen möglich waren und einige Aussagen sich widersprachen, ist es schwierig, die Toten

in Charaktergruppen einzuteilen. Ein Versuch war die Einteilung über „positive“ (wie lebensfroh, sportlich etc.) bzw. „negative“ Charaktereigenschaften (wie depressiv, zurückgezogen etc.), wobei diese Einteilung sehr subjektiv ist. Demnach erschienen 31% der Toten von „positivem Charakter“ (31 Fälle) und 41% der Toten von „negativem Charakter“ (42 Fälle). 28 Fälle ließen sich aufgrund der fehlenden Angaben nicht einordnen (siehe Abbildung 12).

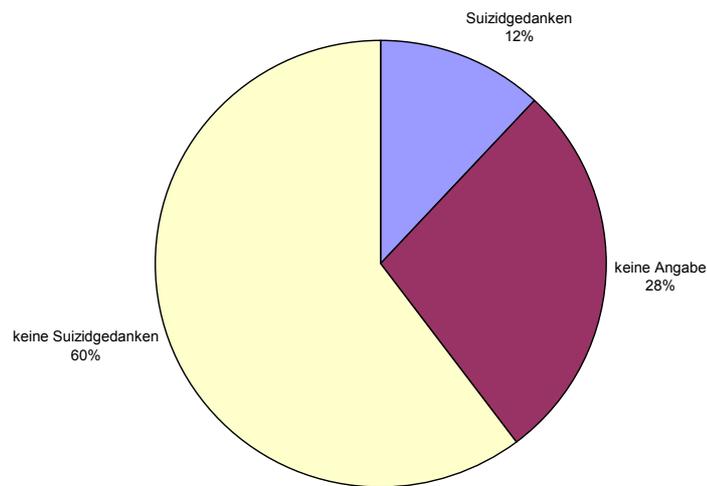


Abbildung 11: Bekanntsein von Suizidgedanken

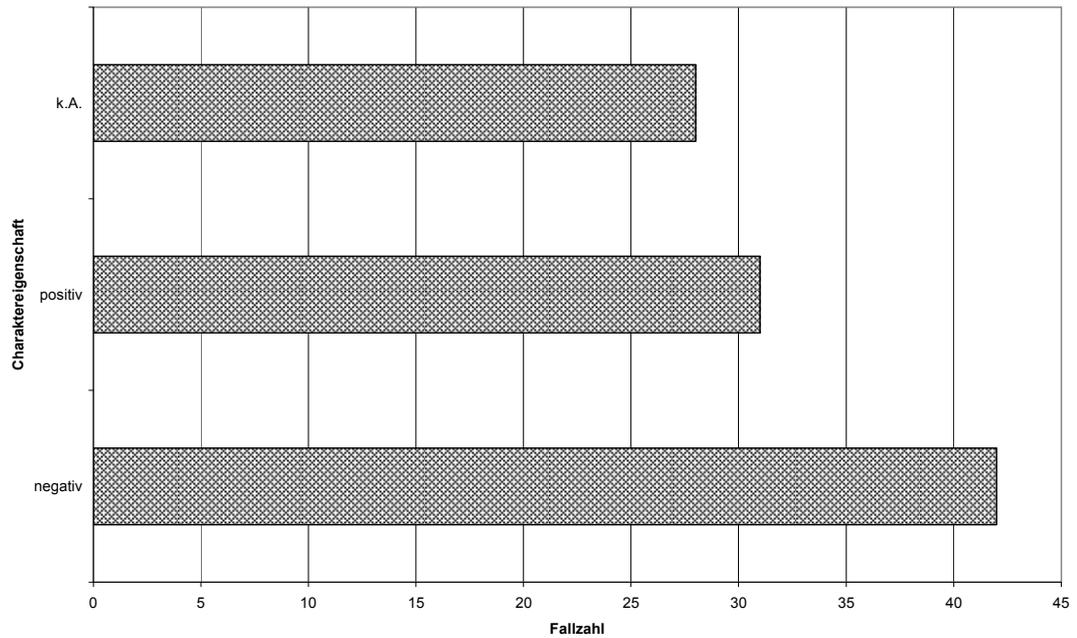


Abbildung 12: Versuch der Aufteilung der „Charaktereigenschaft“ in positiv/negativ

3.16 Leichenschau

3.16.1 Hinweise auf autoerotisches Geschehen an unbekleideter Leiche

In 60% der Fälle (61 Tote) gab es keinen Hinweis auf ein autoerotisches Geschehen an der unbekleideten Leiche, in 40% der Fälle (40 Tote) schon. Die Leiche wird in diesem Zusammenhang nach Abnahme aller Fesselungen und Bekleidungsstücke als unbekleidet bezeichnet (siehe Abbildung 13).

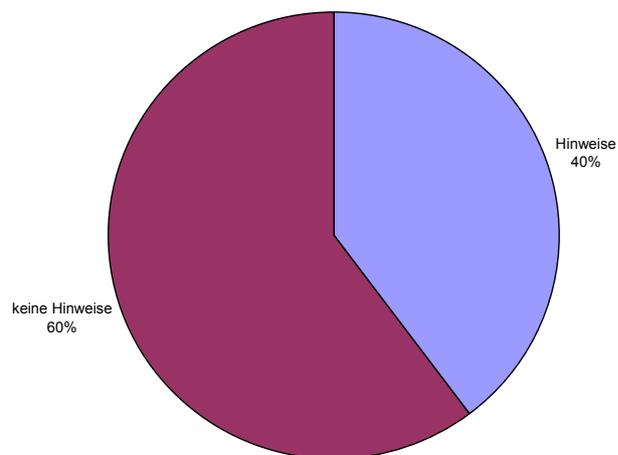


Abbildung 13: Hinweise auf einen autoerotischen Unfall an der unbekleideten Leiche

3.16.2 Halsbefunde

Im Gesamtkollektiv lagen bei 33% (33 Fälle) keinerlei Halsbefunde vor. In einem Fall war es lediglich zu einer Rötung gekommen (1%), 5 Fälle hatten eine Aussparung in den Leichenflecken (5%) und 62 hatten eine richtige Strangmarke (61%) (siehe Abbildung 14).

Betrachtet man nur die Fälle, in denen der Tod durch Strangulation/Erhängen eingetreten war, ergeben sich 64 Fälle mit Halsbefunden. Bei diesen war in 59 Fällen (92%) eine Strangmarke ausgebildet, in einem Fall (2%) eine Aussparung in den Leichenflecken und in 4 Fällen (6%) lag kein Halsbefund vor. Die 4 durch Erhängen/Strangulation Verstorbenen ohne Halsbefund hatten einen „Schutz“ um den Hals gelegt (Pullover, Schal, Manschette).

Die Verstorbenen, bei denen der Tod nicht durch Erhängen oder Strangulation zustande kam, bei denen aber trotzdem ein Halsbefund sichtbar war, hatten ihre Vorrichtungen zur Erzeugung einer Asphyxie mit Bändern oder Gürteln am Hals befestigt.

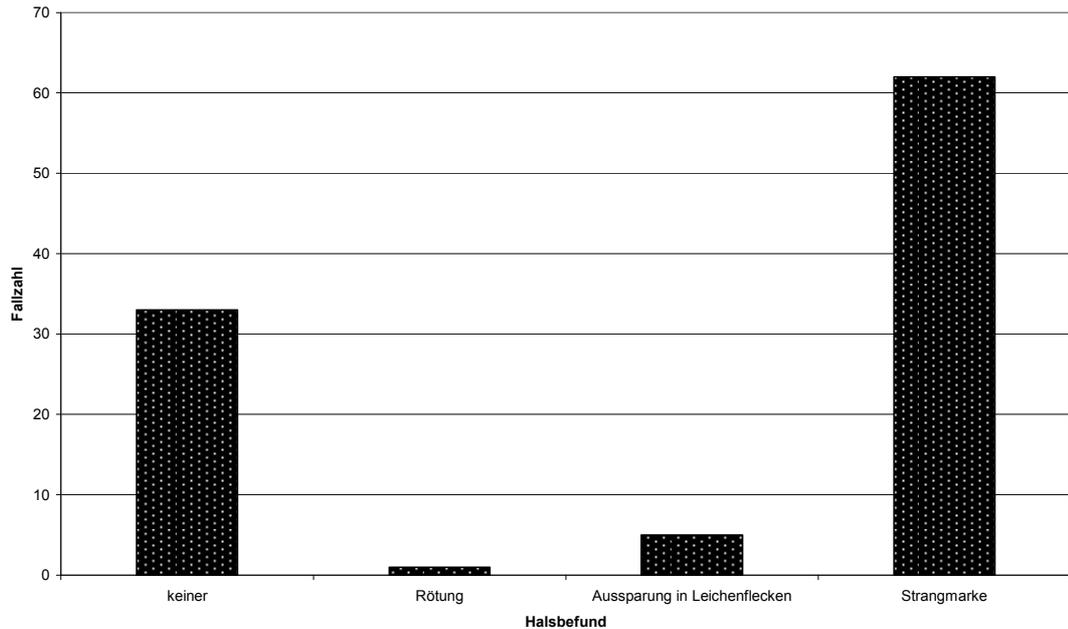


Abbildung 14: Halsbefunde in der Leichenschau (n=101)

3.16.3 petechiale Blutungen der Schleimhäute

Betrachtet wurde hier die Grundgesamtheit, also alle 101 Fälle. Bei 38 Toten konnten keine Petechien entdeckt werden (37%), 24 hatten lediglich petechiale Blutungen der Augenbindehäute (24%), 19 der Augenbindehäute und der Gesichtshaut (19%), 3 lediglich der Gesichtshaut (3%) und 17 der Augenbindehäute, der Gesichtshaut und der Mund- und Rachenschleimhaut (17%).

Betrachtet man auch hier wieder nur die durch Erhängen/Strangulation Verstorbenen (n=64), so konnten in 19 Fällen (30%) keine Petechien gesehen werden, in 13 Fällen (20%) lediglich Petechien der Augenbindehäute, in 3 Fällen (5%) nur Petechien der Gesichtshaut, in 14 Fällen (22%) Petechien in Augenbinde- und Gesichtshaut und in 15 Fällen (23%) Petechien sowohl in der Augenbinde-, Gesichts- und der Mund- und Rachenschleimhaut (siehe Abbildung 15).

