

Übersichtsreferat / Review article

Abwehrverletzungen bei Tötungsdelikten durch scharfe Gewalteinwirkung*

D. Metter und D. Benz

Institut für Rechtsmedizin der Stadt Stuttgart, Weimarstrasse 30, D-7000 Stuttgart 1,
Federal Republic of Germany

Defence – injuries caused by sharp force in homicides

Summary. 101 homicides caused by stabbing were examined for the presence of defence-injuries. 50 victims showed 174 defence-injuries on hands and forearms (133 incision wounds, 26 stab wounds and 15 cutting through). More than two thirds of lesions were found on left arm. That those lesions mostly were found on left arm is caused by the interaction between perpetrator and victim. Victims left arm is nearest to the perpetrator therefore it is used as a mean of defence first of all. The probability that defence-injuries can be seen is rising with the number of stab wounds. Localisation of a defence-injury on the extensor side (“passive”) or on the flexor side (“active”) is conditioned by accidentalities. Such a differentiation should be given up because no conclusions on the readiness of defence can be drawn.

Key words: Defence-injuries, sharp force – Incision wound and stab wound, defence-injuries

Zusammenfassung. 101 Tötungsdelikte durch Messerstich wurden auf das Vorhandensein von Abwehrverletzungen untersucht. 50 Opfer zeigten an Händen und Unterarmen 174 Abwehrverletzungen (133 Schnitte, 26 Stiche und 15 Durchstiche). Mehr als zwei Drittel der Verletzungen lagen am linken Arm. Diese Linksbetonung des Verletzungsmusters erklärt sich durch die Täter-Opfer-Interaktion. Der linke Arm des Opfers ist der Tatwaffe am nächsten und wird daher vorrangig als Abwehrmittel eingesetzt. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Abwehrverletzungen steigt mit der Zahl der Körpertreffer. Ob eine Abwehrverletzung an der Streckseite („passiv“) oder an der Beugeseite („aktiv“) liegt, hängt von Zufälligkeiten beim Tatvergang ab. Weil hieraus keine Schlüsse auf die Abwehrbereitschaft möglich sind, sollte auf eine Unterscheidung verzichtet werden.

Schlüsselwörter: Abwehrverletzungen, scharfe Gewalt – Schnitt- und Stichwunden, Abwehrverletzungen

* Herrn Professor Dr. med. H. J. Mallach zum 65. Geburtstag gewidmet

Sonderdruckanfrage an: D. Metter

Einleitung

Die Abwehrverletzungen geben wichtige Hinweise auf eine Einwirkung durch fremde Hand. Sie entstehen, wenn sich das Opfer mit der Hand oder dem Unterarm gegen das Tatwerkzeug (meist Messer) zu schützen versucht. Bei Durchsicht der Literatur über die scharfe Gewalteinwirkung ist es überraschend, daß nur wenige Arbeiten auf die Abwehrverletzungen näher eingehen. Dies hat uns veranlaßt, die Häufigkeit und Verteilung der Abwehrverletzungen anhand eines größeren Untersuchungsgutes zu überprüfen.

Untersuchungsgut

Zur Untersuchung gelangten 101 vorsätzlich begangene vollendete Tötungsdelikte durch Messerstich, die von 1962 bis 1987 am Institut für Rechtsmedizin der Stadt Stuttgart begutachtet worden sind (Institutsleiter bis 1983: Professor Dr. med. J. Rauschke). Ausgewertet wurden die Obduktionsprotokolle und die polizeilichen Ermittlungsberichte. Zum Vergleich wurden aus demselben Zeitraum 10 Suizide durch Messerstich herangezogen.

Ergebnisse

Überblick über Zahl und Verteilung der Abwehrverletzungen

Zur Untersuchung gelangten 101 Opfer, welche durch Messerstichverletzungen getötet wurden. 50 Opfer (26 Frauen und 24 Männer) zogen sich hierbei Abwehrverletzungen in Gestalt von Schnitten, Stichen und Durchstichen an Händen und Unterarmen zu. Insgesamt wurden 174 Abwehrverletzungen festgestellt, von denen 118 (67,8%) auf die Hände und 56 (32,2%) auf die Unterarme entfielen. 120 (69%) Verletzungen lagen am linken Arm und 54 (31%) am rechten Arm. Im einzelnen entfielen auf die linke Hand 73 Verletzungen (41,9%), auf den linken Unterarm 47 (27%), auf die rechte Hand 45 (25,9%) und auf den rechten Unterarm 9 (5,2%). Art und Lokalisation der Abwehrverletzungen sind in Tabelle 1 zusammenfassend angegeben.

Die Gruppierung nach der Zahl der Abwehrverletzungen pro Person zeigt, daß die meisten Opfer 1–3 Abwehrverletzungen aufwiesen (Tabelle 2).

Verletzungen der Hände

Mit 118 (67,8%) lagen etwa zwei Drittel der Abwehrverletzungen an den Händen. An den Streckseiten fanden sich 32, an den Beugeseiten 47 und am Übergang von der Beuge- zur Streckseite 39 Verletzungen. Das Verhältnis zwischen Schnitt- und Stichwunden betrug 103:15.

