

Aus der Psychiatrischen
Klinik mit Poliklinik
der
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. Johannes Kornhuber

**Differenzierung von Gewaltverbrechen unter der Berücksichtigung der
Alkohol-Klassifikation nach Lesch**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von

Babett Ute Lindner

aus

Quedlinburg



**Gedruckt mit Erlaubnis der
Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg**

Dekan: Prof. Dr. J. Schüttler
Referent: Prof. Dr. W. Sperling
Korreferent: Priv.-Doz. Dr. N. Thürauf
Tag der mündlichen Prüfung: **22. September 2010**

In memoriam

Medicinalrat Dr. med. Friedrich Lindner

* 31.10.1911

† 04.12.1972

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Definition der Alkoholabhängigkeit	1
1.2 Die Toxizität des Alkohols	2
1.2.1 Die Akuttoxizität des Alkohols	2
1.2.2 Die chronische Toxizität des Alkohols	2
1.3 Neuropsychiatrische Klinik des Äthylismus	3
1.3.1 Alkoholbedingte neurologische Krankheitsbilder	3
1.3.2 Alkoholbedingte psychiatrische Krankheitsbilder	4
1.4 Soziopathisches Verhalten des Alkoholikers	5
1.5 Alkoholismus-Typologien	6
1.5.1 Bekannte Alkoholismusklassifikationen	6
1.5.1.1 Jellinek (1960)	7
1.5.1.2 Cloninger (1988)	7
1.5.1.3 Windle und Scheidt (2004)	8
1.5.1.4 Cardoso et al. (2006)	9
1.5.1.5 Barbor et al. (1992)	10
1.5.2 Die Lesch-Klassifikation	10
1.5.3 Kritischer Vergleich der Typologien	12
1.6 Alkohol und kriminelle Gewalt	13
1.7 Polizeiliche Kriminalstatistik 2007	14
1.8 Definition Mord/ Totschlag	15
1.8.1 § 211 StGB Mord	15
1.8.2 § 212 StGB Totschlag	15
1.9 Rechtsgrundlagen der Schuldfähigkeit und Unterbringung in der forensischen Psychiatrie	16
1.9.1 § 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen	17
1.9.2 § 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit	17
1.9.3 § 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus	17

1.9.4	§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	18
1.10	Fragestellung und Ziel der Dissertation	19
2.	Patienten und Methoden	20
2.1	Konzept der Studie und das Patientenkollektiv	20
2.2	Methoden der Datenerfassung	20
2.3	Quellen	21
2.4	Der Erhebungsbogen	21
2.5	Kategorisierung der Werkzeuge der Gewalt	24
3.	Ergebnisse	25
4.	Diskussion	32
4.1	Häufigkeitsverteilung der Lesch-Typen im Untersuchungskollektiv	32
4.2	Täterprofil/ Tatprofil und Lesch-Klassifikation	33
4.3	Versuch der Integration der Ergebnisse in publiziertes Wissen zur Alkohol- und Homizid-Problematik	34
4.4	Die Frage der Schuldfähigkeit im Rahmen alkoholassoziierter Gewaltdelikte	35
4.5	Weitergehende Implikationen dieser Studie für die Lesch-Typologie	36
5.	Zusammenfassung	38
6.	Abstract	40
7.	Literaturverzeichnis	42
8.	Anhang	49
9.	Danksagung	50
10.	Lebenslauf	51

1. Einleitung

1.1 Definition der Alkoholabhängigkeit

Der Konsum von Alkohol ist seit tausenden von Jahren fester Bestandteil des menschlichen Lebens. Statistische Erhebungen sprechen für eine ständige Zunahme des Alkoholkonsums in den Industrieländern. Der Alkohol konsumierende Teil der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland deckt im Schnitt 8% der gesamten Energiezufuhr durch alkoholische Getränke (Löffler u. Petrides, 1998). Chronischer und/ oder rekurrerender Alkoholkonsum birgt die erhebliche Gefahr der Addiktion, der Alkoholsucht und/ oder des Alkoholismus.

Laut der WHO wird der Begriff des Alkoholismus folgendermaßen definiert. Alkoholismus ist „eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gemeinschaft hinausgeht ohne Rücksicht auf ätiologische Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen und ungeachtet des Ausmaßes, in dem derartige Faktoren von Vererbung und Konstitution oder neu entwickelten physiopathologischen und stoffwechselbedingten Einflüssen abhängen.“

Bei der Alkoholsucht handelt es sich sowohl um eine seelische als auch körperliche Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit charakterisiert sich durch Entzugserscheinungen nach Trinkpausen oder Reduktion des Alkoholkonsums. Durch die Toleranzentwicklung, um ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich. Der trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen anhaltende Alkoholkonsum macht es durch den Kontrollverlust unmöglich den Konsum vernünftig zu steuern. Ebenso kommt es zu einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums und eines erhöhten Zeitaufwands, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen. Die seelische Abhängigkeit wird durch das starke, unwiderstehliche Verlangen nach weiterem Alkoholkonsum charakterisiert und entwickelt sich aus dem aktiven und wiederholten Alkoholkonsum. Als „Craving“ oder „Suchtdruck“ wird der kontinuierliche und nahezu unbezwingbare, gelegentlich übermäßige Wunsch

Alkohol zu konsumieren bezeichnet. Dieser innere Zwang kommt meist dann zum Ausdruck, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren. Tiffany (1999) und Anton (1999) beschreiben, dass neben der Angst vor Entzugssymptomen auch Lernprozesse für die psychische Abhängigkeit eine wesentliche Rolle spielen. Der Alkohol und Alkoholkonsum sowie damit assoziierte Reize und Erwartungen werden als positive Verstärker gesehen, klassische und operante Konditionierungsprozesse tragen dazu bei, den Wunsch, Alkohol zu konsumieren, auszulösen und zu verstärken.

1.2 Die Toxizität des Alkohols

Alkohol hat konzentrationsabhängig eine akute und kumulativ gesehen auch eine chronische Toxizität.

1.2.1 Die Akuttoxizität des Alkohols

Werden 1.5 bis 2.5 g Alkohol pro kg Körpergewicht nüchtern innerhalb einer halben Stunde getrunken und ohne Erbrechen resorbiert, so kann dies aufgrund einer Atemlähmung zum Tode führen. Die letale Blutalkoholkonzentration liegt je nach Enzyminduktion durch vorangegangenen chronischen Alkoholkonsum bei 4-5 Promill. Subletale Alkoholkonzentrationen führen zum Alkoholrausch verbunden mit cerebralen wie cerebellären Dysfunktionen, die die Trunkenheit phänotypisch bestimmen wie: Ataxie, Apraxie, Kontrollverlust, Denkstörungen, emotionale Entgleisung, Somnolenz mündend in ein imperatives Schlafbedürfnis, vegetativen Störungen wie Erbrechen, Polyurie, Wärmeverlust durch Muskelrelaxation und fehlender Kältereaktion (Herold et al., 2007), bis hin zum Koma. Zurück bleibt im sublethalen Fall ein „Kater“ (=Kopfschmerzen und vegetative Dystonie, persistierende Nausea), dessen Korrelat meningeale Durchblutungsstörungen sind und eine retrograde Amnesie verursachen.

1.2.2 Die chronische Toxizität des Alkohols

Bei der chronischen Toxizität muss unterschieden werden zwischen den pharmakotoxischen Aspekten des reinen oder durch Fuselöle und/ oder Methanol verunreinigten Alkohols von denen durch die Alkoholkrankheit

bedingte Ernährungsstörung, deren wichtigste Komponente eine B-Avitaminose ist.

Methanol ist schon in kleinen Dosen hochtoxisch, vornehmlich neurotoxisch und kann zur Amaurose führen. Die chronische Äthanol-Toxizität manifestiert sich als chronische zentrale und periphere Neurotoxizität, als chronische Hepatotoxizität, beginnend mit einer Fettleberhepatitis und mündend in eine Leberzirrhose, und als Ursache der akuten und chronischen Pankreatitis mit bis zu totalem Organausfall.

Die alkoholische Kardiomyopathie, eine Sonderform der dilatativen Kardiomyopathie ist einerseits rein alkoholbedingt (z.B. paroxysmales Vorhofflimmern) und, wie neurodegenerative Syndrome wie das Wernicke-Korsakoff-Syndrom andererseits auch vom chronischen B1-Mangel (mit-) verursacht.

1.3 Neuropsychiatrische Klinik des Äthylismus

1.3.1 Alkoholbedingte neurologische Krankheitsbilder

Nahezu direkt abhängig vom Ausmaß der Alkoholaddiktion kommt es akut zum internistisch/ neurologischen Krankheitsbild des Entzugssyndroms ohne Delir. Dieses besteht in vegetativen Störungen wie Brechreiz, Durchfall, Tachycardie, Hypertonie, Asomnie, Schwitzen und den neurologischen Symptomen wie feinschlägiger Tremor, Artikulationsstörungen und epileptische Anfälle, wobei im Prinzip auch epileptogene Dämmerzustände wie bei Temporallappenepilepsien entstehen können.

Chronische Alkoholschäden im ZNS sind mannigfaltig und können sich in einer Hirnatrophie äußern. Sie betrifft 50% der Alkoholiker und erklärt ca. 10% der Alkoholdemenzen (Herold, 2007). Weiterhin gibt es das Wernicke-Korsakoff-Syndrom, eine Folge der Vitamin-B1-Avitaminose. Betroffen von der Neurodegeneration sind die Corpora mamillaria, hypothalamische Kerngebiete in der 3. Ventrikelwandung, die untere Vierhügelregion und die Umgebung des Aquaeductus cerebri. Durch dieses Ausfallsmuster kommt es zu einem Psychosyndrom mit schweren Störungen im Kurzzeitgedächtnis und konsekutiver Konfabulation und allgemeiner Desorientierung (Korsakoff-Syndrom), Somnolenz, Hypothermie und Hyperhidrose. Dazugesellen sich Augenmuskel-

lähmungen mit Doppelbildern und eine cerebelläre Ataxie. Die alkohol-induzierte Kleinhirnatrophie manifestiert sich besonders deutlich im Bereich des Oberwurm. Klinisch steht dabei eine Stand- und Gangunsicherheit im Vordergrund, meist verbunden mit einem Halte- und Intentionstremor der oberen Extremität. Schließlich kennt man die alkoholtoxisch bedingte Form der zentralen pontinen Myelinolyse (CPM). Hierbei kommt es zur Entmarkung im Bereich des Brückenfusses mit Axonschwellung und Astrozytenproliferationen. Dieser Prozess kann auch auf die Medulla oblongata und das Kleinhirnmark übergreifen. Die typische Klinik besteht in Blickparesen, Nystagmus, Dysarthrie, Dysphagie, in schweren Fällen Tetraparese und Somnolenz bis zum Koma. Die Letalität der CPM ist hoch.

1.3.2 Alkoholbedingte psychiatrische Krankheitsbilder

Hier ist zuerst einmal das Delirium tremens zu nennen. Es ist die schwerste akute Form des Alkoholentzugssyndroms. Zum oben beschriebenen Symptomenkomplex gesellt sich das Delir. Dieses zeigt sich als örtliche und zeitliche Desorientiertheit, als optische und/ oder akustische Halluzinationen, körperliche Unruhe im Sinne eines Beschäftigungsdranges bis zur schweren psychomotorischen Unruhe mit Selbst- und Fremdgefährdung. Die Letalität des Delirium tremens ist hoch, sie liegt unbehandelt bei 20%.

Bunt in der Symptomatologie und ihren Inhalten sind die chronischen Alkoholpsychosen. Man beobachtet depressive Störungen, Phobie, Halluzinationen und paranoide Störungen. Dabei besteht ggf. Suizidgefahr. Die Alkoholhalluzinose ist differentialdiagnostisch gekennzeichnet durch das Fehlen von Bewusstseins- und Orientierungsstörungen. Sie ähnelt stark der paranoiden Schizophrenie. Einigermassen charakteristisch ist der alkoholische Eifersuchts-wahn, der subklinisch bzw. undiagnostiziert bei chronischen Alkoholikern über Jahre bestehen kann, sich fast ausschließlich auf den Ehepartner bezieht und ein schweres dissoziales Verhalten bewirkt, das weite Kreise ziehen kann. Dabei kommt gravierend hinzu, dass sich gerade bei männlichen Alkoholikern, durch äthyltoxische Leberdysfunktion bedingte niedrige Testosteronspiegel, Libidoverlust und Impotenz einstellen.

1.4 Soziopathisches Verhalten des Alkoholikers

Soziale Störungen in Folge von Alkoholkonsum zeigen sich insbesondere in den Bereichen Familienleben, Arbeit, Öffentlichkeit und Delinquenz.