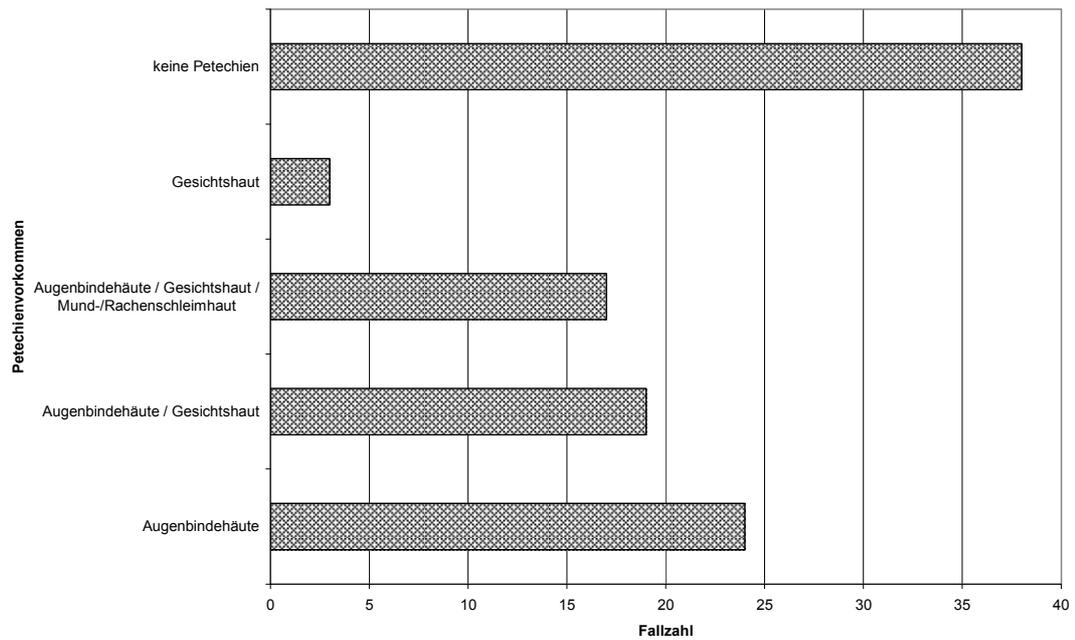


Abbildung 15: Befund von Petechien bei der äußeren Leichenschau (n=101)

3.16.4 Strommarke

Zu einer richtigen Strommarke kam es in 2 Fällen. Bei diesen Fällen wurde auch der Stromtod als Todesursache vermerkt. In den anderen Fällen, in denen zusätzlich Strom verwendet wurde (3x), aber nicht als Todesursache angesehen wurde, konnten keine Strommarken festgestellt werden.

3.16.5 Auffälligkeiten im Genitalbereich

Bei 49 Toten ließen sich keine Auffälligkeiten im Genitalbereich feststellen (48,5%), bei allen anderen (52 Fälle; 51,5%) gab es unter anderem folgende Auffälligkeiten: 18x Spermaabgang, 14x Schnürung/Penisring, 6x Dildo o.ä. im After, 2x Kondom sowie Schnittverletzungen, Hämatome, Narben o.ä. (siehe hierzu auch Tabelle 2a und b).

Auffälligkeiten im Genitalbereich	Anzahl
k.A.	1
4 schlitzförmige Durchtrennungen der Haut am Hodensack, Narben an Penis und Hoden	1
älteres Hämatom am Hodensack / Sperma	1
Dildo im After	1
erhebliche Blähungen	1
Furche wie nach Abschnürung an der Gliedwurzel	1
Grashalm an Penisunterseite, Bravo-Autogrammkarte dem Hodensack anliegend	1
Gummirohr in Afteröffnung	1
handtellergröße Vertrocknung am Hodensack, Sperma	1
Hodensack in Lederrohr, Piercing am Genital	1
Holzklammer am Hodensack	1
klaffendes After mit salbenartiger Substanz, Einstichstelle an Penis, Abdrücke von Kette an Hodensack	1
Klebeband an Penisspitze	1
kleiner Penis, Leistenhoden	1
Klistierballon im After, Penisring	1
Lederband um Hodensack	1
metallene Schelle um Hodensack und Peniswurzel	1
Metallkette um Peniswurzel	1
Metallringe und Lederstreifen um Hoden und Penis, rasierte Schambehaarung	1
oberflächliche Schürfung an Penisunterseite	1
Penisring, Piercing des Hodensackes, klaffendes After mit Dildo	1
Präservativ am Glied	1
rasierte Schambehaarung	1
rasierte Schambehaarung / Reste von grauem Puder	1
Rötung und oberflächlicher Einriss der perianalen Haut	1
Schnur um Hodensack	1
Schnur um Hodensack und Penis, Sperma	1
Schnur um Hodensack und Peniswurzel geschlungen, Kondom	1
Schnur um Hodensack und Peniswurzel, Penis mit Kreppband umwickelt	1
Sperma	13
stark eingeschnürt von Gurt	1
stark gedunsen, pergamentartig vertrocknet	1
Stromkabel im After	1
vorgesobene Vorhaut, Plastikpenis im After	1
Vorhaut und Hodensack stark vertrocknet	1
Vorhaut wie nach Hitzeeinwirkung verfärbt	1
Vorhautverengung, Sperma	1
weit klaffende Afteröffnung mit blutiger Antragung	1
zurückgezogene Vorhaut	1
zurückgezogene Vorhaut, Sperma, nur ein Hoden	1

opB	49
Summe	101

Tabelle 2: Auffälligkeiten im Genitalbereich

Gruppierung		Anzahl
Auffälligkeiten am Hodensack	Verletzung	2
	Fesselung	9
	sonstiges	10
Auffälligkeiten am After	Dildo etc.	6
	Verletzung	2
	sonstiges	1
Auffälligkeiten am Penis	Verletzung	4
	Sperma	18
	Fesselung	11
	sonstiges	12
keine Angabe		1
ohne pathologischen Befund		49

Tabelle 3: Gruppierung der Auffälligkeiten im Genitalbereich

3.16.6 sonstige Auffälligkeiten

Bei 40 Toten gab es keine weiteren Auffälligkeiten (40%), in 13 Fällen galt der Leichnam als faul oder beginnend faul, in 27 Fällen lagen Abdrücke von Fesselungen vor. Als Besonderheiten können der/die jeweils einmal aufgefallene wassergefüllte Ballon im Mund, Silberstaubschicht am Rumpf, goldener Glitzerstaub im Gesicht, lackierte Fingernägel und Spuren von Kerzenwachs auf dem Brustkorb gelten. In 7 Fällen traten Piercings der Brustwarzen, Tattoos, Klammern/Klemmen an den Brustwarzen oder kleine Schnittwunden/Einstichstellen am Körper auf.

3.17 Anzahl der Obduktionen

In 85 Fällen (84%) gab es zusätzlich zur Leichenschau eine Obduktion (siehe Abbildung 16), in 16 % der Fälle (16) kam es nur zur Leichenschau, weil die Auffindesituation keinerlei Zweifel am Geschehen aufkommen ließ.

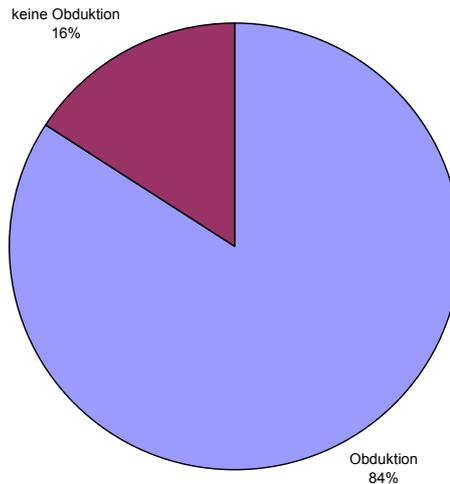


Abbildung 16: Anteil der Obduktionen in Prozent

3.18 Obduktion

Bei 16 Toten wurde keine Obduktion durchgeführt, daher gibt es hier keine Befunde.

3.18.1 Halsbefunde

Hier wurde zunächst die Gesamtheit der obduzierten Fälle (n=85) betrachtet.

Keinerlei Halsbefunde gab es bei 33 Fällen. In allen anderen Fällen traten ein oder mehrere Halsbefunde auf. Mehrfachnennungen waren möglich, daher erfolgt keine Angabe für den einzelnen Fall, sondern eine Auflistung der Häufigkeit des jeweiligen Halsbefundes: in 23 Fällen traten Muskelansatzblutungen auf, in 18 Fällen Blutungen der Muskulatur, bei 4 Opfern kam es zu Blutungen des Unterhautfettgewebes, in 17 Fällen wurde eine Verletzungen von Kehlkopf und/oder Zungenbein festgestellt.

Desweiteren konnten in 14 Fällen Stauungssyndrome gesehen werden, davon 12 des Kopfes, einmal von Kopf und Hals und einmal von Kopf, Hals und Thorax (siehe Tabellen 4 und 5).

Befund der Halsorgane	Anzahl
keine Obduktion erfolgt	16
Blutungen Muskulatur	4
Blutungen Muskulatur, Stauungssyndrom: Kopf	2
Blutungen Muskulatur, Zerreißung der Muskulatur links	1
Blutungen Unterhautfettgewebe	2
Blutungen Unterhautfettgewebe und Muskulatur	2
innere Strangfurche	1
Muskelansatzblutungen	9
Muskelansatzblutungen, Blutungen Muskulatur	3
Muskelansatzblutungen, Blutungen Muskulatur, Stauungssyndrom Kopf	1
Muskelansatzblutungen, Blutungen Muskulatur, Verletzungen Kehlkopf/Zungenbein	3
Muskelansatzblutungen, Stauungssyndrom Kopf	2
Muskelansatzblutungen, Stauungssyndrom Kopf und Hals	1
Muskelansatzblutungen, Verletzungen Kehlkopf	3
Muskelansatzblutungen, Verletzungen Zungenbein	1
Stauungssyndrom: Kopf	6
Stauungssyndrom: Kopf, Hals und Thorax	1
Verletzungen Kehlkopf/Zungenbein	7
Verletzungen Kehlkopf/Zungenbein, Blutungen Muskulatur	2
Verletzungen Kehlkopf/Zungenbein, Stauungssyndrom: Kopf	1
keine Halsbefunde	33
Summe	101

Tabelle 4: Befunde der Halsorgane

	Blutung				Stauungssyndrom		Verletzung
	Unterhautfettgewebe	Muskelansatz	Muskulatur	Kopf	Kopf + Hals	Kopf, Hals + Thorax	Kehlkopf/Zungenbein/Muskulatur
n=2	x						
n=9		x					
n=4			x				
n=6				x			
n=1						x	
n=7							x
n=2			x	x			
n=3			x				x
n=2	x		x				
n=9		x	x				
n=1		x	x	x			
n=3		x	x				x
n=2		x		x			
n=1		x			x		
n=4		x					x
n=1				x			x
	n=4	n=29	n=24	n=12	n=1	n=1	n=18

Tabelle 5: Kombinationen und Häufigkeiten der Halsbefunde

3.18.2 Erstickungsbefunde

In 25% der obduzierten Fälle (n=21) wurden allgemeine Erstickungsbefunde (wie z.B. Blutstauung von Leber und Nieren, Blutarmut der Milz, Lungenödem, subpleurale Punktblutungen/Tardieu'sche Blutung und flüssiges Leichenblut) festgestellt, in 75% (n=64) nicht (siehe Abbildung 17).

