

Übersichtsreferat—Review Article

Methodik und Beweiswert körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen nach Straftaten*

Werner Naeve und Eckhard Lohmann

Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität Hamburg (BRD)

Eingegangen am 20. November 1972

Methodology and Conclusiveness of Physical Examinations of Living Persons Immediately after Criminal Offenses

Summary. The indications and conclusions of physical examinations performed immediately after the event on 503 living persons (victims and accused) by the Hamburg Institute of Forensic Medicine, within the context of criminal investigations, are reported. The examinations dealt with the following criminal offenses: attempted homicide, homicide (the accused), sexual offenses, and child abuse. The validity of forensic testimony with such immediate examinations is demonstrated for different kinds of crimes by a critical evaluation of the medical findings, the investigatory reports of the police, and the assertions of the victim as well as the accused. In the instance of child abuse (72 cases), the medical examination could often confirm a clear suspicion, and examination of the injured would refute shielding statements. The validity of the examination is dependent upon the time differential between offense and inquiry. Because of outside circumstances, the desirable "early" examination is often not possible in the case of child abuse. The hidden figure for child abuse in Hamburg is certainly over 95%. Small children are usually abused with the open hand or with the fist; school children usually with work tools (sticks, leather straps). 219 victims and 58 accused were examined within the framework of criminal investigations of sexual offenses. The age peak of the victims lay between 9 and 15 years. Injuries to the genital organs were found relatively infrequently; in approximately 8% of the cases, a new defloration could be ascertained. The time differential between offense and examination was more than 24 hrs for one third of the victims and accused. In approximately 25% of the cases, charges against the accused were debatable after a forensic medical examination of the victim; in approximately 50% of the cases, an accusation could be confirmed; in 25% of the cases, ruled out. Within the scope of attempted homicides (victims and accused) and successful homicides (accused) — a total of 111 victims and 44 accused — the injuries could be categorized by decreasing rate of frequency: blunt force, manual strangulation, pointed instruments, and strangulation by ligature. In total, utilisation of findings showed that an immediate physical examination of victims and accused persons, particularly in cases of suspicion of child abuse, moral offenses, and acts of violence in other punishable offenses, may contribute greatly to an estimation of the credibility of the testimony; to a reconstruction of the crime; to the nature of the criminal instrument used; and to a determination of the time of the crime. Medical awareness and experience are requisite for forensically utilizable findings and evaluations. Such examinations and evaluations of the findings belong to the field of forensic medicine. Should special examinations and evaluations of findings be required, other specialists from other disciplines should be called in.

Zusammenfassung. Anlässe und Ergebnisse gerichtsmedizinischer körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen im Rahmen kriminalpolizeilicher Ermittlungen werden aufgezeigt. Bei Verdacht auf Kindesmißhandlung (72 Fälle) konnte die Untersuchung den

* Herrn Professor Dr. med. B. Mueller zum 75. Geburtstag.

ausgesprochenen Verdacht oft bestätigen, Schutzbehauptungen konnten aus dem Verletzungsbefund widerlegt werden. Der Aussagewert der Untersuchungen ist abhängig von der Zeitdifferenz zwischen Tat und Befunderhebung. Eine anzustrebende frühzeitige Untersuchung ist bei Kindesmißhandlungen aus äußeren Umständen oft nicht möglich. Im Rahmen kriminalpolizeilicher Untersuchungen von Sexualdelikten wurden 219 Geschädigte und 58 Beschuldigte untersucht. Die Zeitdifferenz zwischen Tat und Untersuchung betrug bei einem Drittel der Geschädigten und der Beschuldigten mehr als 24 Std. Die Anschuldigung blieb nach gerichtsärztlicher Untersuchung der Geschädigten in ca. 25% der Fälle fraglich, in ca. 50% der Fälle konnte sie bestätigt und in ca. 25% ausgeschlossen werden. Nach Gewalteinwirkung im Rahmen von versuchten Tötungsdelikten (Geschädigte und Beschuldigte) und vollendeten Tötungsdelikten (Beschuldigte) — insgesamt 111 Geschädigte und 44 Beschuldigte wurden untersucht — waren in absteigender Reihe die Verletzungen folgend zu klassifizieren: stumpfe Gewalt, Würgen, scharfe Gewalt, Drosseln. — Insgesamt zeigt die Auswertung auf, daß körperliche Sofort-Untersuchungen geschädigter und beschuldigter Personen bei Verdacht auf Kindesmißhandlung, Sittendelikt und Gewalteinwirkung im Zusammenhang mit anderen Straftaten einen wesentlichen Beitrag zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Aussage, zur Tatrekonstruktion, zur Beschaffenheit eines Tatwerkzeugs und zur Tatzeitbestimmung zu leisten vermögen. Gerichtsmedizinische Kenntnisse und Erfahrung sind zur forensisch verwertbaren Befunderhebung und Befundbeurteilung erforderlich.

Key words: Körperverletzungen, nach Straftaten, Befunderhebung — Würgen und Drosseln, Befunderhebung an Lebenden — Stumpfe Gewalt, Befunderhebung an Lebenden — Sittendelikte, körperliche Befunde — Kindesmißhandlung, körperliche Befunde.

A. Einleitung

In älteren gerichtsmedizinischen Lehr- und Handbüchern wird die Untersuchung Lebender nach Gewalteinwirkung eingehend geschildert. Schneider (1851), Buchner (1872), Maschka (1881), Gottschalk (1903), Hofmann (1895), Schmidtman (1905), Dittrich (1906), Lochte (1914) und Kratter (1919) betonten, daß die „Wundbeschau“ nach Gewalttaten vornehmlich Aufgabe des Gerichtsarztes sei. Die Schilderung der Beschaffenheit von Gewalteinwirkungsfolgen und deren Beurteilung an lebenden Personen nimmt in diesen Werken einen großen Raum ein. Es werden Unterteilungsschemata für die Befunderhebung gegeben, die zu erhebenden Befunden werden durch zahlreiche kasuistische Beispiele erläutert. Bei der Untersuchung von Sittlichkeitsdelikten beschränkte man sich fast ausschließlich auf Beschreibung von Hymenformen und Hymenverletzungen. Kindesmißhandlungen werden kaum erwähnt. In der Regel erfolgte eine Untersuchung nur nach Mißhandlung mit Todesfolge (Ziemke, 1929).

In neueren gerichtsmedizinischen Werken (Ponsold, 1957; Dettling, 1951; B. Mueller, 1953; Walcher, 1955; Hansen, 1957; Dietz, 1970; Prokop, 1966; St. P. Berg, 1971) werden die Folgen äußerer Gewalteinwirkung in ihrem Aussagewert verhältnismäßig kurz abgehandelt, im Vordergrund stehen spurenkundliche Untersuchungsmethoden. Auch in der rechtsmedizinischen Praxis sind derartige Befunderhebungen und -beurteilungen im Vergleich zu anderen Arbeitsgebieten der Rechtsmedizin in den Hintergrund getreten.

Es bestehen jedoch Bestrebungen, dieses klassische Gebiet der Rechtsmedizin wieder mehr zu beachten und es auszubauen. In einigen Staaten (ČSSR, Dänemark, UdSSR) wurde ein gerichtsärztlicher Dienst eingerichtet. In Dänemark werden nach Gewalt- und Sexualverbrechen Geschädigte und Beschuldigte von Amtsärzten oder Ärzten der gerichtsmedizinischen Institute untersucht (Gormsen, 1965; Voigt, 1972). In der UdSSR gibt es in jedem Bezirk Büros für gerichtsmedizinische Begutachtungen. Zu einem derartigen Büro gehört u. a. eine

gerichtsmedizinische Poliklinik für die Untersuchung lebender Personen (Avdeev, 1969). Vamosi (1965) berichtete, daß es bis 1960 in der ČSSR keine Möglichkeit gab, beim Gesundheitswesen ausschließlich als Gerichtsmediziner tätig zu sein. Jetzt sei die Untersuchung und Begutachtung lebender Personen eine wichtige Aufgabe tschechoslowakischer Gerichtsärzte. Daß in der BRD der Rechtsmediziner verhältnismäßig selten zu körperlichen Untersuchungen Geschädigter und Beschuldigter hinzugezogen wird, beruht im wesentlichen auf dem „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom Jahre 1934; gerichtsärztliche Aufgaben wurden den Gesundheitsämtern übertragen.

B. Untersuchungsgut

Im Stadtstaat Hamburg werden die gerichtsärztlichen Aufgaben von einem zentralen gerichtsärztlichen Dienst wahrgenommen. Der medizinische Teil des Gerichtsärztlichen Dienstes wurde im Jahre 1963 mit dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität räumlich vereinigt. Ärzte des Universitätsinstituts und Ärzte des Gerichtsärztlichen Dienstes werden zu körperlichen Sofort-Untersuchungen Geschädigter und Beschuldigter herangezogen.

Untersucht werden Geschädigte und Beschuldigte nach Sittendelikten und Gewaltverbrechen, Kinder bei Verdacht auf Mißhandlung. Die gerichtsmedizinische Untersuchung beschränkt sich auf äußere Befunde. Besteht Verdacht auf innere Verletzungen, so wird der zuständige Facharzt hinzugezogen. Andererseits bitten auch Klinikärzte den Rechtsmediziner, Verletzte unter forensischen Aspekten zu untersuchen und zu beurteilen. Es wächst das Verständnis der Kliniker für die Zusammenarbeit mit dem Rechtsmediziner.

Es wird auch der körperliche Allgemeinzustand und bei Kindern der Pflegezustand beurteilt. Der psychische Befund wird umrissen, die Hauptverletzungen und die Nebenfunde werden beschrieben. Zum Trunkenheitsgrad wird Stellung genommen, die Entnahme einer Blut- und/oder Urinprobe zur Untersuchung auf Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel wird ggf. vorgeschlagen. Spuren oder Spurenträger werden vom Körper oder von der Kleidung entnommen und asserviert. Beratung erfolgt bei photographischer Dokumentation.

Aus praktischer Erfahrung begründen die Ermittlungsorgane die Kompetenz des Rechtsmediziners aus Folgendem: Der Rechtsmediziner ist vertraut mit juristischem Denken; er weiß, welche Befunde für die forensische Beurteilung von Bedeutung sind; er beachtet die Nebenfunde, stellt diese sachgerecht dar und vermag sie zu beurteilen; bei Verdacht auf innere Verletzungen, bei unklaren Beschwerden oder zur Beurteilung spezieller Befunde berät er die Ermittlungsorgane, er benennt geeignete Fachärzte. Der Rechtsmediziner übt somit eine Art „Gleisstellerfunktion“ aus. Der Ermittlungsbeamte weiß, an wen er sich zunächst wenden kann. Im Interesse einer sachgerechten Ermittlung ist der Gerichtsmediziner in der Lage zu entscheiden, ob für eine spezielle Befunderhebung und -beurteilung ein Facharzt hinzuzuziehen ist.