Die Wirkung eines chronischen Alkoholkonsums auf die Partnerbeziehung und die Familie insgesamt ist sehr komplex. Parallel zum Abhängigkeitsprozess des Betroffenen entwickeln die Partner häufig ein so genanntes Koverhalten, indem sie das Verhalten des Betroffenen stützen, versuchen den Konsum zu kontrollieren, eventuell sogar mithelfen, das Verhalten zu verschleiern und für den Partner zu lügen. Dies führt häufig zu erheblichen Belastungen für die betroffenen Familienmitglieder und bedingt nicht selten eigene psychische und physische Erkrankungen der Angehörigen. Besonders betroffen sind Kinder Alkoholkranker. Typischerweise ist deren Situation geprägt von Unsicherheit, sozialer Isolation und einem Gefühl der Ohnmacht. Die eigentliche Erziehungsaufgabe von alkoholkranken Eltern wird häufig nur ungenügend oder gar nicht wahrgenommen. Nicht nur das innerfamiliäre Verhältnis ändert sich, auch Freundschaften gehen verloren, soziale Kontakte werden reduziert. Kontrollversuche, Enttäuschung und Misstrauen prägen die sozialen Interaktionen. Ein besonderes Problem stellt das fetale Alkoholsyndrom dar, das in westlichen Ländern noch vor dem Down-Syndrom die häufigste Ursache einer geistigen Retardierung darstellt. Abhängig von der konsumierten Alkoholmenge und dem Stadium der Chronizität liegt das Risiko für Alkoholikerinnen, die während der Schwangerschaft trinken, ein Kind mit einer Embryopathie auf die Welt zu bringen bei 32 bis 43 Prozent (Klein, 1995). Leitsymptome des fetalen Alkoholsyndroms sind die prä- und postnatale Wachstumsretardierung, craniofaziale Auffälligkeiten, wie Mikrozephalie, schmale Lidspalte oder Abflachung des Mittelgesichts mit wenig modelliertem Philtrum und schmaler Oberlippe. Weiterhin sind ZNS- und Verhaltensstörungen, insbesondere eine geistige Retardierung, die sehr ausgeprägt sein kann, zu erkennen.

Ein häufiges Problem des Alkoholikers ist die Arbeitslosigkeit. Tägliches Trinken am Arbeitsplatz ist keine Seltenheit. Vier bis sieben Prozent aller Berufstätigen sind alkoholabhängig (Heipertz u. Triebig, 2000). Auch die Zahl der Arbeits- und Hausunfälle unter Alkohol sind erheblich. Alkoholkonsum vermindert die psychische und kognitive Leistungsfähigkeit, insbesondere die motorische

Geschicklichkeit, Koordination und das Reaktionsvermögen. Unfälle und Verletzungen sind häufige Folgen.

Die durch Alkohol verursachte Hirnschädigung und damit verbundene Wesensveränderung führen zu einer Verlangsamung der Psychomotorik und des Denkvermögens, zu einem Mangel an Konzentrationsvermögen und einem Nachlassen der sensorischen und motorischen Funktionen. So kommt es zur Reduktion der Initiative und der Aktivität und zu weiteren Persönlichkeitsveränderungen wie Unzuverlässigkeit, mangelnder Sorgfalt, Gleichgültigkeit, Gereiztheit und depressiver Verstimmung. Durch die dadurch resultierende Einengung des Interessenhorizonts auf den Alkohol führt dies zu einer Ablenkung von der beruflichen Tätigkeit und einer Verschlechterung der Identifikation mit dem Beruf. Häufig kommt es so zum beruflichen und sozialen Abstieg. Es ist daher nicht von der Hand zu weisen, dass Arbeitslosigkeit mit all seinen Folgen bei Alkoholikern ein häufig auftretendes Problem darstellt.

Abschließend soll noch auf die Gewaltbereitschaft von Alkoholkranken hingewiesen werden. So schätzt Klein, dass täglich mindestens drei Tötungsdelikte in Deutschland verübt werden, bei denen der Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss steht. Gerade bei Schuldfähigkeitsbegutachtungen spielt die Frage der Alkoholbelastung entsprechend eine bedeutende Rolle. Ebenso ist die Zahl der unter Alkoholeinfluss verursachten Verkehrsunfälle hoch.

Alkoholismus spielt vor allem bei schweren Unfällen, insbesondere mit letalem Ausgang, eine große Rolle. So haben Alkoholranke in erhöhtem Maße finanzielle, straf- und zivilrechtliche Problem, die sicher immer wieder mit Führerscheinentzug wegen Trunkenheit im Straßenverkehr assoziieren.

Die schwerwiegende Bedeutung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zeigt sich insgesamt in vielen Bereichen des täglichen Lebens. Besonders auffällig ist in diesem Rahmen die Beeinträchtigung von Familien- und Arbeitswelt und der Zusammenhang von Alkoholmissbrauch und der daraus resultierenden Gewaltbereitschaft.

1.5 Alkoholismus-Typologien

1.5.1 Bekannte Alkoholismusklassifikationen

Um das Trinkverhalten weiter zu charakterisieren, wurden verschiedene Typologien aufgestellt. Diese Typologien haben zwar teilweise die Forschung

angeregt, konnten sich allerdings im klinischen Alltag nicht durchsetzen. Laut Habel und Schneider (2002) liegt dies zum Teil an ihrer begrenzten empirischen Bestätigung und dem mangelnden klinischen Nutzen, da sie selten Voraussagen zur Therapieeffektivität und zum Verlauf der Störung beinhalten.

1.5.1.1 Jellinek (1960)

Die bekannteste Typologie hat Jellinek erstellt. Er differenziert mit α -, β -, γ -, δ - und ε - Alkoholkranken zwischen verschiedenen abhängigen und nicht abhängigen schädlichen Trinkmustern (Jellinek, 1960). Der Alpha-Typ ist der Konflikttrinker; er ist nicht abhängig, hat keinen Kontrollverlust, trinkt aber in Belastungssituationen übermäßig. Der Beta-Trinker (5%) ist der Gelegenheits-trinker; er neigt zu übermäßigem Trinken bei sozialen Anlässen; er hat keine Organschäden aber kann eine Sucht entwickeln, wenn sich die Trinkanlässe häufen. Den Gamma-Trinker (65%) charakterisiert der Kontrollverlust; er trinkt bis in den Rausch, er behält dabei aber die Fähigkeit zu langer Abstinenz, entwickelt zuerst eine psychische, später eine physische Alkoholabhängigkeit. Der Delta-Trinker (20%) ist der Spiegeltrinker (von Alkoholspiegel) der ohne Kontrollverlust den ganzen Tag über trinkt um die Blutalkoholkonzentration gleich hoch zu halten, er hat keine Möglichkeit mehr, abstinent zu sein, hat eine physische Alkoholabhängigkeit. Der Epsilon-Trinker (5%) schließlich ist der Quartalstrinker, trinkt episodisch massiv, meist in dysthymen Phasen. Laut Habel und Schneider (2002) kommt der Jellinek-Klassifikation heute allerdings weitgehend nur noch historischer Wert zu. Jellinek (1960) hatte nach Befragung von 200 anonymen Alkoholikern eine Kategorisierung aufgestellt, die auch als Entwicklungsmodell des krankhaften Alkoholkonsums betrachtet werden kann.

1.5.1.2 Cloninger (1988)

Unter den zahlreichen Typologien hat auch die Einteilung nach Cloninger et al. (1988) in Typ-I- und Typ-II- Alkoholranke Bekanntheit erlangt, die er auf der Basis von Familien- und Adoptionsstudien erstellte. Im Rahmen dieser Typologisierung spielen Persönlichkeitszüge des „*novelty seeking*“ (Neugierverhalten), „*harm avoidance*“ (Vermeidung aversiver Reizung) und „*reward dependence*“ (Abhängigkeit von Belohnungen) eine Rolle, die bei beiden Typen in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden sind. Zur Messung dieser

Persönlichkeitsdimensionen eignet sich nach Cloninger das *Tridimensional Personality Questionnaire* (dt. Version: Dufeu et al., 1995). Zudem hat Cloninger versucht, einen Bezug der Typen zu neurobiologischen Grundlagen, den unterschiedlichen Neurotransmittersystemen, herzustellen. Allerdings werden diese theoretischen Überlegungen nur teilweise durch empirische Befundlagen gestützt (Sannibale u. Hall, 1998; Levine u. Wojcik, 1999; Rubio et al., 1998; Vaillant, 1994).

Typ I ist in der Regel älter als 25 Jahre, hat Züge einer Angstpersönlichkeit (passiv, abhängig) und entwickelt eine schnelle Alkoholtoleranz und eine Abhängigkeit des anxiolytischen Effekts des Alkohols. Dies führt zum Kontrollverlust, zur Unfähigkeit einen Alkoholexzess zu beenden. Schuldgefühle sind charakteristisch. Ein Entzugssyndrom ist bei Abstinenz typisch. Die soziale Persönlichkeit bleibt lange intakt (Sperling et al., 2000). Dieser Typ tritt bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig auf, wobei die Milieufaktoren eine wichtige Rolle spielen (Cloninger et al., 1988).

Typ II nach Cloninger und Kollegen findet sich v.a. bei Männern mit familiärer Belastung durch Alkoholismus und ist gekennzeichnet durch einen früh einsetzenden Alkoholkonsum und die Unfähigkeit zur Abstinenz nach mehrfachen Versuchen, abstinent zu werden. Dieser Typ ist begleitet von (prämorbid) antisozialen Persönlichkeitszügen, hat einen starken genetischen Hintergrund und tritt deshalb relativ häufig unabhängig von Umweltfaktoren auf (Sperling et al., 2000).

Laut Gilligan et al. (1987) soll der Typ I zu 21%, Typ II dagegen zu 88% genetisch determiniert sein.

1.5.1.3 Windle und Scheidt (2004)

Die Typologie nach Windle und Scheidt ist in 4 Subtypen aufgegliedert.

Der erste charakterisiert sich durch einen milden Verlauf des Alkoholismus: typisch sind später Anfang des Alkoholmissbrauchs, weniger Alkoholikerjahre, geringerer Alkoholkonsum, alkoholbedingte Handlungsunfähigkeit und Entzugssymptome; relativ selten sind kindliche Verhaltensstörungen und eine niedrige Alkoholismus-Familienanamnese.

Der zweite definiert sich durch eine Polytoxikomanie mit der höchsten Rate an Familienkriminalität. Er zeigt eine Hochrisikosexualität und einen i.v. Drogenabusus.

Der dritte Subtyp wird als „negativer Affekt Typ“ tituliert. Er hat die höchsten Werte in Hinblick auf Symptome einer Depression und/ oder Angststörung.

Nach Windle und Scheidt (2004) herrscht bei ihm die höchste Rate an sexuellem Kindesmissbrauch. Suizidversuche seien keine Seltenheit und in ihrer Kindheit seien Subtyp-Drei-Patienten häufiger heimatlos gewesen.

Der vierte, chronisch/ antisoziale Subtyp hat die längste Alkoholismus-anamnese und zeigt das schwerste Trink- und antisoziale Verhalten.

1.5.1.4 Cardoso et al. (2006)

Multivariante statistische Analyse von einem portugiesischen Alkoholiker-kollektiv, die von Cardoso et al. (2006) durchgeführt wurde, ergab fünf Faktoren:

1. Anxiopathischer Faktor (erklärt 27.7% der Varianz),
2. Heredopathischer Faktor (erklärt 13.9% der Varianz) ,
3. Thymopathischer Faktor (erklärt 11.7% der Varianz),
4. Soziopathischer Faktor (erklärt 8.9% der Varianz),
5. Adiktopathischer Faktor (erklärt 6.8% der Varianz).

Alle fünf Faktoren interagieren miteinander und determinieren polymorphe Subtypen des Alkoholismus.

Der wichtigste Subtyp, der anxiopathische, beschreibt eine Gruppe deren Alkoholverhalten durch ängstliche Persönlichkeitszüge gekennzeichnet ist, die das Trinkmuster, das Verhalten und die Emotionalität modulieren. Alkoholentzug kann zu aggressivem Verhalten führen, manchmal in Zusammenhang mit der forcierten Suche nach Alkohol oder, in anderen Fällen, in Verbindung mit extremer Angst (Cardoso et al., 2006). Der psychologische Phänotyp wird von diesen Autoren in zwei Hauptkategorien eingeteilt: den alexithymischen (mit depressiver Anamnese und Familiengeschichte) und den psychopathologischen Typ (mit aktueller Depression und Angst). Erklärtes Ziel dieser Einteilung war die Generierung ätiologischer Modellvorstellungen über die Korrelation der Typen mit neurophysiologischen und biochemischen Mustern.

Lt. Edenberg et al. (2004) sollen genetische Besonderheiten in der GABA-Rezeptor A-Untereinheit in den angstverarbeitenden neuronalen Netzen und dessen vermehrte Alkoholempfindlichkeit eine Rolle beim anxiopathischen Typ spielen.

1.5.1.5 Barbor et al. (1992)

Eine neuere Typologie stellten Babor und Kollegen (1992) vor. Sie wird auf der Grundlage von statistischen Clusteranalysen mit 17 Kriterien belegt und trennt Typ-A- und Typ-B-Alkoholabhängige. Kriterien für eine Differenzierung sind auch hier das Alter bei Beginn der Störung, Risikofaktoren in der Familie und während der Kindheit, Ausmaß und körperliche bzw. soziale Folgen der Abhängigkeit, Komorbidität und Belastungsfaktoren. Typ-A-Alkoholranke, die später erkranken und bei denen das Ausmaß der Abhängigkeit, der Begleiterkrankungen, der negativen Folgeprobleme und der Belastungsfaktoren geringer ist, haben eine bessere therapeutische Prognose als Typ-B-Alkoholranke. Allerdings hat dieses Modell eine gewisse Augenscheinvalidität, denn ein geringerer Störungsgrad hat allgemein eine bessere therapeutische Prognose (Litt et al., 1992; Brown et al., 1994).

1.5.2 Die Lesch-Klassifikation

Die Typologie von Lesch versucht auf Ursachen, Verlauf und prognostische Aspekte Bezug zu nehmen und daraus Schlussfolgerungen für die praktische Behandlung von Alkoholikern abzuleiten.

Nach Lesch gibt es 4 Typen der Alkoholeinnahme.