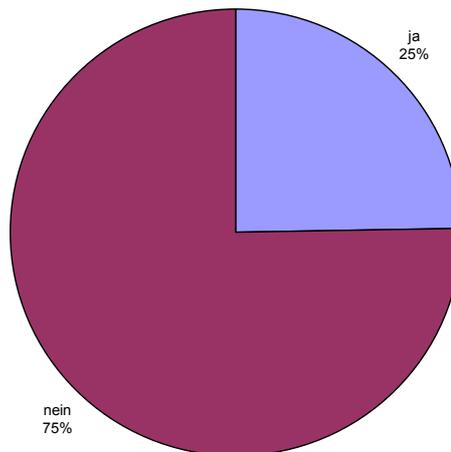


Abbildung 17: Feststellbare allgemeine Erstickungsbefunde

3.18.3 Vorerkrankungen

Bei 75 Toten lagen keinerlei Angaben zu Vorerkrankungen vor (70%). Gehäuft traten die Angaben Adipositas (5 Fälle), KHK/Z.n. Herzinfarkt (3 Fälle), arterieller Hypertonus (3 Fälle), Asthma bronchiale/COPD (4 Fälle), Nikotinabhängigkeit (2 Fälle) auf. Einzelnen genannt wurden z.B. benigne Prostatahyperplasie, Diabetes mellitus, Z.n. Schlaganfall, angeborene Schwerhörigkeit, Allergie, Alkoholabhängigkeit, Epilepsie, geistige Retardierung, Z.n. Myokarditis, Leistenhoden, Wolff-Parkinson-White-Syndrom, Schizophrenie, progressive Muskeldystrophie, Neurodermitis und Z.n. Verkehrsunfall.

3.18.4 sonstige Ergebnisse der Obduktion

Hierbei wurden vor allem nicht bekannte und bekannte Vorerkrankungen sowie so nicht erwartete Besonderheiten erfasst. Bei 46 Toten gab es keine bemerkenswerten Befunde, darunter die 16 nicht obduzierten Fälle. Gehäuft aufgefallen waren: allgemeine Arteriosklerose (16 Fälle), KHK (8 Fälle), Z.n. Herzinfarkt (4 Fälle), Fettleber (15 Fälle), Leberzirrhose (2 Fälle), Lungenemphysem (2 Fälle), Lungenödem (2 Fälle), Aspiration (5 Fälle), Herzhypertrophie (3 Fälle), Strommarken (2 Fälle). Bei einem Toten wurde ein Polytrauma mit diversen

Frakturen und Blutungen/Rupturen festgestellt (der Verstorbene war während der autoerotischen Praktiken aus großer Höhe vom Heuboden gefallen), bei einer Pfählungsverletzung zeigte sich erst bei der Obduktion das Ausmaß der Verletzung mit Eröffnung des Retroperitonealraumes.

3.18.5 Chemisch-toxikologische Untersuchungen

Der Blutalkoholspiegel wurde in 38% der Fälle (bei 38 Opfern) untersucht.

Hier konnte bei einem Großteil (52%; 20 Fälle) kein Alkohol nachgewiesen werden. Wenn Alkohol nachgewiesen werden konnte, dann hauptsächlich im Bereich von 0,01-1,5 Promille (37%; 14 Fälle, genauere Einteilung siehe Abbildung 18). In 4 Fällen (11%) wurde ein Blutalkoholspiegel über 1,51 Promille festgestellt, davon einmal über 3,01 Promille. In diesem Fall war ein Alkoholproblem des Opfers durch die Angehörigen angegeben worden.

Der Urinalkohol wurde bei 16% (16 Opfer) der Fälle untersucht (siehe Abbildung 19).

In den untersuchten Fällen konnte bei 38% (6 Fälle) kein Alkohol im Urin nachgewiesen werden, 44% (7 Fälle) hatten einen Alkoholspiegel zwischen 0,01 und 1,5 Promille und bei 18% (3 Fälle) lag ein Urinalkoholgehalt von über 1,51 Promille vor.

Eine speziellere toxikologische Untersuchung fand in 20 Fällen statt (siehe Abbildung 20).

Hier wurde in 11 Fällen ein negatives Ergebnis gefunden, bei 2 Fällen wurde Carbamezapin in therapeutischer Dosierung, zweimal Benzodiazepin in geringer Konzentration (davon einmal in Kombination mit Schmerzmittel) und jeweils einmal Chloroform, Cocain, Phenacetinderivate, Diphenhydramin und ein CO-Hb-Gehalt von über 10% gefunden.

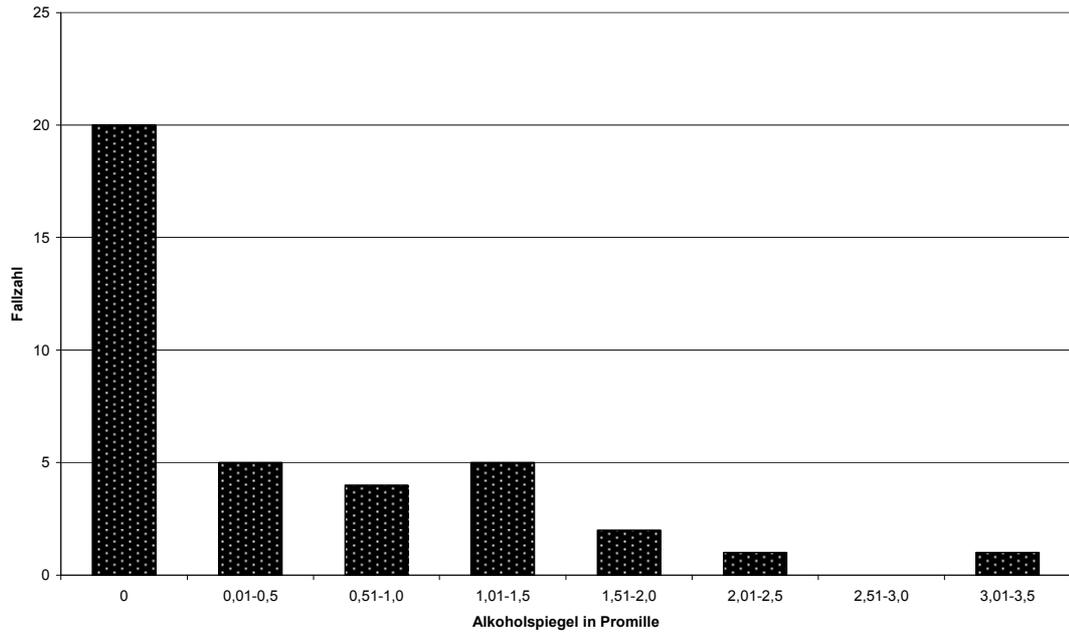


Abbildung 18: Blutalkoholspiegel (n=38)

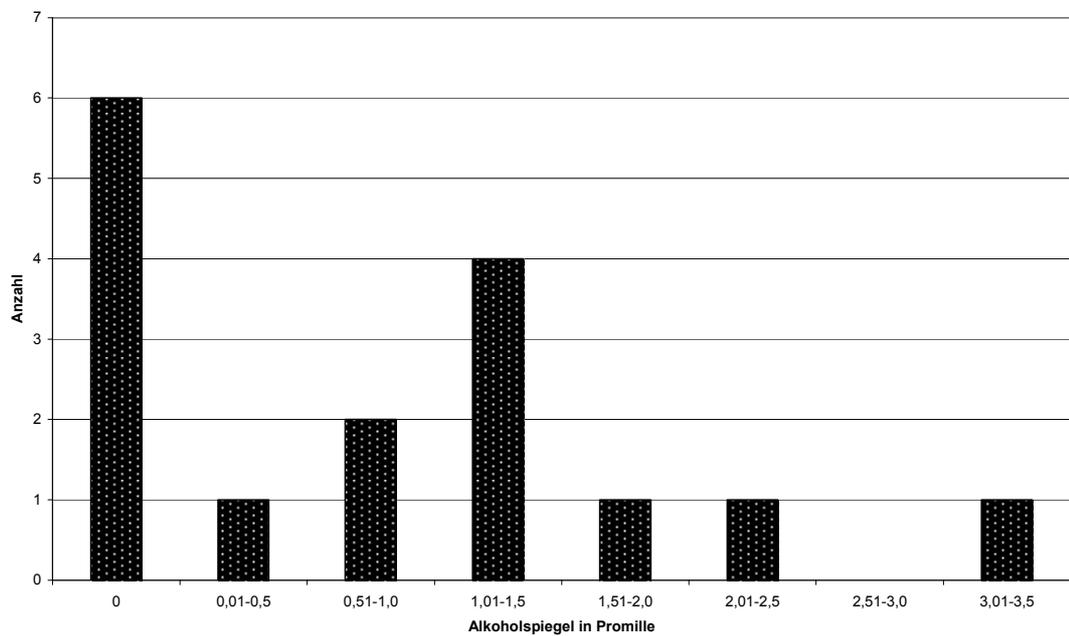


Abbildung 19: Urinalkoholspiegel (n=16)

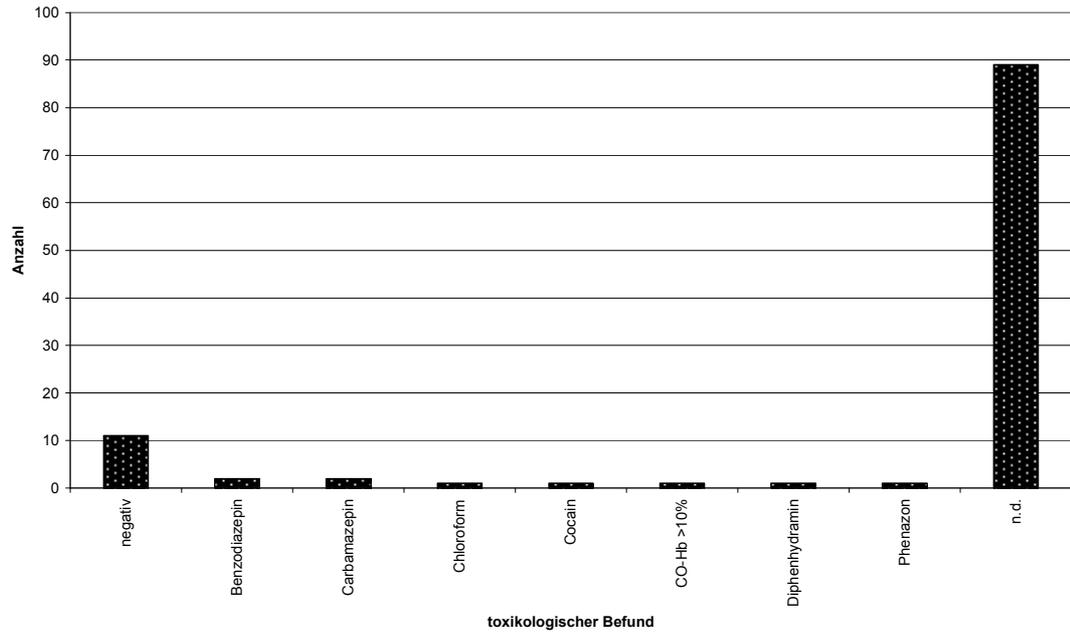


Abbildung 20: weitere toxikologische Untersuchung (n=101)

4 Diskussion

Ziel der Arbeit war der Vergleich der Ergebnisse dieser Arbeit mit früheren Studien, um so einen aktuellen Stand der Erkenntnisse für Deutschland herauszuarbeiten und ggf. das Erkennen von autoerotischen Unfällen mit Todesfolge zu erleichtern und von Selbstmorden und Morden abzugrenzen.