Etwa 50% aller Verletzungen lagen im Bereich Zeigefinger-Schwimnhaut-Daumen. Während die Verletzungen am Handrücken einen unregelmäßigen Verlauf aufwiesen, hatten diejenigen der Handteller und der Fingerbeugeseiten überwiegend eine quere Verlaufsform. Eine typische Lokalisation stellte hier-

Tabelle 1. Art und Verteilung der Abwehrverletzungen

Verletzungsart	Unterarme				Hände							
	links		rechts		links		rechts					
	Streck- seite	Beuge- seite	Streck- seite	Beuge- seite	Streck- seite	Beuge- seite	Über- gang- Beuge- Streck- seite	Streck- seite	Beuge- seite	Über- gang- Beuge- Streck- seite		
Schnitte	24	2	3	1	14	29	23	10	16	11		
Stiche	10	2	4	0	2	2	-	1	-	5		
Durchstiche	9	0	1	0	3	-	-	2	-	-		
Gesamtzahl	43	4	8	1	19	31	23	13	16	16		
	56				73				45			

Tabelle 2. Zahl der Abwehrverletzungen pro Person

Zahl der Abwehrverletzungen	Zahl der Opfer	
	absolut	%
1	14	28,0
2-3	22	44,0
4-6	7	14,0
7-10	5	10,0
> 10	2	4,0
Gesamt	50	100,0

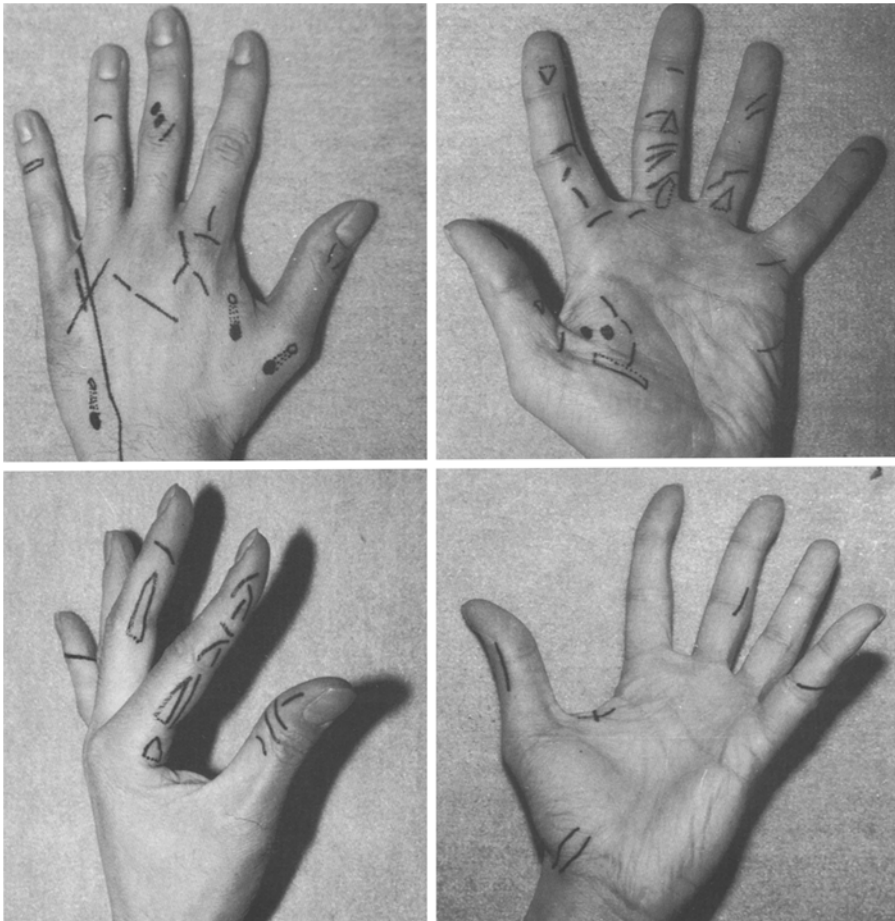


Abb. 1. Abwehrverletzungen der linken Hand. Schnittwunden (*Striche*), Schnittwunden lappenförmiger Gestalt (*doppelt konturierte Striche*), Stichwunden (*fette Punkte*), Durchstiche (Einstich *schwarz*, Ausstich *hell*, Stichkanal *punktiert*)

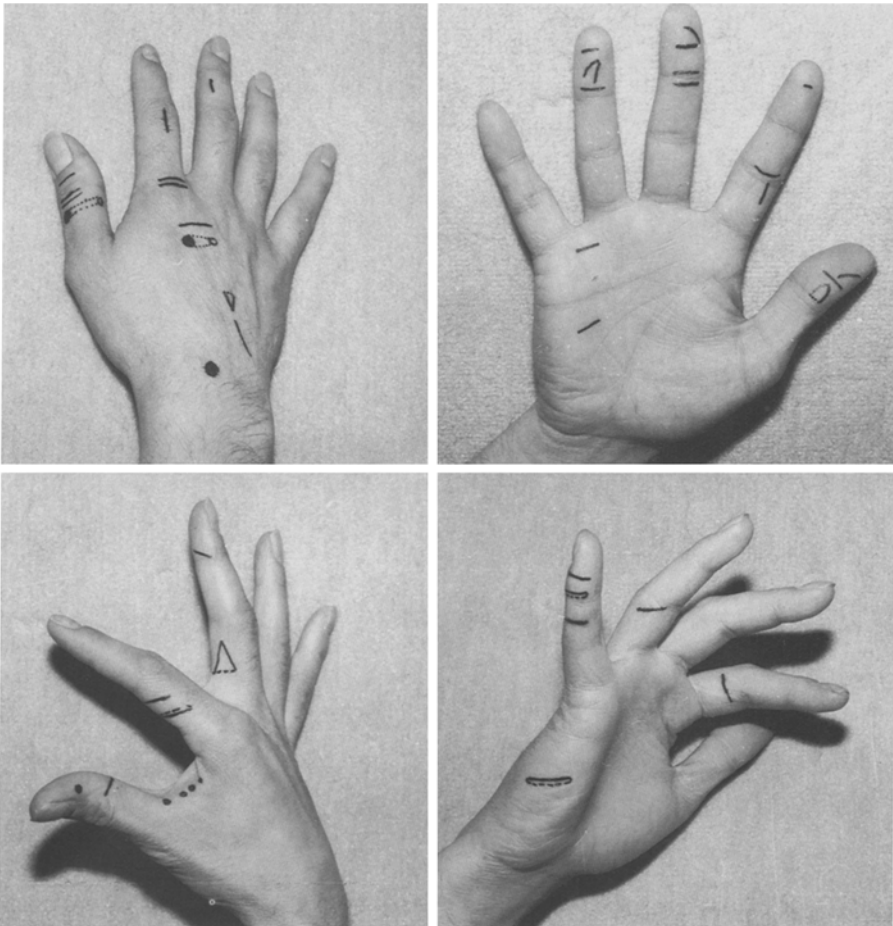


Abb. 2. Abwehrverletzungen der rechten Hand. Schnittwunden (Striche), Stichwunden (fette Punkte), Durchstiche (Einstich *schwarz*, Ausstich *hell*, Stichkanal *punktiert*)