Der Typ I nach Lesch konsumiert Alkohol aufgrund von „biologischem Verlangen“. Er ist gekennzeichnet durch eine hohe Toleranzentwicklung und dem Auftreten schwerer Entzugssymptome. Um dieses Abstinenzsyndrom zu vermeiden wird der Alkohol bereits frühzeitig zur Behandlung der Katerbeschwerden eingesetzt. Dieser Typ entwickelt sich aus einem Gesellschaftstrinker zum Gewohnheitstrinker. Im Rahmen des Alkoholkonsums kann es zu Krämpfen kommen. Der Typ I ist durch eine organische Vulnerabilität charakterisiert. Selbst nach langen Abstinenzphasen kann ein starkes Alkoholverlangen ausgelöst werden. Auffälligkeiten in der Persönlichkeit der Typ-I-Alkohol-

kranken sind nicht beschrieben. Ebenso sind keine Auffälligkeiten in der Kindheit oder Partnerbeziehung bekannt. Er gilt als angepasst trinkend und wird häufig ambulant vorbehandelt. Hier sind stützende Psychotherapie und Selbsthilfegruppen zum Schutz gegen soziale Trinksucht Erfolg versprechend.

Der Typ II nach Lesch konsumiert Alkohol aufgrund von „psychischem Verlangen“. Dieser Typ gebraucht den Alkohol als Bewältigungsstrategie bei psychischen Beklemmungen, Konflikten und als Selbsttherapie bei Unruhe- und Angstzuständen. Aggression und Alkoholkonsum stehen hier in direktem Zusammenhang. Es kommt zu Persönlichkeitsveränderungen und der „unauffällige, passive angepasste“ Patient neigt dann zu Aggressionsausbrüchen. Bei Umweltveränderungen, z.B. Urlaub, tritt der Alkoholkonsum in den Hintergrund. Entwicklungseinflüsse, wie z.B. frühkindliche und familiäre Entwicklung, spielen hier eine zentrale Rolle. Eine psychopharmakologische Behandlung kann leicht zu einer Symptomverschiebung in Richtung Beruhigungsmittelabhängigkeit führen. Therapieziel muss die Verbesserung der Lebensbedingungen sein. Absolute Abstinenz ist oft nicht notwendig.

Der Typ III nach Lesch konsumiert Alkohol zur „Behandlung von psychischen Zustandsbildern“. Alkoholranke dieses Typs verwenden Alkohol als Selbstmedikation bei Befindlichkeitsstörungen, Antriebsschwäche und Schlafproblemen. Auffällig ist ein episodisches Trinkverhalten. Hier nehmen soziale und/ oder emotionale Auffälligkeiten und Modellwirkungen des tolerierten Trinkverhaltens in der Familie Einfluss. Häufiger als andere zeigen gerade Vertreter dieses Typs suizidale Tendenzen. Das körperliche Abstinenzsyndrom ist leicht bis mittelschwer.

Antidepressive Medikamente, die phasenprophylaktisch wirken, sollten hier Anwendung finden. Zur Unterstützung sollten psychotherapeutische Verfahren eingesetzt werden.

Der Typ IV nach Lesch konsumiert Alkohol infolge „frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen“. Bei diesem Typ steht der chronische Alkoholabusus im Vordergrund. Der Alkohol findet als Selbstmedikation Anwendung. Zusätzlich begünstigen frühkindliche cerebrale Schädigungen und Entwicklungs-/ Verhaltensstörungen eine Alkoholerkrankung. Eine Alkoholi-

sierung tritt bereits nach geringen Alkoholmengen auf wobei es infolge nur zu einem leichten Entzugssyndrom kommt.

Neben stützenden Gesprächen, der Förderung von Eigenkontrolle und der Bearbeitung von Rückfällen sind niedrigpotente Neuroleptika und Nootropika angezeigt. (Lesch et al., 1990; Lesch u. Walter, 1997; Sperling et al., 2000)

1.5.3 Kritischer Vergleich der Typologien

Vergleicht man die Typologien, so ist der Ansatz von Jellinek als deskriptiv zu bezeichnen, während Cloninger und Babor als einzige multivariante statistische Verfahren mit Berücksichtigung zahlreicher Parameter zur Typologisierung verwendet haben und auch Aussagen zur Ätiologie beinhalten (für Vergleich s. Preuss et al., 1997). Mit Hilfe multivarianter statistischer Verfahren werden Varianzaufklärungen in den Daten zu den erhobenen Parametern gewonnen. Die Typologien können aber jeweils nur einen begrenzten Varianzanteil des Verhaltens aufklären, wodurch die Prognosemöglichkeiten stark eingeschränkt werden. Bei allen Typologisierungen besteht daher das Problem, dass anhand dieser Klassifizierung weder Aussagen zu Prognosen noch zur Therapierbarkeit getroffen werden können. Eine gewisse Ausnahme bildet möglicherweise die Klassifizierung nach Babor und Mitarbeitern (1992), in der eine bessere Therapierbarkeit der Typ-A-Alkoholkranken postuliert wird. Die Prädikationsforschung hat bisher allerdings sehr inkonsistente Befunde erbracht. Das Phasenmodell für die Entstehung der Abhängigkeit nach Jellinek (1960) kann ebenfalls nicht als allgemein gültiges Modell für die Alkoholkranken betrachtet werden, da individuelle Unterschiede für den Verlauf eine große Rolle spielen sowie weitere begleitende Erkrankungen oder das Alter bei Beginn der Abhängigkeitserkrankung. Die Ansätze von Cloninger und Babor sind bezüglich des zugrunde liegenden Krankheitskonzeptes noch weitgehend hypothetisch und zu wenig empirisch validiert. Über die Häufigkeit und klinische Relevanz besteht zudem Uneinigkeit. Ein weiteres Problem der Typologien ist ihre unklare Abgrenzung gegenüber dem Konzept der Komorbidität mit Borderline- und dissozialen Persönlichkeitsstörungen.

Die Lesch-Klassifikation hat auf dem Hintergrund der oben abgehandelten Typologien den konzeptionellen Vorteil, dass frühkindliche cerebrale Schädigungen und daraus resultierende Verhaltensauffälligkeiten, Auffällig-

keiten in der Sozialisation (z.B. Trinkverhalten in der Familie und Umgebung) und Störungen in der Entwicklung und Partnerbeziehung miterfasst und berücksichtigt werden. Aus der Lesch-Klassifikation ergeben sich sowohl prognostische Implikationen (z.B. Suizidalität) als auch differenzielle therapeutische Optionen (Prof. Dr. W. Sperling, persönliche Mitteilung).

1.6 Alkohol und kriminelle Gewalt

Wie oben zwischen den akuten und chronischen Effekten des Alkohols unterschieden wurde, kann man auch die alkoholassoziierte kriminelle Gewalt analog in solche Delikte einteilen, die im akuten, z.B. einmaligen Rausch, begangen werden und in solche, die auf der Basis einer alkoholbedingten Persönlichkeitsstörung erklärt werden können bzw. müssen. Die Schuldfähigkeit ist in beiden Formen der alkoholassoziierten Gewalt kritisch abzuwägen: Bei der Akuttoxizität (= Rausch) ist gutachterlich zu klären, in wieweit mentale und psychomotorische Kontrollmechanismen noch vorgelegen oder versagt haben. Bei der chronischen Alkoholtoxizität gilt es zu erörtern, in wieweit der zerebrale Abbauprozess und das chronisch alkoholische Psychosyndrom die Gewalttat gefördert oder gebahnt hat bzw. der freie Wille und die Einsicht in die Konsequenzen noch vorhanden waren. Prinzipiell können sich die alkoholbedingte Persönlichkeitsstörung und eine akute Rauschsituation überlagern, so dass die Analyse des Alkoholanteils an der Gewalttat sehr komplex ausfallen kann. Diese psychiatrisch/ forensische Problematik muss somit bei alkoholbedingten Gewaltdelikten von Fall zu Fall ganz individuell betrachtet werden und führt im Rahmen der Rechtssprechung quasi summarisch zur Einschätzung des Grades der Schuldfähigkeit.

Aus diesen nahe liegenden Gründen gibt es auch epidemiologische Studien über alkoholinduzierte kriminelle Gewalt. Zum Beispiel bestätigt eine Studie an 133 nicht-selektierten Gewalttätern einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung in Schweden, dass Alkohol ein starker Auslöser von Gewalt ist, wobei interessanterweise Benzodiazepine in Kombination mit Alkohol das Gewaltisiko nicht steigern (Haggard-Grann et al., 2005). Bei allen Gewaltverbrechen ist die Rate von Alkoholintoxikation zum Zeitpunkt der Tat hoch. Es gibt auch experimentelle Studien die suggerieren, dass Alkohol aggressives Verhalten fördert, sehr wahrscheinlich besonders durch die alkoholbedingte Furchthemmung (Sayette, 1993). In der Studie von Haggard-Grann et al., lag bei 19.6% der

Täter eine Drogen- oder Alkoholerkrankung als Hauptdiagnose vor und war somit nach der Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose (20.3%), die zweithäufigste Hauptdiagnose.

Die Studie belegt einen 13.2-fachen Anstieg des Gewaltrisikos innerhalb der ersten 24 Stunden nach Alkoholkonsum.

1.7 Polizeiliche Kriminalstatistik 2007

Der Zusammenhang zwischen Alkoholeinfluss und erhöhter Gewaltbereitschaft wird auch eindrucksvoll durch die Polizeiliche Kriminalstatistik belegt.

Im Jahr 2007 erfuhr die registrierte Gewaltkriminalität in allen deutschen Bundesländern mit insgesamt 217 923 Fällen erneut einen Anstieg um insgesamt 1.1%. Dieser ist auf Zunahmen im Bereich der gefährlichen und schweren Körperverletzung (+ 2.6% auf 154 849 Fälle) zurückzuführen. Im Bereich des Mordes und Totschlags gab es einen Rückgang (- 4.9% auf 2 347 Fälle). In den letzten elf Jahren ist die Gewaltkriminalität um 16.9% (1997: 186 447 Fälle), insbesondere die gefährliche und schwere Körperverletzung um 45.8% (1997: 106 222 Fälle), gestiegen.

Von insgesamt 163 692 aufgeklärten Fällen im Bereich der Gewaltkriminalität wurden 44 147 Fälle (27.0%) unter Alkoholeinfluss verübt (2006: 30.1%). Vornehmlich bei den schweren und gefährlichen Körperverletzungsdelikten (43 436 Fälle), deren Anteil im Vergleich zum Vorjahr von 33.0% auf 34.0% wieder leicht angestiegen ist.

Bei der Registrierung der Opfer lassen sich deutliche geschlechts- und altersspezifische Unterschiede feststellen. So war die Mehrzahl der Opfer von Straftaten gegen die persönliche Freiheit, Tötungsdelikten und Körperverletzungen bei Erwachsenen zwischen 21 und 60 Jahren.

Überwiegend männliche Opfer wurden bei Raub (Ausnahme: Handtaschenraub), Körperverletzung, Mord, Totschlag und Straftaten gegen die persönliche Freiheit registriert.

Für das Jahr 2007 wurde für das Delikt der Körperverletzung im Vergleich zum Vorjahr (2006: 597 504 Opfer) ein Anstieg der Opferzahlen um 1.8% verzeichnet. Im Bereich versuchter Mord und Totschlag wurde ein Rückgang um 3.9% (2006: 2 103 Opfer) und im Bereich vollendeter Mord und Totschlag um

6.3% (2006: 808 Opfer) ersichtlich.

Die Zahlen für das Bundesland Bayern gehen aus der Rede des Bayrischen Staatsministers des Inneren, Dr. Günther Beckstein, über die Entwicklung der bayrischen Polizeilichen Kriminalstatistik des Jahres 2007 hervor. Laut Beckstein kam es zu einem Anstieg des Alkoholmissbrauchs im Bereich der registrierten Gewaltkriminalität. So standen 2007 15.1% aller Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss. Davon waren 16.4% der Jugendlichen und 28.6% der heranwachsenden Tatverdächtigen zum Tatzeitpunkt alkoholisiert.

Bezogen auf stattgefundene Gewaltdelikte waren im Jahr 2007 38.9% der Tatverdächtigen alkoholisiert. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen Anstieg von 0.6%.

1.8 Definition Mord/ Totschlag

1.8.1 § 211 StGB Mord

„Mord gilt in allen Rechtssprechungen als gravierendste Straftat gegen das Leben eines Menschen. Sowohl Mord als auch Totschlag sind vorsätzliche Tötungen eines anderen Menschen, wobei Mord - „auf sittlich niedrigster Stufe stehend, geradezu verächtlich“ (BGH-Definition) - schwerer bestraft wird als Totschlag.“

§ 211 Mord (StGB)

(1) Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft

(2) Mörder ist, wer

aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen,

heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder

um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken,

einen Menschen tötet.

1.8.2 § 212 StGB Totschlag

Totschlag bezeichnet im Strafrecht eine Form der vorsätzlichen Tötung eines Menschen. Der Begriff wird in den deutschsprachigen Ländern unterschiedlich verwendet.

§ 212 Totschlag (StGB)

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

Er unterscheidet sich vom Mord (§ 211 StGB) durch das Fehlen von Mordmerkmalen, sei es rein täterbezogen (z.B. niedere Beweggründe wie Habgier) oder rein tatbezogen (z.B. Gemeingefährlichkeit) oder gemischt täter- und tatbezogener Art (z.B. Heimtücke), die sich sowohl in der Art des Vorgehens des Täters objektiv erkennbar wie auch in seiner Willensrichtung manifestiert.

Die herrschende Lehre betrachtet Totschlag als so genanntes Grunddelikt und Mord als dessen Qualifizierung, die Rechtsprechung sieht in Mord und Totschlag eigenständige Delikte, was in bestimmten Fallkonstellationen Auswirkungen auf die Anwendung von Strafrechtsnormen des Allgemeinen Teils hat.