Größere Studien mit Fallzahlen von mehr als 7 aus der jüngeren Zeit (Veröffentlichung nach 1980) gibt es nur wenige: 8 Fälle wurden von Innala und Ernulf 1989 veröffentlicht, jeweils 16 Fälle von Mansouri im Jahr 2000 und von Shields und Hunsacker im Jahr 2005, von 46 Fällen berichteten Behrendt und Modvig 1995, 70 Fälle beschrieb Hazelwood und Burgess 1981 und 117 Fälle veröffentlichten 1991 Blanchard und Hucker.

Einzelfälle und kleinere Fallzahlen von weniger als 7 gab es in zahlreichen Veröffentlichungen, einen Überblick geben Sauvageau und Racette (2006).

4.1 Jahresverteilung/Häufigkeit

Im Schnitt kamen 5,1 Fälle pro Jahr im Einzugsbereich der Rechtsmedizinischen Institute von Hamburg und München vor. Hamburg kommt mit seinen Einzugsgebieten auf eine Fallzahl von 1,7 pro Jahr auf gut 2 Millionen Einwohner. München auf 3,4 Fälle auf gut 4,5 Millionen Einwohner (Bundesamt für Arbeit, Stand 2007). Dementsprechend ist nach den hier vorliegenden Zahlen für Deutschland mit einer Häufigkeit von 0,8 Fällen pro Million Einwohner pro Jahr mit ca. 66 Opfern jährlich zu rechnen.

Zu ähnlichen Ergebnissen waren auch Behrendt und Modvig 1995 in Dänemark (0,5 Fälle pro Million Einwohner pro Jahr), Innala und Ernulf 1989 in Skandinavien (0,5-1 Fall pro Million Einwohner pro Jahr), sowie Dürwald 1962 in Deutschland (0,5-1 Fall pro Million Einwohner pro Jahr) gekommen. Hazelwood et al. 1983 hatten für die USA und Kanada eine etwas höhere Inzidenz verzeichnet (1-2 Fälle Pro Million Einwohner pro Jahr), Flobecker et al. 1993 in Schweden mit 0,1 Fall pro Million Einwohner eine wesentlich niedrigere, ebenso wie Mansouri 2000 für Deutschland (max. 0,5 Fälle pro Million Einwohner pro Jahr).

Entscheidend hierfür dürfte auch die Fallzahl der einzelnen Studien sowie der Ermittlungszeitraum sein, da in den letzten Jahren immer mehr zum Thema veröffentlicht wurde und daher auch das Erkennen der Fälle anhand beschriebener

Merkmale einfacher wurde. Bei niedrigen Fallzahlen besteht beim Hochrechnen die Gefahr, zu hoch oder niedrig zu liegen.

Die Häufigkeit der autoerotischen Unfälle mit Todesfolge scheint seit Mitte der 80er Jahre stabil zu bleiben, wobei es immer wieder leichte Schwankungen gibt. Von 1979 zu 1983 wurde dagegen eine deutlich angestiegene jährliche Fallzahl in den Studien präsentiert (Rosenblum und Faber 1979, Burgess und Hazelwood 1983, Byard und Bramwell 1988). Letztere sahen die zunehmenden Veröffentlichungen jedoch auch als Ursache für Nachahmungen durch junge, neugierige Menschen an und damit als Teilursache für den Anstieg der Fälle. Heute dürften weitere Veröffentlichungen der Aufklärung dienen, da es mit der zunehmenden Nutzung des Internets eine rasche Verbreitung von Informationen über jegliche Paraphilien bereits gab und in den neueren Studien und Veröffentlichungen immer wieder die Gefährlichkeit des Unterfangens aufgezeigt wird (z.B. <http://www.datenschlag.org/howto/atem/autoerotik.html>).

Bei 60-70 Todesfällen pro Jahr in Deutschland durch autoerotische Unfälle scheint es sich zunächst nicht um ein größeres, die Masse betreffendes Problem zu handeln (siehe Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, Im Jahr 2005 verstarben zum Beispiel insgesamt 830227 Personen). Es dürfte aber weiterhin eine Dunkelziffer geben, da ein autoerotischer Unfall immer noch als etwas Peinliches und Unwürdiges angesehen wird und daher bei Erstentdeckung durch Angehörige der Reflex zur Vertuschung besteht (Klitschar et al. 1998, Shields et al. 2005; Schollmeyer 1966). Desweiteren gibt es immer unerfahrene Polizisten und Mediziner, die sich anhand der Auffindesituation täuschen lassen und einen Suizid, ein Tötungsdelikt oder einen natürlichen Todesfall feststellen (Byard, Bramwell 1991; Behrendt und Modvig 1995). Es wurde jedoch auch von Tötungsdelikten berichtet, die als autoerotischer Unfall getarnt waren (Naeve 1974; Madea et al. 1987), was bei zunehmender Kenntnis des Phänomens in der breiteren Öffentlichkeit theoretisch auch häufiger auftreten könnte als bisher.

Byard und Bramwell 1988 gaben außerdem zu bedenken, dass autoerotische Unfälle bei Frauen leichter übersehen werden können, weil bei diesen anders als bei Männern meist weniger auffällige Auffindesituationen vorliegen und damit ggf. eine Unterschätzung dieser Todesursache bei Frauen vorliegt.

4.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter in dieser Studie liegt bei 32,4 Jahren (Median 29 Jahre) und ist damit vergleichbar mit dem Durchschnittsalter bei Behrendt und Modvig 1995 mit 31 Jahren für Dänemark. Alle weiteren größeren Studien liegen entweder deutlich über diesem Schnitt (Mansouri 2000 mit 36,5 Jahren, Shields et al. 2005 mit 38,3 Jahren bei typischen und 33,2 Jahren bei atypischen Fällen, was insgesamt ein Durchschnittsalter von 37 Jahren ergibt) oder darunter (Hazelwood et al. 1983 mit 26,5 Jahren und Blanchard und Hucker 1991 mit 26 Jahren).

Man könnte daraus schlussfolgern, dass es nicht mehr so viele Jugendliche und junge Erwachsene unter den Opfern gibt, aber bis auf die Studie von Shields et al. 2005 bleibt die Häufung zwischen dem 15. bis 29. Lebensjahr bestehen (z.B. Byard und Bramwell 1988). In dieser Studie sind knapp über 50% der Betroffenen unter 30 Jahre alt gewesen, was im Vergleich zu den 71% bei Hazelwood et al. 1983 aber als deutlicher Rückgang gesehen werden muss.

Jugendliche und junge Erwachsene lernen ihre Sexualität erst kennen und sind offen für und neugierig auf alles, was sie über Sexpraktiken in Erfahrung bringen können. Daher ist es wichtig, den tödlichen Paraphilien das Geheimnisvolle und Spannende zu nehmen und klar auf die Gefahren aufmerksam zu machen.

4.3 Geschlecht

Nur wenige weibliche Fälle werden in der Literatur zum Thema beschrieben, einige der ersten 1971 von R. C. Henry, 1974 von E. Daucher und 1975 von F. A. Sass.

In der Studie in Dänemark über die autoerotischen Fälle mit Todesfolge zwischen 1933-1990 (Behrendt und Modvig 1995) kam keine Frau vor, ebenso in größeren Studien von Blanchard und Hucker 1991, Walsh et al. 1977, Shields et al. 2005. Burgess und Hazelwood berichteten 1983 in ihrer Fallstudie von 5 weiblichen Fällen von 132 und hatten damit einen prozentualen Anteil von 3,8%.

In dieser Studie kam ein weibliches Opfer vor, was knapp 1% der Fälle entspricht und damit das seltene Vorkommen von Frauen unter den Opfern bestätigt.

Bei den meisten beschriebenen Fällen bei Frauen bestand anders als bei Männern keine auffällige Auffindesituation, so dass häufig (in 44% bei Byard et al. 1993) zunächst von Mord oder Selbstmord ausgegangen wurde. In einer Übersichtsarbeit von Byard et al. (1993) wurden 9 in der englischsprachigen Literatur beschriebene

Fälle von autoerotischen Todesfällen bei Frauen miteinander verglichen. Hiervon waren 8 durch Strangulation/Erhängen zustande gekommen, eine konnte rechtzeitig vor Eintritt des Todes durch Erhängen befreit werden. Nur eine von ihnen war auffällig gekleidet und hatte erotische Schriften neben sich, eine weitere fiel durch Wäscheklammern an der Brustwarze auf.

Frauen scheinen demnach weniger Hilfsmittel/sexuelle Stimuli/auffällige Bekleidung zu nutzen als Männer, weshalb ein autoerotischer Unfall eventuell seltener erkannt wird und die Dunkelziffer hier deutlich höher liegen könnte (Byard und Bramwell 1988). Anders wäre zu mutmaßen, dass Frauen seltener Opfer von autoerotischen Unfällen werden, sei es, weil sie weniger komplizierte Mechanismen bevorzugen oder diese vorsichtiger handhaben, oder weil sie insgesamt seltener autoerotisch tätig werden.

Unbestreitbar ist, dass es überhaupt weibliche Opfer gibt, was jedoch bis zu der ersten Veröffentlichung eines solchen Falles 1971 propagiert wurde.

In Zukunft sollte bei Frauen, die durch Asphyxie sterben, eine noch genauere Analyse des Auffindeortes und der Lebensumstände erfolgen und nur das Fehlen von „Props“ (sexuelle Stimuli, Hilfsmittel) nicht von vornherein als Argument gegen einen autoerotischen Unfall gelten.

4.4 Familienstand / sexuelle Neigung

Gut die Hälfte der Opfer dieser Studie galt als ledig, 17% waren verheiratet. Dies stimmt mit anderen Studien überein. So haben Behrendt und Modvig 1995 43% Singles und 30% Verheiratete gezählt, Hazelwood et al. 1983 58% Singles und 23% Verheiratete, Blanchard und Hucker 1991 73% Singles und 23% Verheiratete und Walsh et al. 1977 61% Singles und 21% Verheiratete.

Der große Singleanteil spiegelt auch das junge Durchschnittsalter wieder, da ein Teil der Opfer sich noch gar nicht im heiratsfähigen Alter befand und außerdem im Vergleich zu früheren Zeiten auch in einem späteren Alter geheiratet wird.

Desweiteren haben Singles eher die Möglichkeit autoerotisch tätig zu werden und komplexe Praktiken zu entwickeln als Verheiratete oder jemand, der in einer Partnerschaft lebt, da die „Gefahr“, bei diesen Praktiken entdeckt zu werden, geringer ist.