bei der Gelenkbereich am Übergang von der Grund- zur Mittelphalanx dar (Abb. 1–3).

Verletzungen der Unterarme

Mit 56 (32,2%) entfiel etwa ein Drittel der Abwehrverletzungen auf die Unterarme. Das Verletzungsmuster unterschied sich von demjenigen der Hände erheblich. 51 von 56 Verletzungen lagen an den Streckseiten der Unterarme. 47 Verletzungen fanden sich am linken Unterarm. Stichwunden kamen häufiger vor als an den Händen; das Verhältnis zwischen Schnitt- und Stichwunden betrug 30:26. Von den 15 Durchstichverletzungen des Gesamtmaterials wurden 10 an den Unterarmen (sämtlich streckseitig) festgestellt. Die Anordnung der Wunden zeigte überwiegend eine zur Armachse quere Verlaufsrichtung (Abb. 4).

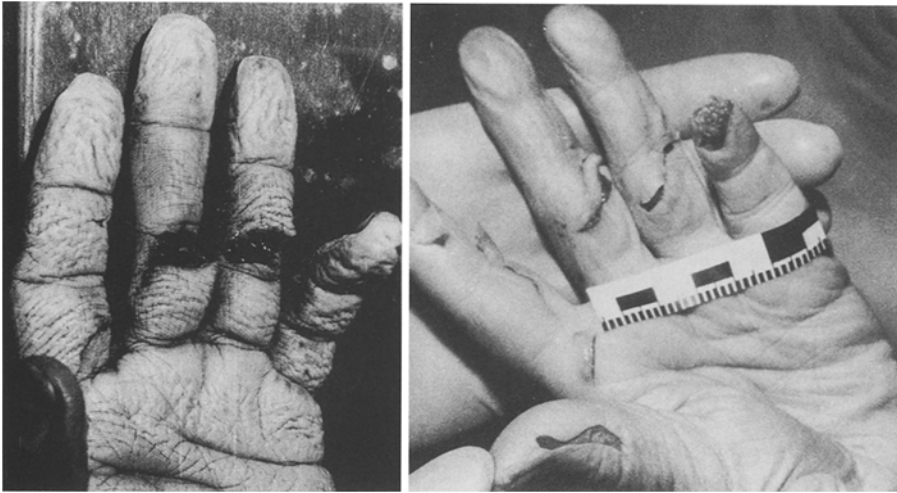


Abb. 3. Abwehrschnittverletzungen durch Umklammern der Messerklinge (rechts mit Abtrennung des Kleinfingerendgliedes)

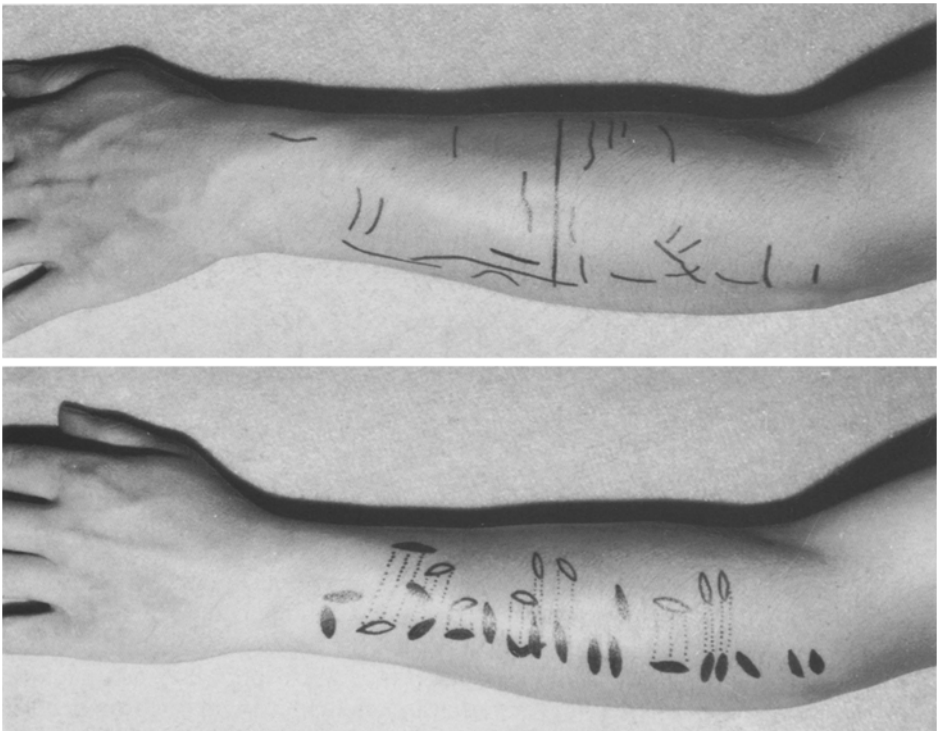


Abb. 4. Abwehrverletzungen an der Streckseite des linken Unterarmes. *Oberes Bild:* Schnittwunden. *Unteres Bild:* Stichwunden (Einstiche schwarz, Stichkanal punktiert, Ausstiche hell)