Eindrucksvoll werden die Straftaten gegen das Leben im Jahrbuch der Kriminalstatistik für das Jahr 2006 beschrieben. So wurden in den Bereichen Mord und Totschlag insgesamt 880 Personen verurteilt. Davon waren 752 (85%) männlichen Geschlechts und 128 (15%) weiblichen Geschlechts. In der Straftatenverteilung steht die Verurteilung wegen Totschlag mit insgesamt 326 Fällen (männliche Personen: 322; weibliche Personen: 40) vor der des Mordes mit 116 Fällen (männliche Personen: 108; weibliche Personen: 8) (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2008).

1.9 Rechtsgrundlagen der Schuldfähigkeit und Unterbringung in der forensischen Psychiatrie

Das Spektrum von Straftaten unter Alkoholeinfluss ist weit gespannt. Es reicht von der Wirtshausschlägerei oder der Sachbeschädigung randalierender Betrunkener bis zum Tötungsdelikt unter Alkoholeinfluss.

Sowohl national wie international ist davon auszugehen, dass bei Tötungsdelikten etwa ein Drittel der Täter alkoholisiert ist (Kerner et al., 1997). Die Studie von Pillmann et al. 2000 belegt die hohe Bedeutung zum Tatzeitpunkt. Von den in dieser Studie untersuchten Straftätern waren 65% zum Tatzeitpunkt

alkoholisiert und 26% waren alkoholabhängig. Die Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt korreliert mit der Begehung eines Gewaltdelikt, sowie mit einer rücksichtslosen Ausführung der Tat und mit früheren Verurteilungen.

1.9.1 § 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

„Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“.

1.9.2 § 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit

„Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden“.

1.9.3 § 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Im Maßregelvollzug werden nach § 63 und § 64 StGB unter bestimmten Umständen psychisch kranke und Suchtkranke Straftäter untergebracht.

Im Regelfall erfolgen die Anordnungen der Unterbringung keineswegs wegen geringfügiger Straftaten. In etwa 60% der Fälle sind Gewaltdelikte Anlass für die Verurteilung (von der Haar, 2001), es handelt sich also um Körperverletzung, Tötungsdelikte, Brandstiftung oder Sexualstraftaten.

§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist“.

Diese Maßregel ist unbefristet.

1.9.4 § 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“.

Der § 64 dient der Gefahrenabwehr, die Anwendung ist nicht bloß aus therapeutischen Gründen zulässig (vgl. LK-Handbuch § 64 Rn. 3-5). Seit einer Entscheidung des BVerfG vom 16.03.1994 ist die Anordnung der Unterbringung außerdem an die Voraussetzung geknüpft, dass eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren. (BVerfGE 91,1) Gemäß § 67d Abs. 1 StGB darf die Unterbringung in der Entziehungsanstalt eine Dauer von 2 Jahren nicht überschreiten.

Bei deutlich weniger als einem Zehntel der Patienten des Maßregelvollzugs erfolgt die Anordnung als selbständige Maßnahme, weil wegen aufgehobener Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) keine Strafe ausgesprochen wurde. In der Mehrzahl der Fälle wird neben der Unterbringung auch eine Freiheitsstrafe angeordnet.

Die tatsächliche maximale Unterbringungsdauer in der Entziehungsanstalt ist abhängig davon, wie hoch die Strafe bzw. der Strafrest ist, mit welcher der Patient die Behandlung in der Klinik antritt.

Die Zahl der gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten ist in den letzten Jahren deutlich angewachsen. Während viele Jahre lang Patienten mit Alkoholproblemen in den Einrichtungen überwogen, hat es in den letzten Jahren eine verstärkte Zuweisung von Drogentätern gegeben. So befanden sich zum Stichtag am 31.03.2008 in Deutschland insgesamt 2 603 Personen im

§ 64-Maßregelvollzug. Dabei handelt es sich um 162 weibliche und 2 441 männliche Patienten. Unter diesen hatten 70 (43%) weibliche und 1 047 (43%) männliche Patienten eine Alkoholproblematik. Generell leidet die forensische Psychiatrie seit Jahren unter Kapazitätsproblemen, zu denen sowohl ein Anstieg bei den Zuweisungen als auch den Unterbringungszeiten beigetragen hat (Schalast et al., 2004). Laut Statistischem Jahrbuch 2007 liegt Bayern bei den Belegungszahlen im § 64-Maßregelvollzug mit insgesamt 821 Untergebrachten auf Platz eins der aufgelisteten, ehemals westdeutschen Bundesländer (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2008).

1.10 Fragestellung und Ziel der Dissertation

Wie oben ausgeführt ist die Lesch-Klassifikation des Alkoholismus ein modernes Instrument, das nicht nur eine Typologie darstellt, sondern auch anamnestische und prognostische (und auch therapeutische) Parameter enthält. Dieses Instrument soll in dieser Arbeit auf eine Gruppe von Personen angewendet werden, denen bereits im Rahmen eines Strafverfahrens ein Gewaltdelikt nachgewiesen wurde. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung existierte jedoch nur ein nervenärztliches Erstgutachten, das sich mit folgenden Fragen auseinander zu setzen hatte: lag zum Tatzeitpunkt im Sinne der §§ 20 und 21 StGB eine Schuldunfähigkeit wegen einer seelischen Störung oder verminderte Schuldfähigkeit vor und wie die Unterbringung gemäß der §§ 63 und 64 StGB, in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. in einer Entziehungsanstalt, geregelt werden soll. Die Datenerhebung soll das Ziel haben, die Alkoholismus relevanten Aspekte zu isolieren und zu katalogisieren, um letztlich eine Einteilung der Gewalttäter nach der Lesch-Klassifikation durchführen zu können. Das Ergebnis dieser retrospektiven Analyse wird zeigen welcher Typ am häufigsten delinquent wurde. Außerdem werden Aussagen möglich zu den Häufigkeiten von Tötungsart, Delikt, Tötungszeit, Tatort, Saisonalität, Intelligenzstatus und suizidalem Verhalten bei den einzelnen Alkoholismus-subtypen.

2. Patienten und Methoden

2.1 Konzept der Studie und das Patientenkollektiv

Anhand von nervenärztlichen Erstgutachten der Frankenalb-Klinik Engelthal, abgefasst im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens, wurden zunächst Patienten erfasst, die wegen Mordes bzw. versuchten Mordes oder Totschlags bzw. versuchten Totschlags vor Gericht standen. Aus diesem Kollektiv wurden diejenigen extrahiert, die zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss standen bzw. bei denen ein relevanter Alkoholabusus im Raum stand. Dieses Kollektiv umfasst beide Geschlechter aller Altersgruppen. In ihren Akten waren diese Patienten zum Teil nach der Klassifikation nach Jellinek eingeteilt und somit war deren aktuelles Trinkverhalten ersichtlich. Durch die zum Teil sehr ausführlichen ambulanten Untersuchungen im Rahmen der Gutachtenerstellung konnten einige der Kriterien, die zur Einteilung in die Lesch-Klassifikation nötig sind, gefunden werden. Um alle Kriterien für die Einteilung nach Lesch zu erfassen wurde ein Erhebungsbogen erstellt, der es ermöglichte, alle Patienten dieses Kollektivs zu kategorisieren. Darüber hinaus wurden auch einige für die Fragestellung dieser Arbeit interessante Daten, die allerdings für die Lesch-Klassifikation nicht nötig waren, miterfasst und ebenfalls in den Erhebungsbogen aufgenommen.

Nicht alle Akten erlaubten diese Datenerhebung durch manchmal nicht eindeutige Formulierungen oder fehlende Angaben über den einzelnen Patienten. So standen letztlich 38 eindeutig nach Lesch zu klassifizierende Patienten für diese retrospektive Arbeit zur Verfügung.

2.2 Methoden der Datenerfassung

Zur Extraktion der Daten aus den vorhandenen Akten wurde für das zur Verfügung stehende Patientenkollektiv ein ausführlicher Erhebungsbogen erstellt, der alle für die Arbeit relevanten Faktoren abfragen sollte. Über die zur Einteilung in die Lesch-Klassifikation hinaus erforderlichen Merkmale wurden noch einige weitere Aspekte miterfasst und ausgewertet. Diese dienten dazu, dieses Kollektiv noch intensiver zu erforschen.

2.3 Quellen

Die Ausgangsdaten wurden aus nervenärztlichen Erstgutachten, die durch Gutachter der Frankenalb-Klinik Engelthal im Zeitraum zwischen 1981 und 2002 verfasst worden waren, erhoben. Diese Gutachten waren im Rahmen von Ermittlungsverfahren bei vor Gericht stehenden Straftätern erstellt worden. Das Hauptaugenmerk des Gutachters lag dabei allerdings auf der Fragestellung nach §§ 20 und 21 StGB, d. h., ob eine Schuldunfähigkeit wegen einer seelischen Störung bzw. verminderte Schuldfähigkeit vorlag und wie die Unterbringung gemäß §§ 63 und 64 StGB, d. h. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus resp. Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, geregelt werden sollte.

2.4 Der Erhebungsbogen

Geschlecht	
Geburtsdatum	
Lesch-Ty	
ICD-10	
<u>Tötungsdelikt/ Tötungsart</u>	
Örtlichkeit	
Datum	
Tötungszeit	
Tatzeit BAK	
Intoxikation	
Tötungsmotiv	
<u>Eigenanamnese</u>	
Geburt und frühkindl. Entwicklung	(un)auffällig
übliche Kinderkrankheiten	(un)auffällig
psychiatrische Behandlungen	0 1
Bewusstlosigkeiten	0 1

Suchtanamnese

Alkoholiker	0 1
Alkoholkonsum	
Raucher	0 1
Zigarettenkonsum	
illegale Drogen	0 1
Medikamentenabusus	0 1
Entzugssymptomatik	0 1

Allgemein körperlicher Befund

AZ, EZ, KZ

Neurologischer Befund

Nackensteifigkeit	o.p.B.
Hirnnerven	o.p.B.
Motorisches System	o.p.B.
Sensibilität	o.p.B.
Reflexe	o.p.B.
Koordination	o.p.B.
Gangbild und Sprache	o.p.B.
Vegetativum	o.p.B.

Psychischer Befund

Orientierung zu Ort

Zeit

Person

Situation orientiert: 0 1

Gedächtnis und Merkfähigkeit Defizite: 0 1

formale Denkstörungen

Neologismen 0 1

Zerfahrenheit (Inkohärenz) 0 1

Gedankengang	geordnet, nicht verlangsamt: 0 1
Ermüdungserscheinung	0 1
Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit	0 1
Intelligenz	NB, >NB, <NB
Sinnestäuschungen	0 1
inhaltliche Denkstörungen	
<i>Ich-Störungen</i>	0 1
<i>Halluzination</i>	0 1
<i>wahnhafte Gedankengänge</i>	0 1
Störungen der Affektivität	0 1
Angst-/ Unruhestörungen	0 1
Stimmung	
Aggressives Verhalten	0 1
Äußerung zum Tatgeschehen (Reue...)	
<u>Zusammenfassung/ Beurteilung</u>	
Anhaltspunkte für endogene oder körperliche Psychosen	0 1
Schwachsinn	0 1
Schizophrenie	0 1
andere seelische Abartigkeiten	0 1
Tatzeit BAK	zum Vorfalzeitpunkt max. wahrscheinlicher Wert von
Hemmungs- und Steuerungsvermögen	0 1
Erinnerungslücken	0 1
Bewusstseinsstörungen	0 1
Suizidgedanken/ -absichten	0 1

<u>schuldrechtliche Relevanz/ Unterbringung</u>	
§ 20 StGB (Schuldunfähigkeit)	0 1
§ 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit)	0 1
§ 63 StGB (Unterbringung in psych. Krankenhaus)	0 1
§ 64 StGB (Unterbringung in Entziehungsanstalt)	0 1

Tabelle 1, Erhebungsbogen

2.5 Kategorisierung der Werkzeuge der Gewalt

Es gab die unterschiedlichsten Werkzeuge der Gewalt: pure Körperkraft beim Erwürgen, das Kissen und Körperkraft beim Ersticken, der stumpfe Gegenstand beim Erschlagen, die Verwendung von Axt, Messer und Schusswaffen. Unter der Vorstellung, dass eine Schusswaffe immer ein Gewaltgerät ist, ein Kissen nur in Ausnahmefällen, wurden die Werkzeuge wie folgt in zwei Kategorien eingeteilt;

Kategorie A: Gewaltwerkzeuge per se (Schusswaffe, Klappmesser, Springmesser).

Kategorie B: Gebrauchsgegenstände als fakultative Gewaltwerkzeuge (grobe Kraft, Kissen + grobe Kraft, Haushaltsmesser, Axt).