In den letzten Jahren wurden im Institut für gerichtliche Medizin jährlich ca. 160—170 Personen gerichtsärztlich auf körperliche Befunde untersucht und beurteilt (Naeye u. Becker, 1972). Unserer Auswertung liegen 503 Untersuchungsbefunde und -beurteilungen zugrunde (401 Geschädigte, 102 Beschuldigte).

Bei den Befunderhebungen berücksichtigen wir gemäß Walchers Forderung (1955) den objektiven Befund hinsichtlich Art, Lokalisation, Ausdehnung und vermutlichem Entstehungszeitpunkt. Die vergleichsweise geringe Zahl untersuchter Beschuldigter resultiert im wesentlichen aus dem Umstand, daß die Polizei nach Stand der Ermittlungen auswählt, wer untersucht werden soll. Auf Grund praktisch-forensischer Erfahrung ist anzuraten, jeden Beschuldigten der genannten Deliktgruppen — zeigt er zunächst auch keine äußeren Verletzungen — dem Rechtsmediziner vorzustellen. Unsere Auswertungen zeigen auf, daß in vielen

Fällen entweder nur der Geschädigte oder nur der Beschuldigte untersucht wurde. Täter und Opfer sollten nach Möglichkeit von demselben Gerichtsarzt untersucht werden. Ein Vergleich der Kräfteverhältnisse zwischen Geschädigtem und Beschuldigtem ist dann möglich, Abwehrzeichen an beiden können miteinander verglichen werden.

Folgende Deliktgruppen gaben Anlaß zu einer körperlichen Befunderhebung: Kindesmißhandlungen: 72 Geschädigte. Sittendelikte: 218 Geschädigte (85 Geschädigte bis 16 Jahre alt, 133 Geschädigte 17 Jahre und älter), 58 Beschuldigte. Versuchte Tötungsdelikte: 100 Geschädigte. Vollendete oder versuchte Tötungsdelikte: 35 Beschuldigte. Sonstige Delikte (z. B. Raub): 11 Geschädigte und 9 Beschuldigte. Die dabei festgestellten körperlichen Befunde lassen sich zwanglos in das übliche Schema äußerer Gewalteinwirkung eingliedern (Tabelle 1). Eine einzelne Untersuchung kann mehrere Befunde aufzeigen. Es war jeweils nach Möglichkeit dazu Stellung zu nehmen, ob Anhaltspunkte für Beibringung von eigener Hand bestanden, ob die Verletzungen durch Abwehr des Opfers verursacht sein konnten und ob die körperlichen Befunde mit den Aussagen der Beteiligten übereinstimmten. Personen, die eines Sittendeliktbeschuldigt wurden, wiesen oft keine Merkmale äußerer Gewalteinwirkung auf.

C. Gewalteinwirkungen

Wir faßten hierunter Geschädigte und Beschuldigte zusammen, die Anlaß zur Befunderhebung bei Mordversuch, versuchtem Totschlag oder Raubverdacht gaben bzw. bei denen Beschuldigte unter Verdacht eines Tötungsdelikts standen. Nach Sittendelikten und Kindesmißhandlung finden sich darüber hinaus oft für das jeweilige Delikt charakteristische Merkmale, sie rechtfertigen eine gesonderte Besprechung.

Insgesamt wurden 100 Geschädigte (82 Frauen, 18 Männer) und 35 Beschuldigte (33 Männer, 2 Frauen) untersucht. Von den 35 Beschuldigten standen 25 unter dem Verdacht eines versuchten oder vollendeten Tötungsdelikts. Die Ermittlungsorgane erwarten von der rechtsmedizinischen Untersuchung und Begutachtung in diesen Fällen insbesondere zu folgenden Fragen eine Aussage: Lassen Art und Lokalisation der Verletzungen auf Intensität und Richtung der Gewalteinwirkung sowie auf möglicherweise benutzte Werkzeuge Rückschlüsse zu? War der Angriff lebensbedrohlich? Zeitpunkt des Geschehens — d. h. der Gewalteinwirkung? Sind frische Kampf- und Abwehrverletzungen vorhanden, oder wurden die Verletzungen von eigener Hand beigebracht? Erfolgte mehrfache Gewalteinwirkung in kurzen oder längeren Zeitabständen? Wie ist der Körper- und der Bewußtseinszustand der untersuchten Person medizinisch zu beurteilen? (Aussage über Alkohol- und Medikamenteneinfluß, organische oder psychische Krankheiten oder Leiden.) Ist die Aussage des Beschuldigten und ggf. des Geschädigten dem körperlichen Befund nach glaubwürdig?

I. Strangulation

Unter den gewaltsamen Störungen lebensnotwendiger Funktionen stand weit im Vordergrund das Würgen. Als wesentlichsten Angriff gaben es 37 Geschädigte an, 35 Frauen und 2 Männer. Unter den 10- bis 19jährigen fanden sich 4 Fälle von Würgen, unter den 20- bis 29jährigen 13 und unter den 30- bis 39jährigen 10 Fälle.

Bei fraglicher Strangulation (Würgen oder Drosseln) wird die Hals- und Nackenregion auf Hautrötungen und -unterblutungen, auf Kratzer, Schürfwunden und Fingernageleindrücke untersucht. Seltener treten Verletzungen an den Blutgefäßen, am Kehlkopf oder an der Muskulatur

auf (Schönberg, 1930). Die Würgemale können Aufschluß darüber geben, mit welcher Energie, aus welcher Richtung und wie oft gewürgt wurde. Glaubhafte Schluckbeschwerden und Beschwerden beim Sprechen werden bereits nach leichtem Würgen geäußert. Stauungsblutungen in der Augenbindehaut, in der Haut der Augenlider und der Gesichtshaut (Stirn-, seltene Wangenregion) können die Diagnose eines echten Würgens erhärten und zur Differenzierung gegen einen einfachen Griff an den Hals beitragen. Camps u. Hunt (1959) erörterten kritisch die anatomischen Veränderungen bei Druckeinwirkungen auf den Hals (Würgen, Drosseln, stumpfe Gewalteinwirkung). Auf Fehlermöglichkeiten, die bei der Beurteilung von am Hals festzustellenden Befunden auftreten können, wiesen sie hin. Konjunktivale Blutungen nach heftigem Erbrechen und nach Husten-Paroxysmen sind in Erwägung zu ziehen. Von Bedeutung sind Nebenbefunde, z. B. Eindrücke von Fingernägeln am Opfer, die vom Opfer selbst stammen. Sie sind Folge eines Versuchs, sich von einem Würgegriff oder von einer Drosselung zu befreien. Camps u. Hunt erwähnten Blutungen in den Halsweichteilen bei Herzinsuffizienz mit Ruptur des hinter dem Ringknorpel gelegenen venösen Plexus, Blutungen bei Thrombose im Plexus pharyngolaryngealis und Blutungen durch Bruch der Schildknorpelhörner. Derartige Blutungen können auch bei Lebenden irrtümlich zur Diagnose „Würgemale“ führen. Die Feststellung von Gaumen- und Rachenverletzungen setzt in der Regel voraus, daß ein Finger oder ein Fremdkörper in die Mundhöhle eingeführt wurde (Schönberg, 1930). Haberda (1927) bezweifelte, daß Rachenverletzungen durch einfaches Würgen gesetzt werden können; Strassmann (1908) schloß die Möglichkeit nicht aus. Wir sind dazu übergegangen, bei ausgeprägten Würgemalen den Geschädigten fachärztlich (Hals-Nasen-Ohren-ärztlich) untersuchen zu lassen.

48 Personen gaben an, gewürgt worden zu sein. 42mal konnte die Diagnose „Würgen“ nach morphologischem Befund gestellt werden, 4mal war der Befund fraglich. 2mal war die Anschuldigung nicht zu bestätigen.

In 42 Fällen fanden sich Würgemale, davon 14mal mit Stauungsblutungen in der Augenbindehaut, in der Haut der Augenlider, des Gesichts und — wesentlich seltener — in der Rachenschleimhaut. 12mal wurden glaubhafte Schluckbeschwerden angegeben, in 3 Fällen bestand eine glaubhafte Schmerzhaftigkeit bei Bewegung des Kopfes. Mehr oder weniger starke Schwellung der seitlichen und seltener auch der vorderen Halsregion fand sich in etwa ein Drittel der Fälle. 4 der Geschädigten gaben eine zeitweilige Bewußtlosigkeit an. In 11 Gutachten wurde nach dem Gesamtbefund ein sehr erhebliches, mit großer Kraftanwendung einhergegangenes und längerzeitiges Würgen attestiert. Persönliche Erfahrung ist bei Beurteilung des Ausmaßes der Gewaltanwendung ausschlaggebend, eine zuverlässige Methode zur Objektivierung gibt es nicht (Voigt, 1972).

Die gerichtsärztliche Untersuchung konnte in 9 Fällen bis 4 Std nach der Tat erfolgen, 18 Fälle konnten zwischen 5 bis 12 Std nach dem Tatgeschehen gerichtsärztlich untersucht werden. Die Zeiten liegen verhältnismäßig günstig. Nach 2 bis 3 Tagen ist im allgemeinen eine sichere Beurteilung nicht mehr möglich, insbesondere die Schwellung der Halsweichteile kann verhältnismäßig schnell zurückgehen (eigene Vergleichsuntersuchungen).

Neben den Würgemalen und den Würgefolgen fanden sich etwa in der Hälfte der Fälle weitere Zeichen stumpfer äußerer Gewalt. Halbmondförmige Fingernagel-eindrücke (Prokop, 1966) kommen nach unserer Feststellung verhältnismäßig selten vor. Ausgeprägte Strangulationsmarken ließen in 2 Fällen die Annahme auf Kombination von Drosseln und Würgen zu. Zu bedenken ist, daß beim Würgen durch Zug an dem Hals enganliegender Kleidung (z. B. Kragen- oder Pullover-rand) eine Strangulationsmarke entstehen, bzw. daß es gleichzeitig zu einer echten Drosselung kommen kann. Ca. 30% der von uns nach Würgen oder Würgegriff

untersuchten Geschädigten standen unter Alkoholeinfluß (Blutalkoholbefund bzw. eigene Angaben der Geschädigten).