Wundbeschaffenheit

Auf die insgesamt 174 Abwehrverletzungen entfielen 133 Schnittwunden (76,5%), 26 Stichwunden (14,9%) und 15 Durchstiche (8,6%). Bei den *Schnitten* handelte es sich überwiegend um glattrandige Hautdefekte. Wellenförmige Wunden kamen vor, wenn Hautfalten durchtrennt wurden. In einigen Fällen waren an den Händen Beuge- oder Strecksehnen durchtrennt. Einmal wurde das Endglied eines Kleinfingers abgetrennt. Eine besondere Form der Schnittverletzungen entstand, wenn das Messer im spitzen Winkel zur Hautoberfläche geführt wurde, so daß sich ein Hautlappen abheben ließ. Solche fischmaulförmigen Wunden kamen besonders an den Beugeseiten vor. Bei den *Stichen* bereitete die Unterscheidung zwischen spitzem und stumpfem Wundwinkel zumindest an dem dickeren Weichteilpolster der Unterarme keine Schwierigkeiten.

Linksbetonung des Verletzungsmusters

Von den 50 Opfern wiesen 26 nur linksseitige Abwehrverletzungen auf, 21 zeigten beidseitig Abwehrverletzungen und 3 waren nur auf der rechten Seite abwehrverletzt. Wie bereits erwähnt, entfielen von den insgesamt 174 Abwehrverletzungen 120 auf die linke und 54 auf die rechte Seite. Diese Linksbetonung des Verletzungsmusters gilt ganz besonders für die Unterarmverletzungen (47 von 56 lagen am linken Unterarm). Eine Linksbetonung konnte auch für die Rumpf- und Oberarmverletzungen festgestellt werden. Die insgesamt 50 Opfer mit Abwehrverletzungen wiesen 215 Körpertreffer auf. Hiervon entfielen auf die linke Rumpfsseite 116 Verletzungen (54%), auf die rechte Rumpfsseite 78 (36,2%) und auf die Rumpfmittle 21 (9,8%). Von insgesamt 39 Treffern der Oberarme lagen 30 am linken und 9 am rechten Arm.

Täter-Opfer-Position und Handlungsfähigkeit bei Tatbeginn

Bei 8 von den 101 Opfern des Gesamtmaterials war die Handlungsfähigkeit bereits vor der Anwendung scharfer Gewalt durch Schläge, Würgen oder Fesseln ausgeschaltet. (2 Opfer waren bewußtlos zusammengeschlagen worden. 1 Opfer wurde nach einem Faustschlag auf dem Bauch liegend in den Rücken gestochen. 4 Personen wurden bis zur Bewußtlosigkeit gewürgt. Ein 10jähriger Junge wurde auf dem Bauch liegend an Händen und Füßen gefesselt und sodann in den Rücken gestochen.) Alle anderen Opfer (93 Fälle) müssen als handlungsfähig angesehen werden, wenn auch die Abwehrbereitschaft in einigen Fällen vermindert war. So wurden zwei Opfer durch den Täter im Schlaf überrascht (beide zeigten Abwehrverletzungen). 1 Opfer lag an den Beinen gelähmt im Bett (mit Abwehrverletzungen). 1 weiteres Opfer wurde überraschend in den Rücken gestochen (ohne Abwehrverletzungen). Die Positionen der Opfer bei Tatbeginn sind in Tabelle 3 dargestellt.

Um die Frage eines Zusammenhangs zwischen Zahl der Abwehrverletzungen und Zahl der Körpertreffer zu überprüfen, wurden die Opfer in Gruppen eingeteilt. Es zeigte sich, daß bei einem einzigen Körpertreffer nur ausnahmsweise mit Abwehrverletzungen zu rechnen ist; lediglich 2 von 24 Personen wiesen solche auf. Bereits bei 2 Körpertreffern stieg die Zahl der Fälle mit Abwehr-

Tabelle 3. Positionen der Opfer bei Tatbeginn

Position	Absolut	%
Stehend gegenüber	62	66,0
Liegend auf dem Rücken	8	8,5
Beim Stechen bereits bewußtlos	6	6,4
Zuerst hinter dem Täter stehend	2	2,1
Zuerst mit dem Rücken zum Täter	7	7,4
Sitzend gegenüber	4	4,3
Sitzend und schlafend	1	1,1
Im Bett liegend und schlafend	1	1,1
Gefesselt auf dem Bauch liegend	1	1,1
Im Ringkampf	1	1,1
Auf dem Bauch liegend	1	1,1
Ohne Angabe	7	7,4
Gesamt	101	100,0

Tabelle 4. Beziehungen zwischen Körpertreffern und Abwehrverletzungen

Gruppe	Anzahl der Körpertreffer	Anzahl der Fälle		Anzahl der Fälle mit Abwehrverletzungen		
		Absolut	%	Absolut	rel. %	%
1	1	24	26,4	2	8,3	4,1
2	2	12	13,2	6	50,0	12,2
3	3– 5	15	16,5	8	53,3	16,3
4	6–10	18	19,8	16	88,9	32,7
5	11–19	9	9,9	7	77,8	14,3
6	≥ 20	13	14,3	10	76,9	20,4
Gesamt		91	100,1	49		100,0

verletzungen auf 50%, bei noch mehr Körpertreffern bis auf annähernd 90%. Nicht berücksichtigt wurden hierbei ein einzelner Rückenstich (bei dem keine Abwehrverletzungen möglich waren), ferner eine tödliche arterielle Blutung aus einer einzelnen Unterarmstichverletzung (hier waren „Körpertreffer“ und Abwehrverletzung identisch) (Tabelle 4).