3. Ergebnisse

Die Akten von 38 straffälligen Patienten mit Delikten unter Alkoholeinfluss oder auf dem Hintergrund einer chronischen Alkoholerkrankung wurden mit dem oben angegebenen Erhebungsbogen analysiert. Dabei ergaben sich folgende Rohwerte:

Insgesamt untersuchte Straftäter: n = 38			
männlich:		n = 36	94.74%
weiblich:		n = 2	5.26%
Lesch Typ:	I	n = 23	60.53%
	II	n = 6	15.79%
	III	n = 8	21.05%
	IV	n = 1	2.63%
Durchschnittsalter:		38 Jahre	
Tötungsart:			
insgesamt	Messer	21	55.26%
	(A)	14	
	(B)	7	
	Schusswaffe (A)	6	15.79%
	erwürgt (B)	7	18.42%
	erschlagen (B)	4	10.53%
I = 23	Messer	13	56.52%
	(A)	8	
	(B)	5	
	Schusswaffe (A)	5	21.74%
	erwürgt (B)	2	8.70%
	erschlagen (B)	3	13.04%
II = 6	Messer	3	50%
	(A)	3	
	(B)	0	
	Schusswaffe (A)	1	16.67%
	erwürgt (B)	1	16.67%
	erschlagen (B)	1	16.67%
III = 8	Messer	4	50%
	(A)	2	
	(B)	2	
	Schusswaffe (A)	0	
	erwürgt (B)	4	50%
	erschlagen (B)	0	
IV = 1	Messer		
	(A)	1	

Delikt:			
insgesamt	Mord	8	21.05%
	vers. Mord	5	13.16%
	Totschlag	5	13.16%
	vers. Totschlag	20	52.63%
I = 23	Mord	5	21.74%
	vers. Mord	3	13.04%
	Totschlag	2	8.70%
	vers. Totschlag	13	56.52%
II = 6	Mord	1	16.67%
	vers. Mord	0	
	Totschlag	1	16.67%
	vers. Totschlag	4	66.67%
III = 8	Mord	1	12.50%
	vers. Mord	2	25%
	Totschlag	2	25%
	vers. Totschlag	3	37.50%
IV = 1	Mord	1	
Örtlichkeit:			
insgesamt	beim Täter	16	42.11%
	beim Opfer	5	13.16%
	Gaststätte	3	7.90%
	offene Strasse	14	36.84%
I = 23	beim Täter	9	39.13%
	beim Opfer	3	13.04%
	Gaststätte	2	8.70%
	offene Strasse	9	39.13%
II = 6	beim Täter	4	66.67%
	beim Opfer	0	
	Gaststätte	0	
	offene Strasse	2	33.33%
III = 8	beim Täter	3	37.50%
	beim Opfer	2	25%
	Gaststätte	1	12.50%
	offene Strasse	2	25%
IV = 1	offene Strasse	1	
Uhrzeit:			
insgesamt	0 - 6 Uhr	10	26.32%
	6 - 12 Uhr	4	10.53%
	12 - 18 Uhr	6	15.79%
	18 - 0 Uhr	18	47.37%

I = 23	0 - 6 Uhr	7	30.43%
	6 - 12 Uhr	1	4.35%
	12 - 18 Uhr	5	21.74%
	18 - 0 Uhr	10	43.48%
II = 6	0 - 6 Uhr	2	33.33%
	6 - 12 Uhr	1	16.67%
	12 - 18 Uhr	1	16.67%
	18 - 0 Uhr	2	33.33%
III = 8	0 - 6 Uhr	1	12.50%
	6 - 12 Uhr	2	25%
	12 - 18 Uhr	0	
	18 - 0 Uhr	5	21.74%
IV = 1	18 - 0 Uhr	1	
Intelligenz: insgesamt	NB	29	76.32%
	< NB	8	21.05%
	> NB	1	2.63%
I = 23	NB	18	78.26%
	< NB	4	17.39%
	> NB	1	4.35%
II = 6	NB	5	83.33%
	< NB	1	16.67%
	> NB	0	
III = 8	NB	5	62.50%
	< NB	3	37.50%
	> NB	0	
IV = 1	NB	1	
BAK: insgesamt	0 - 1.5 Promill	13	34.21%
	1.5 - 2.5 Promill	16	42.11%
	> 2.5 Promill	9	23.68%
I = 23	0 - 1.5 Promill	7	30.43%
	1.5 - 2.5 Promill	9	39.13%
	> 2.5 Promill	7	30.43%
II = 6	0 - 1.5 Promill	1	16.67%
	1.5 - 2.5 Promill	4	66.67%
	> 2.5 Promill	1	16.67%

III = 8	0 - 1.5 Promill	4	50%
	1.5 - 2.5 Promill	3	37.50%
	> 2.5 Promill	1	12.50%
IV = 1	0 - 1.5 Promill	1	
Suizidalität:			
insgesamt	ja	17	44.74%
	nein	21	55.26%
I = 23	ja	9	39.13%
	nein	14	60.87%
II = 6	ja	3	50%
	nein	3	50%
III = 8	ja	4	50%
	nein	4	50%
IV = 1	nein	1	
Saisonalität:			
insgesamt	Winter/ Frühjahr	23	60.53%
	Sommer/ Herbst	15	39.47%
I = 23	Winter/ Frühjahr	13	56.52%
	Sommer/ Herbst	10	43.48%
II = 6	Winter/ Frühjahr	5	83.33%
	Sommer/ Herbst	1	16.67%
III = 8	Winter/ Frühjahr	4	50%
	Sommer/ Herbst	4	50%
IV = 1	Winter/ Frühjahr	1	
Schuldfähigkeit:			
insgesamt	§ 20	0	
	§ 21	33	86.84%
I = 23	§ 20	0	
	§ 21	21	91.30%
II = 6	§ 20	0	
	§ 21	4	66.67%
III = 8	§ 20	0	
	§ 21	8	100%
IV = 1	§ 20	0	
	§ 21	1	

Unterbringung:			
insgesamt	§ 63	1	2.63%
	§ 64	10	26.32%
I = 23	§ 63	1	4.35%
	§ 64	8	34.78%
II = 6	§ 63	0	
	§ 64	0	
III = 8	§ 63	0	
	§ 64	2	25%
IV = 1	§ 63	0	
	§ 64	0	

Tabelle 2, Rohdaten

Die Analyse der Rohdaten in Tabelle 2 lässt folgende Aussagen zu:

Etwa 95% der Delinquenten waren männlichen, 5% waren weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug 38 Jahre. Die Einteilung der Delinquenten nach Lesch zeigte ein interessantes hochgradiges Ungleichgewicht: 60% waren Typ I, 16% Typ II, 21% Typ III und 3% Typ IV.

Hinsichtlich des Delikts (Mord, versuchter Mord, Totschlag, versuchter Totschlag) unterschieden sich die Lesch Typen nicht. Ungefähr die Hälfte der Delikte bei allen Typen war der versuchte Totschlag, gefolgt von Mord, von versuchtem Mord und Totschlag.

In Hinblick auf die Tötungsart ergaben sich keine klaren Unterschiede bei den einzelnen Lesch Typen. Etwa bei der Hälfte der Delikte wurde das Messer als Tatwaffe eingesetzt; Schusswaffengebrauch und Tötung durch Erwürgen und Erschlagen lagen annähernd gleich auf.

Betrachtet man die Gewaltwerkzeuge kategorisiert nach A: Gewaltwerkzeuge per se (Schusswaffe, Klappmesser, Springmesser) und B: Gebrauchsgegenstände als fakultative Gewaltwerkzeuge (grobe Kraft, Kissen + grobe Kraft, Haushaltsmesser, Axt), so sind beim Typ I 13 der Kategorie A und 10 der Kategorie B zuzuordnen. Beim Typ II kam die Kategorie A 4x, die Kategorie B 2x vor. Einzig der Typ III benutzte häufiger Waffen der Kategorie B nämlich 6x, und nur 2x eine Kategorie A Waffe. Der einzige Täter des Typs IV hat eine der Kategorie A Waffe verwendet, nämlich ein Klappmesser.

Der Ort der Tat zeigte leichte Ungleichheiten in der Häufigkeit. Die Wohnung des Täters ist in allen Lesch Typen der häufigste Tatort gewesen, bei Lesch Typ II sogar in über 60% der Fälle. Die offene Strasse war bei den Lesch Typen I mit 39% und Typ III mit 25% der zweithäufigste Tatort. Auffällig ist die Tat in der Gaststätte: im Lesch Typ I und III ist die Gaststätte in 9 bzw. 12% der Fälle Tatort gewesen, während II und IV diese Örtlichkeit nicht aufweisen.

Hinsichtlich der Uhrzeit des Delikts herrscht in den Leschgruppen I, II und IV das Zeitfenster 18 bis 0 Uhr vor, gefolgt vom Zeitraum 0 bis 6 Uhr. Einzig Lesch Typ III bevorzugte den Vormittag, die Zeit 6 bis 12 Uhr.

Die große Mehrheit der Delinquenten hat eine Intelligenz im Normbereich. Die meisten unterdurchschnittlich Begabten fanden sich in der Leschgruppe III mit etwa 38%.

Was den Blutalkoholspiegel zur Tatzeit angeht, lag die Blutalkoholkonzentration (BAK) bei den Lesch Typen I und II mehrheitlich in den Bereichen zwischen 1.5 und 2.5 Promill, während die Lesch Typen III und IV überwiegend einen niedrigeren BAK hatten (0 bis 1.5 Promill). Von der Untersuchungskohorte waren zum Zeitpunkt der Tat nachgewiesenermaßen fünf Personen, nach Aktenlage als Alkoholiker diagnostiziert, nicht alkoholisiert. Unter diesen fanden sich drei des Lesch-Typs I und zwei des Typs III. Drei der fünf zum Tatzeitpunkt nicht alkoholisierten Täter wurden als vermindert schuldfähig eingestuft, wobei einer von diesen nach § 63 verurteilt wurde.

Hinsichtlich der Suizidalität ergaben sich ebenfalls leichte Unterschiede. Lesch Typ I Patienten hatten mit 39% einen deutlich niedrigeren Suizidalitätswert als die Typen II und III mit jeweils 50%.

Betrachtet man die Saisonalitätsverteilung, fällt eine Delikthäufigkeit besonders in den kalten Monaten (Winter und Frühjahr) auf. In Bezug auf alle Leschgruppen liegt in diesem Zeitraum eine Häufigkeit von über 60% vor. Nur der Typ III scheint saisonunabhängig in seiner Delinquenz zu sein.

Bei den gutachterlichen Vorschlägen für die Einschätzung der Schuldfähigkeit ist die Verteilung eindeutig. In nahezu allen Fällen legte man den Straftaten den

§ 21 zugrunde, d. h., die verminderte Schuldfähigkeit. Der § 20, die Anerkennung der Schuldunfähigkeit, kam in keinem Fall zum Einsatz.

In Hinblick auf die Unterbringungsfrage wurde beim Lesch Typ I der § 63 in ca. 5% und der § 64 in 35% der Fälle angewendet. Beim Lesch Typ III fand der § 64 in 25% der Fälle seine Anwendung, wobei die Unterbringung nach § 63 nicht vorgeschlagen wurde. Auffällig ist, dass bei den Lesch Typen II und IV weder der § 63, noch § 64 eingesetzt wurde.

Bei aller Unsicherheit bezüglich der Reliabilität dieser Aussagen bei den doch sehr kleinen Fallzahlen hebt sich der Lesch Typ III in den Kriterien Tatort, Tatzeit, Saisonalität und BAK, somit in vier der zehn Kategorien von den Typen I und II ab, die sich untereinander in drei Punkten unterscheiden, nämlich im Tatort, der Suizidalität und der strafrechtlichen Unterbringung.

Karikatural-prototypisch formuliert ist der Typ I ein durchschnittlich intelligenter, gering suizidaler, messerstechender Straftäter, der vornehmlich des versuchten Totschlages angeklagt wird. Dieser schlägt am häufigsten in der ersten Jahreshälfte zwischen 18 und 24 Uhr, mittelstark alkoholisiert, bei sich zu Hause oder auf offener Strasse zu.

Beim Typ II handelt es sich um einen durchschnittlich intelligenten, im Winter und Frühjahr delinquenten Menschen, der mittelstark alkoholisiert bei sich zu Hause Straftaten gegen das Leben vornimmt. Am häufigsten wird er wegen versuchtem Totschlag verurteilt. Bei seiner Tat favorisiert er als Waffe das Messer und trägt sich mit Suizidgedanken bzw. –absichten. Dieser Typ kann die ganze Nacht über zuschlagen.

Beim Typ III handelt es sich um einen durchschnittlich intelligenten, messerstechenden und würgenden Täter, der mittelstark alkoholisiert saisonalunabhängig delinquent ist und sich ambivalent zu suizidalen Absichten äußert. Er wird am häufigsten wegen versuchtem Totschlag angeklagt, wobei diese Tat bei ihm zu Hause begangen wird. Dies geschieht vornehmlich am Morgen bzw. in den Vormittagstunden.

Der einzige Fall dieses Kollektives vom Typ IV ist ein durchschnittlich intelligenter, messerstechender Mörder, der seinem Opfer, in mittelstark ange-trunkenem Zustand auf offener Straße in der ersten Nachthälfte in den kalten Monaten des Jahres nachstellte. Suizidale Absichten oder Gedanken wurden von ihm verneint.

4. Diskussion

4.1 Häufigkeitsverteilung der Lesch-Typen im Untersuchungskollektiv

Aus naheliegenden Gründen ist es schwer bis unmöglich aus einer wie auch immer definierten Kohorte von Menschen diese mit Sicherheit zu identifizieren, die auf dem Wege in den Alkoholismus sind oder unerkannt bereits Alkoholiker im Sinne der Definition sind. Schon die alt bekannte Tatsache, dass alle Alkoholiker in Hinblick auf ihr Suchtverhalten lügen und medizinische Screening Tests am Recht auf Selbstbestimmung scheitern, steht einer epidemiologisch korrekten und vollständigen Erfassung der Alkoholismuszinzidenz entgegen. Im gegebenen Zusammenhang wären solche Daten von größtem Wert.

Es gibt zumindest zwei Surrogatdatensätze zu dieser Frage in Hinblick auf die Lesch-Klassifizierung:

Erstens: Oberlaender, Mengerling und Platz publizierten eine Arbeit mit dem Titel: „Veränderungen des Patientenprofils einer großstädtischen Abteilung für Abhängigkeitskrankheiten in einer Zehnjahresperiode: Struktureller Veränderungsbedarf für die Organisationsziele und den Behandlungsauftrag“ (Oberlaender et al. 1999). In einer tabellarischen Auflistung der absoluten Häufigkeiten der Lesch Typen in einem Kollektiv von 357 Entgiftungspatienten eines „gemeindenahen Suchtzentrums“ in Berlin ergaben sich folgende relative Häufigkeiten: Lesch Typ I 9.8%; Lesch Typ II 48.7%; Lesch Typ III 21.3% und Typ IV 20.2%. Hier haben wir es mit einer relativen Häufigkeit der Lesch Typen in einem entzugstherapeutischen Zusammenhang zu tun. Obwohl keine Daten dazu in der Publikation sind, kann dennoch unterstellt werden, dass die Rate an schweren Delikten an Leib und Leben keine Bedeutung spielen.