Andererseits könnte man auch die Vermutung anstellen, dass Singles mangels anderer Gelegenheiten ihre Triebe nur autoerotisch befriedigen können und daher vermehrt der Gefahr ausgesetzt sind, einen tödlichen Unfall zu erleiden.

Eine auffällige Verteilung bezüglich homo-, hetero- oder bisexuell konnte in dieser Studie ebenso wie in früheren (Mansouri 2000) nicht aufgezeigt werden. Bei 35 Fällen fehlten jedoch die Angaben, bei 7 Opfern wurde Homosexualität und bei 3 Opfern Bisexualität angegeben (laut statistischem Bundesamt sind zwischen 1-10% der Bevölkerung homosexuell veranlagt).

Auffällig war hingegen die Häufung von Fetischismus (24% aller Opfer) und sado-masochistischem Verhalten (17%). Schließt man allein vom Vorhandensein von Fesseln auf SM-Neigungen, waren 37% aller Opfer betroffen. Dies dürfte einen deutlichen Unterschied zur Häufigkeit innerhalb der Bevölkerung darstellen, deckt sich aber mit anderen Studien (z.B. Behrendt und Modvig 1995).

In der Befragung der Angehörigen durch die ermittelnden Beamten wurde in 17 Fällen (17%) angegeben, dass ihnen die autoerotischen Praktiken des Opfers bekannt waren. Ähnliche Ergebnisse erhielten Shields et al. 2005 mit 18,5% und Behrendt und Modvig 1995 mit 15%. Alle anderen gaben entweder unbekannt (18%) an oder es gab hierzu keine weiteren Angaben.

Von den 26 verheirateten bzw. in einer Lebensgemeinschaft lebenden Opfern waren die autoerotischen Praktiken nur 10 Partnern bekannt. Da auch in der dänischen Studie (Behrendt und Modvig 1995) nur die Hälfte der Verheirateten das Verhalten des Partners als bekannt angaben, muss hinterfragt werden, ob die Opfer ihre Neigung vor ihren Partnern verheimlicht hatten oder ob die Frage aus Scham oder Angst nicht ehrlich beantwortet wurde.

Wichtig für die Entscheidung zwischen Mord, Suizid und autoerotischem Unfall ist die Frage, ob das Verhalten bekannt war oder nicht, auch deshalb, weil das repetitive Verhalten als ein typisches Merkmal für autoerotische Unfälle gilt (Uva 1995, Hazelwood et al. 1983). Natürlich lässt sich oft auch anhand der Auffindesituation und der Utensilien am Fundort eine Aussage treffen, ob es sich um wiederholte Handlungen handelt.

4.5 Beruf

Diese Studie zeigt anhand der Erfassung der Berufe der Opfer, dass die Toten aus allen Gesellschaftsschichten stammten. Vom Arbeitslosen bis zum Bankdirektor waren alle Schichten vertreten. Auffällig war der hohe Anteil an Schülern/Studenten/Auszubildenden, was jedoch erneut den hohen Anteil an Opfern zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr widerspiegelt.

Auch bei Behrendt und Modvig (1995) und Bungardt und Pötsch (2003) zeigte sich, dass die Opfer eben nicht nur aus den unteren/ungebildeten Schichten kamen und sich daher der Gefahr, die ihre Praktiken mit sich brachten, hätten bewusst sein müssen bzw. können.

4.6 Todesursache

Unter dem Begriff „autoerotic death“ verstecken sich oftmals nicht nur autoerotische Unfälle mit Todesfolge, sondern auch natürliche Todesfälle bei autoerotischer Betätigung (Mansouri 2000, Shields et al. 2005b). Daher haben Byard und Bramwell (1991) empfohlen, zunächst zwischen „autoerotic asphyxial death“ (hierunter fallen Erhängen, Strangulation, Asphyxie unter Plastiktüte, Inhalation von Gasen, Thoraxkompression) und „sudden death during autoerotic practice“ zu unterscheiden. Andere Todesursachen als Asphyxie hielten sie für irrelevant, da diese extrem selten (z.B. Strom, Pfählungsverletzungen) seien und zur Vereinfachung der Dokumentation zunächst unbeachtet bleiben könnten.

Auch bei der Erfassung der Daten der vorliegenden Arbeit stellte sich erst im weiteren Verlauf heraus, dass von den initial 109 Fällen 8 Opfer eines natürlichen Todes bei autoerotischer Betätigung starben. Diese wurden daraufhin wieder aus der Studie genommen.

Außerdem wären nach Einteilung von Byard und Bramwell (1991) 8 Fälle, bei denen das Opfer nicht durch Asphyxie verstarb, sowie 4 ungeklärte Todesursachen nicht erfasst worden, was 12% aller Fälle ausgemacht hätte.

In zukünftigen Studien über autoerotische Unfälle sollten daher die natürlichen Todesfälle von vornherein nicht erscheinen, da sie die Statistik z.B. bezüglich des Durchschnittsalters verfälschen (Shields et al. 2005b).

Eine Unterteilung in atypische und typische Fälle ist zur Vereinfachung durchaus sinnvoll. Im Vorfeld muss genau geklärt werden, welche Kriterien für die beiden

Gruppen gelten. Hilfreich wäre hierfür eine internationale Standardisierung, damit eine Vergleichbarkeit der Studien gegeben ist. Praktikabel ist die Einteilung nach der Todesursache, also in typisch (Tod durch Asphyxie) und atypisch (Tod durch andere Ursache) wie bei Naeve und Wittram 1977 und Hazelwood et al. 1983 angegeben.

Die Ursachen für Asphyxie wurden in 4 Untergruppen eingeteilt: a) Druck auf den Hals beim Erhängen oder Strangulation, b) durch Überstülpen z.B. einer Plastiktüte, c) Druck auf den Thorax, d) fehlende Sauerstoffversorgung durch Inhalation eines Gases.

Zahlreiche Veröffentlichungen beschäftigten sich auch mit dem Herausfinden von Kriterien für die Einteilung in typisch und atypisch.

So wurden in Dänemark (Behrendt und Modvig 1995) folgende Häufigkeiten der Todesursachen festgestellt: Erhängen 43%, Ersticken unter Plastiktüte 30%, Narkosegase 13%, Strom und Strangulation 4%. Auffällig war desweiteren, dass 64% der Erhängten unterstützt hängend aufgefunden wurden, also zumindest mit den Füßen den Boden berührten. Bei Walsh et al. 1977 kam die Strangulation häufiger vor als das Erhängen, beides zusammen machte einen Großteil der Fälle aus. Hazelwood et al. 1983 fanden unter ihren 157 Fällen 132 durch „asphyxial autoerotic fatality“ sowie 18 „atypical autoerotic fatality“. 8 Fälle waren Stromtote.

Shields et al. 2005 haben ihre Ergebnisse in zwei Arbeiten unterteilt. In der ersten wurden nur Asphyxie-Opfer genannt, die durch Gewalteinwirkung auf den Hals zustande kamen, davon 75% erhängt, 25% stranguliert. Dies wurde von ihnen als typischer autoerotischer Tod beschrieben. Als atypischen autoerotischen Tod nannten sie in ihrer zweiten Studie die Fälle, die durch Asphyxie unter einer Plastiktüte, Ertrinken, giftige Gase und Strom entstanden sowie die Fälle, die anhand der Auffindesituation nicht eindeutig waren, also der V.a. Suizid, Mord oder natürlichen Tod bestand. Von ihren 11 atypischen Fällen waren letztlich nur 5 autoerotische Unfälle mit Todesfolge.

Es gibt aber auch Studien, die sich nur auf eine Todesursache beziehen. So haben Gowitt und Hanzlick 1992 über 5 atypische Fälle geschrieben, die innerhalb von 3 Jahren in Atlanta, Georgia auftraten. Hier ging es nur um Lösungsmittel und Narkosegase als Todesursache, wobei die Obduktionen kein pathologisches Ergebnis erbrachten, genau wie die Fälle mit vermuteter Gasbeteiligung in dieser Studie. Erstaunlicherweise wurden von Gowitt und Hanzlick im gleichen Zeitraum und Gebiet nur 2 typische Fälle vermerkt.

Byard et al. 2000 haben in 20 Jahren 3 atypische Fälle in Adelaide gefunden. Ein Opfer starb an Hyperthermie, eins durch eine Peritonitis bei Perforation der Blase mittels eines Bleistiftes und eins durch Verbluten nach Rektumeinriss nach analer Manipulation.

Klitschar et al. 1998 haben einen Unfall mit Strom beschrieben und mit 16 weiteren aus der Literatur verglichen. Hierbei zeigten sich gewisse Häufungen. So haben 11 Opfer den Penis stimuliert, einer nur die Brustwarzen und 6 den Anus.

Ein weiterer ungewöhnlicher Fall wurde von Daucher 1974 beschrieben. Ungewöhnlich zum einen, weil es sich um eine Frau handelte und zum anderen, weil die Frau während ihrer autoerotischen Betätigung in ihrer Badewanne ertrank. Dies kann letztendlich auch als eine Form von Asphyxie gesehen werden.

In dieser Studie starben 46 Opfer durch Erhängen und 18 durch Strangulation sowie 26 durch Asphyxie unter einer Plastiktüte, Gummimaske oder durch die Inhalation von narkotischen Gasen, 2 durch Strom, 4 letztlich ungeklärt bei fehlenden pathologischen Befunden in der Obduktion, 2 durch Thoraxkompression und jeweils einer durch Verbluten, traumatischen Schock und Intoxikation.

Anhand oben dargestellter Studienergebnisse lässt sich ersehen, dass bisher die Unterteilung in atypisch und typisch nicht einheitlich erfolgte. Am einfachsten erscheint die von Shields et al. 2005 vorgeschlagene Unterteilung: typisch ist jeder Tod durch Gewalteinwirkung auf den Hals, atypisch alle anderen Fälle. Bereits vorher sollten, wie von Byard und Bramwell 1991 empfohlen, die natürlichen Todesfälle aus den Studien herausgenommen werden. Dies erscheint als eine gut praktikable Einteilung, die zu keinen Missverständnissen führen sollte. Demnach sind in dieser Studie 64 Opfer typisch verstorben und 37 Opfer atypisch.

Da in der BDSM-Szene (Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism) wiederholt auf die Gefährlichkeit von Asphyxie-Praktiken bei autoerotischer Betätigung hingewiesen wird, darf eine Abnahme dieser typischen Todesursache für die Zukunft erhofft werden. Auch das Hustler-Magazin hatte (R. Milner 1981) in einem Artikel vor dem Hängen/Strangulieren gewarnt als „orgasm of death“ und „terminal sex“, aber trotz der Warnungen sahen einige Amerikaner den Artikel als Anleitung zum Ausprobieren an. Es bleibt demnach die Frage nach der Möglichkeit der Prävention über die Medien bestehen (Williams 1990).