Alkoholeinfluß

Unter den 101 Opfern des Gesamtmaterials konnte bei 48 Personen ein erhöhter Alkoholspiegel festgestellt werden. In 29 Fällen lag keine relevante Blutalkoholkonzentration vor. Bei 16 Fällen war aus den Akten nicht ersichtlich, ob Alkoholbestimmungen stattgefunden hatten. Die 8 wegen vorausgegangener körperlicher Einwirkung handlungsunfähigen Personen wurden nicht berücksichtigt (Tabelle 5).

Tabelle 5. Blutalkoholkonzentration bei Abwehrverletzten und nicht Abwehrverletzten

BAK (‰)	Mit Abwehrverletzungen		Ohne Abwehrverletzungen	
	Absolut	%	Absolut	%
≤ 0,10	19	43,2	10	30,3
0,11–1,00	6	13,6	7	21,2
1,01–2,00	11	25,0	12	36,4
2,01–3,00	8	18,2	4	12,1
Gesamt	44 ^a	100,0	33 ^b	100,0

^a6 Fälle ohne Angaben

^b10 Fälle ohne Angabe, 8 Fälle handlungsunfähig (daher unberücksichtigt)

Von den 48 Opfern, die unter Alkoholeinwirkung standen und handlungsfähig waren, wiesen 25 Personen Abwehrverletzungen auf; bei 23 Personen lagen solche nicht vor. Der Vergleich der Blutalkoholkonzentrationen zwischen diesen beiden Gruppen ließ keine größeren Unterschiede erkennen. Einer durchschnittlichen BAK von 0,92‰ der Getöteten mit Abwehrverletzungen stand eine solche von 1,04‰ bei den Getöteten ohne Abwehrverletzungen gegenüber. Hierbei muß aber berücksichtigt werden, daß 29 von 43 handlungsfähigen Opfern, die keine Abwehrverletzungen hatten, nur 1–2 Körpertreffer aufwiesen.

Verletzungen der Hände bei Selbstmördern

Parallel zu den 101 vorsätzlichen Tötungsdelikten wurden 10 Selbsttötungsfälle durch Messerstich auf das Vorhandensein von Handverletzungen untersucht. Hierbei fanden sich bei 2 Personen Verletzungen. Ein 82jähriger Mann (3 Bauchstiche) wies an der Streckseite des linken Zeigefingergrundgliedes eine längsverlaufende Schnittwunde auf. Eine 47jährige Frau (2 Thoraxstiche) zeigte an der Streckseite des linken Mittelfingerendgliedes ebenfalls eine längsverlaufende Schnittwunde. Beide Personen hatten sich die Verletzungen offenbar zugezogen, als sie unter Zuhilfenahme der linken Hand die suizidalen Körperstiche ausführten.

Diskussion

Die Abwehrverletzungen werden in den Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin bzw. der Rechtsmedizin traditionsgemäß in Verbindung mit den homicidalen Halsschnittverletzungen und anschließend mit den praktisch so wichtigen Messerstichverletzungen abgehandelt. Nach Hansen (1965), Ponsold (1967), Dietz und Dürwald (1976), Schwed (1986) und Maresch (1987, 1988) geben die Abwehrverletzungen wichtige Hinweise auf eine Tötung durch fremde Hand. Darüber hinaus haben sich im Schrifttum die Begriffe der „aktiven“ und der „passiven“ Abwehrverletzungen etabliert. Nach herkömmlicher Auffassung

kommen die aktiven Verletzungen dadurch zustande, daß das Opfer mit der Hand ins Messer greift; sie liegen dann an der Beugeseite der Hand. Die passiven Verletzungen sollen entstehen, wenn das Opfer Hände bzw. Arme vorhält oder schützend auf die angegriffene Körperregion legt; hierbei sind Verletzungen an der Streckseite zu erwarten (Mueller 1975; Prokop und Göhler 1976; Berg 1984; Schulz 1986; Forster und Ropohl 1987). Vergleichbar hiermit sind die Begriffe der aktiven „Abwehr-Greifverletzungen“ und der passiven „Abwehr-Schutzverletzungen“ (Merkel und Walcher 1951; Arbab-Zadeh 1977) sowie diejenigen der „offensiven“ und der „defensiven“ Abwehrverletzungen (Naeve 1978; Patscheider und Hartmann 1986).

Es existieren nur wenige Arbeiten, aus denen nähere Angaben über Zahl und Verteilung der Abwehrverletzungen hervorgehen. Turletti (1977) beschrieb sie bei 20 von 63 Getöteten (31,7%), Möllers (1977) bei 13 von 35 (37,1%). Moar (1984) fand Abwehrverletzungen nur bei 3 von 52 Getöteten (5,8%); hierbei muß allerdings berücksichtigt werden, daß 94% der Opfer nur 1 bis 2 Körpertreffer aufwies. Unter 61 von Cavallazzi (1941) beschriebenen Mordfällen durch Stich und Schnitt erfolgte keine Differenzierung nach Abwehrverletzungen. In unserer Untersuchung fanden wir bei 50 von 101 Opfern (49,5%), welche Messerstichverletzungen erlitten hatten, Abwehrverletzungen vor.

Nach den Erfahrungen aus der Praxis kann angenommen werden, daß mit dem Auftreten von Abwehrverletzungen um so eher zu rechnen ist, je mehr Körpertreffer dem Opfer zugefügt wurden. Dies hat sich an Hand unserer Befunde bestätigt. Bei einem einzigen Körpertreffer zeigten nur 2 von 24 Opfern Abwehrverletzungen, während bei 2 und mehr Körpertreffern die Zahl der Fälle mit Abwehrverletzungen auf über 50% anstieg (s. Tabelle 4). Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Abwehrverletzungen steigt daher mit der Anzahl der Körpertreffer.