Zweitens: Reulbach et al. (2006) teilten eine Kohorte von 50 alkoholabhängigen Homizid-Tätern nach der Lesch-Klassifikation ein und kamen auf folgende Prozentsätze: Typ I 16%, Typ II 32%, Typ III 36% und Typ IV 12%.

Auf dem Hintergrund dieser beiden Datensätze ist die Verteilung des Kollektivs aus der Frankenalb-Klinik Engelthal deutlich different: Typ I 60.53%; Typ II 15.79%; Typ III 21.05% und Typ IV 2.63%.

Diese Häufigkeitsunterschiede zu interpretieren fällt schwer. Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten: 1. Die Häufigkeit der Straffälligkeit gegen das Leben ist den Lesch Typen inhärent. Dann wäre der Typ I Alkoholiker besonders häufig wegen *versuchten* Mordes oder Totschlags angeklagt, denn bei *vollzogenem* Homizid ist er laut Reulbach et al. (2006) viel seltener als der Typ II. 2. Die Epidemiologie der Lesch Typen ist der Grund für die Häufung des Typs I im hier bearbeiteten Kollektiv: der Typ I könnte tatsächlich der häufigste Alkoholiker-Typ sein und wäre in dem Oberländer-Kollektiv ohne Tötungsdelikte in der Anamnese relativ unterrepräsentiert, weil er definitionsgemäß eine hohe Toleranz gegenüber Alkohol entwickelt hat, angepasst trinkt und sozial angepasst ist. Diese Eigenarten könnten einer rein ärztlichen, nicht-gerichtlichen Einweisung in eine Suchtklinik entgegenstehen. Erst bei (schwerer) Delinquenz entlarvte er sich als solcher. Wäre die erste Annahme korrekt, würde der Typ I nach Lesch eine besondere Neigung zu *versuchten* körperlichen Gewaltdelikten haben, die bei den anderen Typen dementsprechend weniger ausgeprägt wäre oder seltener vorkäme. Diese Annahme, für die es in der Literatur keine Hinweise gibt, würde, intuitiv argumentierend, nicht in das Charakterbild des jovialen Typ I Alkoholikers passen. Die einzig plausible Erklärung scheint, dass die Prävalenz des Typ I Alkoholikers im ersten Kollektiv extrem niedrig ist und nicht die wahre Häufigkeit dieses Typs in der nicht-auffälligen Normalbevölkerung widerspiegelt. Umgekehrt sind die Typen II, III und IV per se mehr oder weniger auffällig und werden entweder von sich aus oder aufgrund der Einwirkung der Umgebung häufiger identifiziert und institutionalisiert. Die derzeit vorhandenen Daten lassen keine Aussage zu, welches Gewaltpotenzial tatsächlich in den einzelnen Lesch Typen verborgen ruht.

4.2 Täterprofil/ Tatprofil und Lesch-Klassifikation

Dies ist der erste Versuch, das Täterprofil und Tatprofil von nach Lesch klassifizierten alkoholkranken Gewaltverbrechern zu beschreiben. Die im Ergebnisteil angeführten karikatural portraitierten Prototypen sind selbstverständlich intellektuelle Kunstprodukte. Allenfalls für den Typ I könnte man diesem Psychogramm eine gewisse Bedeutsamkeit unterstellen, da sich dieses auf immerhin 23 Individuen stützt. Der einzige Typ IV Fall kann nicht mehr sein als eine Kasuistik. Dazwischen herrscht Unsicherheit, ob es statthaft ist, ein solches Psychogramm auf der Basis der wenigen (6 bzw. 8) Individuen überhaupt zu formulieren.

Eine Abstraktion gelingt somit nur für den Typ I:

Er ist ein durchschnittlich intelligenter, gering suizidaler, messerstechender Straftäter, der vornehmlich des versuchten Totschlages angeklagt wird. Dieser schlägt am häufigsten in der ersten Jahreshälfte zwischen 18 und 24 Uhr, mittelstark alkoholisiert, bei sich zu Hause oder auf offener Strasse zu.

Im Hinblick auf die schwere der Schuld positiv ausgedrückt: der Mord oder Mordversuch, d. h. niedrige Beweggründe oder Arglist stehen bei diesem Typen nicht im Vordergrund. Das Tötungsdelikt war nicht erfolgreich. Die Tatsache, dass der Täter das Opfer nicht in dessen Wohnung aufgesucht und angegriffen hat, könnte als Ausdruck einer nicht vorhandenen Intentionalität gedeutet werden, so dass die Gewalttat bilanziell als entgleiste Affekthandlung unter Alkoholeinfluss angesehen werden könnte. Diese Deutung fügt sich ein in das Charakterprofil des Typ I Alkoholikers, der außerhalb des Alkoholrausches keine inhärente Neigung zur körperlichen Gewaltanwendung hat. Indirekt argumentierend könnte man ausführen, dass der Umstand, dass der Typ I mit knapp 35% bei der Unterbringung nach § 64 an erster Stelle liegt, genau das widerspiegelt, was Lesch für den Typ I in seiner Klassifikation prognostiziert: eine relativ günstige therapeutische Beeinflussbarkeit des Alkoholismus.

4.3 Versuch der Integration der Ergebnisse in publiziertes Wissen zur Alkohol- und Homizid-Problematik

In vielen Studien ist Alkohol als ein proximaler Risikofaktor von Gewalt identifiziert (Hoaken und Stewart, 2003; Friedman, 1998; Boles und Miotto, 2003) wobei Haggard-Grann et al. (2005) ein 13.2 fach erhöhtes Risiko der Gewaltanwendung innerhalb der ersten 24 Stunden nach Alkoholeinnahme ermittelten. Diese Gewaltbereitschaft ist bei mental kompromittierten Angreifern offenbar höher (Hodgins et al., 1996), wobei die meisten alkoholassoziierten Gewaltdelikte von eigentlich nicht gewalttätigen Menschen begangen werden (Bradford et al., 1992). Dabei ist die Prävalenz von Alkoholeinnahme und Gewaltverbrechen mit bis zu 60% angegeben (Quensel, 1964) und mithin sehr hoch. In Deutschland wurde für die Jahre 1990 und 1993 der Prozentsatz der Alkoholisierten als Täter bei Totschlag oder schwerer Körperverletzung mit Todesfolge mit 49.2% und 39.5% ermittelt (Soyka, 1995).

Viele Studien kommen bei der kritischen Blutalkoholkonzentration, die Gewaltbereitschaft induziert, auf Werte von 0.6 bis 1.3 Promill (Gustafson 1991 und Sayette et al, 1993). Die Blutalkoholkonzentration der Täter dieser Kohorte lag bei fast allen in oder über diesem Spiegel. Bei den Typen I und II lag die Blutalkoholkonzentration (BAK) bei der Mehrheit deutlich über diesem Wert, bei den Typen III und IV lag der Wert am unteren Ende der Skala. Eine Erklärungshypothese, die sich anbietet, ist dass Menschen mit neuropsychiatrischem Defizit (Typen III und IV nach Lesch) schon bei niedrigeren Alkoholkonzentrationen einen Kontrollverlust erleiden können. Dies passt gut zu den Ausführungen von Reulbach et al. (2006). Diese Autoren liefern eine Unterscheidung für besonders gewaltbereite Menschen: die impulsiven und die dissozialen Alkoholiker. Für beide wird der Kontrollverlust konzidiert, wobei bei beiden die alkoholbedingte Gewaltschwellenerniedrigung zu der angelegten Verhaltensstörung potenzierend hinzutritt. Dabei fielen bei diesen Alkoholtätern neurobiochemische Besonderheiten wie erniedrigte 5-HIAA und erhöhte Testosteronspiegel im Liquor auf (Branchey et al., 1981). Die Daten über Alkoholkonzentrationen passen aber nicht zu denen, die Reulbach et al. (2006) in ihrer Kohorte erhoben haben: in dieser Gruppe waren die Täter der Typen I und III signifikant stärker alkoholisiert als die Typen II und IV.

4.4 Die Frage der Schuldfähigkeit im Rahmen alkoholassoziierter Gewaltdelikte

Die Frage der Schuldfähigkeit im Rahmen alkoholassoziierter Gewaltdelikte steht im Zentrum des Interesses. Durch die Bewertung der Schuldfähigkeit werden die Schicksale der Delinquenten festgelegt. Dabei sind die Dimensionen „akute Alkoholtoxizität“ als proximaler Risikofaktor und „primäre und sekundäre neuropsychiatrische Stigmatisierung“ angesprochen worden. Kommen beide zusammen, resultiert ein besonders hohes Gewaltbereitschaftspotential und somit aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Schuldfähigkeit, da eine Einschränkung der Willensfreiheit durch den pathologischen Kontrollverlust unterstellt wird. Selbst wenn dies so ist, gibt es doch noch eine weitere Dimension, die ebenfalls mitbedacht werden sollte: die der Grundeinstellung zur Gewalt als Lebensäußerung. Deswegen wurde hier versucht, die Werkzeuge der Gewalt zu kategorisieren, um sie an dieser Stelle

zu gewichten: Wer sich jenseits eventueller beruflicher Notwendigkeiten eine Schusswaffe oder ein Klapp- oder Springmesser kauft, bekennt sich damit unabhängig von eventueller Psychopathologie zum lebensbedrohenden Gewalteinsatz als Handlungsmöglichkeit. Dieses grundsätzliche Bekenntnis zum Angriff auf Leib und Leben anderer mag unter anderem auch sozio-kulturellen und medialen Einflüssen unterliegen, dennoch ist es Ausdruck des freien Willens. Ernüchternd ist, dass die Mehrzahl der Delinquenten dieser Studie Waffen der Kategorie A für ihre Tat benutzt hat und nur Alkoholiker des Typs III mehrheitlich für sich in Anspruch nehmen können, das Gewaltdelikt schon vor der Alkoholexposition nicht grundsätzlich mit einkalkuliert zu haben, welche die Tat eventuell ausgelöst oder gebahnt hat. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit dieses Studienkollektivs seitens der psychiatrischen Gutachter fiel entsprechend negativ aus, wobei eventuell auch die gängige Rechtsprechung mitberücksichtigt wurde, dass selbst eine akute Alkoholintoxikation nicht oder wenig schuld mindernd ist, wenn sich derjenige willentlich betrinkt, mit dem Vorsatz, im Rausch gewalttätig zu werden (zitiert aus Deiters : *Die freie Entscheidung zur Tat: Zur Rechtsfigur der actio libera in causa* in: Schneider und Frister (eds., Springer 2002)): nur 11 der 38 Täter wurde eine Unterbringung nach § 64 (10x) und § 63 (1x) zugebilligt, die 27 übrigen Täter wurden in den Strafvollzug überstellt. Interessant scheint dabei, dass 8 der 10 Täter, bei denen eine Alkoholentzugstherapie für aussichtsreich erachtet wurde, Typ I Alkoholiker nach Lesch waren, die ja per definitionem die beste Prognose in Hinblick auf eine erfolgreiche Therapie haben.

4.5 Weitergehende Implikationen dieser Studie für die Lesch-Typologie

Die Beschreibung des Gewaltpotentials bei den einzelnen Lesch-Typen ist noch nicht abgeschlossen. Dieser Frage widmet sich in der Diskussion der Ergebnisse die Studie von Reulbach et al. (2006). Ausgehend von der lange gültigen Unterteilung des Problemfeldes in die beiden Komplexe „Vergehen während der Trunkenheit“ und „Vergehen des chronischen Trinkers“, wie sie Benjamin und Fränkel 1930 publiziert haben, führen Reulbach et al. an, dass die psychiatrische Komorbidität von alkoholkranken Tötungsdelinquenten hauptsächlich auf einer Interaktion einer devianten Persönlichkeit mit einem dissozialen, impulsiven Muster und chronischer Alkoholabhängigkeit beruht. In ihrer Homizid-Studie waren alle Delinquenten zum Tatzeitpunkt, wie schon in

4.3 aufgeführt, signifikant alkoholisiert, und es waren die Lesch-Typen II und III dominant, was in das Konzept passte, dass eben diese gewaltbereiter seien als die anderen Lesch-Typen. Reulbach et al. beschreiben im Weiteren besonders den Typus II mit seinen sekundären vegetativen Reaktionen wie Zittern und Schwitzen während der Tat, so dass sie folgern, dass ein besonders erhöhtes noradrenerges Aktivitätsniveau vorgelegen haben dürfte. Aus den relativ niedrigen Alkoholspiegeln bei den Typen II und IV schlossen sie, dass eventuell schon erste Entzugsgefühle zur Tatzeit bestanden haben könnten. Sehr auffällig im Homizid-Kollektiv war bei dem Typ II die hohe Frequenz der Ersttat. Daraus schliessen die Autoren, dass dem Tötungsdelikt keine gewalttätige Anamnese vorausgegangen, sondern es zu einer eruptiven Gewaltäußerung mit *Todesfolge* gekommen ist. In dieser Typ II Gruppe gab es die Kombination aus Entzugssymptomatik, einer Angstkomponente und einer situativen Überforderung. Die Situation war somit aus Tätersicht eine exzessive Defensivreaktion, die sich in massiver extrovertierter Aggression äußerte (Reulbach et al., 2006). Das kriminelle Potential des Typ II Alkoholikers wird resümierend als „reduziert“ charakterisiert. Der Typ III in der Homizid-Studie hatte zur Tatzeit einen hohen Alkoholspiegel und war häufiger ein Wiederholungstäter, somit konstitutiv erhöht gewaltbereit. In der hier vorgelegten Studie dominierte unter den angeklagten Gewalttätern eindeutig der Typ I nach Lesch. Sie sind durchschnittlich intelligent, gering suizidal, benutzen das Klapp-/ Springmesser und sind vornehmlich des *versuchten* Totschlages angeklagt, das heißt, ihre Opfer haben überlebt. Die Typ I Täter waren mittelstark alkoholisiert, so dass eine Entzugssymptomatik zur Tatzeit keine Rolle gespielt haben dürfte. Es gibt in diesem Täterkreis keine Präferenz, was den Tatort angeht, wohl aber eine Häufung des Besitzes von Offensivwaffen (Kategorie A in dieser Studie). Wenn man abschließend nochmals darauf hinweist, dass der Typ I Alkoholiker keine psychiatrische Stigmatisierung außerhalb seiner Alkoholkrankheit hat, ist er im Delinquenzfall ein schuldfähiger Gewalttäter, der mit seinem Offensivwaffenbesitz sein Umfeld strukturiert, was nicht heißt, dass er töten will, sondern durchaus dahingehend interpretiert werden kann, dass er damit Dominanz ausüben möchte. Die Alkoholeinwirkung dürfte auch bei Typ I Alkoholikern die Gewaltbereitschaft steigern. Das die Tat nicht vollzogen wird, zeugt davon, dass noch eine situative (Rest-) Kontrolle vorhanden sein dürfte.

5. Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele: Die Lesch-Klassifikation des Alkoholismus ist ein modernes Instrument, das neben einer Typologie auch anamnestiche, prognostische (und auch therapeutische) Parameter enthält. Ziel der Arbeit war es, diese auf Alkoholranke anzuwenden, denen bereits in einem Strafverfahren ein Gewaltdelikt nachgewiesen wurde.

Patienten und Methoden: Die Datenerhebung aus psychiatrischen Gutachten bezweckte, die Alkoholismus-relevanten Aspekte zu isolieren und zu katalogisieren, um letztlich eine Einteilung der Gewalttäter nach der Lesch-Klassifikation durchführen zu können. In der Untersuchungsgruppe von 38 Delinquenten waren ca. 95% männlich. Das Durchschnittsalter betrug 38 Jahre. Für die systematische Analyse wurde ein Erhebungsbogen erstellt.

Ergebnisse und Beobachtungen: Die Einteilung der Delinquenten nach Lesch zeigte ein hochgradiges Ungleichgewicht: 60% waren Typ I, 16% Typ II, 21% Typ III und 3% Typ IV. Ca. die Hälfte der Delikte bei allen Typen war der versuchte Totschlag, gefolgt von Mord, versuchtem Mord und Totschlag. Der Blutalkoholspiegel lag zur Tatzeit bei den Lesch Typen I und II mehrheitlich in den Bereichen zwischen 1.5 und 2.5 Promill, bei den Typen III und IV überwiegend bei 0 bis 1.5 Promill. Kategorisiert man die Gewaltwerkzeuge nach A: „Gewaltwerkzeuge per se“ und B: „Gebrauchsgegenstände als fakultative Gewaltwerkzeuge“, so sind beim Typ I 13 der Kategorie A und 10 der Kategorie B zuzuordnen. Beim Typ II kam A 4x, B 2x vor. Einzig der Typ III benutzte 6x B-Waffen und nur 2x eine A-Waffe. Der einzige Täter des Typs IV benutzte eine A-Waffe. In nahezu allen Fällen legte man den Straftaten den § 21 zugrunde, der § 20 kam in keinem Fall zum Einsatz. Die Datenanalyse ergab prototypische Täterprofile, die bei den geringen Fallzahlen nur für den Typ I erwähnenswert sind: Typ I ist ein gering suizidaler, messerstechender Straftäter, der vornehmlich des versuchten Totschlages angeklagt wird. Dieser schlägt am häufigsten in der ersten Jahreshälfte zwischen 18 und 24 Uhr, mittelstark alkoholisiert, bei sich zu Hause oder auf offener Strasse zu.

Praktische Schlussfolgerungen: Es stellte sich die mit den vorhandenen Informationen nicht beantwortbare Frage, ob die Häufigkeit der Straffälligkeit

gegen das Leben den Lesch Typen inhärent ist oder, ob der Typ I in den beiden Kollektiven ohne Tötungsdelikte in der Anamnese deshalb relativ unterrepräsentiert ist, da er eine hohe Toleranz gegenüber Alkohol entwickelt hat, angepasst trinkt, sozial angepasst ist und sich erst bei (schwerer) Delinquenz entlarvt. Die Täterprofile der anderen Lesch Typen bleiben bei den geringen Fallzahlen arbiträr. Damit bleibt offen, welches Gewaltpotenzial tatsächlich in den einzelnen Lesch Typen verborgen ruht. Ernüchternd ist, dass die Mehrzahl der Delinquenten dieser Studie Waffen der Kategorie A für ihre Tat benutzte und nur Alkoholiker des Typs III mehrheitlich für sich in Anspruch nehmen können, das Gewaltdelikt nicht grundsätzlich mit einkalkuliert zu haben. Da definitionsgemäß der Typ I Alkoholiker keine psychiatrische Stigmatisierung außerhalb seiner Alkoholkrankheit hat, ist er im Delinquenzfall ein schuldfähiger Gewalttäter, der mit seinem Offensivwaffenbesitz sein Umfeld strukturiert, was nicht heißt, dass er töten will, sondern durchaus dahingehend interpretiert werden kann, dass er damit Dominanz ausüben möchte. Die Alkoholeinwirkung dürfte auch bei Typ I Alkoholikern die Gewaltbereitschaft steigern. Dass die Tat nicht vollzogen wird, spricht für das Vorhandensein einer situativen (Rest-) Kontrolle.

6. Abstract

Background and aims: The Lesch classification of alcohol addiction is a modern instrument comprising a typology and parameters of personal history, prognosis, and therapy. Aim of this work was the application of these parameters to a group of alcohol addicts who had been sentenced for violent crime.

Patients and methods: Alcoholism-relevant data were drawn from psychiatric reports to group patients according to the Lesch classification. The cohort of 38 patients was predominantly males with a mean age of 38 years. To allow a systematic analysis, a problem-oriented data sheet was generated.

Results and observations: Grouping of the delinquents according to Lesch resulted in a highly imbalanced distribution: 60% were type I, 16% type II, 21% type III, and 3% type IV: Around half of the committed crimes for all types were intended homicide, followed by murder, intended murder and, least frequent, homicide. Blood alcohol levels of Lesch type I and II at the time of crime ranged between 1.5 to 2.5 per mil, of type III and IV delinquents between 0 and 1.5 per mil. Categorizing the criminal tools as A, "criminal tools per se (i.e., weapons)" and B, "daily items (mis)used as criminal tools", the type I delinquent was violent with an A tool in 13 and with a B tool in 10 instances. Type II delinquents took an A tool in 4 and a B tool in 2 instances while type III offenders used 2 times an A tool and 6 times a B tool. The single type IV person took an A. Almost all delinquents were judged on the basis of § 21 while § 20 was never applied.

Data analysis yielded prototypical offender profiles, which, regarding the small numbers per type are verbalized for type I only: The type I delinquent is scoring low on a suicidal scale and is a knifer convicted of intended homicide. He is typically striking while being moderately alcoholized in the first 6 months of the year, between 6 pm and midnight, at home or in the road.

Practical conclusions: The open question against the background of this data set is whether the frequency of homicidal acts or attempts is Lesch-type-inherent or whether type I alcoholics (being the most frequent type in normal life

cohorts) are relatively non-violent due their high alcohol tolerance, their adapted drinking and/ or their relatively developed social competence. The criminal profiles of the other Lesch types and their intrinsic violence potential remain vague due to small numbers. It may perhaps be disillusioning to note that the majority of the persons in this study used A tools for their violent offence and only type III alcoholics seem to not have the latent inclination to carry (and make use of) an A weapon. Since, per definition, type I alcoholics do not bear a psychiatric stigma other than alcohol addiction, they can be pleaded guilty in case of delinquency all the more if by carrying an offensive weapon they aim at structuring and dominating their social field. The effect of alcohol might also increase the offensive potential in type I alcoholics. However, the considerable frequency of "failed" homicide in this group of delinquents argues for residual self control in these persons in critical situations.

7. Literaturverzeichnis

1. Anton RF.
What is craving? Models and implications for treatment.
Alcohol Res Health, 23: 165-173, (1999)
2. Babor TF, Dolinsky ZS, Meyer RE, Hesselbrock M, Hofmann M, Tennen H.
Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common
classification schemes.
Br J Addict, 87: 1415-1431, (1992)
3. Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky
ZS, Rounsaville B.
Types of alcoholics, I; Evidence for an empirically derived typology based
on indicators of vulnerability and severity.
Arch Gen Psychiatry, 49: 599-608, (1992)
4. Benjamin D, Fränkel F.
Alkoholismus und Kriminalität.
Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 21: 705-713,
(1930)
5. Boles SM, Miotto K.
Substance abuse and violence. A review of the literature.
Aggress Violent Behav, 8: 155-174, (2003)
6. Bradford JW, Greenberg DM, Motayne GG.
Substance abuse and criminal behavior.
Clinical Forensic Psychiatry, 15: 605-622, (1992)
7. Branchey L, Shaw S, Lieber CS.
Ethanol impairs tryptophan transport into the brain and depresses
serotonin.
Life Sci, 29: 2751-2755, (1981)

8. Brown J, Babor TF, Litt MD, Kranzler HR.
The type A/ type B distinction. Subtyping alcoholics according to indicators of vulnerability and severity.
Ann NY Acad Sci, 708: 23-33, (1994)
9. Cardoso JMN, Barbosa A, Ismail F, Pombo S.
NETER alcoholic typology (NAT).
Alcohol Alcohol, 41: 133-139, (2006)
10. Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M.
Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism.
Adv Alcohol Subst Abuse, 7: 3-16, (1988)
11. Deiters M.
Die freie Entscheidung zur Tat: Zur Rechtsfindung der actio libera in causa
In: Schneider F, Frister H (eds.):
Alkohol und Schuldfähigkeit; Entscheidungshilfen für Ärzte und Juristen.
Springer, 121-139, (2002)
12. Edenberg HJ, Dick DM, Xuei X et al.
Variations in GABRA2, encoding the alpha 2 subunit of GABA (A) receptors.
Am J Hum Genetics, 74: 705-714, (2004)
13. Friedman AS.
Substance use/ abuse as a predictor to illegal and violent behavior: a review of the relevant literature.
Aggress Violent Behav, 3: 339-355, (1998)
14. Gilligan SB, Reich T, Cloninger CR.
Etiologic heterogeneity in alcoholism.
Genet Epidemiol, 4: 395-414, (1987)

15. Gustafson R.
Male physical aggression as a function of alcohol intoxication and frustration: experimental results and methodological considerations.
Alcohol Clin Exp Res, 15: 158-164, (1991)

16. Habel U, Schneider F.
Diagnostik und Symptomatik von Alkoholintoxikation, schädlichem Gebrauch und Alkoholabhängigkeit .
In: Schneider F, Frister H (eds.):
Alkohol und Schuldfähigkeit; Entscheidungshilfen für Ärzte und Juristen.
Springer, 21-54, (2002)

17. Haggard-Grann U, Hallqvist J, Langström N, Möller J.
The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-crossover study.
Addiction, Vol. 101, 1: 100-108, (2005)

18. Heipertz W, Tribig G.
Arbeits- und Sozialmedizinische Aspekte des Alkoholismus.
In: Seitz HK, Lieber CS, Simanowski UA (eds.):
Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden,
2. Auflg. Heidelberg: Johann Ambrosius Barth, 605-623, (2000)

19. Herold G und Mitarbeiter (eds.):
Innere Medizin. Eine vorlesungsorientierte Darstellung, 2007.
Kapitel XIII, Alkoholkrankheit, 801-805, (2007)

20. Hoaken PNS, Stewart SH.
Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior.
Addict Behav, 28: 1533-1554, (2003)

21. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M.
Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort.
Arch Gen Psychiatry, 53: 489-496, (1996)

22. Jellinek EM.
The disease concept of alcoholism.
Yale Univ Press, New Haven, (1960)

23. Kerner HJ, Weitekamp EGM, Stelly W, Thomas J.
Patterns of criminality and alcohol abuse.
Crime Behav Mental Health, 7: 401-420, (1997)

24. Klein M.
Gewaltverhalten unter Alkoholeinfluss: Bestandsaufnahme,
Zusammenhänge, Perspektiven.
In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (eds.):
Jahrbuch Sucht, 1996.
Geestacht: Neuland, 53-68, (1995)

25. Lesch OM, Kefer J, Lentner S, Mader R, Marx B, Musalek M, Nimmerrichter
A, Preinsberger H, Puchinger H, Rustembegovic A.
Diagnosis of chronic alcoholism - classificatory problems.
Psychopathology, 23(2): 88-96, (1990)

26. Lesch OM, Bonte W, Walter H, Musalek M, Sprung R.
Verlaufsorientierte Alkoholismusdiagnostik.
In: Schwoon DR, Krausz M (eds.):
Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder in der Psychiatrie.
Ferdinand Enke, Stuttgart, (1990)