4.7 Fundort

Der Fundort der Opfer ist eins der typischen Merkmale von autoerotischen Unfällen mit Todesfolge (Hazelwood et al. 1983, Uva 1995). Meist handelt es sich um einen verschlossenen oder geschlossenen Raum, einen abgelegenen Ort oder um einen Raum, in dem das Opfer nicht mit einer Störung rechnen musste.

So war auch in dieser Studie in 69 Fällen die eigene Wohnung der Fundort, am häufigsten das Schlaf-, Wohn- oder Badezimmer. Meist lebte das Opfer allein, nutzte die Abwesenheit der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten oder schloss die Tür. Auch der Keller oder der Dachboden der eigenen Wohnung wurde in 7 Fällen als Rückzugsort benutzt. Bei den wohnungsfernen Fundorten handelte es sich fast immer um geschlossene Räume (z.B. Gartenhaus, Hotel, Scheune), nur wenige (5 Opfer) vollzogen ihre autoerotischen Neigungen im Freien (z.B. Wald, Wiese, Terrasse).

Auch Behrendt und Modvig 1995 und Shields et al. 2005 fanden eine Häufung in der eigenen Wohnung. So wurden in Dänemark knapp 60% der Opfer im Wohn- oder Schlafzimmer der eigenen Wohnung gefunden sowie 14% im eigenen Badezimmer. Bei Shields et al. 2005 wurden alle Opfer im Eigentum gefunden, wobei vom Keller bis zum eigenen Garten alles vertreten war.

4.8 Hilfsmittel / Lustgewinn / sexuelle Stimuli / Bekleidung

Generalisierte Aussagen erscheinen hier kaum möglich. Zwar ist bei den Opfern das erhoffte Ergebnis, also das Erreichen ihrer sexuellen Stimulation über die Schaffung einer Angst-, Leidens- und/oder Engesituation, Asphxie und/oder die direkte Reizung der erogenen Regionen, gleich, aber die Art, wie sie dies erreichen, gleicht sich nur, wenn man die Fälle grob im Überblick betrachtet. Viele der Opfer haben vermutlich über einen längeren Zeitraum komplexe Rituale und Mechanismen entwickelt und ihre Phantasien ausgelebt, so dass hier kaum Ähnlichkeiten vorliegen (z.B. ein Geschäftsmann, der ein großes Arsenal an Latexkleidung, Klismen und pornografischem Material auf seinen Reisen mit sich führte) und die Auffindesituation immer erst als äußerst bizarr erscheint.

Festhalten lässt sich jedoch, dass in dieser Studie die Opfer das Herbeiführen einer Asphyxie in 92 Fällen zur Luststeigerung benutzt haben, davon in 54 Fällen alleine und in 38 Fällen in Kombination. In 36 Fällen haben die Opfer sich eine Angst-,

Leidens- oder Engesituation geschaffen, meist in Kombination mit Asphyxie (in 21 Fällen).

Zur sexuellen Stimulation benutzten 37% der Opfer Fesseln, was im Vergleich zu Behrendt und Modvig 1995 (knapp 50%) und Shields et al. 2005a (68,7%) seltener vorkam.

Die weiteren genannten sexuellen Stimuli dieser Studie wie pornografisches Bildmaterial (19%), Damenreizwäsche (7%), Gummi- oder Lederutensilien (20%), Cockringe (3%) und Spiegel (5%) lassen sich auch in anderen Studien wiederfinden. Behrendt und Modvig 1995 hatten in jeweils ca. 20% der Fälle Pornografie, Spiegel und Fetische am Fundort vermerkt. Bei Shields et al. kam in 56,2% (2005a) bzw. 63,6% (2005b) Pornografie als sexueller Stimulus am Fundort vor. Auch Gowitt et al. 1992 vermerkten als typische Utensilien am Fundort: Pornozeitschriften und -bilder, Dildos und Cockringe.

Der von Hazelwood et al. 1983 als typisch beschriebene self-rescue-mechanism in Form von z.B. Messern oder Scheren neben den Opfern war bei der Erhebung für diese Studie selten aufgefallen bzw. als solcher in den Ermittlungsakten vermerkt. Hierauf sollte bei der Fundortbeschreibung ein größeres Augenmerk gerichtet werden. Auch die schützende Polsterung um den Hals, um Abdrücke des Strangulationswerkzeuges zu verhindern, kam vor, wurde als solches vor Ort jedoch kaum wahrgenommen. Shields et al. (2005a) fanden diesen Schutz bei 25%, Behrendt und Modvig (1995) bei 20% der von ihnen untersuchten Opfer, die durch Gewalteinwirkung auf den Hals verstarben. Demnach handelt es sich weiterhin um ein typisches Merkmal.

Zum Thema Bekleidung lassen sich zu früheren Studien ebenfalls kaum Unterschiede darstellen. So waren in dieser Studie 30% der Opfer nackt, ähnlich wie bei Shields et al. 37,5% (2005a) bzw. 30% (2005b) und 43% der Opfer dieser Studie waren teilentkleidet, was auch von Gowitt und Hanzlick 1992 als typisch angesehen wurde. Cross-dressing kam in dieser Studie jedoch deutlich seltener vor (12%) als bei Behrendt und Modvig (1995) mit 20%, Shields et al. mit 25% (2005a) bzw. 40% (2005b), Walsh et al. (1977) mit 35% und Hazelwood et al. (1983) mit 19%.

4.9 Angaben zur Persönlichkeit

Die Erhebung von Angaben zum Charakter der Opfer gestaltete sich in dieser Studie schwierig, ähnlich wie in anderen (Behrendt und Modvig 1995, Mansouri 2000). In den Akten von Rechtsmedizin, Polizei und Staatsanwaltschaft fanden sich bei 28 Toten hierzu keinerlei Angaben. Bei allen anderen wurde zumindest vermerkt, ob Suizidgedanken oder Depressionen bestanden, um, bei im ersten Moment unklarer Auffindesituation, besser über die Wahrscheinlichkeit eines Suizides entscheiden zu können. Typisch war, dass nur bei 12% der Toten Depressionen oder Suizidgedanken bekannt waren. In 3 Fällen blieb letztendlich unklar, ob es sich nicht doch um einen Suizid gehandelt haben könnte, trotz der ansonsten typischen Auffindesituation. Abschiedsbriefe wurden (wie bei Mansouri 2000) in keinem Fall gefunden.

Die Angaben der Bekannten und/oder Verwandten der Opfer zu deren Charaktereigenschaften waren nicht immer eindeutig. Hierbei dürfte eine Rolle spielen, wie gut sich die Befragten und das Opfer zu der Zeit wirklich kannten. Nachbarn gaben eher Punkte wie „ordentlich“ oder „laut“ an, während Eltern oder Freunde die Opfer als „lustig“, „zuverlässig“ oder „lebensfroh“ beschrieben.

Auffällig war, dass nur 22 Opfer als Einzelgänger galten, während insgesamt durch den Versuch der Unterteilung in positive und negative Charaktereigenschaften 41% der Opfer ein negativer Charakter zugeschrieben wurde und 31% ein positiver. Bei Behrendt und Modvig (1995) wurden ebenfalls nur wenige als introvertiert beschrieben, wohingegen die meisten als ausgeglichene Menschen und damit positive Charaktere galten. Desweiteren war in ihrer Studie bei keinem Opfer eine Suizidalität oder Depression bekannt. Auch Mansouri 2000 konnte keine typischen Charaktereigenschaften feststellen, positive wie negative Zuschreibungen hielten sich die Waage. In der Studie von Shields et al. (2005a) lag der Anteil an depressiven Opfern mit 20% etwas über dem in dieser Studie, hinzu kamen Extreme wie ein Opfer mit pädophiler Neigung sowie 2 Opfer, die in ihrer Kindheit sexuell belästigt worden waren und weiterhin unter psychischen Problemen litten.

4.10 Leichenschau / Obduktion

Bei der rechtsmedizinischen Leichenschau an der vollständig unbekleideten Leiche gab es bei 61 Opfern keinerlei Hinweise auf ein autoerotisches Geschehen. An

Auffälligkeiten bei der Leichenschau sind vor allem die Abdrücke durch Fesselungen sowie die Auffälligkeiten im Genitalbereich zu nennen.

Von 64 Opfern, die durch Erhängen oder Strangulation zu Tode gekommen waren, hatten 59 eine richtige Strangmarke ausgebildet (92%). Demgegenüber stehen die Ergebnisse von Behrendt und Modvig (1995), bei denen bei 20% durch einen Schutz um den Hals keine Strangmarke erkennbar war. Petechien konnten Shields et al. (2005a) bei 75% der Opfer feststellen, in dieser Studie waren es 63%. Wie bereits berichtet hatten Shields et al. (2005a) nur die Todesursachen Strangulation und Erhängen in ihre Studie eingeschlossen, wodurch der höhere Anteil erklärbar ist. Betrachtet man auch in dieser Studie nur die Opfer, die durch Erhängen/Strangulation verstorben sind, konnte man bei 70% Petechien feststellen.

In der vorliegenden Studie wurden 85 Opfer obduziert (84% aller Fälle). Bei Mansouri (2000) waren 15 von 17 Opfern obduziert worden (88%). Wünschenswert ist natürlich ein hoher prozentualer Anteil an Obduktionen, um die natürlichen Todesfälle bei autoerotischer Betätigung vollständig ausschließen zu können.

Halsbefunde waren bei den Obduktionen am häufigsten. Nur 33 der 85 Obduzierten hatten keinerlei Halsbefunde. Im Gegensatz zu Shields et al. (2005a) gab es auch Kehlkopf- und/oder Zungenbeinverletzungen und Muskeleinblutungen, was auf eine größere Gewalteinwirkung auf den Hals schließen lässt. Weitere typische Befunde waren Stauungssyndrome und allgemeine Erstickungsbefunde wie z.B. subpleurale Punktblutungen, Blutarmut der Milz und Lungenödem.

Strommarken konnten bei den beiden durch Strom verstorbenen nachgewiesen werden, andere Auffälligkeiten fanden sich hier nicht. Bereits Klintschar et al. (1998) hatten gezeigt, dass es insbesondere am Herzen keine typischen Merkmale bei Stromtoten gibt. Daher ließen sich auch in den Fällen mit fraglichem Einfluss von Strom keine weiteren Erkenntnisse über die Obduktion gewinnen.

Auffällig war, dass zwar bei 75 Toten im Vorfeld keine Vorerkrankungen bekannt waren, sich dies aber nur für 46 Tote bestätigen ließ. Vor allem eine allgemeine Arteriosklerose, KHK und Steatosis hepatis kamen häufig bei der Obduktion zum Vorschein trotz des niedrigen Durchschnittsalters der Opfer.