Stauungserscheinungen im Bereich des Kopfes mit Cyanose des Gesichts, flächenhafte Bindehautblutungen, Ekchymosen in der Augenbindehaut, in der Haut der Augenlider und der Gesichtshaut kommen nach unserer Erfahrung beim Drosseln in gleichem Ausbildungsgrade vor wie beim Würgen. Auch die Anlässe einer Drosselung sind nach unseren Feststellungen gleich wie beim Würgen. Die Beschaffenheit des Drosselwerkzeugs ist nach Möglichkeit aus der Drosselmarke zu rekonstruieren (Dittrich, 1906; Mikulec, 1958). Drosseln als Hauptschädigung gaben 6 Personen an (5 Frauen, 1 Mann). Zu diagnostizieren und zu beschreiben waren die in der Regel charakteristischen Drosselmarken. Ihre Beschaffenheit gibt auch Hinweise, mit welcher Kraft, aus welcher Richtung und ggf. wie oft gedrosselt wurde (Wechsel der Lage des Drosselwerkzeugs). Auf Urin- und Kotabgang nach Drosseln und Würgen ist zu achten.

Bschor (1964) untersuchte 20 Personen nach Strangulation, er beschrieb in 2 Fällen Blutungen aus den Ohren, in 4 Fällen Blutungen aus der Nase. In unserem Untersuchungsgut (80 Befunde, einschl. der Sittendelikte) fanden sich derartige Blutungen nicht. Die Strangulationsmarken, gleich ob intravital oder postmortal untersucht, sind ähnlich beschaffen, zu ihrer Beurteilung bedarf es gleicher Fachkenntnisse (Polson, 1957; Ananyev, 1968). Auch aus diesem Grunde ist es sinnvoll, die Untersuchung und Beurteilung nach Möglichkeit einem Gerichtsmediziner zu übertragen. Um aus der Drosselmarke optimale Befunde in bezug auf das benutzte Drosselwerkzeug ablesen zu können, sollte zwischen Drosselung und Untersuchung eine Zeitdifferenz von wenigen Stunden (ca. 4 bis 6 Std) liegen. Die Innenstruktur der Strangulationsmarke ist dann am deutlichsten. Zur völligen Rückbildung der äußerlich erkennbaren Veränderungen kann es auch nach schwerer Strangulation innerhalb von 8 Tagen kommen (Bogdan, 1928).

Drosselung erfolgt nicht nur vorsätzlich und nicht nur von fremder Hand. Zeldenrust (1937) berichtete über eine überlebte unfallbedingte Drosselung infolge Hineingelangens eines um den Hals gelegten Tuches in eine Maschine. Eine „Drosselfurche“ beschrieb Baima-Bollone (1965) bei einer Frau, die nach Fenstersturz auf eine ausgespannte Wäscheleine gefallen war. Wir beobachteten eine wohl unbeabsichtigte Drosselung, die zunächst Verdacht auf Fremdverschulden ergab. Eine akut erkrankte, sich in bewußtlosem Zustande befindliche Frau wurde von ihrem körperlich schwachen Ehemann in der Wohnung transportiert (an der Kleidung geschleppt), dabei kam es zu einer Drosselung durch ein Bändchen am Halsausschnitt des Pull-overs. Gerichtsmedizinisch blieb dieser Fall zweifelhaft, die polizeilichen Ermittlungen ergaben jedoch keinen Anhalt für ein Fremdverschulden. Typische „Würgemale“ an der vorderen Halsseite mit zahlreichen Bindehautblutungen sahen wir bei einer akut erkrankten Person nach Lagerung der vorderen Halspartie auf den Rand eines Blechimers. Erst die kriminalpolizeilichen Ermittlungen führten zur Klärung des Sachverhalts.

II. Stumpfe Gewalt

Schlag, Sturz oder Druck sind die überwiegenden Ursachen einer stumpfen Gewalteinwirkung. Die einwirkende Gewalt kann ein Faustschlag, ein Fußtritt, ein stumpfes oder scharfkantiges Instrument (z. B. Stock, Stein) sein. Die Verletzungen durch stumpfe Gewalt sind so verschiedenartig, daß eine alle Wundformen erfassende Einteilung praktisch nicht möglich ist (Klein, 1966). Im wesentlichen sind zu unterscheiden: Hautschürfungen, Blutunterlaufungen, Platzwunden, Quetsch-, Riß- und Bißwunden (Gottschalk, 1903). Die Hautschürfungen lassen gelegentlich eine Aussage über die Art der Gewalteinwirkung zu. Aus der Farbe der Blutunterlaufungen ist eine annähernde Altersbestimmung möglich.

Im Rahmen der „versuchten Tötungsdelikte“ waren 131 „stumpfe Gewalteinwirkungen“ zu begutachten. Sie waren überwiegend (zu ca. 25%) am Kopf lokalisiert. In absteigender Reihe folgten: Knieregion, Brustkorb, Hände, Ober- und Unterarme, Gesäß, Oberschenkel, Unterschenkel, Bauchdecke. Überwiegend waren Faustschläge für diese Verletzungen ursächlich. Als stumpfe Werkzeuge wurden am häufigsten benutzt: Stöcke und Knüppel, viel seltener Flaschen, Trinkgläser, Hämmer, Ketten und Steine. Für Stockschläge typisch sind die sog. „Doppelstreifen“, aus ihnen läßt sich sowohl Zahl wie Richtung der Schläge und die Beschaffenheit des benutzten Werkzeuges ablesen (Klein, 1966). Unsere Erfahrung zeigte auf, daß Ärzten das Vorkommen von „Doppelstreifen“ nach Stockschlägen gelegentlich nicht bekannt ist, Fehldeutungen kamen vor.

III. Bißverletzungen

Bißverletzungen geben Hinweise auf sexuelle Motive, sie kommen aber auch bei anderen Körperverletzungen vor (Klein, 1966; Gustavson, 1966; Trube-Becker, 1972). Auf die Schwierigkeit der Überführung eines Beschuldigten durch Vergleich seines Gebisses mit der Bißmarke wird im Schrifttum hingewiesen. Nach Härb u. Tscholakoff (1964) ist der Menschenbiß eine Kombination von Stich-, Riß- und Quetschwunden. Je nach Intensität des Bisses unterscheidet Hudacsek (1935) drei Wundtypen: 1. Oberflächliche Ritz-Kratzwunden, 2. durch Haut- und Unterhaut bis zur Muskulatur reichende Wunden, 3. Wunden mit ausgedehnter Gewebszerstörung, Substanzverlust und Verstümmelung. Peyer (1966) untersuchte Zahnmarken an toten Gegenständen, z. B. an Lebensmitteln. Er versuchte, aus der Abrasion, aus Stellungsanomalien, Lücken, Größe und Breite der Zähne, fehlenden oder künstlich aufgebauten Kanten, Kronen, Prothesen u. a. Rückschlüsse auf das Lebensalter zu ziehen. Auch Schaidt (1954) befaßte sich mit Gebißabdrücken an Lebensmitteln. Ob diese Befunde und daraus gezogene Rückschlüsse auf die Auswertung von Bißspuren am lebenden Körper anwendbar sind, ist zweifelhaft (Sörup, 1924; Mueller, 1953; Korkhaus, 1955). Bißspuren zeichnen sich oft nur undeutlich ab, schon deswegen ist eine Identifizierung mit dem Gebiß des Täters schwierig. Saar (1952) konstruierte einen Bißapparat. Er stellte fest, daß die Nachweiszeit der Bißverletzung von der Körperregion und vom Geschlecht abhängig ist. Oberflächliche Bisse am männlichen Arm waren nur 3 Std erkennbar, Bisse im Gesicht einer Frau bis zu maximal 48 Std. Eine Bißverletzung ist möglichst frühzeitig zu untersuchen und zu photographieren. Wenigstens 4 bis 5 Zahneindrücke müssen vorliegen und mit dem Gebiß des Täters übereinstimmen (Berg u. Schaidt, 1954). Es wurden mehrere Verfahren zum Vergleich des Gebißabdrucks am Opfer mit dem vom Beschuldigten gewonnenen Vergleichsabdruck angegeben: Ein Gipsmodell wird von den Kiefern des Beschuldigten nach einem Plastelinabdruck gefertigt und mit der photographierten Bißwunde verglichen (Dos Reis, 1928). Man läßt den Tatverdächtigen in eine fingerdicke Plastelinscheibe beißen. Tat- und Vergleichsspur werden im gleichen Maßstab photographiert. Als Diapositiv wird die eine Aufnahme über der anderen bis zur Konturdeckung verschoben (Berg, 1963). Beim Vergleich muß berücksichtigt werden, daß durch Schiefstellung der Zahnreihen zur Hautoberfläche und durch elastische Verschiebung der Hautdecke während des Zubeißens scheinbare Verschiedenheiten auftreten können (Martin, 1959). Neben den Zahneindruckspuren ist auf Epidermisspuren und Speichelspuren an der Kleidung des Opfers zu achten (Sörup, 1924; Zerndt u. Simon, 1962). Mit Bißverletzungen kombinierte oder auch allein vorkommende Saugmarken geben einen weiteren Hinweis auf das Verhalten des Täters (Zerndt, 1964). Buhtz u. Erhardt (1938) erarbeiteten eine Methodik, die den natürlichen und mechanischen Verhältnissen beim Biß, insbesondere an unebenen Teilen der Körperoberfläche, entspricht. Carella (1953) gelang es, unter 4 Verdächtigen den Täter auf Grund von Bißverletzungen zu ermitteln. Ohmura *et al.* (1968) beschrieben einen Gutachtenfall, bei dem beide Täter die gleiche Bißform hatten.

Wir begutachteten unter Heranziehung von Zahnärzten 6 Bißverletzungen (geschädigte Frauen, 20 bis 22 Jahre alt, Bißverletzungen an den Armen und am Rumpf, in 2 Fällen standen die Beschuldigten zur Fertigung von Vergleichsabdrücken zur Verfügung). Nach unserer Erfahrung ist es auch unter optimalen

Untersuchungsbedingungen außerordentlich schwierig, den mutmaßlichen Täter aus Bißvergleichen zu überführen. Der Ausschluß eines Angeschuldigten wird eher möglich sein (eigene Beobachtung im Rahmen der Untersuchung eines vorgetauschten Sittendelikts).