27. Lesch OM, Walter H.
Subtypes of alcoholism and their role in therapy.
Alcohol Alcohol Suppl, 1: 63-67, (1996)

28. Lesch OM, Walter H.
Alkoholabhängigkeit - Ihre Erkennung und Behandlung.
Sanitas 2 + 3: 10-15, (1997)

29. Levine ME, Wojcik BE.
Alcoholic typology and season on birth.
J Addict Dis, 18: 41-52, (1999)
30. Litt MD, Babor TF, DelBoca FK, Kadden RM, Cooney NL.
Types of alcoholics, II. Application of an empirically devived typology to
treatment matching.
Arch Gen Psychiatry, 49: 609-614, (1992)
31. Löffler G, Petrides PE (eds.):
Ernährung; Bedeutung des Ethylalkohols
In: Biochemie und Pathobiochemie
Springer, 6. Auflage, 723-725, (1998)
32. Oberlaender FA, Mengerling F, Platz WE.
Veränderungen des Patientenprofils einer großstädtischen Abteilung für
Abhängigkeitskrankheiten in einer Zehnjahresperiode: Struktureller
Veränderungsbedarf für die Organisationsziele und den
Behandlungsauftrag.
Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 22: 35-45, (1999)
33. Pillmann F, Ullrich S, Draba S, Sannemüller U, Marneros A.
Akute Alkoholwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit als
Determinanten von Gewaltdelinquenz.
Nervenarzt, 71: 715-721, (2000)
34. Preuss UW, Schröter A, Soyka M.
Typologien der Alkoholkrankheit - ein kritischer Vergleich.
Sucht, 43: 92-103, (1997)
35. Quensel E (eds.):
Kritische Betrachtungen zur Behandlung im Strafvollzug.
In: Grenzen der Behandlung.
Westdeutscher Verlag, Oplade, 103-120, (1984)

36. Reulbach U, Biermann T, Bleich S, Hillemacher Th, Kornhuber J, Sperling W.
Alcoholism and homicide with respect to the classification system of Lesch and Cloninger.
Alcohol Alcohol, 42 (2): 103-107, (2006)
37. Rubio G, Leon G, Pascual FF, Santo-Domingo J.
Clinical significance of Cloninger`s classification in a sample of alcoholic Spanish men.
Addiction, 93: 93-101, (1998)
38. Sannibale C, Hall W.
An evaluation of Cloninger`s typology of alcohol abuse.
Addiction, 93: 1241-1249, (1998)
39. Sayette, MA.
Heart rate as an index of stress response in alcohol administration research: a critical review.
Alcohol Clin Exp Res, 17: 802-809, (1993)
40. Sayette MA, Wilson GT, Elias MJ.
Alcohol and aggression: a social information processing analysis.
J Stud Alcohol, 54: 399-407, (1993)
41. Schalast N, Mushoff S, Demmerling R.
Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB.
Zwischenbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft, DFG-Projekt Scha 773/ 2-1, (2004)
42. Soyka M.
Die Alkoholkrankheit-Diagnose und Therapie.
Chapmann and Hall. (1995)

43. Sperling W, Frank H, Martus P, Mader R, Barocka A, Walter H, Lesch OM.
The concept of abnormal hemispheric organization in addiction research.
Alcohol Alcohol, 35: 394-399, (2000)

44. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008.
Rechtspflege-Strafvollzug-Demographische und Kriminologische Merkmale
zum Stichtag 31.03.2008.
Fachreihe 10, Reihe 4.1.

45. Strafgesetzbuch
in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998,
(BGBl. I Seite 3322)

46. Tiffany ST.
Cognitive concepts of craving.
Alcohol Res Health, 23: 215-224, (1999)

47. Vaillant GE.
Evidence that the type 1/ type 2 dichotomy in alcoholism must be
reexamined.
Addiction, 89: 1049-1057, (1994)

48. Windle M, Scheidt DM.
Alcoholic subtypes: are two sufficient?
Addiction, 99: 1508-1519, (2004)

8. Anhang

Lfd-Nr.	LT	Geschlecht	GE	Alter	Tötungsdelikt	TD	Tötungsart	TA	Datum	D	Uhrzeit	H	Örtlichkeit	ÖT	BAK		Intelligenz	IN	Suizidalität	Schuldfähigkeit	SF	Unterbringung	U
3	1	männlich	1	35	Mord	1	Messer	A	Mai	1	21:15	4	offene Strasse	4	1,5	1	Normbereich	0	1	21	1	0	0
6	2	männlich	1	58	Mord	1	Schusswaffe	A	März	1	13:00	3	beim Täter	1	4,53	3	Normbereich	0	0	0	0	0	0
10	3	weiblich	2	44	Totschlag	3	erwürgt	B	Oktober	2	07:00	2	beim Täter	1	2,29	2	Normbereich	0	1	21	1	0	0
11	1	männlich	1	35	Mord	1	erwürgt	B	Mai	1	00:00	1	beim Täter	1	2,57	3	unterer Normbereich	1	1	21	1	0	0
14	1	männlich	1	21	Mord	1	erschlagen	B	September	2	04:00	1	offene Strasse	4	2,53	3	unterer Normbereich	1	0	21	1	64	4
16	3	männlich	1	48	Totschlag	3	erwürgt	B	Juli	2	22:00	4	beim Täter	1	0,17	2	unterer Normbereich	1	0	21	1	64	4
17	1	männlich	1	32	versuchter Totschlag	4	Schusswaffe	A	Dezember	2	15:20	3	offene Strasse	4	2,03	2	Normbereich	0	1	21	1	64	4
18	1	männlich	1	61	versuchter Mord	2	Schusswaffe	A	Dezember	2	20:45	4	beim Täter	1	3,3	3	Normbereich	0	0	21	1	0	0
20	4	männlich	1	28	Mord	1	Messer	A	Mai	1	21:15	4	offene Strasse	4	0,3	1	Normbereich	0	1	0	0	0	0
22	3	männlich	1	49	versuchter Mord	2	Messer	A	März	1	23:30	4	beim Täter	1	3,01	3	Normbereich	0	0	21	1	0	0
28	1	männlich	1	39	versuchter Totschlag	4	Schusswaffe	A	Februar	1	10:00	2	beim Täter	1	1,37	1	Normbereich	0	0	21	1	0	0
29	1	männlich	1	60	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Juni	1	22:00	4	offene Strasse	4	1,4	1	unterer Normbereich	1	0	21	1	0	0
44	1	männlich	1	24	versuchter Mord	2	Messer	B	August	2	15:45	3	beim Täter	1	1,2	1	oberer Normbereich	2	0	21	1	64	4
45	1	männlich	1	34	Totschlag	3	Messer	B	Januar	1	15:30	3	beim Täter	1	2,2	2	Normbereich	0	0	21	1	0	0
47	2	männlich	1	53	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Juni	1	02:00	1	beim Täter	1	2,5	2	Normbereich	0	1	21	1	0	0
48	1	männlich	1	32	Mord	1	Messer	A	Mai	1	00:30	1	offene Strasse	4	3	3	Normbereich	0	0	21	1	64	4
49	1	männlich	1	19	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Oktober	2	18:30	4	offene Strasse	4	2	2	Normbereich	0	1	21	1	64	4
51	1	männlich	1	31	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Februar	1	22:30	4	beim Täter	1	2,52	3	unterer Normbereich	1	1	21	1	0	0
58	1	männlich	1	19	versuchter Totschlag	4	Schusswaffe	A	Juni	1	17:45	3	offene Strasse	4	0	0	Normbereich	0	1	0	0	0	0
61	2	männlich	1	30	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Februar	1	23:50	4	offene Strasse	4	1,79	2	Normbereich	0	1	21	1	0	0
63	1	männlich	1	18	Totschlag	3	erschlagen	B	Januar	1	02:35	1	beim Opfer	2	1,83	2	Normbereich	0	0	21	1	0	0
66	1	männlich	1	38	versuchter Totschlag	4	Messer	B	Juni	1	23:45	4	beim Täter	1	3	3	Normbereich	0	0	21	1	64	4
67	3	männlich	1	56	versuchter Totschlag	4	erwürgt	B	März	1	09:00	2	offene Strasse	4	1,5	1	Normbereich	0	1	21	1	64	4
68	3	männlich	1	31	versuchter Totschlag	4	Messer	B	Juli	2	22:10	4	beim Opfer	2	0	0	unterer Normbereich	1	1	21	1	0	0
75	1	männlich	1	35	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Januar	1	23:00	4	beim Opfer	2	2,11	2	Normbereich	0	0	21	1	64	4
80	1	männlich	1	17	versuchter Totschlag	4	Messer	A	Juli	2	19:00	4	offene Strasse	4	0	0	Normbereich	0	0	21	1	0	0
81	3	männlich	1	44	Totschlag	3	erwürgt	B	Januar	1	06:00	1	beim Opfer	2	0	0	Normbereich	0	0	21	1	0	0
82	1	männlich	1	54	versuchter Mord	2	erschlagen	B	Dezember	2	23:00	4	beim Opfer	2	0	0	Normbereich	0	0	0	0	63	3
84	2	männlich	1	45	versuchter Totschlag	4	erwürgt	B	Mai	1	19:00	4	beim Täter	1	2,4	2	unterer Normbereich	1	0	21	1	0	0
87	3	männlich	1	50	Mord	1	Messer	A	März	1	22:00	4	Gaststätte	3	1,15	1	unterer Normbereich	1	1	21	1	0	0
88	1	männlich	1	20	versuchter Totschlag	4	Axt	B	Dezember	2	01:30	1	Gaststätte	3	1,65	2	Normbereich	0	1	21	1	0	0
89	2	männlich	1	41	Totschlag	3	Messer	A	April	1	00:50	1	offene Strasse	4	2	2	Normbereich	0	0	21	1	0	0
90	3	männlich	1	32	versuchter Totschlag	4	Messer	A	September	2	21:45	4	offene Strasse	4	2,42	2	Normbereich	0	0	21	1	0	0
91	1	männlich	1	36	versuchter Totschlag	4	Messer	B	Juni	1	21:20	4	offene Strasse	4	2,72	3	Normbereich	0	0	21	1	0	0
92	1	männlich	1	29	versuchter Totschlag	4	Schusswaffe	A	August	2	04:30	1	Gaststätte	3	2,44	2	Normbereich	0	0	21	1	0	0
93	2	männlich	1	70	versuchter Totschlag	4	erschlagen	B	Oktober	2	08:00	2	beim Täter	1	0,7	1	Normbereich	0	1	21	1	0	0
94	1	männlich	1	29	Mord	1	erwürgt	B	Februar	1	12:30	3	beim Täter	1	2,12	2	Normbereich	0	1	21	1	64	4
95	1	weiblich	2	39	versuchter Totschlag	4	Messer	B	September	2	04:30	1	beim Täter	1	2,04	2	Normbereich	0	1	21	1	0	0

Legende

Lesch-Typ: (LT I - IV)

Geschlecht: männlich 1
(GE) weiblich 2Tötungsdelikt: Mord 1
(TD) versuchter Mord 2
Totschlag 3
versuchter Totschlag 4Tötungsart: Schusswaffe A
(TA) Klapp-/Springmesser A
Küchenmesser B
Axt B
erwürgt B
erschlagen BDatum: Winter/ Frühjahr 1
(D) Sommer/ Herbst 2Uhrzeit: 0 - 6 Uhr 1
(H) 6 - 12 Uhr 2
12 - 18 Uhr 3
18 - 0 Uhr 4Örtlichkeit: beim Täter 1
(ÖT) beim Opfer 2
Gaststätte 3
offene Strasse 4BAK: 0 - 1.5 ‰ 1
(BAK) 1.5 - 2.5 ‰ 2
> 2.5 ‰ 3Intelligenz: Normbereich 0
(IN) unt. Normbereich 1
ob. Normbereich 2Suizidgedanken/ nein 0
Suizidabsichten: ja 1Schuldfähigkeit: schuldfähig 0
(SF) § 21 1Unterbringung: § 63 3
(U) § 64 4

9. Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. J. Kornhuber, dass ich diese Arbeit an seiner Klinik durchführen konnte.

Für die Überlassung des Themas und die sehr gute Betreuung während der Auswertungs- und Verfassungsphase der Arbeit danke ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. W. Sperling.

Aber vor allem gilt mein Dank meinen Eltern und meiner Großmutter, die mir das Medizinstudium ermöglicht haben.

10. Lebenslauf

Name	Lindner
Vorname	Babett Ute
Geburtsdatum	11.11.1978
Geburtsort	Quedlinburg
Konfession	evangelisch
Familienstand	ledig
Mutter	Ute Lindner- Scheel Diplom-Ingenieur für Maschinenbau
Vater	Dr. rer. nat. Bernd Scheel Chemiker
Geschwister	Friederike Scheel Gymnasiastin

Schulbildung

09/ 1985 - 10/ 1989	POS Fritz Weineck, Quedlinburg
10/ 1989 - 07/ 1990	Simon-Marius-Gymnasium, Gunzenhausen
09/ 1990 - 07/ 1998	Werner-von-Siemens-Gymnasium, Weißenburg
09/ 1998 - 06/ 2000	Markgräfin-Wilhelmine-Gymnasium, Bayreuth

Berufsausbildung

10/ 2000 - 12/ 2000	Ausbildung zur Krankenschwester, Kreiskrankenhaus Weißenburg
---------------------	---

Hochschulausbildung

12/ 2000 - 09/ 2004	Studium der Humanmedizin, Universität Leipzig
10/ 2004 - 09/ 2005	Studium der Humanmedizin, Universität Marburg
03/ 2005	Ärztliche Vorprüfung
10/ 2005 - 2009	Studium der Humanmedizin, Universität Ulm
08/ 2008 - 06/ 2009	Praktisches Jahr - Universitätsklinikum Ulm, Abteilung für Innere Medizin III, Hämatologie/ Onkologie - Universitätsklinikum Ulm, Abteilung für Chirurgie III, Hand- , Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Abteilung für Chirurgie I, Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie - Universitätsklinikum Ulm, Abteilung für Urologie und Kinderurologie
04/ 2010	Ärztliche Prüfung