Eine chemisch-toxikologische Untersuchung fand nur bei wenigen Opfern statt. In 38 Fällen wurde der Blutalkoholspiegel untersucht, der bei 20 Opfern negativ war (52%). Shields et al. (2005a) kamen auf 69% mit negativem Alkoholspiegel, wobei die restlichen Opfer einen Alkoholspiegel von < 0,1 Promille hatten. In der

vorliegenden Studie lagen die gefundenen Alkoholspiegel deutlich höher (siehe Abbildung 17 und 18) und könnten zu einer gewissen Unachtsamkeit und Selbstüberschätzung in der gefährlichen Situation geführt haben (Tölle 1999, Brunnhuber und Lieb 2000). Auch Mansouri (2000) konnte bei 59% der Toten keinen Alkohol nachweisen, wobei 23,5% einen Alkoholspiegel > 1,4 Promille aufwiesen.

Eine darüber hinausgehende toxikologische Untersuchung fand bei 20 Opfern statt, wobei 11 Untersuchungen negativ ausfielen. Nur in einem Fall wurde ein tödlicher Cocainspiegel sowie einmal Chloroform festgestellt, in den anderen positiven Fällen handelte es sich z.T. um therapeutische Spiegel bzw. nur geringe Konzentrationen von Medikamenten (siehe Abbildung 19). Auch Shields et al. (2005a) wiesen nur einmal einen therapeutischen Medikamentenspiegel nach. Mansouri konnte bei 4 von 16 Opfern (25%) auffällige toxikologische Befunde erheben: es gelang der Nachweis von Ketamin, Chloroform, Cocain und Opiaten. Wie bei Mansouri (2000) aufgeführt, handelt es sich um typische Mittel in der autoerotischen Praxis.

Auf weitere Nachweise, insbesondere den Nachweis von Nitriten (bei Hazelwood et al. 1983 Vorkommen bei 4 Opfern) oder anderen flüchtigen Substanzen wurde in Hamburg und München verzichtet. Wie schwer der Nachweis ist bzw. die anschließende Einordnung der Ergebnisse zeigten Bungardt und Pötsch (2003) und Gowitt et al (1992) in ihren Veröffentlichungen auf.

4.11 Schlussfolgerungen

Das Ziel der Arbeit war es, einen aktuellen Stand der Fallgruppe „autoerotischer Unfall mit Todesfolge“ für die Bundesrepublik Deutschland herauszuarbeiten und diese Ergebnisse mit internationalen Studien zu vergleichen. Anhand der einzelnen Diskussionspunkte lässt sich ersehen, dass es keine gravierenden Unterschiede zu vorherigen Veröffentlichungen gibt.

Wünschenswert ist, eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Studien zu erreichen. Der Begriff „autoerotischer Tod“ wurde häufig als Sammelbegriff für Unfälle, Suizide, Morde und natürliche Todesfälle benutzt und die Ergebnisse undifferenziert dargestellt (Mansouri 2000, Shields et al. 2005b). Auch die Unterteilung in typisch und atypisch variiert bei den einzelnen Autoren. Am praktikabelsten scheint die Aufteilung in Tod durch Gewalteinwirkung auf den Hals (typisch) und Tod durch alle anderen Unfallursachen (atypisch). Völlig unpraktikabel war die Unterteilung

nach Paraphilien wie von Behrendt und Modvig (1995) vorgeschlagen, da es zu viele Überschneidungen und Ausprägungen der Paraphilien gibt. So haben z.B. Boglioli et al. (1991) einen Fall beschrieben, in dem 9 Ausprägungen von Paraphilien zu finden sind.

Die Ergebnisse dieser Studie machen erneut deutlich, dass es „den“ typischen autoerotischen Unfall mit Todesfolge nicht gibt, ein autoerotischer Unfall anhand von bestimmten Merkmalen zunächst aber als sehr wahrscheinlich anzunehmen ist.

Anhand der Ergebnisse dieser Studie und den von Uva (1995) und Hazelwood et al. (1983) aufgeführten typischen Merkmalen lassen sich folgende Charakteristika zusammenfassen:

- männliche Person
- nacktes oder halbnacktes Opfer oder entblößtes Geschlechtsteil
- Anhalt für Masturbation
- Fetischismus, Transvestismus, SM
- pornografisches Material, Sexspielzeug bei der Leiche
- Anhalt für repetitives Verhalten
- Fesselung, die selbst anbringbar gewesen sein muss
- Fesselung, die bei Eigenbewegung eine dosierbare Kompression des Halses erlaubt
- Schutz/Abpolsterung des Halses oder der Handgelenke bei Fesselung
- phantasievolle Fesselung, die auch das Geschlechtsteil miteinbezieht
- Selbstrettungsmechanismus
- Fundort ist eigene Wohnung oder geschlossener Raum
- fehlender Abschiedsbrief
- das Opfer war allein.

Diese Zusammenstellung liefert nur einen ersten Hinweis auf einen autoerotischen Unfall. Eine genaue Analyse durch Polizei und Rechtsmedizin wird immer erfolgen müssen, um Suizide, Tötungsdelikte und natürliche Todesfälle auszuschließen, insbesondere da bei zunehmender Kenntnis in der Bevölkerung die Möglichkeit der Nachstellung eines autoerotischen Unfalls ebenfalls zunehmen könnte.

Trotz dieser Gefahr ist es wichtig, weiter über autoerotische Unfälle mit Todesfolge zu sprechen und auf die Gefahren dieser autoerotischen Praktiken hinzuweisen. Es wird immer Einzelfälle geben, in denen sich Personen durch aufklärende Artikel zur Nachahmung aufgerufen fühlen und evtl. zu Tode kommen (Halloran und Lowell 1989, Behrendt und Modvig 1995). Aber diese Fälle werden publiziert, während es

keine Studien gibt, wie viele Personen sich durch die aufklärenden Maßnahmen von den gefährlichen Praktiken abhalten lassen.

Der Prävention dieser Unfälle sollte in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden. Welche Möglichkeiten bestehen, haben u.a. Uva (1995) und Halloran und Dietz (1993) in ihren Arbeiten dargestellt. Am wichtigsten erscheint die Aufklärung der Eltern und Jugendlichen, sei es über die Medien, Infobroschüren oder die Thematisierung im Schulunterricht. Für Betroffene wäre es desweiteren gut, eine zentrale Anlaufstelle zu haben, bei der sie von Pädagogen oder Psychologen Hilfe erwarten können.

Auch wenn es sich statistisch gesehen nicht um ein großes gesellschaftliches Problem handelt, sollte sich die Gesellschaft vor dem Problem nicht verschließen, sondern sich der Diskussion stellen.

5 Zusammenfassung

Autoerotische Unfälle mit Todesfolge sind selten (ca. 0,8 Fälle/1.000.000 Einwohner/Jahr). Bizarre Auffindesituationen machen eine enge Kooperation von Rechtsmedizinern und Polizisten notwendig. Zur Steigerung der sexuellen Erregung wird meist eine Hypoxie herbeigeführt. Daher kommt es immer wieder zu tödlichen Unfällen. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die autoerotischen Unfälle mit Todesfolge der Jahre 1983-2002 aus dem Einzugsbereich der rechtsmedizinischen Institute Hamburg und München ausgewertet. Mit 101 Fällen handelt es sich um die bisher größte zusammenhängend analysierte Fallzahl in Deutschland. Es ereigneten sich in beiden Ballungsräumen gemeinsam durchschnittlich 5 Fälle pro Jahr. Das männliche Geschlecht überwog deutlich – lediglich eine Person war weiblich. Der Altersmedian lag bei 29 Jahren, das Durchschnittsalter bei 32,4 Jahren. Über 50% der Opfer waren unter 30 Jahre alt, wobei das jüngste Opfer 12 Jahre alt war. Die Toten kamen aus allen Gesellschaftsschichten und auch die Verteilung von homo-, hetero- und bisexuellen Personen zeigte keine auffälligen Häufungen. Sado-masochistische Neigungen sowie Fetischismus waren in 41 Fällen bekannt. Über die Hälfte der Verstorbenen war ledig (n=54) und nur in 17 Fällen sollen die autoerotischen Praktiken Bekannten oder Verwandten bekannt gewesen sein. In 64 Fällen war eine Gewalteinwirkung gegen den Hals todesursächlich (Erhängen: n=46; Strangulation: n=18), in 25 Fällen kam es zu einem Ersticken unter einer Plastiktüte, Gas- oder Gummimaske. Andere todesursächliche Mechanismen waren selten. Häufigster Ereignisort waren die eigene Wohnung bzw. dazugehörige Räume, wie z.B. der Keller (n=78). Oft fanden sich Fesselungen (n=37) und pornografisches Material (n=23). Die Opfer waren meist nackt (n=30) oder teilentkleidet (n=43). Eine auffällige Häufung zeigte sich beim Vorhandensein von Gummi- und/oder Lederbekleidung (n=26). In 8 Fällen lag Cross-dressing vor. Auf Grund der Auffindesituationen bestand in 5 Fällen der Anfangsverdacht einer todesursächlichen Fremdeinwirkung. In 3 Fällen erschien es fraglich, ob es sich um einen Suizid handeln könnte. Die Obduktionen waren für die Abgrenzung zum natürlichen Tod bei autoerotischer Betätigung und für das Erkennen der Todesursache unerlässlich. Die Unterscheidung zwischen Unfall, Suizid, Tötungsdelikt und natürlichem Todesfall kann nur nach einer genauen Fundortanalyse, Angehörigenbefragung, Leichenschau und Obduktion erfolgen, egal wie „charakteristisch“ der Fall zu sein

scheint. Mit Blick auf die meist jungen Toten sollten Aufklärung und Prävention eine hohe Gewichtung erhalten.

Literaturverzeichnis

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) 2006, Abschnitt A, Artikel 6

Becket S. Warten auf Godot. Suhrkamp 1953

Behrendt N, Modvig J. The lethal paraphiliac syndrome: accidental autoerotic deaths in Denmark 1933-1990. Am J Forensic Med Pathol 1995; 16: 232-7

Blanchard R, Hucker SJ. Age, transvestism, bondage and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia. Br J Psychiatry 1991; 159: 371-7

Boglioli LR, Taff ML, Stephens PJ, Money J. A Case of Autoerotic Asphyxia Associated with Multiplex Paraphilia. Am J Forensic Med Pathol 1991; 12: 64-73

Brunnhuber S, Lieb K (2000) Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, 4. Aufl., Urban & Fischer, München Jena

Bungardt N, Pötsch L. Bericht über einen Methämoglobin-assoziierten Todesfall. Arch Kriminol 2003; 212: 176-83

Burch PM, Case AES, Turgeon R. Sexual Asphyxiation: An Unusual Case Involving Four Male Adolescents. J Forensic Sci 1995; 40: 490-1

BurgessAW, Hazelwood RR. Autoerotic asphyxial deaths and social network response. Am J Orthopsychiatry 1982; 53: 166-70

Byard RW, Bramwell NH. Autoerotic death in females. An underdiagnosed syndrom? Am J Forensic Med Pathol 1988; 9: 252-4

Byard RW, Bramwell NH. Autoerotic death. A definiton. Am J Forensic Med Pathol 1991; 12: 74-6

Byard RW, Eitzen DA, James R. Unusual Fatal Mechanisms in Nonasphyxial Autoerotic Death. Am J Forensic Med Pathol 2000; 21: 65-8

Byard RW, Hucker SJ, Hazelwood RR. Fatal and Near-Fatal Autoerotic Asphyxial Episodes in Women. Am J Forensic Med Pathol 1993; 14: 70-3

Cioban V. Ein ungewöhnlicher Selbstmord durch Erhängen mit Umschnürung des Hodensackes. Beitr gerichtl Med 1922; 5: 23-25

Daucher E. Todesfälle bei masochistischen Praktiken. Kriminalistik 1974; 8: 360-2

DSM IV. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994

Die Datenschlag-Chronik des Sadomasochismus.

http://www.datenschlag.org/dachs/dachs1800_1899.html#00102

Dühren E (1912), Englische Sittengeschichte, 2. Aufl., Louis Marcus Verlagsbuchhandlung, Berlin

Dürwald W. Zur Beurteilung autoerotischer Unfälle. Beitr gericht Med 1962; 22: 91-101

DWDS (Das Digitale Wörterbuch der Deutschen Sprache des 20. Jahrhunderts). Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften.