Treten trotz mehrfacher Messerstiche keine Abwehrverletzungen auf, so muß in Erwägung gezogen werden, daß das Opfer vor der Anwendung scharfer Gewalt bereits handlungsunfähig oder in seiner Abwehrbereitschaft beeinträchtigt war. Abwehrverletzungen fehlen bei Tötung im Schlaf (Strassmann 1931), bei unvermuteten Überfällen (Hofmann und Haberda 1927; Pietrusky und de Crinis 1943) und wenn das Opfer vorher betäubt worden ist (Luff 1973).

Handlungsunfähig durch eine vorausgegangene anderweitige Gewalteinwirkung waren in unserem Untersuchungsgut 8 Personen, hier lagen keine Abwehrverletzungen vor. Weiterhin kann angenommen werden, daß mit steigender Blutalkoholkonzentration die Fähigkeit sinkt, sich angemessen gegen einen tätlichen Angriff zu wehren. Dies mag für den Einzelfall zutreffen. Allerdings konnten wir im vorliegenden Gesamtmaterial keine sicheren Zusammenhänge zwischen der Höhe der Blutalkoholkonzentration und dem Vorhandensein von Abwehrverletzungen nachweisen.

Gliedern wir die von uns beobachteten 174 Abwehrverletzungen nach ihrer Lokalisation an den Beugeseiten („aktive Abwehrverletzungen“) und an den Streckseiten („passive Abwehrverletzungen“) und zählen die Fingerverletzungen am Übergang von der Beuge- zur Streckseite zu den aktiven Verletzungen, so handelt es sich insgesamt um 91 „aktiv“ und um 83 „passiv“ entstandene Verletzungen. Bei einer Gliederung nach Fällen hatten 19 Personen aktive und pas-

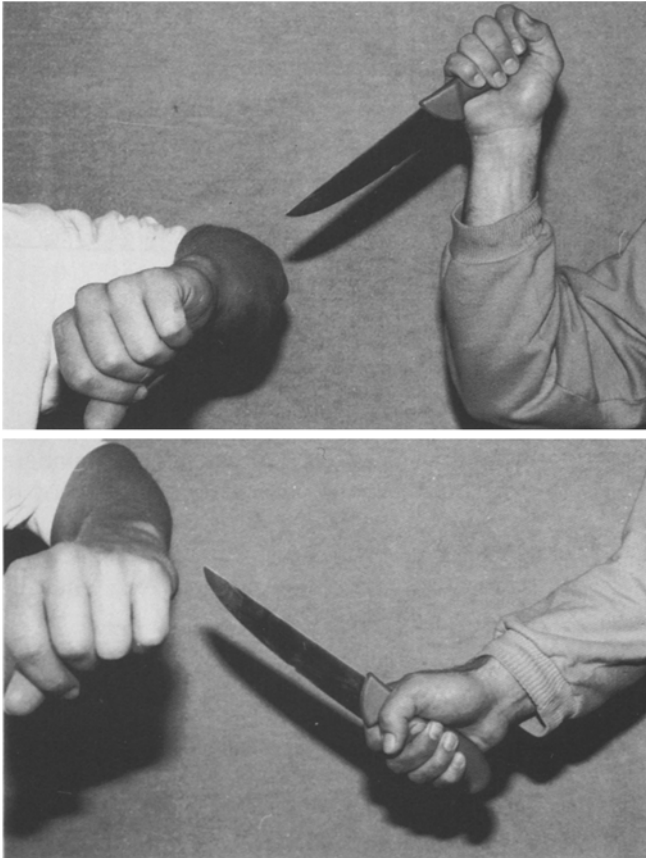


Abb. 5. Messerhaltung beim Angriff. Von oben (*häufiger*) oder von unten (*seltener*)

sive Abwehrverletzungen, 19 Personen nur passive Abwehrverletzungen und 12 Personen nur aktive Abwehrverletzungen.

Gegen eine solche Einteilung müssen aber Bedenken vorgetragen werden. Zunächst sind die verschiedenen Möglichkeiten der Messerführung beim Angriff zu beachten. Eine von oben ausholende Bewegung erzeugt an der Streckseite Verletzungen. Eine von unten ausholende Bewegung (häufig bei Südländern) führt dagegen zu Verletzungen an der Beugeseite des Armes. Somit können unterschiedliche Messerführungen bei derselben Armhaltung zu streck- und beugeseitigen Abwehrverletzungen führen (Abb. 5).

Eine Verletzung an der Streckseite der Gliedmaße („passiv“) kann auch dann entstehen, wenn das Opfer versucht, „aktiv“ nach dem Messer zu greifen, die Messerklinge hierbei jedoch mit dem Handrücken oder der Unterarmstreckseite in Kontakt kommt (s. Abb. 1, 2, 4).

Ein Drittel der Handverletzungen lag am Übergang von der Beugeseite zur Streckseite der Finger. Solche Verletzungen kommen vor, wenn das Opfer ver-

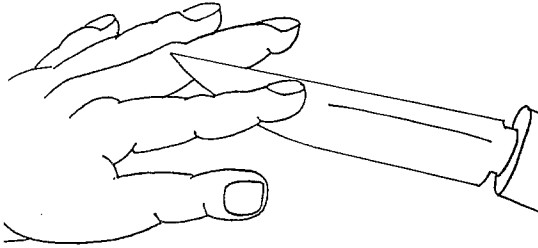


Abb. 6. Schnittverletzung am Übergang von der Beugeseite zur Streckseite durch Entgegenhalten der Hand mit geöffneten Fingern

sucht, sich aktiv mit entgegengehaltener Hand und gespreizten Fingern gegen das Messer zu wehren (Abb. 6).

Wie man die entstandenen Verletzungen bezeichnet, ist eher eine Frage der Konvention; über den Grad der Abwehrbereitschaft beim Opfer sind hieraus keine bindenden Schlußfolgerungen möglich. Realitätsfremd ist insbesondere die Ansicht, daß das Opfer versuchen würde, eine vom Messerstich gefährdete Rumpfpartie (z. B. die Herzregion) durch Auflegen der Hand zu schützen.

Nach den Erfahrungen über das Abwehrverhalten gegen Messerstiche wird das Opfer – zumindest in der primären Tatphase – stets mit dem Arm eine Abwehrbewegung in Richtung des Täters vollführen. Somit können letztlich alle Abwehrverletzungen als aktiv angesehen werden. Da die Begriffe der aktiven und passiven Abwehrverletzungen im Strafprozeß Mißverständnisse hervorrufen können, sollte im Sektionsprotokoll und im Gutachten (insbesondere bei der Erläuterung vor Gericht) in allgemeiner Form von Abwehrverletzungen gesprochen werden.

Ein wesentliches Ergebnis unserer Untersuchung besteht in der *Linksbetonung des Verletzungsmusters*. Mehr als zwei Drittel aller Abwehrverletzungen lagen am linken Arm. Zur Erklärung dieses Phänomens muß man sich die Täter-Opfer-Position vergegenwärtigen. Befindet sich ein Mensch in einer bedrohlichen Situation, so wird er zunächst versuchen, in eine aufrechte Körperhaltung zu gelangen. Der Liegende versucht aufzustehen, der Sitzende wird sich erheben. Tatsächlich haben sich die meisten Fälle so zugetragen, daß Täter und Opfer zu Beginn der Tathandlung einander gegenüber standen (s. Tab. 3). Das Opfer versucht, die angreifende Hand des Täters abzuwehren. Dabei erhebt es reflektorisch den Arm, und zwar meist den linken Arm, weil dieser dem angreifenden rechten Arm des Täters am nächsten ist. Der im Schultergelenk angehobene und im Ellbogen um ca. 90° abgewinkelte Arm wird von der Tatwaffe an der Streckseite getroffen (Abb. 7). So erklären sich die zahlreichen von uns nachgewiesenen Verletzungen in dieser Region.

Der geschilderte Bewegungsablauf beim Opfer, der sich auf die primäre Tatphase bezieht, verläuft in der Überraschungssituation des Angriffs weitgehend unbewußt und in sehr kurzen Zeiteinheiten. „Es ist eine fast unwillkürliche Bewegung, daß ein Angegriffener durch die erhobene Hand das gezückte Messer von sich abzudrängen sucht“ (Kratzer 1921). Für die Linksbetonung der Verletzungen mitursächlich kann auch das (ebenfalls unbewußte) Bestreben des Opfers sein, die Aktionsfreiheit des rechten „starken“ Armes zu erhalten und deshalb mit dem linken „schwachen“ Arm abzuwehren. In diesem Zusam-

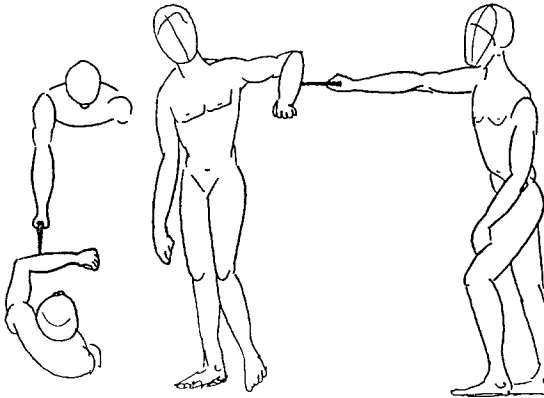


Abb. 7. Zustandekommen der Linksbetonung der Abwehrverletzungen. Der linke Arm ist der Tatwaffe am nächsten und wird daher vorrangig als Abwehrmittel eingesetzt

menhang stellt sich die Frage nach der Händigkeit von Opfer und Täter. An Hand des Untersuchungsmaterials, welches aus einem Zeitraum von 25 Jahren stammt, konnten keine Schlüsse auf die Händigkeit gezogen werden. Angesichts einer Häufigkeit von mehr als 90% Rechtshändern in der Gesamtbevölkerung dürfte dieser Frage keine besondere Bedeutung zukommen.

Verletzungen der Hände sind ein wesentliches Merkmal bei der *Unterscheidung zwischen Tötung und Selbsttötung*, doch kommen sie auch bei Selbstmördern vor. Bei 2 von unseren 10 Selbsttötungen haben wir Schnittwunden an den Händen beobachtet. Bereits Hofmann-Haberda (1927) wiesen auf Fingerverletzungen bei suizidalen Handlungen hin. Strassmann (1931) fand sie an den Beugeseiten der Finger „bei ungestümen Schneiden“, ferner wenn der Selbstmörder die Messerschneide erfaßte, ganz besonders aber bei zweischneidigen Klingen. Schnittverletzungen an der Hohlhand können entstehen, wenn ein größeres Messer mit beiden Händen an der Spitze und am Griff gefaßt wird (Pietrusky und de Crinis 1943). Nicht nur die Handhabung des Messers, sondern die begreifliche Aufregung des Suizidenten erklären die Selbstverletzungen (Mueller 1953). Fukumoto (1970) berichtete von einem Suizid, bei dem im Zusammenhang mit einem einzigen Bauchstich an der rechten Handfläche Schnittverletzungen entstanden. Nach Maresch und Spann (1987) ist bei Anwendung der doppelschneidigen Rasierklingen mit oberflächlichen Schnittverletzungen an den Fingern zu rechnen, die mit Abwehrverletzungen kaum zu verwechseln sind.

Nach diesen Mitteilungen und eigenen Beobachtungen können somit auch bei Suiziden vereinzelt Schnittwunden an den Händen auftreten. Stichverletzungen sprechen eher für eine Fremdbeibringung, insbesondere dann, wenn sie an den Unterarmen liegen.

Bei Tötungsdelikten durch *stumpfe Gewalteinwirkung* haben wir ebenfalls linksseitig betonte Abwehrverletzungen (insbesondere Hämatome an der ulnaren Unterarmregion und am Handrücken, hier zum Teil mit Frakturen von Mittelhandknochen) gefunden. Dies entspricht auch anderen Mitteilungen. So bezeichnen Falk und Pfeifer (1964) die „Außenkante der Unterarme“ als Prädiaktionsstelle für Abwehrverletzungen. Nach Prokop und Göhler (1976) und

Maresch (1988) erhebt das mit Schlagwerkzeugen angegriffene Opfer den Unterarm, um den Kopf als Hauptangriffsobjekt zu schützen. Hierbei können auch „Parierbrüche“ an den Unterarmen (Patscheider und Hartmann 1986) sowie Mittelhandfrakturen (Prokop und Radam 1987) entstehen.

Im Gegensatz zur scharfen Gewalteinwirkung scheint das Abwehrverhalten bei Schlageinwirkung darin zu bestehen, daß der Kopf durch Gegenhalten des Armes oder durch Bedecken mit einem Arm geschützt wird. Den „aktiven“ Abwehrverletzungen bei scharfer Gewalteinwirkung ständen somit die „passiven“ Abwehrverletzungen bei stumpfer Gewalteinwirkung gegenüber. Systematische Untersuchungen hierzu wären von Interesse, weil sie zur weiteren Kenntnis des Verletzungsmusters der Abwehrverletzungen beitragen würden.

Literatur

- Arbab-Zadeh A, Prokop O, Reimann W (1977) Rechtsmedizin. Für Kriminologen, Ärzte, Juristen und Studierende. Fischer, Stuttgart, S 99
- Berg St (1984) Grundriß der Rechtsmedizin. Müller und Steinicke, München, 12. Aufl., S 169
- Cavallazzi D (1941) Considerazioni medicolegali intorno a 61 casi di omicidio per arma da punta, da taglio, da punta e taglio. Arch di Antrop Criminol 61 : 124–160
- Dietz G, Dürwald W (1976) Gerichtliche Medizin. Ein Lehrbuch für Studenten. Barth, Leipzig, S 81
- Falk H, Pfeifer K (1964) Praktische Sektionsdiagnostik mit Schnellmethoden für Gerichtsmediziner und Pathologen. Thieme, Leipzig, S 8
- Forster B, Ropohl D (1987) Rechtsmedizin. Enke, Stuttgart 4. Aufl., S 67
- Fukumoto K (1970) A case of suicidal stabbing with cuts on the right palm. Acta crim Med Leg jap 36: 144–154. Ref. in: Zbl Rechtsmed 3:29 (1971/72)
- Hansen G (1965) Gerichtliche Medizin. Thieme, Leipzig 2. Aufl., S 91–93
- Hofmann ER (1898) Atlas der Gerichtlichen Medizin (Nach Originalen von A. Schmitson). J. F. Lehmann's Medizin. Handatanten, Bd. 17, München
- Hofmann ER, Haberda A (1927) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. Urban u. Schwarzenberg, Berlin Wien, 11. Aufl., S 494–501
- Kratter J (1921) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit Zugrundelegung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung und ihrer Neuordnung. Enke, Stuttgart, Bd. 1, 2. Aufl., S 391
- Luff K (1973) Scharfe und stumpfe Gewalt, Erstickung. In: Eisen G (Hrsg) Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Enke, Stuttgart, Bd. 1, S 199
- Maresch W, Spann W (1987) Angewandte Gerichtsmedizin. Urban u. Schwarzenberg, Wien München Baltimore, 2. Aufl., S 43
- Maresch W (1988) Atlas der Gerichtsmedizin. Thieme, Stuttgart New York, S 9 u. 24
- Merkel H, Walcher K (1951) Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik. Hirzel, Leipzig, 3. Aufl., S 103
- Moar JJ (1984) Homicidal penetrating incised wounds of the thorax. S Afr Med J 65 : 385–389
- Möllers M (1977) Tötung und Selbsttötung durch Anwendung scharfer Gewalt. Inaug-Diss, Würzburg
- Mueller B (1953) Gerichtliche Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Mueller B (1975) Gerichtliche Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2. Aufl., S 368
- Naeve W (1978) Gerichtliche Medizin für Polizeibeamte. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, S 105
- Patscheider H, Hartmann HP (1986) Leitfaden der Gerichtsmedizin. Huber, Bern Stuttgart Toronto, 2. Aufl., S 58 u. 78
- Pietrusky F, de Crinis M (1943) Gerichtliche Medizin – Gerichtliche Psychiatrie. Heymann, Berlin, 2. u. 3. Aufl., S 92–94

- Ponsold A (1967) Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Thieme, Stuttgart, 3. Aufl., S 356–359
- Prokop O, Göhler W (1976) Forensische Medizin. Fischer, Stuttgart New York, 3. Aufl., S 172–174
- Prokop O, Radam G (1987) Atlas der gerichtlichen Medizin. Karger, Basel, 2. Aufl.
- Schulz E (1986) Stumpfe und scharfe Gewalt. In: Forster B (Hrsg) Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Thieme, Stuttgart New York, S 81
- Schwerd W (1986) Rechtsmedizin. Lehrbuch für Mediziner und Juristen. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 4. Aufl., S 32
- Strassmann F (1931) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Enke, Stuttgart, 2. Aufl., S 220
- Turletti M (1977) Ferite da punta e taglio in 63 casi di omicidio. Considerazioni sulle lesioni da difesa. *Med Leg (Genova)* 25: 119–170

Eingegangen am 3. Oktober 1988