IV. Aussagewert der Untersuchungsbefunde nach Gewalteinwirkung

Neben Lokalisation und Schwere der Verletzung nach stumpfer äußerer Gewalt war nach Möglichkeit zu beurteilen, ob es sich um Folge einer Gewalteinwirkung von fremder Hand, um Folge eines Sturzes oder um Verletzungen von eigener Hand handelte. Auch ergab sich die Frage nach einzeitiger oder mehrzeitiger Gewalteinwirkung, zu welchem Zeitpunkt die Verletzungen entstanden waren, ob ein Werkzeug benutzt wurde und wie dies ggf. beschaffen war. In über zwei Drittel der Fälle bekräftigten die Befunde die vom Geschädigten gegebene Schilderung des Tathergangs, in einem knappen Drittel waren aus den Befunden sichere Rückschlüsse nicht zu ziehen. Gelegentlich war der Befund mit der Tatschilderung nicht in Übereinstimmung zu bringen. Auch zum Schweregrad der Verletzungen ist gutachtlich Stellung zu nehmen. Medizinisch gesehen handelte es sich in zwei Drittel der Fälle um leichte Verletzungen, in einem Drittel der Fälle um schwere und zum Teil (ca. 10%) lebensgefährliche Verletzungen. Überwiegend konnte die Untersuchung in den ersten 12 Std nach der Tat erfolgen. Gelegentlich wurde der Untersuchungszeitpunkt durch vorherige polizeiliche Vernehmungen des Geschädigten wesentlich verzögert. Um Rückschlüsse auf Art und Beschaffenheit eventuell benutzter Instrumente ziehen zu können, sollte nach Möglichkeit innerhalb von 24 Std untersucht werden. Selbst erhebliche Weichteilblutungen brauchen zunächst äußerlich nicht oder nur undeutlich erkennbar zu sein. Gegebenenfalls ist zu empfehlen, den Untersuchten nach 1 bis 2 Tagen zur ergänzenden Befunderhebung einzubestellen.

Unter „stumpfer äußerer Gewalteinwirkung“ läßt sich ein eigener Gutachtenfall einreihen, bei dem der Täter der Geschädigten ein Auge ausgerissen hatte. Erst nach gerichtsmedizinischer Untersuchung und Befunderhebung gab der Täter eine mit dem ärztlichen Befund übereinstimmende Schilderung des Tathergangs. Ein 19 Jahre alter Mann hatte eine unter Alkoholeinfluß stehende 34 Jahre alte Frau in einen Pkw aufgenommen, er beabsichtigte den Geschlechtsverkehr. Als die Frau den Versuch unternahm, den Pkw zu verlassen, schlug der Täter auf sie ein, „bis sie ruhig war“. „Als die Frau jetzt so dasaß, stieß ich ihr mit dem Daumen oder einem Finger der linken Hand vom äußeren Augenwinkel her ins linke Auge. Das Auge quoll aus der Augenhöhle hervor. Ich erfaßte es mit zwei Fingern und habe es herausgerissen. Danach stieß ich ihr mit einem Finger oder dem Daumen der linken Hand ins rechte Auge, um ihr auch dieses herauszureißen. Davon ließ ich dann aber ab.“ — „Nach meiner Schulentlassung war ich einmal etwa 1 Monat auf einem Schlachthof beschäftigt. Während dieser Zeit habe ich bei den Schlachtern gesehen, wie sie mit einer Glocke oder auch mit den Fingern bei geschlachteten Schweinen die Augen entfernten. Auch ich habe auf dem Schlachthof auf diese Art und Weise bei geschlachteten Schweinen die Augen entfernt.“

Eine spezifische Art von Augenverletzungen kommt in den Alpenländern vor — das sog. Augenausheben. Versucht es „Augenausheben“ konnten wir in jüngster Zeit auch in Hamburg beobachten. Täter waren Südeuropäer. Der Augapfel wird durch den in den inneren Augenwinkel eingesetzten Daumen aus der Orbita herausgedrückt — luxiert (Haberda, 1927). Hofmann (1895) berichtete über einen Fall aus Innsbruck, bei dem es ohne Luxation des Bulbus durch Einwirkung eines Fingernagels zur Verletzung der Cornea und zum Prolaps der Iris gekommen war. Haberda: „An der Leiche läßt sich ein Luxieren des Bulbus leicht vollführen, ohne daß dabei Zerreißen des Opticus oder gröbere Verletzungen desselben oder des Bulbus

zustande kommen.“ Eine ungewollte „Ausreißung des Augapfels“ beschrieb Groenouw (1927): Im Verlaufe einer Schlägerei griff eine Beteiligte sehr heftig an den Hals des anderen, dieser führte Abwehrbewegungen aus, er griff in das Gesicht seines Kontrahenten und riß ihm dabei (ungewollt?) ein Auge aus.

In unserem Fall hatte der Täter zunächst behauptet, er habe nur auf das Auge der Geschädigten geschlagen. Diese Behauptung konnte durch den Untersuchungsbefund widerlegt werden. Kratter (1919) berichtete über die Berstung eines Augapfels durch Faustschläge, eine Phthisis Bulbi war die Folge. Beschreibung einer schweren Verletzung mit wahrscheinlich bleibender Hemmung des Sehvermögens nach Faustschlag — ohne Verlust des Auges — findet sich bei Maschka (1881). Buchner (1872) gab folgende Fallschilderungen: Wurf eines Bierglases aufs Auge, Schlag über die Augenbrauengegend, Schlag auf den Kopf, Schlag mit einem Stock aufs Auge, Schläge direkt ins Auge. Diese Gewalteinwirkungen hatten zwar den Verlust des Sehvermögens zur Folge, der Bulbus wurde jedoch in keinem Fall herausgetrieben.

V. Scharfe Gewalt (Schnitt- und Stichverletzungen)

Wegen vordringlicher chirurgischer Versorgung sind Schnitt- und Stichverletzungen gerichtsärztlich vergleichsweise selten zu begutachten. Die von uns untersuchten Schnitt- und Stichverletzungen waren überwiegend Nebenfunde und oberflächlicher Art. Dem forensischen Mediziner bekannte Befunde und Befunddeutungen bestätigten sich bei unseren praktischen Untersuchungen: Liegen mehrere Schnittverletzungen vor, so erlaubt die Richtung der einzelnen Schnitte gelegentlich eine Aussage über die Tatsituation. Beschaffenheit und Lokalisation lassen manchmal eine Aussage darüber zu, ob der Schnitt von fremder oder von eigener Hand beigebracht wurde. Die Schnittverletzung von fremder Hand ist an einem Wundende in der Regel tiefer, nach Beibringung von eigener Hand zwecks Vortäuschung einer Straftat ist die Schnittwunde in der Regel von gleichmäßiger Tiefe. Bei Stichverletzungen ist nach Möglichkeit die Stichrichtung, die Form und Länge des Instruments zu bestimmen. Die Wundränder können sich durch Zug wesentlich verkürzen. Auf Stanzspuren ist zu achten. Die zumeist nur oberflächlichen Verletzungen ließen sichere Rückschlüsse auf das Tatwerkzeug nicht zu. Lokalisation und insbesondere Beschaffenheit der Schnittverletzungen gaben aber gelegentlich Hinweise auf Selbstbeibringung.

Selbstbeigebrachte Stich- und Schnittverletzungen deuten auf psychische Störungen hin (Klein, 1966).

VI. Schußverletzungen

Wegen erforderlicher chirurgischer Versorgung kommen auch Schußverletzungen selten primär zur gerichtsärztlichen Untersuchung. Es handelte sich bei den wenigen von uns untersuchten Schußverletzungen um fragliche Prellschüsse bzw. um fragliche Streifschüsse. Das Erkennen der Ursache dieser oberflächlichen und uncharakteristischen Verletzungen ist ohne Kenntnis des Tatgeschehens und des Tatorts kaum möglich. Eine enge Zusammenarbeit mit den Ermittlungsorganen ist zur Klärung und Beurteilung dieser Befunde unerlässlich.

VII. Verletzungsbefunde an Beschuldigten

Die untersuchten Beschuldigten befanden sich überwiegend in einem Lebensalter zwischen 20 und 29 Jahren (16 von 35 untersuchten Beschuldigten, darunter 2 Frauen). Klein (1966) berichtete, daß vorwiegend Heranwachsende (15—19 Jahre) als Täter in Erscheinung treten. Wir hatten aber überwiegend Personen zu untersuchen, die unter Verdacht eines vollendeten Tötungsdelikts standen. Hierin dürfte

die Erklärung der Altersdifferenz liegen. Bei 18 der untersuchten Personen fanden sich Merkmale frischer äußerer Gewalt. 6mal war der Befund — z. B. wegen zu großer Zeitdifferenz zwischen Tat und Untersuchung — fraglich, 11mal negativ. Es ist zu beachten, daß insbesondere bei der Untersuchung Beschuldigter auch ein negativer Befund zum Ausschluß von Schutzbehauptungen forensisch von Bedeutung sein kann (z. B. behauptetes Würgen oder behauptete Schlägeinwirkung durch den Geschädigten). Da der Beschuldigte gelegentlich versuchen wird, für das Vorhandensein der bei ihm vorliegenden Verletzungen eine harmlose Begründung (z. B. ältere Verletzung) anzugeben, ist — soweit irgend möglich — die gerichtsärztliche Befunderhebung vordringlich (Berg, 1963). In der Regel erfolgten unsere Untersuchungen 9—12 Std nach dem Tatgeschehen. Als typische Abwehrverletzungen fanden sich nicht selten Kratzspuren im Gesicht und Rißwunden (Bißverletzungen) an den Händen. Die Verletzungen der Beschuldigten waren in absteigender Reihe am Kopf, an den Händen und an den Armen lokalisiert, seltener am Hals oder am Brustkorb.

D. Sexualdelikte

Verletzungsmerkmale am Opfer und am Täter sind nach Lokalisation, Art und Alter zu beurteilen und in Beziehung zu den Aussagen der Beteiligten zu setzen. Es interessieren die Abwehrverletzungen am Beschuldigten und Geschädigten. Mit welcher Brutalität ging der Täter vor? Das Ausmaß der Schädigung und eventuelle Dauerfolgen sind zu beurteilen. Die gynäkologische Untersuchung erfolgt unter folgenden Fragestellungen: Hat ein Geschlechtsverkehr stattgefunden oder nur Manipulation? Kam es dabei zur Gewaltanwendung? Liegt eine frische Defloration vor? Kam es zur Ejaculation? Sind Anhaltspunkte für eine Deliktvertauschung gegeben?

Es überwogen Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen: 5 bis 9 Jahre — 27 Mädchen, 1 Knabe; 9 bis 15 Jahre — 53 Mädchen, 4 Knaben; 16 bis 21 Jahre — 52 Frauen, 1 Mann; 22 bis 29 Jahre — 39 Frauen; 30 bis 39 Jahre — 20 Frauen; 40 bis 49 Jahre — 14 Frauen; 50 bis 60 Jahre — 8 Frauen. Nach unseren Unterlagen ergibt sich ein Gipfel bei 8- und bei 13jährigen (unter 85 untersuchten Jugendlichen bis 16 Jahre). Klose (1967) ermittelte einen Gipfel bei 9 und 13 Jahren (27 Jugendliche bis 16 Jahre). Schiff (1969) ermittelte das Durchschnittsalter von 100 Opfern, es lag bei 23 Jahren. Bei unserer Auswertung: 22,8 Jahre (219 Fälle).

Zur Stellungnahme, ob die Angaben der Beteiligten glaubhaft sind, sollte der Gutachter vor der Untersuchung nach Möglichkeit Kenntnis vom behaupteten oder tatsächlichen Tatgeschehen erhalten. Die bei unseren Untersuchungen von Sittendelikten festgestellten Gewalteinwirkungsarten sind in Tabelle 1 zusammengestellt. Fehlende oder nur geringfügige Verletzungen schließen die Tat nicht aus. Das Opfer kann durch Drohung mit einer Waffe o. ä. in Todesangst geraten und dadurch in einen willenlosen Zustand versetzt werden (Berke-Müller, 1971). In jüngerer Zeit haben wir mehrfach feststellen können, daß Frauen auf eine einfache Drohung hin ganz bewußt — wegen der ihnen bekannten Lebensgefahr bei körperlichem Widerstand — von einer Gegenwehr Abstand nahmen. Die Grenze zwischen Abwehr beim Liebespiel und ernstlichem Widerstand ist fließend und macht die Überprüfung der Aussagen manchmal schwer (Grzywo-Dabrowski, 1924; Goldmann, 1926; Brock, 1927; Cueva, 1956; Plaut, 1960; Marcinkowski, 1963).

Tabelle 1. Die bei 503 Untersuchungen geschädigter und beschuldigter Personen erhobenen Befunde, differenziert nach Deliktgruppen. Insgesamt 660 Einzelbefunde

	Tötungsdelikte u. a. (z. T. in Verbindung m. Sexualdelikten), 155 Einzel- untersuchungen	Sittendelikte, 276 Einzel- untersuchungen	Kindes- mißhandlungen, 72 Einzel- untersuchungen
1. Gewaltsame Störung lebens- wichtiger Funktionen			
Würgen	42	20	4
Drossel	14	4	
Knebeln	3	3	
Nahrungsentzug	3		2
2. Mechanische Einwirkung			
stumpfe Gewalt	77	116	55
scharfe Gewalt	16	8	
Schußverletzungen (Prell- oder Streifschuß, fragliche Schußverletzungen)	3		
3. Physikalische Einwirkung			
Hitzeeinwirkung	4		6
4. Beibringung schädlicher Stoffe			
äußerlich	2		
innerlich	5		
5. Genitalverletzungen	30	42	
6. Widerstandszeichen (typische Abwehrverletzungen)	89	81	31
	288	274	98

Abwehr- und Widerstandszeichen. Verschließt der Täter mit der Hand Mund und Nasenöffnung des Opfers, so können Hautverletzungen in der Umgebung des Mundes und Schleimhautverletzungen der Lippen und des Mundvorraums entstehen. Nach heftiger Gegenwehr und kräftigem Zupacken finden sich oft Hautunterblutungen an den Armen, insbesondere an der Innenseite der Oberarme. Kratzspuren und Hämatome an der Innenseite der Oberschenkel deuten auf den Versuch hin, die kräftig zusammengepreßten Beine gewaltsam zu spreizen. Nach unserer Erfahrung sind die genannten Befunde — insbesondere Hämatome an der Innenseite der Oberschenkel — nicht selten. Die Lokalisation der bei Sexualdelikten gefundenen Gewalteinwirkungen ist aus Tabelle 2 zu ersehen (249 Befunde, ausschließlich von 35 Genitalverletzungen). Die Verletzungen des Genitale bzw. der Genitalregion waren in absteigender Reihe: frische Defloration, oberflächliche Verletzungen (Rißwunden) der kleinen Schamlippen, Einriß der hinteren Commissur, Hymenverletzung bei schon älterer Defloration, Rißverletzung am Damm. Bei Frauen über 20 Jahren fand sich nur in einem Fall eine frische Defloration. Überwiegend waren die frisch Deflorierten unter 16 Jahre alt (9 frische Deflorationen — insgesamt 17 frische Deflorationen bei 213 untersuchten Frauen = ca. 8%). Im älteren deutschen Schrifttum (Reuter, 1928; u. a.) und noch in den

Tabelle 2. Sexualdelikte. Lokalisation der an 219 geschädigten Personen erhobenen Verletzungsfolgen (mit Ausnahme der Genitalverletzungen). Insgesamt 249 Einzelbefunde

Lokalisation der Verletzungen Kopf, Hals, Oberschenkel u. ä.	Anzahl der Befunde
Kopf (Gesicht)	55
Oberschenkel	43
Hals	37
Gesäß-, Hüft- und Bauchregion	28
Oberarm	23
Brustdrüsen	22
Unterschenkel, Füße	17
Hände	14
Schulterregion, Rücken	10

neueren gerichtsmedizinischen Lehrbüchern romanischer Länder (Favero, 1966; Bonnet, 1967; Gomes, 1968) werden die Deflorationsverletzungen sehr ausführlich abgehandelt. Nur eine geringe Zahl der von uns untersuchten Geschädigten war vor dem Delikt noch nicht defloriert. Auch in der Auswertung von Schiff (1969) war unter über 100 Opfern nur bei 7 der Geschädigten vor der Tat das Hymen unversehrt. Der Hymenbefund allein hat somit bei der Beurteilung von Notzuchtsdelikten nicht mehr die ihm in früherer Zeit zugesprochene Bedeutung.

Gelma (1925) sowie Stoenescu *et al.* (1937) berichteten über Blutungen im Bereich der Genitalregion nach Notzuchtsversuchen ohne Verletzung des Hymens. Derartiges beobachteten wir nicht. Gelegentlich fanden wir Samenzellen im Scheidenvorhof bei unverletztem Hymen. Es ist zu bedenken, daß auch Entzündungen einen Hymendefekt bewirken können (Mc.Cann, 1927). Zur Defloration kann es auch durch Manipulation kommen. Wichtigster Hinweis auf einen vollendeten Geschlechtsverkehr ist der Nachweis von Samenzellen im Scheiden- und Cervixabstrich. Bei etwa 15% der Geschädigten gelang der Spermatozoennachweis sicher. Ein positiver Spermatozoennachweis war bei Frauen mit ausgeprägten Abwehrzeichen vergleichsweise häufiger als bei Frauen ohne Abwehrverletzungen. Wie lange Spermatozoen im Scheiden- und Cervixabstrich noch nachweisbar sind, zu welchem Zeitpunkt sie noch beweglich sind und wann sie ihre Geisel verlieren, wird im Schrifttum unterschiedlich angegeben (Berg, 1963). Abhängigkeit vom Cyclus soll bestehen. Bis zu 14 Std sollen in der Regel noch reichlich vollständige Spermatozoen nachweisbar sein, dann sollen sie ihre Geisel verlieren. Nach 24 Std soll nur noch ausnahmsweise der Nachweis gelingen. Unsere praktische Erfahrung hat aufgezeigt, daß auch bei regelrechter Entnahmetechnik der Nachweis ca. 18 bis 20 Std nach der Ejaculation nur ausnahmsweise gelingt. Nach Ablauf dieser Zeitspanne fanden wir keinen positiven Befund.

Die vorgebrachten Anschuldigungen konnten bei den bis 16 Jahre alten Geschädigten aus dem körperlichen Untersuchungsbefund wesentlich seltener bekräftigt werden als bei den über 16 Jahre alten (Tabelle 3). Angst vor Schwangerschaft, vor Geschlechtskrankheit oder auch jugendliche Phantasie waren nach unseren Feststellungen die Hauptursache falscher Aussagen junger Mädchen. Unter den von uns untersuchten Sittendelikten fand sich gelegentlich Simulation, Aggravation oder Selbstbeschädigung. Siegert (1937) erwähnte Selbstdefloration als Vortäuschung einer Vergewaltigung. Gelegentlich wurden „Kampfspuren“, Verschmutzung der Bekleidung und Beschädigung der Bekleidung selbst beigebracht. Nicht selten fand sich in den Ermittlungsunterlagen die Aussage, der Täter habe

Tabelle 3. Sexualdelikte. Ärztlicher Untersuchungsbefund in Beziehung zur Schilderung des Tathergangs durch das Opfer. 219 Geschädigte, davon 85 bis 16 Jahre alt, 134 über 16 Jahre alt

Tathergang nach Schilderung des Opfers / ärztlicher Untersuchungsbefund	Lebensalter	
	bis 16 Jahre (85 Untersuchungen)	über 16 Jahre (134 Untersuchungen)
Befund spricht für den vom Opfer geschilderten Tathergang	24	76
Befund spricht gegen den vom Opfer geschilderten Tathergang	37	34
Befund läßt eine Aussage nicht zu	24	24

die Geschädigte in einen willenlosen Zustand versetzt. Es werden z. B. Angaben dahingehend gemacht, hochprozentiger Alkohol sei unbemerkt in Bier oder Wein gegossen worden. Auch Drogen wollten einige Frauen erhalten haben. Andere behaupteten, narkotisiert worden zu sein. Bemerkenswert ist, daß im Polizeiauftrag nur 6 der Geschädigten eine Blutprobe zur Untersuchung auf Alkohol entnommen wurde. Es ist nach unserer Erfahrung außerordentlich schwierig, die Ermittlungsbehörden davon zu überzeugen, daß zur juristischen Beurteilung eines Notzuchtsdelikts auch der positive oder negative Alkoholbefund der Geschädigten von großer Bedeutung ist. Narkosemittel sind für die rasche Betäubung ungeeignet und ergeben stets den Verdacht auf ein fingiertes Notzuchtsdelikt (Berg, 1963; eigene Befunde).

Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung ist auf Spermaspuren an der Kleidung der Geschädigten zu achten. Von Bedeutung können der Kleidung oder dem Körper anhaftende Gräser, Pflanzenteile oder Verrottungsbelag zwecks Vergleich mit dem Tatortbefund oder anhaftende Haare zwecks Vergleich mit den Haaren (Schambehaarung) des Täters sein. Pflanzenteile, Erdreich oder Schamhaare — vom Täter herkommend — wurden gelegentlich in der Vagina oder im Scheidenvorhof gefunden.

Die Zeitdifferenz zwischen Tat und Untersuchung betrug bei Sexualdelikten überwiegend 5 bis 8 Std. Gelegentlich war die Untersuchung erst 2 bis 4 Tage nach dem Tatgeschehen möglich. Insbesondere wegen des Spermatozoennachweises sollte die Zeit verhältnismäßig kurz sein. Reizzustände der Haut und Schleimhaut der Genitalregion sind dann noch deutlich zu erkennen. Auch frische Hymeneintrisse sollten alsbald nach Entstehung der Verletzung beurteilt werden. Falls erforderlich — z. B. bei Vorliegen einer starken Blutung —, sind die Geschädigten zu einem späteren Zeitpunkt erneut einzubestellen. Die Analregion ist in die Untersuchung einzubeziehen. Nach gewaltsamem Afterverkehr fanden wir Schleimhauteintrisse (4 Männer, 2 Frauen). Auch durch Manipulation oder durch Einführen von Gegenständen können gleichbeschaffene Verletzungen hervorgeufen werden. Der Nachweis von Spermien im Afterabstrich kann zum Erkennen der Entstehungsart der Verletzung beitragen (eigene Untersuchungsergebnisse).

Unzucht mit Kindern überwiegt unter den Sittlichkeitsstraftaten (Berg, 1963). Die Dunkelziffer ist hoch, da sich insbesondere weibliche Zeugen des Tatablaus schämen und sich manchmal mitschuldig fühlen (Nau, 1957). Die Geschädigten

sind bestrebt, den Eltern und Lehrern gegenüber die Handlung abzuschwächen, wenn nicht gar abzustreiten (Knögel, 1959; Schilf, 1952).

Verletzungsbefunde waren spärlich und überwiegend uncharakteristisch: Haut- und Schleimhautrötung der Genital- bzw. Analregion, Kratzer im Gesicht, am Hals, am Bauch, in der Umgebung der Brustwarzen. Die Beschuldigten waren in den untersuchten über 40 Unzuchtsdelikten zu etwa einem Drittel unter 18 Jahre und zu etwa einem Drittel über 60 Jahre alt. Nur 18 der Täter wurden einer gerichtsärztlichen Untersuchung zugeführt. Hinweisgebende Verletzungen fanden sich in keinem Fall.

Auch die eines Notzuchtdelikts Beschuldigten wurden nur verhältnismäßig selten gerichtsärztlich untersucht. In der Regel beschränkte man sich auf eine Blutentnahme zur Alkoholbestimmung. Bei den 34 Untersuchten waren die Verletzungen überwiegend an den Fingern (37% der festgestellten Verletzungen) und an den Handrücken (33% der festgestellten Verletzungen), wesentlich seltener im Gesicht, an den Oberarmen und am Hals (jeweils ca. 8% der festgestellten Verletzungen) lokalisiert. Als Abwehrzeichen an Beschuldigten waren Bißverletzungen an den Fingern, Hautkratzer an den Händen — als Folge des Versuchs, den Würgegriff des Täters an den Hals des Opfers zu lösen — und Hautkratzer im Gesicht am häufigsten. Zirka 75% der dem Gerichtsarzt vorgestellten Beschuldigten konnten in den ersten 12 Std nach der Tat untersucht werden.

E. Kindesmißhandlung

Der Nachweis einer Kindesmißhandlung erfolgt aus dem körperlichen Befund (Dömer, 1936). Zur Deutung und Beurteilung der körperlichen Mißhandlungsbefunde bedarf es spezieller Kenntnisse und Erfahrung (Parisot u. Caussade, 1929; Berg, 1963). Verhältnismäßig selten werden mißhandelte Kinder gerichtsärztlich auf körperliche Mißhandlungsfolgen untersucht.

Nach Bauer (1969) wird die Tat in den meisten Fällen von Fürsorgebeamten und Amtspersonen, auch von Nachbarn entdeckt und angezeigt. Höpler (1918), Bonn (1963) und Ullrich (1964) fanden als Anzeigende in erster Linie Nachbarn, dann Verwandte, Fürsorge- und Amtspersonen. Nach Klein (1966) scheint eine Scheu der Nachbarn zu bestehen, bei Kindesmißhandlung Meldung zu erstatten. Nach unseren Unterlagen erfolgt die Meldung bzw. Anzeige häufig anonym (ca. 30%), viel seltener durch amtliche Fürsorge, Kindergarten, Schule (ca. 20%), Kindesmütter (ca. 10%), Nachbarn (ca. 10%), Klinikärzte (ca. 5%).

Nur ca. 15% der einer Kindesmißhandlung angeschuldigten Personen waren Frauen. Überwiegend waren es die Väter, seltener Stiefväter oder die Mütter, gelegentlich ältere Geschwister, die als Täter angeschuldigt wurden. Erfolgte Anzeige durch die Kindesmutter und wurde der Vater (Stiefvater) als Täter angeschuldigt, so war fast ohne Ausnahme ein Ehestreit die auslösende Ursache der Meldung. Ohne Ehestreit wäre es wahrscheinlich nicht zur Meldung der Kindesmißhandlung gekommen. Die Statistiken von Parisot u. Caussade (1929) und die von Ullrich (1964) zeigen unter den Tätern ca. 50% Frauen auf.

Nicht selten erklärten die Erziehungsberechtigten, sie hätten nur von ihrem Züchtigungsrecht Gebrauch gemacht und die Schläge mit geringem Kraftaufwand und ohne Benutzung eines Werkzeugs geführt. In etwa einem Drittel unserer Miß-

handlungsfälle wurden Schutzbehauptungen aufgestellt: das Kind sei häufig gestürzt, es sei immer wieder gegen die Tür, gegen den Schrank oder gegen die Wand gelaufen; das Kind sei vom Stuhl, vom Tisch oder aus dem Bett gefallen; es sei auf der Treppe gestürzt; die Kinder schlugen einander. Soweit möglich, sollte der Gutachter vor der Untersuchung über die behauptete Ursache der Verletzung in Kenntnis gesetzt werden, um von vornherein auch aus dieser Sicht die Befunde zu beachten. Frühzeitige ärztliche Untersuchung ermöglichte es nicht selten, die behaupteten Ursachen der Verletzungen als Schutzbehauptungen zu erkennen. Zur medizinischen Beurteilung einer fraglichen Kindesmißhandlung ist es für den Gerichtsarzt gelegentlich auch erforderlich, die Wohnverhältnisse in Augenschein zu nehmen. Ein von uns begutachteter Fall bekräftigte, daß es bei Verbrennungen besonders schwierig ist, allein aus dem körperlichen Befund zwischen Mißhandlung und Unfall zu unterscheiden. Erst die Ortsbesichtigung führte zur Klärung der Verbrennungsursache und damit zur Entlastung der Beschuldigten.

Die Dunkelziffer des Delikts ist nach Ansicht der Sachkenner groß, sie wird mit 95% angegeben (Trube-Becker, 1964; Janssen, 1967; Opitz u. Schmid, 1969). Nach uns von Klinik- und Hausärzten zugegangenen persönlichen Mitteilungen dürfte die Dunkelziffer in Hamburg sogar über 95% liegen. Parisot u. Caussade (1929) fanden Kindesmißhandlungen (bis zum 15. Lebensjahr) in den einzelnen Altersstufen in annähernd gleicher Prozentzahl. Nach Ziemke (1929) und nach Falk u. Maresch (1967) sind überwiegend Kleinkinder betroffen, nach Janssen (1967) vor allem Säuglinge und Kleinkinder.

In unserer Auswertung überwiegen unter den Untersuchungen insgesamt und unter denen mit positivem Mißhandlungsbefund die Kinder im Kleinkind- und Schulkindalter (Tabelle 4). Differenziert nach Lebensalter liegen die Gipfel im 2. und im 10. Lebensjahr.

Nicht allein Beurteilung der Verletzungsfolgen, auch Berücksichtigung von Konstitution, Pflege- und Ernährungszustand sind zur Aufklärung einer Kindesmißhandlung von Bedeutung (Köttgen, 1967). Die Ursache chronischer Hautentzündungen bei Säuglingen und Kleinkindern kann in einer Unterlassung einfacher pflegerischer Maßnahmen nach Mißhandlungen liegen. Bei Nichtbehandlung können tiefgreifende Hautwunden entstehen (Klein, 1966). Folgen einer Fehl- oder Mangelernährung oder eines Nahrungsentzugs sind bei Mißhandlung nicht

Tabelle 4. Kindesmißhandlungen. Altersgruppen und Geschlecht der 72 untersuchten Kinder

Lebensalter	Männlich	Weiblich	Gesamt
Säuglinge 0—1 Jahr	4	3	7
Kleinkinder 1—6 Jahre	20	15	35
Schulkinder 7—14 Jahre	11	15	26
Jugendliche 15 bis einschl. 16 Jahre	1	3	4
	36	36	72

selten zu beobachten. 3 der von uns untersuchten Kinder befanden sich in einem sehr schlechten Pflegezustand, 4 Kinder waren stark unterernährt. Von den 72 Untersuchten konnte bei 55 Kindern die Anschuldigung einer Kindesmißhandlung bestätigt werden, 6mal war der Befund fraglich, 11mal konnte die Anschuldigung nicht bestätigt werden — möglicherweise z. T. wegen zu später Untersuchung. Die wenigen fraglichen Fälle sind ein Hinweis, welche Hilfe die medizinische Befunderhebung für die Aufklärung von Mißhandlungsfällen sein kann.

Uncharakteristisch sind Verletzungen an vorspringenden Körperteilen: Kinn, Nase, Stirn, Knie, Ellenbogen. Die Behauptung, das Kind habe sich die Verletzungen bei einem Sturz zugezogen, ist oft nicht zu widerlegen (Ziemke, 1929; Ullrich, 1964). Eine hämorrhagische Diathese ist in Erwägung zu ziehen (Manz, 1941; Harnack, 1971).

Bei frühzeitiger Untersuchung lassen die scharf konturierten Hautrötungen und Hautabblassungen nicht selten einen Rückschluß auf das benutzte Tatwerkzeug

Tabelle 5. Mißhandlungsarten und körperliche Mißhandlungsbefunde. 55 Kinder (von insgesamt 72 untersuchten Kindern) mit insgesamt 101 sicheren Mißhandlungsbefunden

Mißhandlungsarten	Säuglinge 0—1 Jahr	Kleinkinder 1—6 Jahre	Schulkinder 7—14 Jahre	Jugendliche 15—16 Jahre einschl.	0—16 Jahre einschl.
Schlagen mit der Hand oder Faust	5	16	10		31
Schlagen mit einem Werkzeug					
Stock		4	11	4	19
Riemen, Peitsche		4	7	1	12
Ledergürtel		1	3	2	6
Kleiderbügel		1	1		2
Kochlöffel			2		2
Sprungseil			1		1
Flaschenbürste			1		1
Holzlatzchen			1		1
Schuhlöffel			1		1
Pantoffel			1		1
Drahtbürste		1			1
Schleudern (gegen Möbel)	1	2			3
Kopf an Kopf schlagen			2		2
Treten		3	4		7
Ziehen oder Schleifen an den Ohren		1	2		3
Hungern lassen	1	1			2
Beibringung von Brand- verletzungen	2	4			6
Gesamtzahl der Miß- handlungsbefunde	9	38	47	7	101

Tabelle 6. Lokalisation der Verletzungen bei Kindesmißhandlung (55 Kinder mit positivem Mißhandlungsbefund, 158 Verletzungen)

Lokalisation der Verletzungen	Anzahl der Verletzungen
Gesicht	28
Schulterregion, Rücken	24
Oberschenkel	20
Unterschenkel	16
Kopfschwarte	14
Oberarm	13
Thorax	12
Gesäß	11
Hals	5
Unterarm, Ellenbogengelenk	5
Hände, Handgelenk	5
Ohren	4
Füße	1

zu. Unter Hinzuziehung der Polizeiermittlungen ließen die körperlichen Befunderhebungen die in Tabelle 5 zusammengestellten Mißhandlungsarten bzw. Mißhandlungswerkzeuge erkennen. Die nach Kindesmißhandlungen festzustellenden Gewalteinwirkungen lassen sich in das übliche Schema der Körperverletzungen einordnen. Nahezu ausschließlich handelte es sich um stumpfe Gewalt. Viel seltener waren Würgen, Nahrungsentzug und physikalische Einwirkungen. Von Trube-Becker (1972) mitgeteilte Bißspuren im Zusammenhang mit Kindesmißhandlung haben wir nicht beobachtet.

Verdacht auf Kindesmißhandlung gibt der Befund gleichzeitig bestehender frischer und älterer Verletzungen. Mehrfache Mißhandlung in mehr oder weniger kurzen Zeitabständen ist nicht selten. Hinweise gibt auch der Befund von alten und frischen Frakturen und das sog. Knochensyndrom nach Caffey (Knight, 1972), schließlich auch die Kombination von Verletzungen an Nase, Mund, Rücken und Gesäß (Ziemke, 1929). Zuhalten von Mund und Nase zwecks Unterbrechung eines Schreiens kann in diesen Körperregionen Hautkratzer hervorrufen. Durch Zug und Zerren am Ohrfläppchen oder an der Nase kann es zu mehr oder weniger oberflächlichen Einrissen der Haut oder zu Druckspuren an der Vorderseite der oberen und der unteren Ansatzstelle der Ohrmuschel oder an der Übergangsstelle der Nasenflügel bzw. des Septum nasi in die Oberlippe kommen (Dittrich, 1906; Ziemke, 1929).

Die Lokalisation der bei Kindesmißhandlungen gefundenen Verletzungen (55 nachgewiesene Mißhandlungen, 158 ausgewertete Verletzungen) ist aus Tabelle 6 ersichtlich. Die Zeitdifferenz zwischen Tat (Zeitpunkt der letzten Mißhandlung) und gerichtsärztlicher Untersuchung variierte zwischen wenigen Stunden und 12 Tagen. Am häufigsten erfolgte die Untersuchung 1 bis 2 Tage nach der letzten Mißhandlung. Im Gegensatz zu Untersuchungen von Personen nach Sittendelikten und Gewalteinwirkungen anderer Art war eine Befunderhebung erst 5 bis 12 Tage nach Mißhandlung oder angeblicher Mißhandlung nicht selten. Leichte Verletzungen können sich schnell durch Heilungsvorgänge oder Vereiterung verändern (Ullrich, 1964). Die von uns in bezug auf Kindesmißhandlung als fraglich beurteilten

Fälle waren in der Regel solche, die erst mehrere Tage nach der (angeblichen) Mißhandlung zur Untersuchung kamen. Eine sichere Beurteilung der Befunde war dann nicht mehr möglich. Überwiegend lag die Ursache der großen Zeitdifferenz zwischen Mißhandlung und Untersuchung in einer späten Aufdeckung oder Verdachtsschöpfung. Eine Mißhandlung findet im allgemeinen hinter verschlossenen Türen statt (Messerer, 1936).

Die anhaltswise Beurteilung des Zeitpunktes der Gewalteinwirkung kann zur Beurteilung von Schutzbehauptungen wichtig sein. Auch bei Untersuchung von Kindesmißhandlungen ist zu beachten, daß tiefliegende Blutunterlaufungen zunächst nicht sichtbar zu sein brauchen. Es ist empfehlenswert, ggf. die Kinder nach Ablauf von 1 bis 2 Tagen nachzuuntersuchen.

F. Schlußwort

Die Auswertung der Befunde zeigt auf, daß körperliche Sofort-Untersuchungen geschädigter und beschuldigter Personen im Rahmen polizeilicher Ermittlungen bei Verdacht auf Kindesmißhandlung, Sittendelikten und Gewalteinwirkung im Zusammenhang mit anderen Straftaten (u. a. versuchte Tötungsdelikte) einen wesentlichen Beitrag zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Aussage, zur Tatrekonstruktion, zur Beschaffenheit eines Tatwerkzeugs und zur Tatzeitbestim-

Tabelle 7. Aussagewert der körperlichen Untersuchungen. Geschädigte (nach Deliktgruppen unterteilt) und Beschuldigte. 479 ausgewertete Untersuchungen

Anschuldigung / Untersuchungs- befund	Gewalteinwir- kung (versuchte Tötungsdelikte u. a.) Geschädigte	Sitten- delikte, Ge- schädigte	Kindes- mißhand- lung, Ge- schädigte	Be- schuldigte insgesamt	Insgesamt (Geschädigte und Be- schuldigte)
Bestätigt	73	99	55	33	260
Nicht bestätigt	9	71	11	51	142
Fraglich	14	48	6	9	77
	96	218	72	93	479

Tabelle 8.
Zeitdifferenz zwischen Tat und Untersuchung. 431 Untersuchungen mit bekannter Tatzeit

Zeitdifferenz zwischen Tat und Unter- suchung	Unter- suchungen insgesamt	Sitten- delikte, Ge- schädigte	Gewalteinwir- kung (versuchte Tötungsdelikte u. a.), Ge- schädigte	Kindes- mißhand- lung, Ge- schädigte	Beschuldigte insgesamt
Untersuchung bis 24 Std nach der Tat	273	130	71	16	56
Untersuchung 1—12 Tage nach der Tat	158	54	32	39	33

mung zu leisten vermögen (Tabelle 7). Der Aussagewert der Untersuchungen ist weitgehend abhängig von der Zeitdifferenz zwischen Tat und Befunderhebung. Eine nach Möglichkeit frühzeitige Untersuchung ist anzustreben, im konkreten Fall jedoch nicht immer möglich (Tabelle 8).

Gerichtsmedizinische Kenntnisse und Erfahrung sind zur regelrechten, forensisch verwertbaren Befunderhebung und Befundbeurteilung erforderlich. Die Untersuchungen und die zusammenfassende Beurteilung der Befunde gehören ins Fachgebiet der Rechtsmedizin. Der Rechtsmediziner hat zu entscheiden, ob für spezielle Untersuchungen und Befundbeurteilungen Sachverständige anderer Fachdisziplin heranzuziehen sind.

Literatur

- Ananyev, G. V.: Spectrographic examination of the loop impression. *Sud.-med. Ekspert.* **4**, 8—12 (1968); ref. in *Zbl. ges. gerichtl. Med.* **1**, 18 (1970).
- Avdeev, M.: Die Organisation der gerichtsmedizinischen Begutachtung in der UdSSR. *Wiss. Z. d. Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sonderheft*, 13—21 (1969).
- Baima-Bollone, P. L.: Seltener Befund einer Strangfurche an der Leiche eines Abgestürzten. *Minerva med.-leg.* **85**, 32—34 (1965); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **59**, 23 (1967).
- Bauer, G.: Die Kindesmißhandlung. Lübeck: Schmidt-Römhild 1969.
- Berg, S.: Das Sexualverbrechen. Hamburg: Verlag Kriminalistik 1963.
- Berg, S.: Grundriß der Rechtsmedizin, 9. Aufl. München: Müller u. Steinicke 1971.
- Berg, S., Schaidt, G.: Methodik und Beweiswert des Bißspurenvergleichs. *Kriminalistik (Hamburg)* **8** (1954), Beilage *Krim. Wissensch.* 121.
- Berke-Müller, P.: Der rote Faden. Hamburg: Verlag Kriminalistik 1971.
- Bogdan, G.: Deux cas de strangulation criminelle. *Ann. Méd. Lég.* **8**, 132—133 (1928).
- Bonn, R.: Gerichtsmedizinische Beobachtung bei Kindesmißhandlungen. *Diss., Univ. Münster* 1963.
- Bonnet, E. F. P.: *Medicina Legal*. Buenos Aires: Lopez Libreros Editores S.R.L. 1967.
- Brock, J.: Kinder als Opfer von Sittlichkeitsverbrechen. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **6**, 256—267 (1926).
- Brock, J.: Notzucht und Notzuchsversuch. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **9**, 739—757 (1927).
- Bschor, F.: Zum Mechanismus von Strangulationsblutungen aus Nase und Ohr. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **55**, 284—292 (1964).
- Büchner, E.: *Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin*. München: Finsterlin 1872.
- Buhtz, G., Erhardt, N.: Die Identifikation von Bißwunden (Experimentelle Untersuchungen). *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **29**, 453—468 (1938).
- Camps, F. E., Hunt, A. C.: Pressure on the neck. *J. forens. Med.* **6**, 116—135 (1959).
- Cann, Mc., F. J.: Cases of medico-legal interest in the practice of Gynaecology. *Lancet* **212**, 491—493 (1927).
- Carella, A.: Identificazione di fratericida mediante i caratteri di un morso rilevato sulla mano della vittima. *Ann. Méd. Lég.* **1**, 395—413 (1953); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **43**, 636 (1954).
- Cueva, J. C.: Factores de la delincuencia sexual. *Comentarios medico-legales. Rev. Ann. Méd. lég.* **14**, 75—76, 63—71 (1956); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **46**, 164 (1957).
- Dettling, J., Schöenberg, S., Schwarz, F.: *Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin*. Basel: Karger 1951.
- Dietz, G.: *Gerichtliche Medizin*. Leipzig: Barth 1970.
- Dittrich, P.: Die ärztliche Sachverständigen-Tätigkeit bei der Untersuchung und Begutachtung von Verletzungen zu forensischen Zwecken. In: *Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit*, 3. Bd., S. 1—462. Wien-Leipzig: Braumüller 1906.
- Dömer, H.: Über Kindesmißhandlungen in rechtlicher und sozialer Beziehung. *Diss., Univ. Düsseldorf* 1936.
- Falk, W., Maresch, W.: Klinisch-pädiatrische und forensische Aspekte der Kindesmißhandlung. *Msehr. Kinderheilk.* **115**, 196—197 (1967).

- Favero, F.: *Medicina Legal*, 2. Aufl. Sao Paulo: Livraria Martins Editora 1966.
- Gelma, E.: Les hémorragies vulvaires post-traumatiques sans lésion de l'hymen dans les cas de tentative de viol. *Ann. Méd. Lég.* **5**, 416—463 (1925); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **7**, 514 (1926).
- Goldmann, O.: Notzucht oder freiwillige Hingabe? *Arch. Menschenk.* (München) **1**, 488—495 (1926).
- Gomes, H.: *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos S.A. 1968.
- Gormsen, H.: Der gerichtsmedizinische Dienst in Dänemark. *Wiss. Z. d. Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg*, Sonderheft, 8—12 (1965).
- Gottschalk, R.: *Grundriß der gerichtlichen Medizin*. Leipzig: Thieme 1903.
- Groenouw, N.: Ausreißung des Augapfels. *Klin. Mbl. Augenheilk.* **78**, 95 (1927).
- Grzywo-Dabrowski, W.: Gerichtlich-Medizinisches über Sexualvergehen. *Warszawskie czasopismo lekarskie*. **1**, 10, 386—390 (1924); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **5**, 686 (1925).
- Gustafson, G.: *Forensic odontology*. London: Staples Press 1966.
- Haberda, A.: *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin*. Berlin-Wien: Urban u. Schwarzenberg 1927.
- Härb, H., Tscholakoff, P.: Über Bißverletzungen. *Wien. klin. Wschr.* **76**, 908—910 (1964).
- Hansen, G.: *Gerichtliche Medizin*. Leipzig: Thieme 1957.
- Harnack v., G. A.: *Kinderheilkunde*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971.
- Höpler v., F.: Über Kindesmißhandlungen. *Arch. Kriminol.* **69**, 223—285 (1918).
- Hofmann v., E.: *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin*, 7. Aufl. Wien-Leipzig: Urban u. Schwarzenberg 1895.
- Hudacek, E.: Über Bißverletzungen. *Bruns Beitr. klin. Chir.* **161**, 337—346 (1935).
- Janssen, W.: Kindesmißhandlung, aus der Sicht des Gerichtsmediziners. *Saar. Ärztebl.* **7**, 337 (1967).
- Klein, H.: Körperverletzung. In: Sieverts, R., *Handwörterbuch der Kriminologie*, Bd. 1 (A—K), S. 474—481. Berlin: de Gruyter 1966.
- Klose, I.: Lebensalter von Tätern und Geschädigten bei Sittlichkeitsdelikten. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **59**, 129—134 (1967).
- Knight, B.: *Legal aspects of medical practice*, 1. Aufl. London: Churchill and Livingstone 1972.
- Knögel, W.: Jugendliche und Kinder als Zeugen in Sittlichkeitsprozessen. *Neue jur. Wschr.* **12**, 1663—1666 (1959).
- Köttgen, U.: Kindesmißhandlungen. *Mschr. Kinderheilk.* **115**, 186—196 (1967).
- Korkhaus, G.: Die Identifikation von Bißspuren durch den Zahnarzt. *Dtsch. zahnärztl. Z.* **1955**, 1769.
- Kratter, J.: *Gerichtsärztliche Praxis* (Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 2. Bd.). Stuttgart: Enke 1919.
- Lochte, Th.: *Gerichtsärztliche und polizeiärztliche Technik*. Wiesbaden: Bergmann 1914.
- Manz, R.: Tod nach körperlicher Mißhandlung. In: *Öffentlicher Gesundheitsdienst*, S. 65—68. Neuwied: Luchterhand 1941.
- Marcinkowski, T.: The limits of active and passive resistance of a woman during rape. *Arch. med. sadowej.* **15**, 153—155 (1963).
- Martin, O.: Suche, Sicherung und Auswertung von Spuren in Sittlichkeitsstrafsachen. *Kriminalistik* (Hamburg) **13**, 281—286, 330—335 (1959).
- Maschka, J.: *Handbuch der gerichtlichen Medizin*. Tübingen: Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung 1881.
- Messerer, N.: Kindesmißhandlungen. *Dtsch. Ärztebl.* **1936**, 916—917.
- Mikuleg, A.: Symptome nach überlebter Strangulation. *Soud. Lék.* **3**, 145—150 (1958); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **49**, 310 (1959).
- Mueller, B.: *Gerichtliche Medizin*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953.
- Naeve, W., Becker, B.: Gerichtsärztliche körperliche Untersuchungen im Rahmen kriminalpolizeilicher Ermittlungen. *Kriminalistik* (Hamburg) **26**, 470—472 (1972).
- Nau, E.: Kindesmißhandlung. *Mschr. Kinderhk.* **115**, 192—195 (1957).
- Ohmura, T., Sukegawa, Y., Yano, M.: Examination of bite wounds in reference to a rape and murder case of a young girl. *Acta Crim. Med. leg. jap.* **34**, 57—71 (1968); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **65**, 27—28 (1969).
- Opitz, H., Schmidt, F.: *Handbuch der Kinderheilkunde*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1969.

- Parisot, P., Caussade, L.: Les sévices envers les enfants. *Ann. Méd. Lég.* **9**, 398—426 (1929).
- Peyer, J. P.: Die Bedeutung der Gebißanalyse für die forensische Medizin. Diss., Univ. Heidelberg 1966.
- Plaut, P.: Der Sexualverbrecher und seine Persönlichkeit. Stuttgart: Enke 1960.
- Polson, C.: Strangulation, manslaughter or murder. *Ann. Méd. Lég.* **25**, 101—110 (1957).
- Ponsold, A.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart: Thieme 1957.
- Prokop, O.: Forensische Medizin. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit 1966.
- Reis Dos, A.: Identifizierung von Bißwunden. *Ann. Fac. Med. Perugia* **2**, 491—532 (1928).
- Reuter, F.: Forensische Gynäkologie. Berlin-Wien: Urban u. Schwarzenberg 1928.
- Saar, H.: Untersuchungen über das Verhalten nichtverletzender Bisse. *Kriminalistik (Hamburg)* **6**, 32—36 (1952).
- Schaidt, G.: Untersuchung zur Auswertung von Bißspuren an Lebensmitteln. *Kriminalistik (Hamburg)* **8**, 53 (1954).
- Schiff, A.: Notzuchtsdelikte. *J. forens. Sci.* **14**, 102—110 (1969); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **66**, 267—268 (1969).
- Schilf, E.: Beiträge zur Kinderpsychologie. I. Zur Frage, ob Kinder an ihnen begangene Sittlichkeitsverbrechen verheimlichen oder spontan melden. *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* **4**, 336—339 (1952).
- Schmidtman, A.: Handbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin: Hirschwald 1905.
- Schönberg, S.: Sind ausgedehnte Rachenverletzungen durch Würgen möglich? *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **14**, 78—83 (1930).
- Schneider, P. J.: Über die von den Gerichtsärzten zu erstattenden Gutachten. Freiburg i. Brsg.: Friedrich Wagnersche Buchhandlung 1851.
- Siebert, F.: Deflorations- und Kohabitationsverletzungen. Verletzungen durch Unfall und Vergewaltigung. In: Mayr, J., Handbuch der Artefakte, S. 330—339. Jena: Fischer 1937.
- Sörup, A.: Odontoskopie, ein zahnärztlicher Beitrag zur gerichtlichen Medizin. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **4**, 529—532 (1924).
- Stoenescu, N., Vasiliu, Th., Brenner, B.: Das Hymen und die geschlechtlichen Verbrechen in der gerichtlichen Medizin. *Rev. Med. leg. (Siena)* **2**, 51—72 (1937).
- Strassmann, F.: Tod durch Erwürgen oder gewaltsames Anfassen des Halses? *Vjschr. gerichtl. Med.* **36**, 282—294 (1908).
- Trube-Becker, E.: Die Kindesmißhandlung in gerichtlich-medizinischer Sicht. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **55**, 173—183 (1964).
- Trube-Becker, E.: Bißspuren bei Kindesmißhandlungen. Vortrag 51. Jahrestagung d. Dtsch. Gesellsch. f. Rechtsmedizin, Wien 1972.
- Ullrich, W.: Die Kindesmißhandlungen. Neuwied-Berlin: Luchterhand 1964.
- Vamosi, M.: Der gerichtsmedizinische Dienst in der CSSR. *Wiss. Z. d. Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sonderheft*, 25—28 (1965).
- Voigt, J.: Begutachtungen von Verletzungen (Mißhandlungen, Vergewaltigungen). *Beitr. gerichtl. Med.* **24**, 211—217 (1972).
- Walcher, K.: Gerichtliche Medizin für Juristen und Kriminalisten. Leipzig: Barth 1955.
- Zeldenrust, J.: Un cas singulier de strangulation. *Zacchia* **II**, 209—217 (1937); ref. in *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **29**, 427 (1938).
- Zerndt, D.: Zur forensischen Beurteilung von Bißverletzungen. *Arch. Kriminol.* **133**, 1—11 (1964).
- Zerndt, D., Simon, A.: Über den Nachweis von Epidermisresten an Kleidern bei Bißverletzungen. *Arch. Kriminol.* **129**, 27—33 (1962).
- Ziemke, E.: Über Kindesmißhandlungen und ihre rechtliche und soziale Bedeutung. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **13**, 159—176 (1929).

Priv.-Doz. Dr. W. Naeve
Institut für gerichtliche Medizin
und Kriminalistik
der Universität
D-2000 Hamburg, Butenfeld 34
Bundesrepublik Deutschland