<http://www.dwds.de/>

Flobecker P, Ottoson J, Johansson L, Hietala M, Gezelius C, Eriksson A. Accidental deaths from asphyxia, a 10 year retrospective study from Sweden. Am J Forensic Med Pathol 1993; 14: 74-80

Faust V. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Psychiatrie heute.

<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/sexuellevariation.html>

Frischauer P. Weltgeschichte der Erotik. Teil 2. Knaur 1995, S. 59

Gebrauchsbondage. Eine Anleitung für ein kurzes Praxisseminar.

<http://www.datenschlag.org/howto/gebrauchsbondage/index.html>

Gowitt GT, Hanzlick RL. Atypical Autoerotic Deaths. Am J Forensic Med Pathol 1992; 13: 115-9

Halloran RL, Dietz PE. Autoerotic Fatalities with Power Hydraulics. J Forensic Sci 1993; 38: 359-64

Halloran RL, Lowell FW. Autoerotic asphyxial death following television broadcast. J Forensic Sci 1989; 33: 1491-2

Hazelwood RR, Burgess AW, Groth AN. Death during dangerous autoerotic practice. Soc Sci Med 1981; 15E: 129-33

Hazelwood RR, Dietz PE, Burgess AW. Autoerotic Fatalities. Lexington Books, Lexington, MA, 1983

Henry RC. "Sex" hangings in the female. Med Leg Bull 1971; 20: 1-5

Hörmann K. Selbstbefriedigung. LChM 1976, Sp. 1413-1417

ICD-10-GM 2007. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Version 2008

Innala SM, Ernulf KE. Asphyxiophilia in Scandinavia. Arch Sex Behav 1989; 18: 181-9

Jenkins AP. When Self-Pleasuring Becomes Self-Destruction: Autoerotic Asphyxiation Paraphilia. *Int Electronic J Health Edu* 2000; 3: 208-216

Klitschar M, Grabuschnigg P, Beham A. Death from Electrocutation During Autoerotic Practice. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19: 190-3

Madea B, Henßge C, Roth H. Vortäuschung eines Suizides unter dem Bild eines autoerotischen Unfalls zur Verdeckung eines Tötungsdeliktes. *Arch Kriminol* 1987; 179: 149-53

Mansouri GF. Autoerotische Unfälle mit Todesfolge im Sektionsgut des Institutes für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover der Jahre 1978-1997. Dissertation aus dem Institut für Rechtsmedizin der MHH 2000

Martin A. Priapismus, Wiedererwachen des Geschlechtstriebes nach CO₂-Einwirkung. *Int J Legal Med* 1923; 2: 692-3

Milner R. Orgasm of death. *Hustler* 1981; 8:33-34

Mit Hängen und Würgen. Autoerotische Praktiken.

<http://www.datenschlag.org/howto/atem/autoerotik.html>

Moll A. 1926. *Handbuch der Sexualwissenschaften: mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen*. 3., neubearbeitete Auflage. Verlag: Vogel, Leipzig

Naeve W. Selbstmorde und Tötungsdelikte unter Vortäuschung eines autoerotischen Unfalles. *Arch Kriminol* 1974; 154: 145-9

Naeve W, Wittram S. *Tödliche autoerotische Unfälle*. Verlag Versicherungswirtschaft e.V. Karlsruhe 1977

Rosenblum S, Faber MM. The adolescent sexual asphyxia syndrome. J Am Acad Child Psychiatry 1979; 18: 546-58

Sade DAF de (1990). Justine oder die Leiden der Tugend. 7. Aufl., Insel, Frankfurt

Sass FA. Sexual asphyxia in the female. J Forensic Sci 1975; 20:181-5

Sauvageau A, Racette S. Autoerotic Deaths in the Literature from 1954 to 2004: A Review. J Forensic Sci 2006; 51 (1): 140-6

Schollmeyer W. Autoerotische Unfälle. Arch Kriminol 1966; 137: 17-24

Schwarz F. Unfallmäßige Todesfälle bei autoerotischer Betätigung. Beitr gerichtl Med 1952; 19: 142-54

Shields LBE, Hunsaker AM, Hunsaker JC. Autoerotic Asphyxia (Part I). Am J Forensic Med Pathol 2005; 26: 45-52

Shields LBE, Hunsaker DM, Hunsaker JC, Wetli CV, Huthcins KD, Holmes RM. Atypical Autoerotic Death (PartII). Am J Forensic Med Pathol 2005; 26: 53-62

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008. Durchschnittliche Jahresbevölkerung. (www.regionalstatistik.de)

Tölle R (1999) Psychiatrie, 12. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg

Turvey B. An objective overview of autoerotic fatalities. Knowledge Solutions Library , June 1995, Electronic Publication

Uva JL. Review: Autoerotic Asphyxiation in the United States. J Forensic Science 1995; 40: 574-81

Vatsyayana M. Kamasutra. Reclam, Ditzingen 1999

Walsh FM, Stahl CJ, Unger HT, Lilienstern OC, Stephens RG. Autoerotic asphyxial deaths: a medicolegal analysis of forty-three cases. Leg medicine annual. New York: Appleton Century Crofts, 1977: 157-82

Weimann W. Tödliche Unfälle bei autoerotischer Betätigung. In: Prokop O: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1960; 255-73

Williams JW. Can the Media kill? A Syndrome, a Case Study and the Law. 1990 (http://www.prin.edu/users/els/departments/poli_sci/articles/LAWAA.HTM)

Ziemke E. Über zufälliges Erhängen und seine Beziehungen zu sexuellen Perversitäten. Dtsche Z ges gerichtl Med 1925; 5: 103-122

Anhang

Erhebungsbogen

Erhebungsbogen autoerotische Unfälle		lfd. Nr. _____
<input type="checkbox"/> Hamburg	<input type="checkbox"/> Düsseldorf	<input type="checkbox"/> München
S-Nr. _____	L-Nr. _____	
geb. _____	verst./aufgef. _____	Alter _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		
Familienstand _____		
Beruf _____		
sexuelle Neigungen:		
<input type="checkbox"/> heterosexuell	<input type="checkbox"/> homosexuell	<input type="checkbox"/> bisexuell <input type="checkbox"/> keine Angaben
<input type="checkbox"/> SM	<input type="checkbox"/> Fetischismus	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> verheimlicht
<input type="checkbox"/> sonstige: _____		
Angaben zur Persönlichkeit _____		

Todesursache:		
<input type="checkbox"/> autoerotischer Unfall		
<input type="checkbox"/> Strangulation	<input type="checkbox"/> Erhängen: frei hängend	unterstützt: _____
<input type="checkbox"/> reine Asphyxie/Hyperkypnie	<input type="checkbox"/> narkotische Stoffe	<input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Carotis-sinus Reflex
<input type="checkbox"/> natürlicher Todesfall bei autoerotischer Betätigung → Todesursache _____		
<input type="checkbox"/> sonstiges _____		
Auffindesituation: (genaue Auffindung/Mechanismen: Anlage)		
Fundort:		
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Keller/Garage o.ä.	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> im Freien
<input type="checkbox"/> sonstiges _____		
<input type="checkbox"/> Tür verschlossen	<input type="checkbox"/> Raum abgedunkelt	
<input type="checkbox"/> sonstiges _____		

Hilfsmittel:

Strangulationswerkzeug; Art _____

Strom; Art _____

für Asphyxie; Art: _____

für narkotische Stoffe _____

sonstige _____

Lustgewinn durch

unmittelbare Reizung erogener Regionen

Asphyxie

Angst-, Leidens-, Engesituation

sexuelle Stimuli:

pornographisches Bildmaterial pornographische Schriften Spiegel

sonstige _____

Bekleidung:

entkleidet teilkleidet: _____

vollständig bekleidet

Frauenkleidung Reiz/Unterwäsche Gummi/Latex Leder

sonstiges _____

auf Grund Auffindesituation zunächst Anhalt für Fremdeinwirkung

Leichenschau

unbekleidete Leiche: kein Hinweis auf autoerotisches Geschehen

positiver Befund am Hals:

Rötung

Aussparung in den Leichenflecken

Strangmarke

Petechiale Blutungen

Augenbindehäute

Gesichtshaut

Mund-/Rachenschleimhaut

Strommarken, Ort _____

äußerlicher Befund Genitalbereich _____

sonstiges _____

Obduktion ja nein

positiver Befund Halsorgane

Muskelansatzblutungen

Blutungen Unterhautfettgewebe

Blutungen Muskulatur

Verletzungen Kehlkopf/Zungenbein

Stauungssyndrom: Kopf Hals Thorax

allgemeine Erstickungsbefunde

Vorerkrankungen: _____

sonstiges _____

Chemisch-toxikologische Untersuchungen

BAK _____ ‰

n.d.

UAK _____ ‰

n.d.

Tox _____ n.d.

Danksagung

Auf diesem Wege möchte ich den Personen danken, ohne die die Verwirklichung der Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Zuallererst gilt ein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel für seine Unterstützung als Doktorvater.

Dr. med. Sven Anders danke ich sehr für die engagierte Betreuung und dafür, dass er die Hoffnung auf einen Abschluss der Arbeit nie aufgegeben hat.

Dr. med. Oliver Peschel gilt mein Dank für die herzliche Aufnahme und Unterstützung, die mir in München zuteil wurde.

Desweiteren danke ich den Mitarbeitern der beteiligten Staatsanwaltschaften und den Mitarbeitern der Institute für Rechtsmedizin in Hamburg und München, die mir bei der Beschaffung von Akten und Daten behilflich waren.

Ein besonders lieber Dank gilt meinem Mann Kai Gülzau, ohne den ich so manches Mal am PC verzweifelt wäre und der mich immer wieder angetrieben hat, weiterzumachen.

Danke auch an meine Eltern, meine Schwester und alle Freunde dafür, dass sie soviel Geduld mit mir hatten.

Außerdem möchte ich mich bei Sabine Borchers, Kerstin Klose und Anne Wiermann für die Korrektur der Rechtschreibung und Grammatik herzlich bedanken.

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: