

Aus dem Institut für Rechtsmedizin sowie dem  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Gewaltsamer Tod im Alter: Tötung, Suizid und dyadischer Tod.  
Eine aktuelle empirische Analyse  
aus rechtsmedizinischer und soziologischer Sicht

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Gerald Vorderwülbecke

aus Wiesbaden

Datum der Promotion: 16. Juni 2018

*Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae.*

Gewidmet Dr. Thomas Banisch,  
der mich als Erster für die Heilkunst begeisterte

# Inhalt

Inhalt.....	3
1. Einleitung.....	5
1.1 Alte Menschen als Opfer von Straftaten .....	5
1.2 Altersdefinitionen .....	7
1.3 Der Gewaltbegriff.....	8
1.3.1 Tödliche Gewalt gegen andere: Tötung .....	9
1.3.1.1 Gerontozid .....	9
1.3.1.2 Sexuelle Gewalt gegen alte Menschen.....	9
1.3.2 Tödliche Gewalt gegen sich selbst: Suizid .....	10
1.3.3 Zusammenhängende Tode: Dyadischer Tod .....	10
1.4 Über die Rechtsmedizin in Berlin.....	13
2. Fragestellung.....	15
3. Material und Methoden.....	17
3.1 Ausgangsmaterial.....	17
3.2 Datenverarbeitung.....	17
3.3 Umgang mit unklaren Daten .....	19
3.4 Alterssuizide .....	20
3.5 Ausschlusskriterien.....	21
3.6 Zum Umgang mit der Polizeilichen Kriminalstatistik .....	22
3.7 Wissenschaftliche Praxis .....	22
4. Ergebnisse .....	23
4.1 Epidemiologie.....	23
4.1.1 Allgemeines .....	23
4.1.2 Todesarten.....	26
4.1.3 Suizid .....	28
4.1.4 Homizid .....	33

4.2	Gerontozid .....	35
4.3	Alterssuizid .....	38
4.4	Zusammenhängende Todesfälle .....	39
5.	Diskussion .....	42
5.1	Epidemiologie von Tötungsdelikten und Suiziden im Alter .....	42
5.2	Typen von Tätern und Opfern .....	47
5.3	Präventionsansätze .....	49
5.4	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	52
6.	Zusammenfassung .....	55
6.1	Deutsches Abstract .....	55
6.2	Englisches Abstract .....	56
7.	Literaturverzeichnis .....	58
8.	Lebenslauf.....	64
9.	Eidesstattliche Versicherung .....	65
10.	Danksagung .....	66

## 1. Einleitung

Nicht zuletzt durch die verbesserte medizinische Versorgung steigt in Deutschland die Lebenserwartung der Menschen immer weiter an. Gemäß dem Zensus 2011 lag 2010 der Bevölkerungsanteil der Menschen im Alter von mindestens 60 Jahren bei 26,3%, während es fünfzig Jahre zuvor noch 17,4% gewesen waren<sup>1</sup>. Auch in Berlin, obgleich dort die Bevölkerung jünger als der Bundesdurchschnitt ist, steigt der Anteil der alten Menschen.

Im Alter wächst aus mehreren Gründen das Risiko, Opfer einer Straftat zu werden: Durch den tendenziellen körperlichen und/oder geistigen Abbau wird Tätern die Ausführung eines Verbrechens erleichtert; sozialer Rückzug des alten Menschen senkt die Wahrscheinlichkeit einer Tatentdeckung. Insbesondere Täter, die ihre Opfer nicht kennen, können dadurch ermutigt werden. Altersbedingte Pflegebedürftigkeit stellt eine Belastung sowohl für den Betroffenen als auch dessen Angehörige dar. Der alte Mensch verliert seine Selbstbestimmung, der Pflegenden ist großen Anforderungen ausgesetzt. Beide Seiten sind emotional verletzlich, Unannehmlichkeiten können sich stetig summieren und schließlich potenzieren. Im schlimmsten Fall führt diese Spirale zu tödlicher Gewalt in der Pflege.

Obwohl mit dem Anteil alter Menschen an der Bevölkerung auch die Relevanz der Probleme dieser Gruppe zunimmt, wird Gewalt gegen alte Menschen – anders als beispielsweise häusliche Gewalt gegenüber Frauen und/oder Kindern – noch nicht lange als behandlungsbedürftiges Problem verstanden. Erstmals erschienen 1975 Berichte über Fälle von sogenanntem „granny battering“<sup>2</sup>, also physischen Angriffen gegen alte Frauen. Im Jahr 1989 wurde vom deutschen Rechtsmediziner Achim Schäfer das Phänomen der Altentötung<sup>3</sup> beschrieben.

Die vorliegende Arbeit verfolgt die Absicht, die Bedeutung tödlicher Gewalt gegen alte Menschen – ungeachtet, ob durch sich selbst oder einen anderen Täter verübt – am Beispiel von Berlin näher zu erforschen, um so zur Vorbeugung dieser Fälle beizutragen. Zu diesem Zweck wurden retrospektiv sämtliche Obduktionsfälle des Instituts für Rechtsmedizin der Charité aus den Jahren von 2005 bis 2016 ausgewertet.

### 1.1 Alte Menschen als Opfer von Straftaten

Die Polizeiliche Kriminalstatistik ermöglicht es, anhand der Bevölkerungsgefährdungszahl (BGZ) die Viktimisierung alter Menschen zumindest in Ansätzen zu quantifizieren.

Die BGZ hinsichtlich einer bestimmten Straftat ist der Quotient aus der Zahl aller Opfer einer Bevölkerungsgruppe, multipliziert mit 100.000, und der Einwohnerzahl dieser Gruppe. 2015 lag die BGZ für sämtliche Opferdelikte und Altersgruppen in Berlin bei 2127, während sie für die Altersgruppe ab 60 Jahren nur 504 betrug. Diese Werte sind seit Jahren konstant. Allein beim Handtaschenraub sind Menschen ab 60 einem höheren Risiko ausgesetzt: Ihre BGZ bezüglich dieser Deliktform lag mit 18 deutlich über dem Durchschnittswert von 11<sup>4</sup>. Die Tatsache, dass alte Menschen seltener von Gewaltverbrechen betroffen sind, führte in Verbindung mit Studien, laut derer sie größere Angst vor einer Opferwerdung haben als Jüngere, zum Begriff des Viktimisierungs-Furcht-Paradoxons<sup>5</sup>: Die Angst vor einem Verbrechen, obwohl unbegründet, sei ein größeres Problem für alte Menschen als Verbrechen selbst und ein zentrales Problem des Alters. Diese eher radikale Ansicht wurde inzwischen, beispielsweise vom deutschen Soziologen Werner Greve, entschärft: Teile man die Furcht in behaviorale, affektive und kognitive Komponenten auf, so zeige sich nur in erstgenannter ein Einfluss auf das Leben des alten Menschen. Durch vorsichtiges Verhalten werde das Viktimisierungsrisiko weiter gesenkt. Wie Befragungen zeigten, litten alte Menschen jedoch weder in besonderem Maße unter dem Gefühl von Furcht, noch hielten sie es für wahrscheinlich, Opfer einer Straftat zu werden. Das Verhalten sei folglich dem Risiko durchaus angemessen<sup>6,7</sup>.

Pflegebedürftige sind einer besonderen Gefährdung ausgesetzt. Die ambulante Versorgung ist schwer zu evaluieren; einer Befragungsstudie zufolge sind die meisten Misshandlungen glücklicherweise als weniger schwer einzustufen<sup>8</sup>. Aus Pflegeheimen werden dagegen hochgerechnete Fallzahlen im sechsstelligen Bereich gemeldet, in denen alte Menschen mindestens einmal pro Jahr körperlicher Gewalt ausgesetzt sind<sup>9</sup>. Für die vorliegende Fragestellung nicht relevant, jedoch ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass Gewalt nicht nur in der Beziehung zwischen Betroffenenem und Pflegendem, sondern auch zwischen Pflegekräften entstehen kann<sup>9</sup>.

Neben der Arbeit von Schäfer<sup>3</sup> gibt es im deutschen Sprachraum sechs weitere Arbeiten, die anhand von Obduktionsberichten die Tötungen alter Menschen näher beleuchten<sup>10-15</sup>. Die untersuchten Gebiete sind, in der Reihenfolge des Erscheinens, Aachen, Essen, Hamburg, Bonn (zwei Arbeiten), Hannover und Berlin. Der Beobachtungszeitraum betrug viermal jeweils zehn Jahre, insgesamt wurden

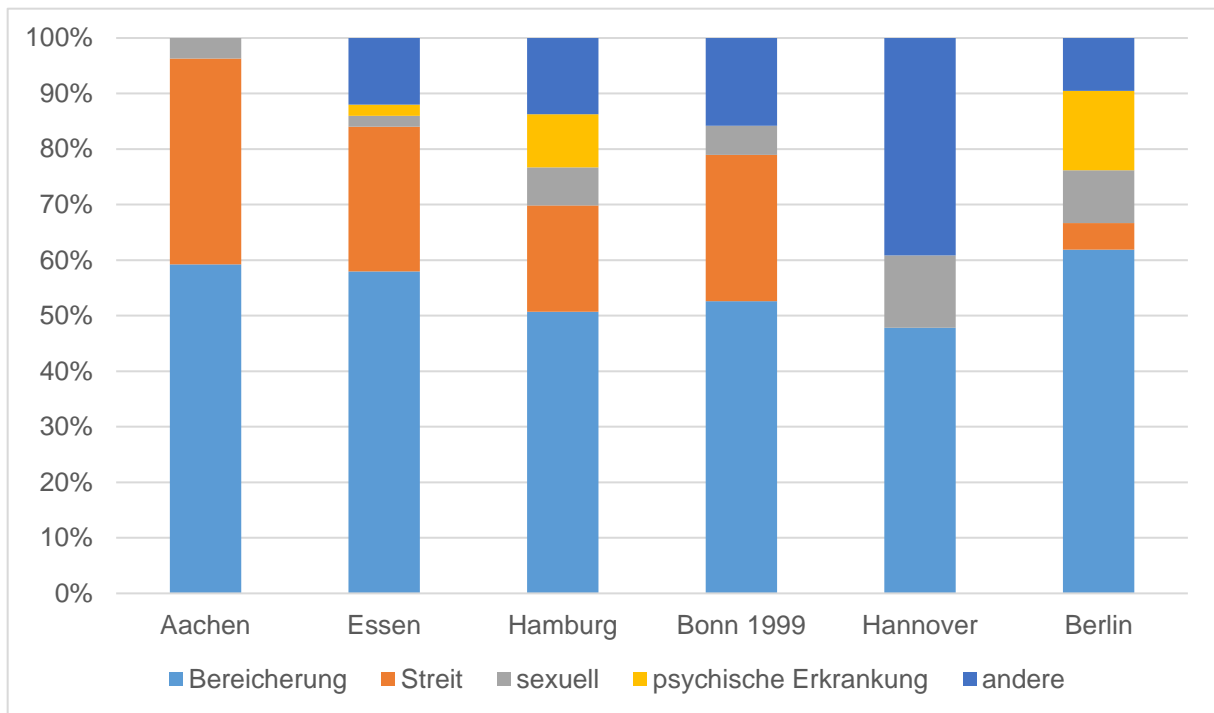


Abb. 1 – Anteile der ermittelten Tatmotive in deutschen Arbeiten zur Altentötung

Zeitspannen zwischen 7 und 21 Jahren untersucht. Das aktuellste eingeschlossene Kalenderjahr war 2010. In allen Studien überwog der Anteil sowohl weiblicher Opfer als auch männlicher Täter. Konnte ein Motiv ermittelt werden, so war es in 48 bis 62% der Fälle Bereicherungsabsicht; Streiffälle und Beziehungstaten machten bis zu 37% der Tatmotive aus (siehe Abb. 1). In allen Arbeiten gab es auch stets mindestens einen Fall von sexuell motiviertem Homizid.

## 1.2 Altersdefinitionen

Der Begriff des Alters ist nicht eindeutig definiert. In vielen Industrieländern gilt die Schwelle bei 60 oder 65 Jahren als erreicht und liegt somit eng mit dem Eintritt ins Rentenalter zusammen. Die Vereinten Nationen legen sich zwar auf keine Definition fest, bezeichnen allerdings Menschen ab 60 Jahren als „älter“<sup>16</sup>. Für Afrika südlich der Sahara beispielsweise hat die WHO dagegen die Altersgrenze bei 50 Jahren angesetzt, aber gleichzeitig darauf hingewiesen, dass Alter weniger von einer Jahreszahl als von der körperlichen und sozialen Teilhabe abhängt<sup>17</sup>. Dieser Umstand hat auch zu einer Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter geführt, die sich dem ersten (Kindheit, Jugend und Ausbildung) und zweiten (Berufsleben) anschließen<sup>18</sup>. Das dritte Lebensalter findet etwa im Alter zwischen 60 und 80 Jahren statt und ist geprägt vom Zurücktreten aus der Berufstätigkeit, dem Genuss freier Zeit und der Mobilisation eigener Energien, beispielsweise für

Ehrenämter. Im vierten und letzten Lebensalter dagegen stehen dann die abbaubedingten Einschränkungen biologischer, psychischer und sozialer Art im Vordergrund.

Für seine Veröffentlichung zum Gerontozid setzte Schäfer die Altersgrenze bei 60 Jahren an. Da spätere Publikationen diesem Beispiel folgten, ist auch in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der Vergleichbarkeit „alt“ als mindestens 60 Jahre alt definiert, ohne dass zwischen dem dritten oder vierten Lebensalter unterschieden würde. Ein solches kalendarisches Vorgehen wird dem Individuum zwar nicht gerecht, jedoch ist eine sinnvolle Differenzierung in einem derart umfangreichen Rahmen nicht möglich.

### 1.3 Der Gewaltbegriff

Noch breiter als die Definition des Alters ist die der Gewalt. Bereits seit dem Mittelalter wird basierend auf dem römischen Recht zwischen der willensbeugenden *vis compulsiva* und der die Willensbildung bzw. -ausübung des Opfers vollständig unterbindenden *vis absoluta* unterschieden<sup>19</sup>. Umgangssprachlich spricht man von körperlicher und psychischer Gewalt. Rechtsmedizinisch gesehen beschränkt sich Gewalt neben Unterlassung und Vernachlässigung vor allem auf eine physische Einwirkung. All diesen Formen ist gemeinsam, dass es stets einen klar definierten Täter gibt, der durch Handeln oder auch Nichthandeln dem Interesse seines Opfers an Unversehrtheit oder dessen freiem Willen entgegenwirkt. Im Modell nach Johan Galtung stellt diese personale oder direkte Gewalt nur eine der drei Formen dar; die anderen beiden sind strukturelle<sup>20</sup> sowie kulturelle Gewalt. Strukturelle Gewalt kennt keinen spezifischen Täter; sie ist im System verhaftet, das durch ungleiche Behandlung Menschen daran hindert, ihr Potential voll auszuschöpfen. Wie die personale Gewalt führt sie im Endeffekt zu konkreten Aktionen – anders als die kulturelle Gewalt, welche im kollektiven Bewusstsein verankert ist und die anderen beiden Gewaltformen moralisch rechtfertigt<sup>21</sup>. Jede Form von Gewalt lässt sich in einem Dreieck aus diesen drei Komponenten verorten.

Bezogen auf alte Menschen beispielsweise ist der Handtaschenraub in erster Linie eine Handlung, die von einer Person ausgeführt wird und somit zunächst als direkte Gewalt zu verstehen ist. Die Motivation hinter der Tat allerdings könnte beispielsweise aus der Armut des Täters erwachsen sein, die wiederum auf berufliche Perspektivlosigkeit zurückzuführen ist. In diesem Fall sind Täter und Opfer von



struktureller Gewalt betroffen. Kulturelle Gewalt wäre zum Beispiel die Legitimation des Überfalls im sozialen Umfeld des Täters, durch die er zur Tatausführung ermutigt wird.

Diese Arbeit befasst sich mit tödlicher Gewalt. Dementsprechend gilt als solche, sofern nicht anders gekennzeichnet, tatsächlich nur der Teil der personalen Gewalt, der kausal zum Tod des Verstorbenen führt. Im Diskussionsteil wird noch auf das gesamte Gewaltdreieck Bezug genommen.

### *1.3.1 Tödliche Gewalt gegen andere: Tötung*

In den folgenden Abschnitten soll zum einen der Begriff des Gerontozids erläutert werden, zum anderen wird näher auf die sexuelle Gewalt gegen alte Menschen eingegangen. Diese führt zwar nicht zwangsläufig zum Tod; da die Aggression allerdings gegen ein anderes Individuum gerichtet ist, wird sie hier besprochen.

#### *1.3.1.1 Gerontozid*

Schäfer<sup>3</sup> schlug die Begriffe Gerontozid und Greisentötung vor, um Ereignisse zu beschreiben, die folgende drei Kriterien erfüllen:

- Tötung eines alten Menschen
- Ausnutzung der altersbedingten Eigenschaften des Opfers
- Bereicherungsabsicht

Anders als das deutsche Synonym hat sich der Begriff des Gerontozids schnell in der (wenn auch nicht allzu umfangreichen) internationalen Forschung zur Gewalt an alten Menschen etabliert, wird jedoch von den meisten als Altentötung ungeachtet der Motivation verstanden.

#### *1.3.1.2 Sexuelle Gewalt gegen alte Menschen*

Der intuitive Eindruck, dass alte Menschen deutlich seltener Opfer von Sexualdelikten als jüngere werden, entspricht laut Polizeilicher Kriminalstatistik den Tatsachen<sup>4</sup>. Inwieweit diese Zahlen aus dem Hellfeld die Wirklichkeit abbilden, ist umstritten: Laut einer im Auftrag des Bundesfamilienministeriums 1992 durchgeführten Viktimisierungsstudie sei die Anzeigebereitschaft alter Menschen größer als die der jüngeren, sodass weniger Fälle unentdeckt blieben<sup>22</sup>. Die befragte Stichprobe war allerdings nur für Nicht-Pflegebedürftige im Alter von 16 bis 75 Jahren repräsentativ, sodass für das vierte Lebensalter womöglich ein größeres Dunkelfeld besteht. In einer Arbeit zum Thema kam Thomas Görden 2006 zu dem Schluss, dass es weder

sinnvolle Möglichkeiten, mittels Opferbefragungen diese Zielgruppe der pflegebedürftigen – mitunter auch dementen – alten Menschen zu erreichen, noch ausreichende Angebote für diese gebe, ihre Erfahrungen zur Anzeige zu bringen oder zu verarbeiten<sup>23</sup>.

Eine durchaus sichtbare Form dieser Gewalt ist der sexuelle Homizid gegen Männer. Beauregard und Proulx versuchten sich 2007 an einer Klassifikation der Täter in drei Typen<sup>24</sup>: Neben dem *sexual predator*, der aus Wollust und Sadismus handelt und meist jüngere Opfer vergewaltigt und tötet, und dem *asexual predator*, welcher sich gezielt homosexuelle Opfer wählt, um sie auszurauben (drei solcher Fälle referierte auch Schäfer<sup>3</sup>), unterschieden sie auch den *avenger*. Dieser sei meist jung und in Geldnot und prostituiere sich daher, ohne zwingend selbst homosexuell zu sein. Durch Widerwillen oder durchlebte Traumata sammle sich ein großes Aggressionspotential im Täter an, das sich in der Tötung des häufig älteren Opfers entladen könne. Sollten im Zuge der vorliegenden Arbeit Fälle von sexuellem Homizid gegen Männer gefunden werden, ist wegen des vorgegebenen Alters der Opfer vermutlich häufig von solchen Motivationen auszugehen.

### 1.3.2 Tödliche Gewalt gegen sich selbst: Suizid

Der Suizid, also das gezielte Herbeiführen des eigenen Todes, betrifft zwar alle Altersgruppen, aber insbesondere die der alten Menschen: Auch wenn es nicht offensichtlich erscheinen mag, sind diese in vielen Ländern die Bevölkerungsgruppe mit den höchsten Suizidraten<sup>25</sup>. 1995 fand Moksony heraus, dass in Ungarn die Suizidgefährdung mit steigendem Alter deutlich stärker zunahm als in anderen Ländern, insbesondere bei Frauen<sup>26</sup>. Dieses "ungarische Muster" identifizierten Schmidtke et al. 2008 inzwischen auch in Deutschland<sup>27</sup>.

Die Gründe für einen Suizid können in jeder Altersklasse höchst unterschiedlich sein. Einen Erklärungsversuch für Alterssuizide lieferten 2015 Linnemann und Leyhe<sup>28</sup>: Sie mutmaßten, dass Depressionen, die einen bekannten Risikofaktor für Suizid darstellen, im Alter häufig untypisch verlaufen und daher nicht erkannt, folglich nicht behandelt und so schließlich schlimmstenfalls zum Suizid führen würden.

### 1.3.3 Zusammenhängende Tode: Dyadischer Tod

Eine Facette dieser Arbeit sind Todesfälle, die miteinander in enger Beziehung stehen. Als gemeinsamen Suizid bezeichnet man Tötungen, die mindestens zwei Personen nebeneinander ohne Zwang jeweils an sich selbst ausführen. Für die konsekutive

Fremd- und Selbsttötung haben sich mehrere Begriffe etabliert, zum Beispiel erweiterter Suizid, Homizid-Suizid oder Mitnahmesuizid. Der Begriff des erweiterten Suizids besteht bereits seit über 100 Jahren<sup>29</sup>, wird jedoch immer wieder unterschiedlich definiert. Foerster beschrieb 2009, dass je nach Studie unter erweitertem Suizid vollkommen verschiedene, manchmal sogar gegenteilige Szenarien – beispielsweise abhängig von der Beziehung zwischen Täter und Opfer – verstanden würden, und schlug daher vor, den Begriff nicht zu nutzen und durch „Tötung mit nachfolgendem Suizid“ zu ersetzen<sup>30</sup>. In der vorliegenden Arbeit wird ausschließlich die Bezeichnung „Homizid-Suizid“ verwendet, ohne die Motivation des Täters zu bewerten oder zeitliche Vorgaben zu machen. Solange es zwischen der Tötung des Opfers und dem Suizid des Täters einen Sinnzusammenhang gibt, wird der Fall als Homizid-Suizid gewertet.

Ein Vergleich der Altersklassen unter und ab 55 Jahren bezüglich der jährlichen Homizid-Suizid-Raten aus Florida zeigte, dass diese bei den Älteren meist höher lagen als bei den Jüngeren<sup>31</sup>. Laut einer Studie aus Chicago über Homizidtäter nehmen sich alte Menschen nach der Tat häufiger das Leben als jüngere<sup>32</sup>. Ein Vergleich zwischen verheirateten Männern, die ihre Frau und sich bzw. nur sich selbst töteten, legte eine Relevanz der Rollenverteilung nahe: Wie sich zeigte, kam es häufiger zum Homizid-Suizid, wenn die Frau pflegebedürftig war; war dagegen der Mann der Pflegefall, nahm er sich meist nur das eigene Leben<sup>33</sup>. Eine deutsche Arbeit konnte keinen Unterschied zwischen Homizid-Suiziden mit Abschiedsbriefen bzw. ohne diese finden (abgesehen von einer Häufung an Abschiedsbriefen bei Filizid-Suiziden, die allerdings für diese Arbeit nicht von Relevanz sind)<sup>34</sup>.

Für die Gesamtheit von gemeinsamen Suiziden und Homizid-Suiziden führte Berman 1979 den Sammelbegriff „dyadischer Tod“ ein<sup>35</sup>. 1996 präsentierte er eine Klassifikation in vier Typen<sup>36</sup>:

- Erotisch-aggressiv: Dies sei die häufigste Art des dyadischen Todes. Dem Ereignis gehe eine Beziehung zwischen Täter und Opfer voraus, die von wechselseitiger Abhängigkeit und ständigen Wechseln zwischen Hass und Liebe geprägt sei. Häufig sei Eifersucht der Anlass für die finale Tat, nach deren Ausführung der Täter erkenne, nicht bloß das Objekt seines Hasses, sondern auch seiner Liebe zerstört zu haben, weswegen er sich dann ebenfalls das Leben nehme.

- Unerwiderte Liebe: Anders, als die Bezeichnung vermuten lässt, versteht Berman hierunter eine Beziehung zweier, meist junger, Liebender, die sich gemeinsam für den Tod entscheiden, da äußere Umstände ein Ausleben ihrer Liebe verunmöglichen. Während beim erotisch-aggressiven dyadischen Tod beide Teilnehmer ihre Aggression gegeneinander richteten, sei beim Typ der unerwiderten Liebe jemand anderes das Ziel der gemeinsamen Aggression.
- Abhängig-beschützend: Dieser Typ sei häufig bei alten Ehepaaren anzutreffen. Wie auch beim erotisch-aggressiven Typ liege eine Abhängigkeit zwischen den Partnern vor, jedoch ohne feindliches Motiv. Die Beziehung sei ungleich gewichtet, da ein Partner deutlich mehr vom anderen abhängt als umgekehrt. Habe der Beschützer den Eindruck, seinen Pflichten nicht mehr nachgehen zu können, entscheide er sich dazu, den Abhängigen von dessen Leiden zu befreien und sich danach selbst zu richten.  
Als häufig betroffene Gruppe führt Berman neben alten Menschen auch Eltern und deren Kinder an, weist allerdings darauf hin, dass solche Fälle häufig auch von Feindlichkeit gegenüber dem anderen Elternteil zeugen.
- Symbiotisch: Hier sei die Beziehung von einer wechselseitigen Abhängigkeit geprägt. Einer der zwei Gleichberechtigten färbe mit seinem Suizidwunsch auf den anderen ab. Neben Ehepaaren, Geschwistern und Gleichaltrigen, die sich gemeinsam das Leben nehmen, zählt Berman auch akzidentelle dyadische Tode als symbiotische Fälle. In diesen nehme der Suizidwunsch des einen derart umfassende Dimensionen an, dass er, ohne es zu bemerken, auch den anderen töte, beispielsweise mit Gas.

In der Arbeit von 1996 führte Berman mehrere Ausschlusskriterien für den dyadischen Tod ein: Nicht bloß müssten die Tötungen in einem kausalen Zusammenhang stehen, Täter und Opfer müssten auch eine Beziehung zueinander haben (was zum Beispiel Amokläufe ausschließt). Ferner dürfe der Suizid des Täters nicht verspätet stattfinden, weil dies Motive wie Angst vor Bestrafung oder Reue nahelege und der Suizid folglich keine Einheit mit der Tötung mehr bilde. In Bezug auf den Zeitpunkt waren Marzuk et al. liberaler und werteten Tötungen mit innerhalb von 7 Tagen folgendem Suizid als Homizid-Suizid. Gemeinsame Suizide wurden dabei jedoch nicht beachtet<sup>37</sup>. In dieser Arbeit wird daher zwar, wie oben erwähnt, gar keine zeitliche Vorgabe gemacht. Dennoch orientiert sie sich an der Klassifikation nach Berman, da diese letztlich umfassender ist als die von Marzuk et al.

In einer Übersichtsarbeit fand Marieke Liem 2009 verschiedene Erklärungsansätze für Homizid-Suizid<sup>38</sup>, von denen einige hier kurz erläutert werden sollen:

Belastungstheorien sagen aus, dass Perspektivlosigkeit und dauerhaft fehlende Gratifikation – sowohl im gesellschaftlichen als auch privaten Kontext – zu verschiedenen Verhaltensweisen führen können, darunter Rückzug und Rebellion, also Isolation (potentiell im Suizid gipfelnd) sowie externalisierte Aggression (mit Homizid als Maximalvariante).

Strömungstheorien dagegen betrachten die Richtung der Gewalt, die entweder nach innen (suizidal) oder außen (homizidal) fließen kann. Liem merkt allerdings auch an, dass dieses Modell nicht erklärt, unter welchen Umständen beide Ströme zum Ergebnis führen. Sie erwähnt eine andere, eigene Arbeit, laut der Täter von Homizid-Suiziden häufig schon zuvor suizidales Verhalten gezeigt hatten<sup>39</sup>, was den Schluss nahelege, dass die suizidale Strömung beim partnerschaftlichen Homizid-Suizid überwiege.

Psychodynamische Theorien dagegen interpretieren den Suizid als Strafe des Über-Ichs, nachdem der Homizid eine Handlung des Es gewesen sei. In dieser Interpretation sei laut Liem der Homizid als hauptsächliches Verhalten, die Selbsttötung dagegen nur als Reaktion zu werten.

Insgesamt kommt Liem zu dem Schluss, dass Homizid-Suizid nicht ohne Weiteres eine Zuordnung zu einer der beiden Komponenten zulasse, sondern in seiner Gesamtheit ein eigenes Bild darstelle; diese Ansicht wird auch in einer Arbeit aus Finnland geteilt<sup>40</sup>. Sie weist ferner darauf hin, dass Täter von Homizid-Suizid häufig der dominante Part der Beziehung gewesen seien; Befreiungen aus solchen Verhältnissen fänden meist durch Tötung des Unterdrückers *oder* Entzug durch Selbsttötung statt, jedoch nicht durch beides.

#### 1.4 Über die Rechtsmedizin in Berlin

Bereits seit dem 17. Jahrhundert finden in Berlin gerichtliche Obduktionen statt. Das Stadtphysicat war die einzige dafür vorgesehene Einrichtung, bis 1833 an der Friedrich-Wilhelms-Universität (seit 1949 „Humboldt-Universität zu Berlin“) ein Lehrstuhl für Staatsarzneikunde als Vorläufer der heutigen universitären Rechtsmedizin etabliert wurde<sup>41</sup>. In den Jahren der deutschen Teilung existierten mit dem Institut für gerichtliche Medizin der Humboldt-Universität und dem Institut für

gerichtliche Medizin der Freien Universität zwei Hochschuleinrichtungen dieser Art in Berlin. Die gerichtsärztliche Versorgung Berlins erfolgt bis heute durch das 1937 gegründete Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin und das nach Überwindung der Teilung der Stadt im Jahr 2003 fusionierte Institut für Rechtsmedizin der Charité<sup>42</sup>. In beiden Instituten werden jährlich vergleichbar viele Obduktionen durchgeführt. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf das Obduktionsgut des Instituts der Charité.

## 2. Fragestellung

Bezogen auf den demografischen Wandel, durch den die Probleme der älteren Bevölkerung immer mehr an Bedeutung gewinnen, nimmt Deutschland weltweit eine der führenden Rollen ein<sup>43</sup>. Laut Berechnungen des Statistischen Bundesamts lag deutschlandweit der Anteil der Menschen über 60 Jahren 2014 bei 27,3%, während es vier Jahre zuvor noch ein Prozentpunkt weniger war<sup>1</sup>. Im Kontrast zu dieser stetigen Alterung der Gesellschaft steht die niedrige Frequenz, in der Arbeiten zur Altentötung erscheinen: Seit 2000 waren es erst zwei neue; der Zeitraum seit einschließlich 2011 ist derzeit überhaupt nicht abgedeckt. Es ist also nötig, die bisher gemachten Erkenntnisse auf Aktualität zu überprüfen und gegebenenfalls zu ergänzen.

Hauptziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zur Verbesserung der Prävention des gewaltsamen Tods alter Menschen zu leisten. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob sie getötet werden oder ihrem Leben selbst ein Ende setzen. Die Zielstellung wird über drei Fragestellungen verfolgt:

### 1. *Wie ist die Epidemiologie von Tötungsdelikten im Alter?*

Bevor man sinnvoll nötige Schritte diskutieren kann, muss zunächst (exemplarisch) ein genaues Bild von der Lage in Berlin vorliegen. Zu diesem Zweck wurden sämtliche Unterlagen zu Sektionsfällen des Instituts für Rechtsmedizin der Charité aus dem Zeitraum von 2005 bis 2016 gesichtet und in Bezug auf die Thematik bewertet. Fragen, die man unter Berücksichtigung der Ergebnisse klären sollte, sind zum Beispiel:

Welchen Stellenwert hat der Gerontozid im Sinne von Schäfer? Wie häufig finden Homizid-Suizide im Alter statt, und wie sind sie zu bewerten? Welchen Stellenwert hat Alterssuizid? Ist sexueller Homizid gegen alte Menschen ein häufiges Problem in Berlin? Welche Bedeutung kommt der Gewalt in der Pflege zu?

### 2. *Wer wird Täter, wer Opfer von Tötungsdelikten im Alter?*

Da in den meisten Fällen neben dem Obduktionsbericht auch die jeweilige polizeiliche Ermittlungsakte vorlag, war oft eine relativ genaue Aufklärung von Tatumständen und Motiven möglich. Anhand dieser Informationen sollen unter anderem folgende Fragen beantwortet werden:

Aus welchen sozialen Milieus stammen an Altentötungen Beteiligte? Welche

Taten werden durchgeführt, durch welche Motive werden sie ausgelöst?

Gibt es Risikofaktoren?

3. *Ansätze zur Vermeidung und Prävention von Tötungsdelikten im Alter:*

Gewalt gegen ältere Menschen ist zwar erst seit vergleichsweise kurzer Zeit Gegenstand der Forschung, jedoch liegen natürlich bereits jetzt mehrere elaborierte Vorschläge zur Prävention vor. Auch ist Hellfeldstudien zufolge das Risiko alter Menschen, Opfer einer Straftat zu werden, deutlich niedriger als das der Jüngeren. Dennoch kommen solche Fälle immer wieder vor. Deshalb soll Folgendes bewertet werden:

Greifen die aktuellen Verhütungsmaßnahmen ausreichend, d.h., ist die Prävention tödlicher Gewalt gegen alte Menschen ausgeschöpft und die Häufigkeit solcher Fälle lässt sich nicht weiter durch Vorsorge reduzieren?

Falls nein, werden grundsätzlich bestimmte Risikofaktoren oder -gruppen nicht ausreichend beachtet oder scheitert die ideale Prävention an mangelnder Umsetzung gemachter Vorschläge?

Mit dieser Arbeit soll ein möglichst umfassender Bericht nicht nur über Gerontozide, sondern auch Selbsttötungen und Homizid-Suizide im Alter geschaffen werden. Zwar gibt es zu diesen drei Entitäten jeweils schon Studien, doch ist dies die erste Arbeit, die sich um ein Gesamtbild bemüht. In der Arbeit aus Hannover wird auf eine auffallende Vielzahl erfolgreicher und gescheiterter Homizid-Suizide im Alter (16,4%) hingewiesen, ohne allerdings detailliert darauf einzugehen<sup>14</sup>. Da der Homizid-Suizid eine Art Bindeglied zwischen Fremd- und Eigentötung darstellen könnte, ist für eine – im Rahmen des Möglichen – vollständige Analyse der Altentötung eine separate Betrachtung dieser Sonderform notwendig. Mit einem Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren deckt diese Arbeit auch eine überdurchschnittlich lange Zeitspanne ab, übertroffen allein von der Studie aus Essen. Idealerweise schafft sie so eine aktualisierte und vervollständigte Grundlage für die stets aktuelle Diskussion um den Schutz alter Menschen.



### **3. Material und Methoden**

#### **3.1 Ausgangsmaterial**

Zur Verfügung standen die Akten sämtlicher Obduktionen, die in den Jahren 2005 bis 2016 im Institut für Rechtsmedizin der Charité (im Folgenden „Institut der Charité“) durchgeführt wurden (n=11509, siehe Tabelle 1). Zu einer Akte gehörte mindestens das Sektionsgutachten, ferner in der Regel die polizeiliche Ermittlungsakte und, so vorhanden, die Ergebnisse von toxikologischen, klinisch-chemischen, feingeweblichen, neuropathologischen, virologischen und mikrobiologischen Zusatzuntersuchungen, sämtlicher Schriftverkehr bezüglich des Falles und bei aufgeklärten Tötungen die Anklageschrift.

Ferner stellte das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (im Folgenden „Landesinstitut“) die elektronischen Deckblätter aller Fälle von 2005 bis 2010 sowie ungefähr die Hälfte der Fälle des Jahres 2011 zur Verfügung (n=6854, siehe Tabelle 2). Diese Daten erlaubten es zumindest, Alter, Geschlecht und festgestellte Todesursache der Verstorbenen zu erheben; da allerdings weder die Todesart noch die Ergebnisse der polizeilichen Ermittlungen ersichtlich waren, werden die Unterlagen des Landesinstituts nur zu groben Vergleichen genutzt.

#### **3.2 Datenverarbeitung**

Für jeden Fall wurden die folgenden Daten erhoben:

- Fallnummer
- Jahr
- Alter
- Geschlecht
- Todesumstände
- Monat der Obduktion

Das Feld „Todesumstände“ enthielt einen Freitext, in dem abhängig von der Relevanz des jeweiligen Falles beliebig viele Details festgehalten werden konnten.

Anstelle des Obduktionsdatums hätte man auch das der Auffindung verwenden können; jedoch basiert diese Arbeit in erster Linie auf dem Sektionsgut des Instituts der Charité und den dort festgehaltenen Daten. Unabhängig von der Verwendung der

Tabelle 1 – Fallzahlen des Instituts für Rechtsmedizin der Charité

Jahr	Fallzahl
2005	881
2006	640
2007	927
2008	962
2009	1050
2010	1062
2011	975
2012	1043
2013	997
2014	998
2015	979
2016	995

Tabelle 2 – Fallzahlen des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin

Jahr	Fallzahl
2005	1142
2006	1228
2007	930
2008	964
2009	1051
2010	1053
2011*	486

\*erste Jahreshälfte

polizeilich ermittelten oder der Sektionsdaten war ohnehin eine Diskrepanz zum eigentlichen Datum des Versterbens hinzunehmen, das häufig unbekannt blieb.

Von den Todesumständen ausgehend fand die weitere Kategorisierung der einzelnen Fälle statt. Die gewohnte Unterteilung der Todesart in *natürlich*, *nichtnatürlich* und *ungewiss* wurde zunächst beibehalten; die als nichtnatürlich kategorisierten Fälle wurden ihrerseits unterteilt in *Homizid*, *Suizid*, *Unfall*, *iatrogen* und *Intoxikation*. Diese Einteilung erforderte eine Interpretation der Sektionsergebnisse, die rein wissenschaftlich häufig nicht möglich war. Daher wurden die polizeilichen Ermittlungsergebnisse hinzugezogen, um die Befunde beurteilen zu können.

Der Kategorie *Intoxikation* kam eine Sonderrolle zu: Während sich die anderen vier Kategorien gegenseitig ausschließen, kann es sowohl akzidentell, suizidal als auch in Tötungsabsicht zu einer Vergiftung kommen. Also konnten Fälle beispielsweise sowohl als *Intoxikation* als auch als *Suizid* klassifiziert werden. So entstand eine Möglichkeit, einen Fall in mehrere Kategorien einzuteilen. Dies erlaubte in der Folge, auch Verdachtsmomente zu quantifizieren. Zu diesem Zweck wurde die Todesart *ungewiss* mit dem polizeilichen Terminus *unklar* vereint, sodass uneindeutige Fälle in alle in Frage kommenden Kategorien – auch *natürlich* – eingeteilt und danach als *unklar* markiert werden konnten. Kam keine Kategorie in Betracht, so bedeutete *unklar* tatsächlich auch *ungewiss*.

Dementsprechend wurde eine binäre Matrix erstellt. Die enthaltenen Elemente, für die entweder 1 (zutreffend) oder 0 (nicht zutreffend) eingetragen wurde, lauteten wie erörtert:

- iatrogen
- Unfall
- Intoxikation
- Suizid
- Homizid
- natürlich
- unklar

Daraus ergab sich für jeden Fall eine siebenstellige Zahlenfolge, die aus den Ziffern 0 und 1 bestand. Theoretisch existieren  $2^7=128$  verschiedene Codes, wobei praktisch nicht alle Ziffernfolgen Sinn ergeben (zum Beispiel würde der Code 0000110 „natürlicher Tod durch Homizid“ bedeuten). Im Zuge dieser Arbeit wurden insgesamt 37 verschiedene sinnvolle Codes generiert (siehe Tabelle 3). Der gewonnene Binärcode wurde der Einfachheit halber in die entsprechende dezimale Zahl umgewandelt. Da Binärzahlen, die auf 1 enden (entspricht „unklar = zutreffend“), im Dezimalsystem ungerade Zahlen sind, lässt sich daraus die einfache Faustregel ableiten, dass nur gerade Zahlencodes eindeutig klassifiziert wurden und für sämtliche Interpretationen geeignet sind. Eine Übersetzung dieser Schlüssel in Sprache befindet sich in Tabelle 3.

Auf diese Weise waren nun sämtliche pro Fall erhobenen Daten statistisch auswertbar. Die Analyse erfolgte mit den Programmen IBM SPSS Statistics 24 (IBM Corporation, Armonk, New York) und Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington).

### 3.3 Umgang mit unklaren Daten

In 14 Fällen konnte von rechtsmedizinischer Seite nur ein ungefähres Alter angegeben werden. Weil die Mehrheit dieser Werte im Bereich um 60 Jahre lag und somit nicht einmal eine genaue Kategorisierung als „alt“ oder „nicht alt“ möglich war, wurden all diese Schätzwerte als fehlend gewertet.

Auch, wenn sich das Geschlecht nicht eindeutig feststellen ließ – häufig der Fall bei unvollständigen Skeletten –, wurden die Vermutungen nicht berücksichtigt. Menschen, die zu Lebzeiten eine Geschlechtsumwandlung begonnen oder vollzogen hatten, wurden ihrem gewählten Geschlecht zugeordnet.

Tabelle 3 – Auswertungscodes der Todesumstände

<b>Binärzahl</b>	<b>Dezimalzahl</b>	<b>Klartext</b>
0000000	0	Akte fehlt
0000001	1	unklar
0000010	2	natürlich
0000011	3	V.a. (Verdacht auf) natürlich
0000100	4	Homizid
0000101	5	V.a. Homizid
0000111	7	natürlich oder Homizid
0001000	8	Suizid
0001001	9	V.a. Suizid
0001011	11	natürlich oder Suizid
0001101	13	Suizid oder Homizid
0001111	15	natürlich, Homizid oder Suizid
0010000	16	Intoxikation
0010001	17	V.a. Intoxikation
0010011	19	natürlich oder Intoxikation
0010101	21	V.a. Homizid durch/oder Intoxikation
0011000	24	Suizid durch Intoxikation
0011001	25	V.a. Suizid durch/oder Intoxikation
0100000	32	Unfall
0100001	33	V.a. Unfall
0100011	35	Unfall oder natürlich
0100101	37	Homizid oder Unfall
0100111	39	natürlich, Homizid oder Unfall
0101001	41	Unfall oder Suizid
0101011	43	natürlich, Unfall oder Suizid
0101101	45	Homizid, Unfall oder Suizid
0110001	49	Unfall oder Intoxikation
0111001	57	Unfall, Intoxikation oder Suizid
0111101	61	Homizid, Unfall oder Suizid durch Vergiftung
1000000	64	iatrogen
1000001	65	V.a. iatrogen
1000011	67	natürlich oder iatrogen
1000101	69	Homizid oder iatrogen
1010000	80	iatrogene Intoxikation
1010001	81	V.a. iatrogene Intoxikation
1100001	97	Unfall oder iatrogen
1100011	99	natürlich, Unfall oder iatrogen

### 3.4 Alterssuizide

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Suizide in der Altersgruppe von 60 Jahren und darüber (n=564) gelegt. Für diese Fälle wurde eine weitere Tabelle angelegt, in

der über die ohnehin erhobenen Daten hinaus auch die Suizidmethode, das Vorhandensein eines Abschiedsbriefs, das Motiv laut dem Stand der polizeilichen Ermittlung sowie sämtliche Hinweise auf Suizidalität in der Anamnese des jeweiligen Verstorbenen festgehalten wurden.

Die Suizide wurden in Abhängigkeit von der vorherrschenden Methode klassifiziert. Als Kombination wurde ein Suizid hier ausschließlich dann gewertet, wenn nicht nur eine Komponente führend todeswürdig war. Bedingt durch dieses Vorgehen ist zu erwarten, dass Kombinationen als Suizidmethode in dieser Arbeit unterrepräsentiert werden. Einer Studie aus dem Institut für Rechtsmedizin der Charité zufolge stellten kombinierte Suizide im Zeitraum von 1997 bis 2006 7,6% aller Suizide dar; in über der Hälfte der Fälle wurde eine Methode mit der Einnahme von Medikamenten oder Alkohol kombiniert<sup>44</sup>.

### 3.5 Ausschlusskriterien

Das wichtigste Ausschlusskriterium war das vollständige Fehlen einer Akte. Falls die erforderlichen Daten nur teilweise verfügbar waren, wurden auch diese erhoben, gegebenenfalls mit einem Verweis auf den Mangel an weiteren Informationen.

Selbst Privatsektionen und Tode im Ausland wurden berücksichtigt, weil auch diese Fälle zum Sektionsgut des Instituts der Charité gehören und diese Arbeit eine möglichst vollständige Auswertung desselben darstellen soll.

Fäulnis war ebenfalls kein Ausschlusskriterium; sofern die Veränderungen keine sichere Beurteilung der Todesumstände mehr ermöglichten, wurde die Verdachtsdiagnose mit *unklar* codiert.

Als Gerontozid gilt in dieser Arbeit die Kombination aus einem Alter von mindestens 60 Jahren und einem Homizid als gesicherter Todesart. Eine Ausnahme musste allerdings für Terroranschläge gemacht werden, da man nicht von einer gezielten Viktimisierung alter Menschen ausgehen kann. 2016 wurden im Institut der Charité 23 Menschen obduziert, die bei Terroranschlägen ums Leben gekommen waren. Davon waren 12 mindestens 60 Jahre alt. Diese wurden für die Epidemiologie des Gerontozids nicht herangezogen.

### 3.6 Zum Umgang mit der Polizeilichen Kriminalstatistik

Die jährlich erscheinende Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) ermöglicht es, die ermittelten Zahlen relativ einfach in den vollständigen Kontext der Kriminalität in Berlin einzuordnen. Es gilt jedoch, einige Besonderheiten zu berücksichtigen, um die Erkenntnisse nicht zu verfälschen. So gibt es mehrere Gründe, warum die Fallzahlen in der vorliegenden Arbeit niedriger sind als in der PKS:

Es gibt in Berlin, wie oben genannt, zwei Institute für Rechtsmedizin. Da diese Arbeit auf den Daten des Instituts der Charité fußt, wird entsprechend ungefähr die Hälfte der Fälle nicht berücksichtigt.

Als Homizid wurde in dieser Arbeit nur jeder Fall eingestuft, in dem der Verstorbene durch vorsätzlich ausgeübte physische Gewalt zu Tode kam. Eine juristische Bewertung fand nicht statt. In der PKS hingegen existieren als Unterkategorien der Straftaten gegen das Leben neben *Mord* und *Totschlag* auch *Fahrlässige Tötung* und *Abbruch der Schwangerschaft*. Zur fahrlässigen Tötung gehören bei der Polizei ärztliche Kunstfehler mit Todesfolge – in dieser Arbeit als iatrogen eingeordnet – und tödliche Arbeitsunfälle aufgrund von Nichteinhaltung geltender Arbeitsschutzbestimmungen; diese sind in der vorliegenden Arbeit als Unfälle klassifiziert.

Einen weiteren Unterschied stellte die Rekrutierung der Fälle dar. In der PKS eines Jahres tauchen immer nur die Fälle auf, die in diesem Jahr in Berlin erfasst und abschließend bearbeitet wurden. Gerade bei Tötungsdelikten kann es dabei zu langer Verzögerung kommen, sodass die Sektion im Rahmen eines solchen Falles schon Jahre zuvor stattgefunden haben kann. Die Daten, die durch die Obduktionsberichte ermittelt wurden, ermöglichen zwar eine höhere zeitliche, jedoch schlechtere räumliche Auflösung: Das Einzugsgebiet des Instituts der Charité besteht zwar vor allem aus Berlin, jedoch in geringerem Maße auch aus dem Um- und manchmal sogar aus dem Ausland.

### 3.7 Wissenschaftliche Praxis

Die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis wurde beachtet.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Epidemiologie

#### 4.1.1 Allgemeines

Im Institut der Charité wurden zwischen 2005 und 2016 insgesamt 11509 Obduktionen durchgeführt, davon knapp doppelt so viele an Männern (7375 bzw. 64,1%) wie an Frauen (4043 bzw. 35,1%). In 91 Fällen (0,8%) war das Geschlecht unbekannt.

Auch das Alter war nicht immer bekannt, meistens bedingt durch das Fehlen der jeweiligen Akte. Im Gegenzug waren in einigen Fällen Alter und Geschlecht die einzigen bekannten Parameter, siehe auch Tabelle 4. Insgesamt 11381 (98,9%) Datensätze waren vollständig und somit für sämtliche Berechnungen geeignet. In Abb. 2 sind die Fallzahlen für die jeweiligen Jahre des Untersuchungszeitraums dargestellt.

Das durchschnittliche Alter zum Todeszeitpunkt bzw. zum Zeitpunkt der Auffindung lag bei 58,3 Jahren (55,0 Jahre für Männer und 64,1 für Frauen); das Minimum lag bei 0 und das Maximum bei 107 Jahren. Abb. 3 veranschaulicht die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern (etwa 2:1) und Altersklassen unabhängig vom Geschlecht (1:1). Im Landesinstitut waren junge Männer noch stärker vertreten.

Tabelle 4 – Vollständigkeit der Datensätze

	Akte vorliegend	Akte fehlend
<b>Alter und Geschlecht bekannt</b>	11381	6
<b>Alter unbekannt, Geschlecht bekannt</b>	30	1
<b>Alter und Geschlecht unbekannt</b>	1	90

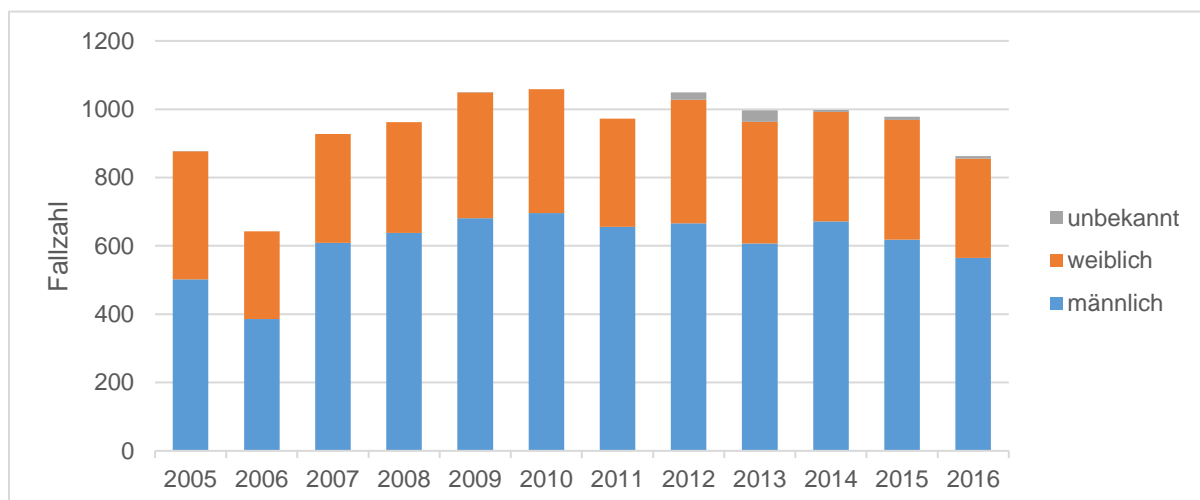


Abb. 2 – Fallzahlen über die Jahre nach Geschlechtern getrennt

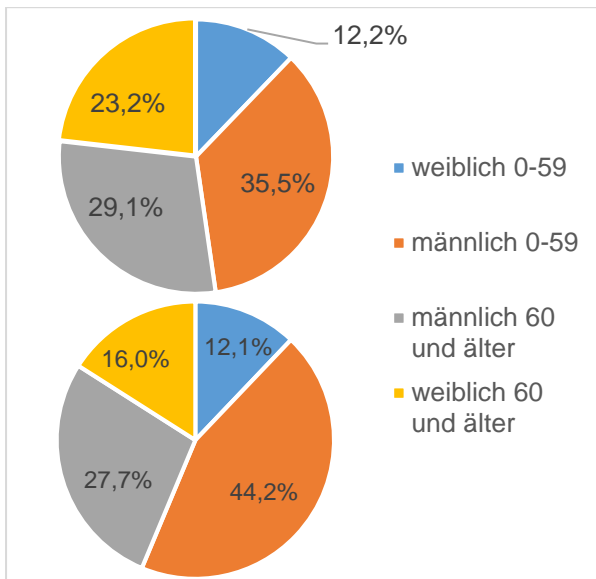


Abb. 3 – Anteile von Geschlecht und Altersklasse im Institut der Charité (oben) und im Landesinstitut (unten)

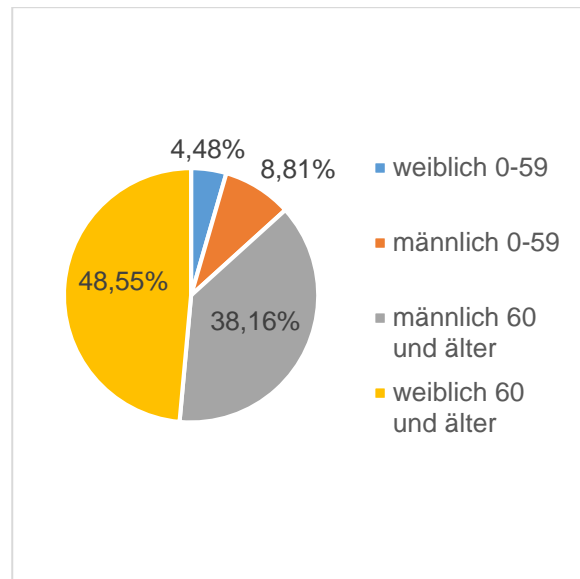


Abb. 4 – Anteile von Geschlecht und Altersklasse aller Berliner Verstorbenen

Während diese Relationen unabhängig von der jeweiligen Kohorte konstant blieben, zeigt sich in der Gesamtheit der in Berlin Verstorbenen<sup>45-53</sup> ein anderes Bild: Über fünf Sechstel der Verstorbenen waren zum Todeszeitpunkt mindestens 60 Jahre alt. Der Anteil von etwa zwei Dritteln Männern in der jungen Kohorte lässt sich zwar wiedererkennen; bei den älteren Menschen hingegen kommen auf vier verstorbene Männer fünf Frauen. Dadurch liegt der Anteil der Frauen insgesamt bei etwas mehr als der Hälfte (siehe Abb. 4).

In Abb. 5 sind die Obduktionszahlen nach Geschlecht und Alterskohorte im Fünfjahresabstand dargestellt. Für beide Geschlechter ergibt sich das gleiche Muster: Nach dem Alter von 0–5 Jahren sinken die Fallzahlen fast auf 0, um ab dem jungen Erwachsenenalter stetig anzusteigen. Mit dem Erreichen des Maximums sinken die Zahlen wieder rapide ab. Auffällig sind kleine Einkerbungen im Anstieg im Alter von

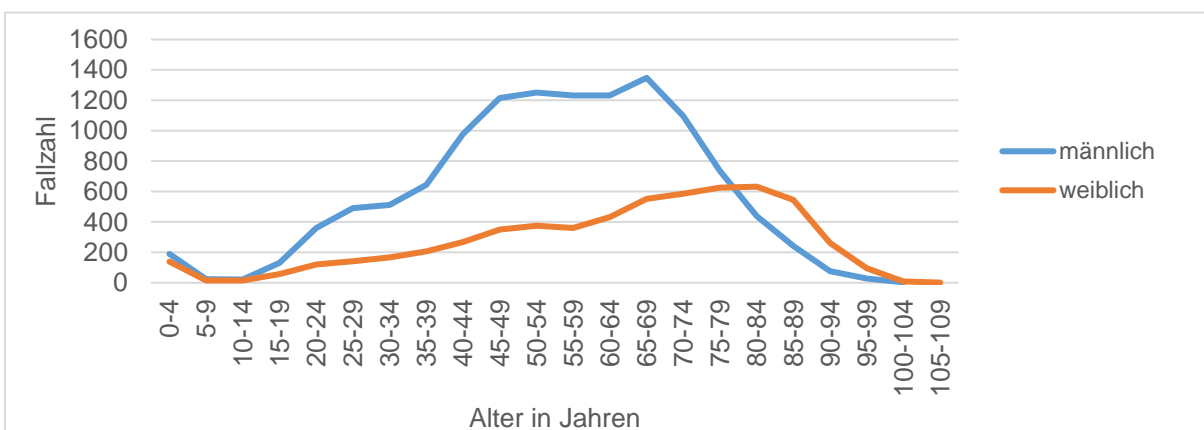


Abb. 5 – Sektionszahlen beider Institute nach Altersklasse



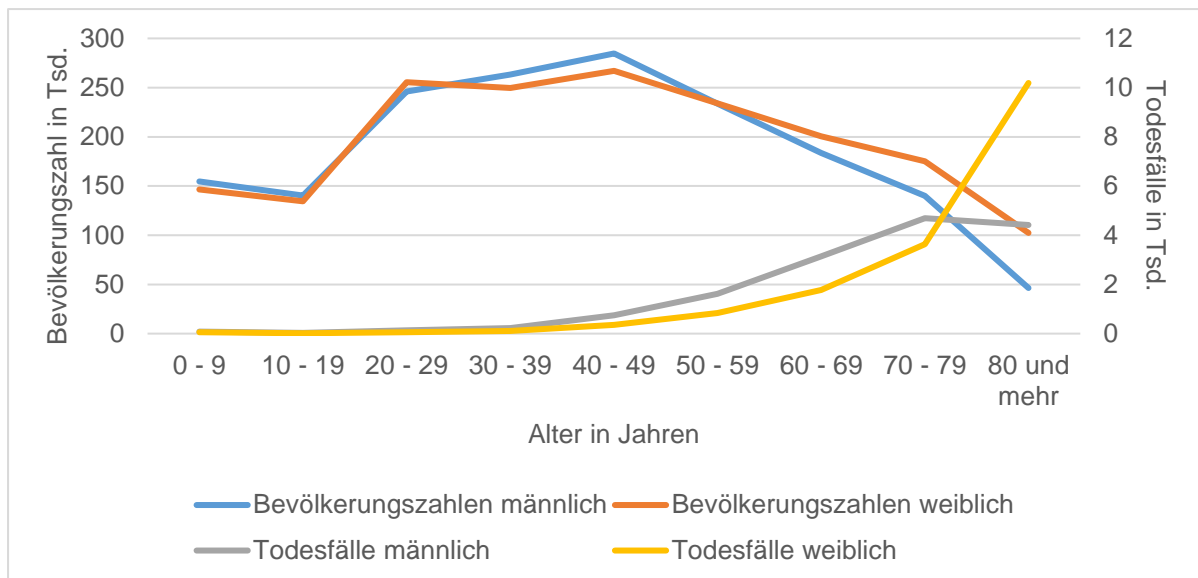


Abb. 6 – Durchschnitte von Altersverteilung und Todesfällen in Berlin.  
Man beachte die zwei verschiedenen Achsen!

30–34 Jahren sowie um das 60. Lebensjahr herum. Der Gipfel ist für Männer im Bereich von 65–69 Jahren, für Frauen bei etwa 80 Jahren erreicht. Ab diesem Lebensalter liegen die Fallzahlen für Frauen erstmals höher und bleiben dies dann auch. Letzterer Trend lässt sich auch bei den Anzahlen aller Todesfälle feststellen (siehe Abb. 6).

Wie Abb. 7 zeigt, sind die Anteile der Todesfälle an der Bevölkerung bzw. die Anteile der Obduktionen an den Verstorbenen innerhalb der gleichen Alterskohorte für beide Geschlechter sehr ähnlich. Bis zu einem Drittel der verstorbenen 20–29-Jährigen wurde im Institut der Charité obduziert; ab diesem Alter sinkt die Obduktionshäufigkeit in einem ähnlichen Maße ab, wie die Sterbehäufigkeit steigt.

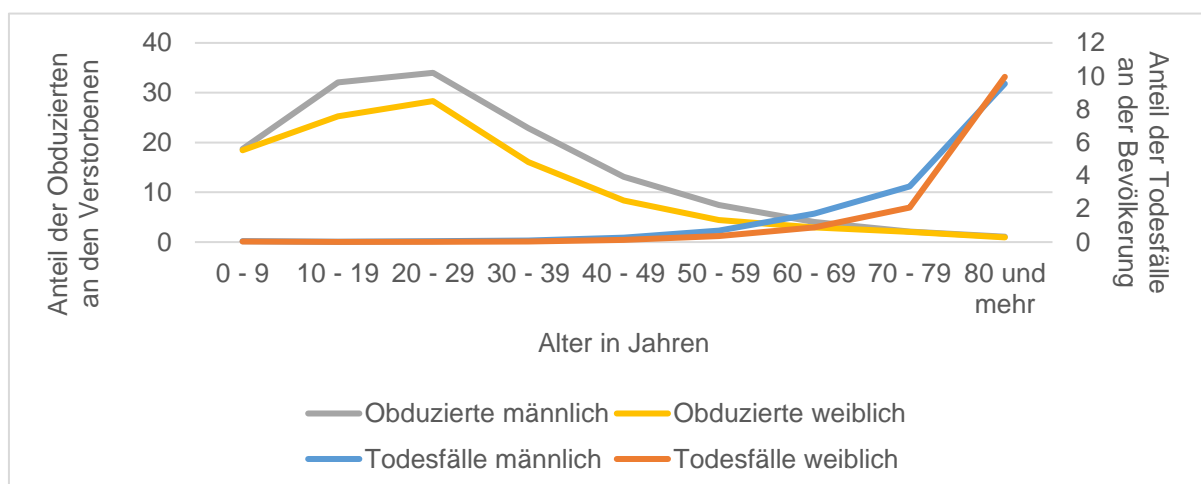


Abb. 7 – Anteil der Todesfälle an den Lebenden sowie Anteil der Obduzierten an den Verstorbenen der jeweiligen Alters- und Geschlechtskohorte in Promille bzw. in Prozent.  
Man beachte die zwei verschiedenen Achsen!

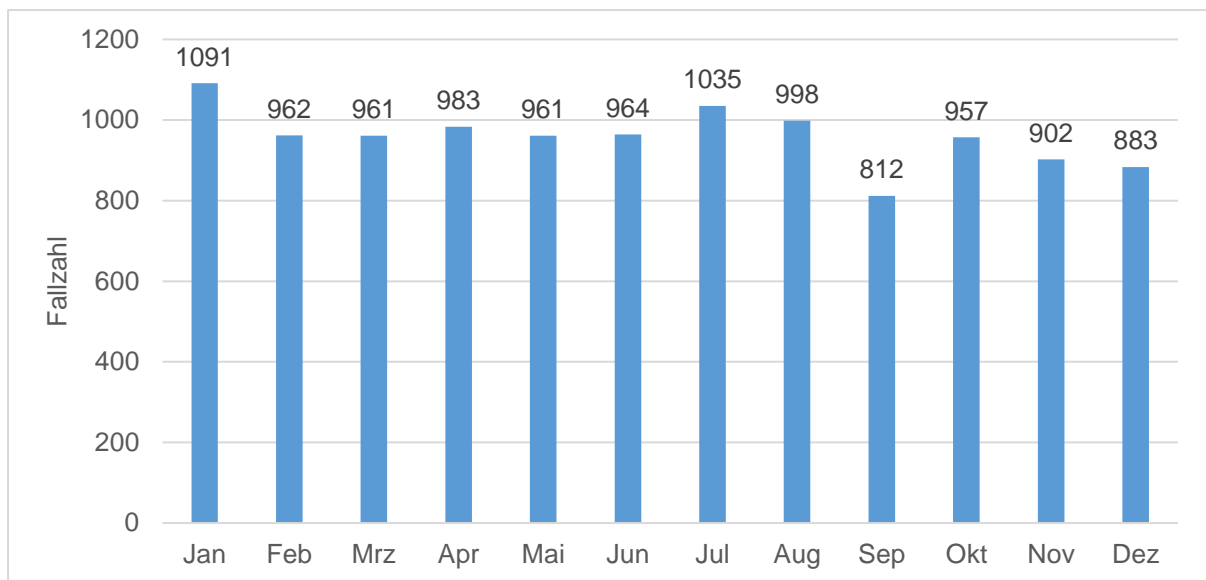


Abb. 8 – Fallzahlen pro Monat

Im Jahresverlauf änderten sich die Obduktionszahlen gering (siehe Abb. 8). Die Monate mit den meisten Obduktionen waren Januar (1091 bzw. 9,48%) und Juli (1035/ 8,99%). Die wenigsten Obduktionen wurden im September (812/7,06%) und Dezember (883/7,67%) durchgeführt.

#### 4.1.2 Todesarten

Bezogen auf die Gesamtheit des Sektionsgutes war der natürliche Tod mit etwa drei von acht Fällen (37,1%) die am häufigsten festgestellte Todesart. Weit dahinter folgten Suizide (14,7%) und fast gleichauf Unfälle (13,1%). Intoxikationen – sofern nicht absichtlich geschehen und somit als Suizid oder Homizid klassifiziert – machten 4% der Tode aus. Bei 2,8% war der Tod auf eine medizinische Maßnahme zurückzuführen; getötet wurden 2,2% des Kollektivs. In 7,2% der Fälle ließ sich nach dem Abschluss sämtlicher Untersuchungen keine Todesursache feststellen; bei den übrigen 19% gab es zwar Vermutungen, die aber nicht belegbar waren. Fast zwei Drittel davon waren mutmaßlich natürliche Tode gewesen. Da diese 12% des Gesamtgutes ausmachen, sind sie in Abb. 9 gesondert dargestellt. So wird deutlich, dass in bis zu der Hälfte aller Fälle eine natürliche Todesursache im Vordergrund stand.

Im Alter über 60 Jahren lag der Anteil an sicher diagnostizierten und mutmaßlichen natürlichen Todesarten mit insgesamt 60,6% für Männer und 58,1% für Frauen noch höher, andererseits nahm auch die Unsicherheit bei der Diagnose zu (18,0% der Männer und 10,2% der Frauen in der alten gegenüber 9,7% der Männer und 7,6% der Frauen in der jungen Kohorte waren als „vermutlich natürlich“ klassifiziert). Die

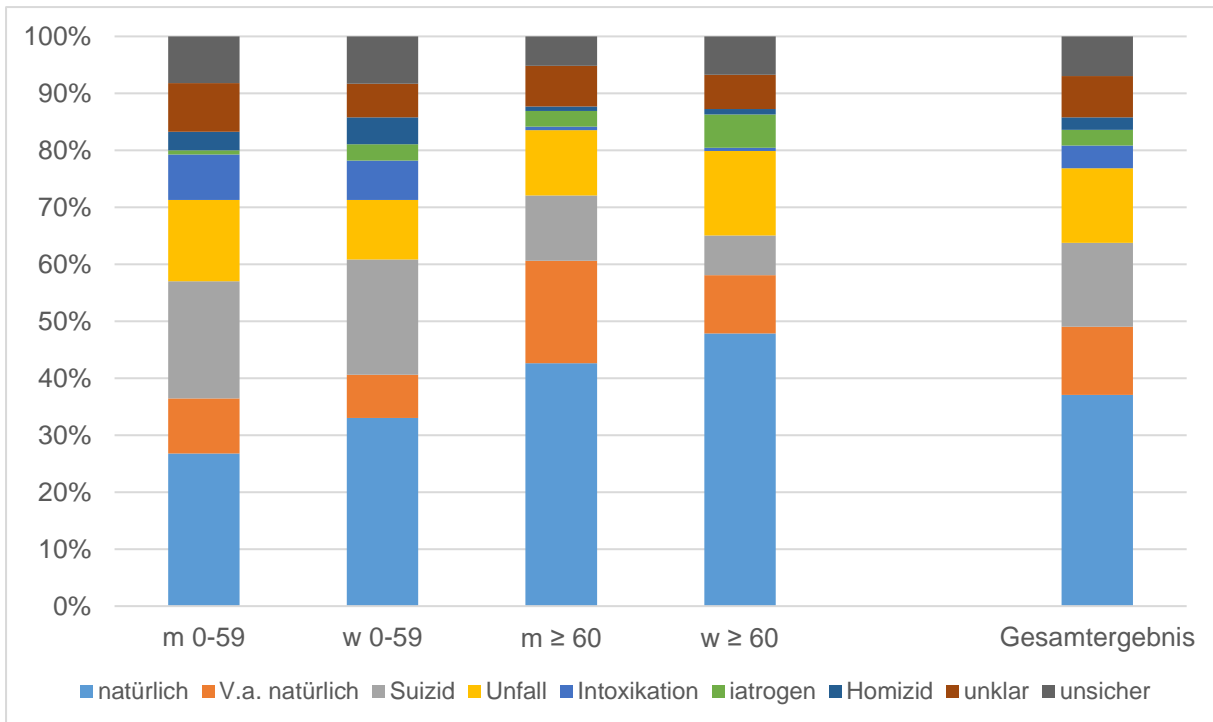


Abb. 9 – Todesarten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Wahrscheinlichkeit eines Homizids, Suizids oder einer akzidentellen Vergiftung sank rapide: Innerhalb der jungen Kohorte war der Prozentsatz der männlichen Suizidenten fast doppelt, der der weiblichen sogar knapp dreimal so hoch wie in der alten. Der Anteil der Homizidopfer war bei den jungen Männern viermal, bei jungen Frauen fünfmal höher als bei den Älteren. Im Bereich der Intoxikationen lagen die Anteile geschlechterunabhängig sogar bei über zehnfachen Werten. Im Gegenzug stieg im Alter der Anteil derer, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung verstarben, bei den Männern fast auf das Vierfache, bei Frauen auf das Doppelte. Abb. 10 zeigt die verschiedenen Altersverteilungen für die zweifelsfrei identifizierten Todesarten: Intoxikation und Homizid haben ihren Schwerpunkt um das 40.

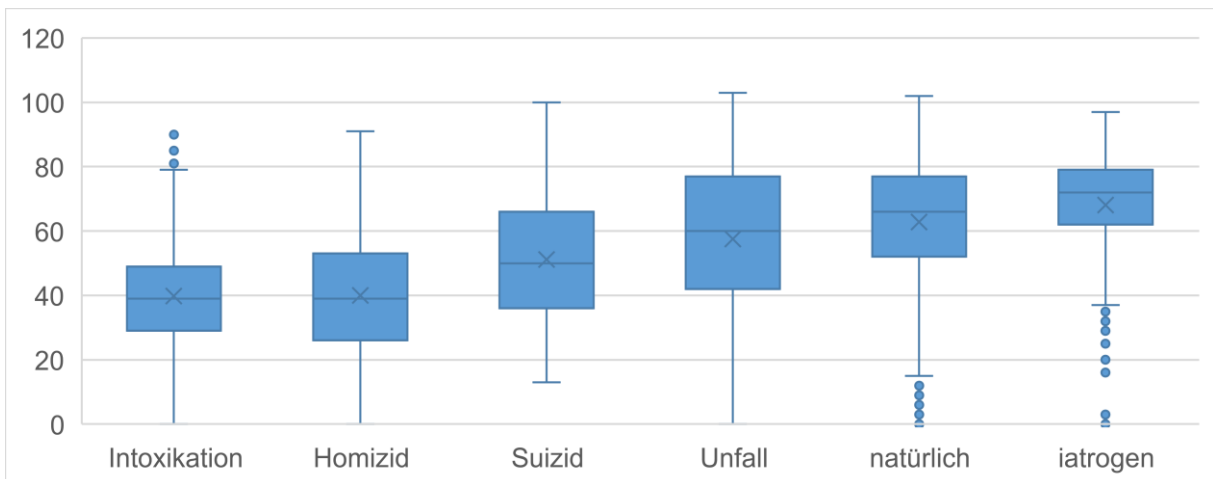


Abb. 10 – Altersverteilung der verschiedenen Todesarten

Lebensjahr, letzterer jedoch mit einer breiteren Verteilung. Auch der Suizid betraf im vorliegenden Material eher junge Menschen, während Unfälle in beiden Altersklassen im gleichen Maße auftraten. Der natürliche und insbesondere der iatrogene Tod wurden vor allem bei älteren Menschen nachgewiesen. Im Geschlechtervergleich fällt auf, dass bei Frauen ungeachtet des Alters häufiger eine natürliche Todesursache diagnostiziert wurde als bei gleichaltrigen Männern. Innerhalb der jungen Kohorte gab es gleiche Anteile an Suizidenten; in der alten dagegen hatten sich etwas mehr als anderthalbmal so viele Männer wie Frauen das Leben genommen. Bei den Unfällen kehrte sich das Verhältnis um: Während bei den Verstorbenen unter 60 Jahren Männer einen fast 1,4-mal höheren Anteil an der Gesamtzahl aller Unfälle hatten, war Ähnliches ab 60 Jahren für die Frauen (1,3-mal) der Fall.

Die orientierende Durchsicht der entsprechenden Daten aus dem Landesinstitut zeigte bezüglich der nichtnatürlichen Tode dieselben Muster. Da nur die Deckblätter analysiert werden konnten, die den Kenntnisstand zum Zeitpunkt der Sektion widerspiegeln, fielen allerdings deutlich mehr Unklar- und Unsicherheiten auf.

#### 4.1.3 Suizid

Im beobachteten Zeitraum wurden im Institut der Charité 1674 Suizidenten obduziert, davon jeweils fast genau doppelt so viele junge Menschen wie alte bzw. Männer wie Frauen (siehe Abb. 11). Die Häufigkeiten über das gesamte Lebensalter sind in Abb. 12 dargestellt. Von besonderem Interesse für diese Arbeit sind die 564 Fälle von Alterssuizid.

Alle Fälle wurden in die in Tabelle 5 genannten Methoden eingeteilt. Als Erstickung

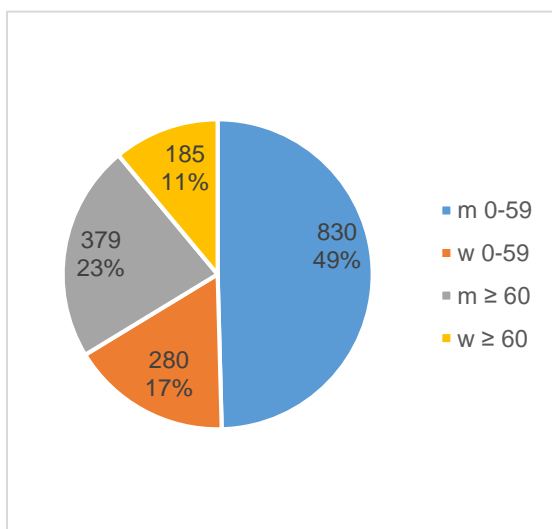


Abb. 11 – Suizidenten nach Alter und Geschlecht (n=1674)

galten Gewalt gegen den Hals (alle Arten der Strangulation) und Verlegung der Atemöffnungen, nicht jedoch das Ertrinken, das eine eigene Kategorie erhielt. Zum Schienentod gehörten nicht nur sämtliche absichtlich herbeigeführten Kontakte mit Schienenfahrzeugen, sondern auch Sprünge aus dem fahrenden Zug (zweimal geschehen, einmal davon durch den Triebfahrzeugführer). In den vier Fällen von Manipulation

medizinischer

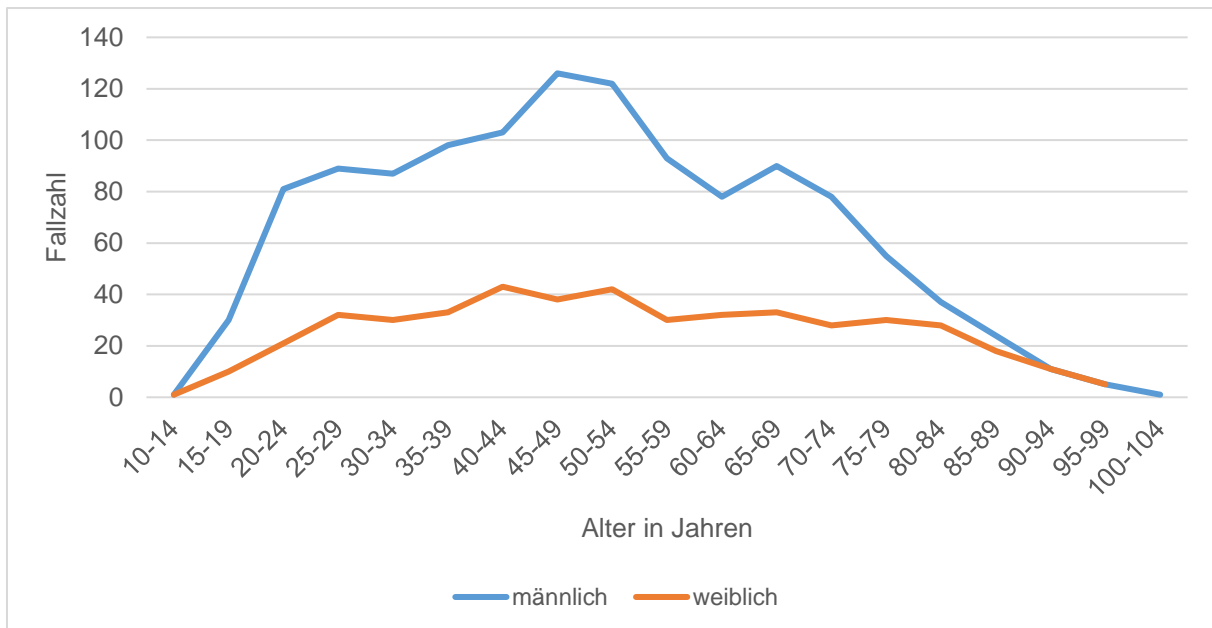


Abb. 12 – Absolute Suizidhäufigkeiten nach Altersgruppe

Gerätschaften hatten sich drei Suizidenten durch Eröffnen von Gefäßzugängen, der vierte durch das bewusste Nichtaufladen seines Linksherzunterstützungssystems das Leben genommen. Das willkürliche Ziehen der eigenen Trachealkanüle (zweimal geschehen) wurde als Erstickung gewertet. In zwei Fällen – beide in einem Alter unter 60 Jahren – wurde aufgrund der Auffindesituation von den Ermittlern eindeutig von einem Suizid ausgegangen, obwohl die genaue Methode nicht mehr eruiert werden konnte. Die relativen Häufigkeiten der einzelnen Methoden nach Geschlecht und Alter sind in Abb. 13 etwas genauer für die Menschen ab 60 Jahren veranschaulicht.

Tabelle 5 – Häufigkeiten von Suizidmethoden

Methode	Anzahl
<b>Ersticken und Strangulation</b>	548
<b>Sturz aus großer Höhe</b>	461
<b>Schuss</b>	168
<b>Intoxikation</b>	168
<b>Schientod</b>	137
<b>Scharfe Gewalt</b>	86
<b>Ertrinken</b>	44
<b>Verbrennung</b>	19
<b>Kombination ohne erkennbar führende Komponente</b>	18
<b>Strom</b>	15
<b>Herbeigeführter Verkehrsunfall</b>	4
<b>Manipulation medizinischer Gerätschaften</b>	4
<b>Methode unklar</b>	2

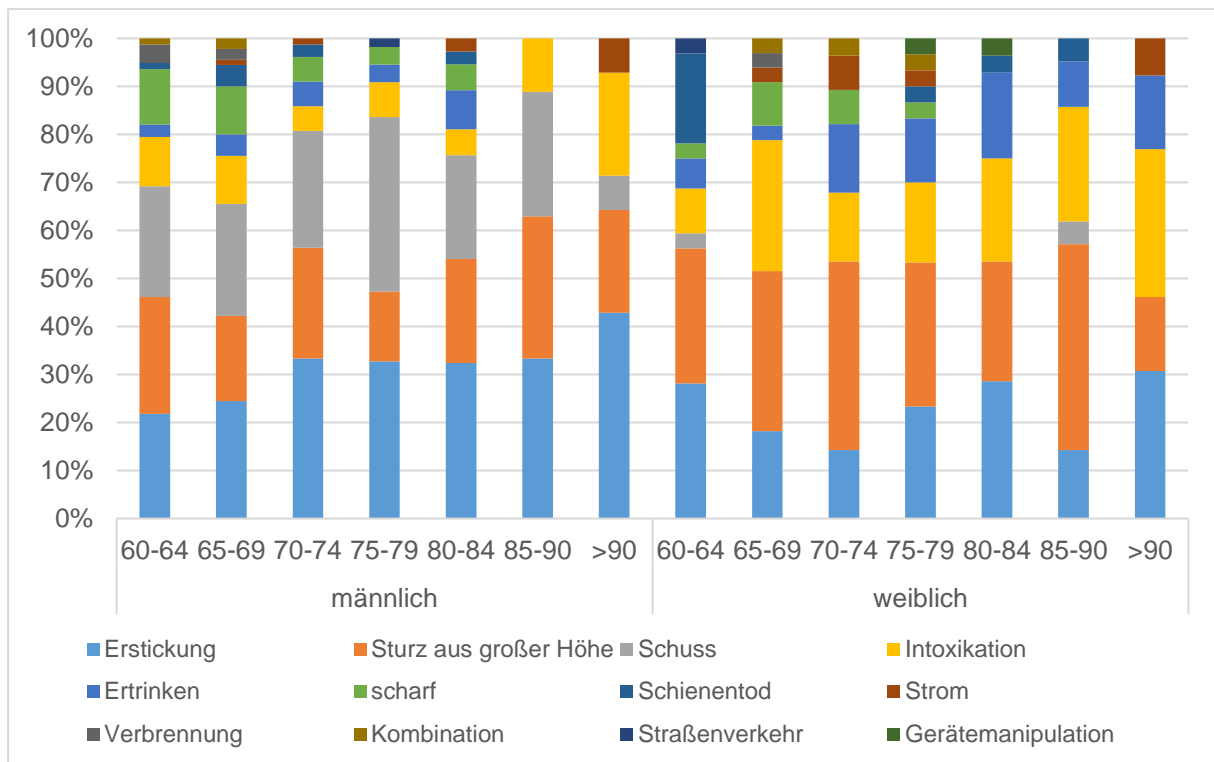


Abb. 13– Suizidmethoden ab 60 Jahren nach Geschlecht und Altersklasse

Betrachtet man den Jahresverlauf, so zeigt sich ein Gipfel der Suizidhäufigkeit im Juni. Relative Minima finden sich im März und September; die wenigsten Selbsttötungen werden im Dezember verübt. Dieses Muster ist unabhängig vom Alter (siehe Abb. 14).

Von den 564 Suizidenten im Alter von mindestens 60 Jahren waren 379 Männer und 185 Frauen; dies entspricht 11,4% aller obduzierten Männer bzw. 7% aller Frauen dieser Altersklasse. Da 25 Akten fehlten, gehen die folgenden Berechnungen von den übrigen 539 Fällen aus. Der älteste Suizident war ein hundertjähriger Mann.

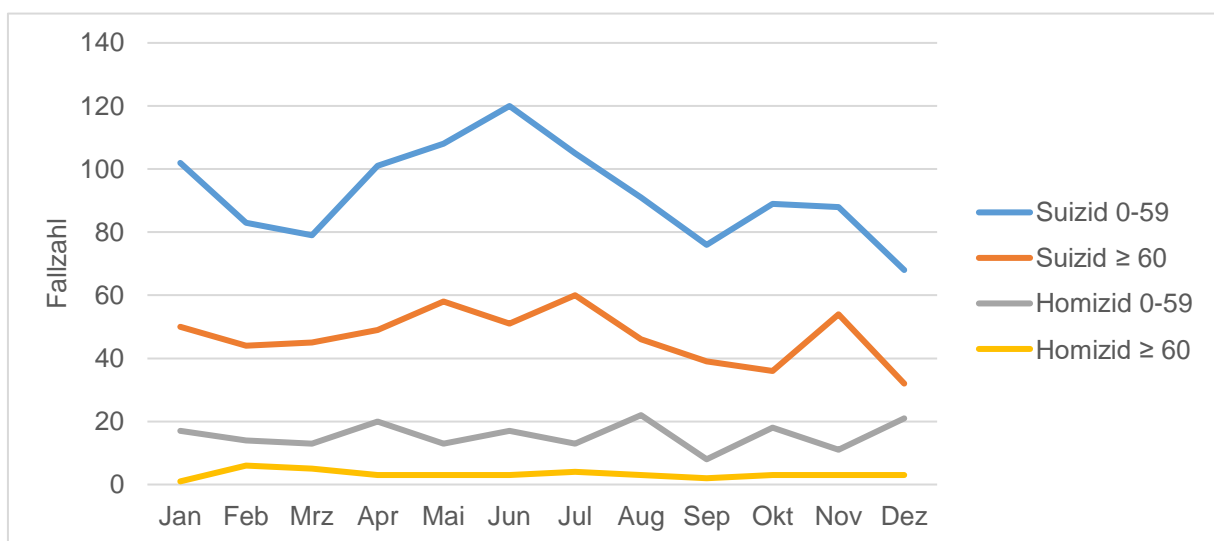


Abb. 14– Absolute Häufigkeiten von Homizid und Suizid in Abhängigkeit vom Kalendermonat

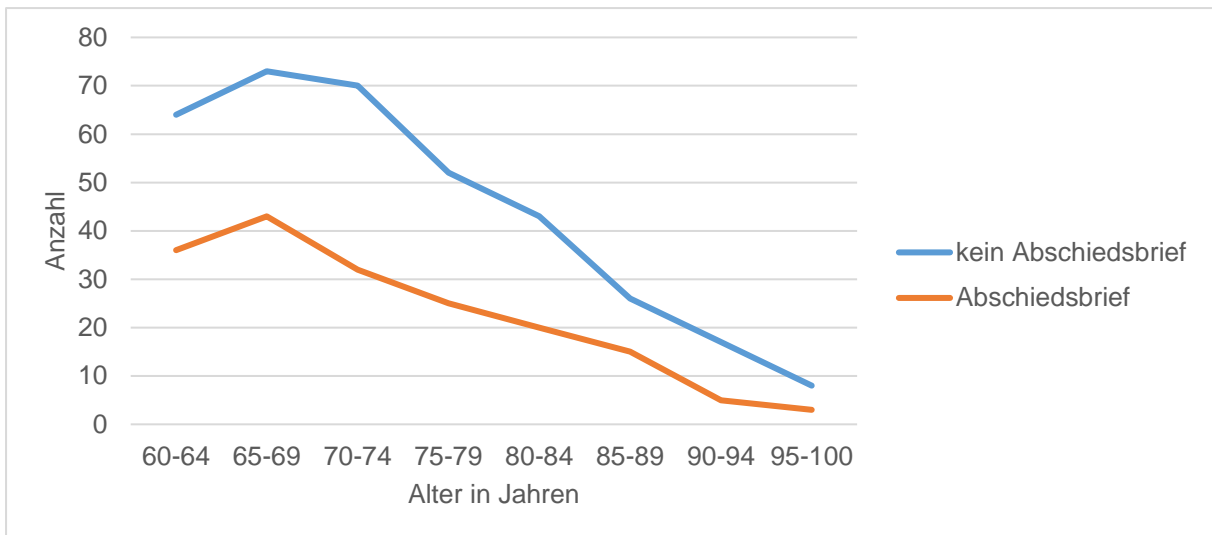


Abb. 15 – Häufigkeiten von Abschiedsbriefen im Alter ab 60 Jahren

Etwa zwei von drei Alterssuizidenten hinterließen keinen Abschiedsbrief. Dabei kam es weder auf das Geschlecht noch auf das genaue Alter an (vergleiche Abb. 15). Auch ohne Abschiedsbrief gelang es den Ermittlern meistens, mindestens ein Motiv zu eruieren. In 84 Fällen (15,6%) blieb der Anlass unbekannt. Die gefundenen Motive ließen sich in 24 verschiedene Kategorien einteilen, siehe auch Tabelle 6. Da pro Fall mehrere Motive zutreffen konnten, ergab sich innerhalb der aufgeklärten Fälle ein Durchschnittswert von 1,5 Motiven pro Suizid.

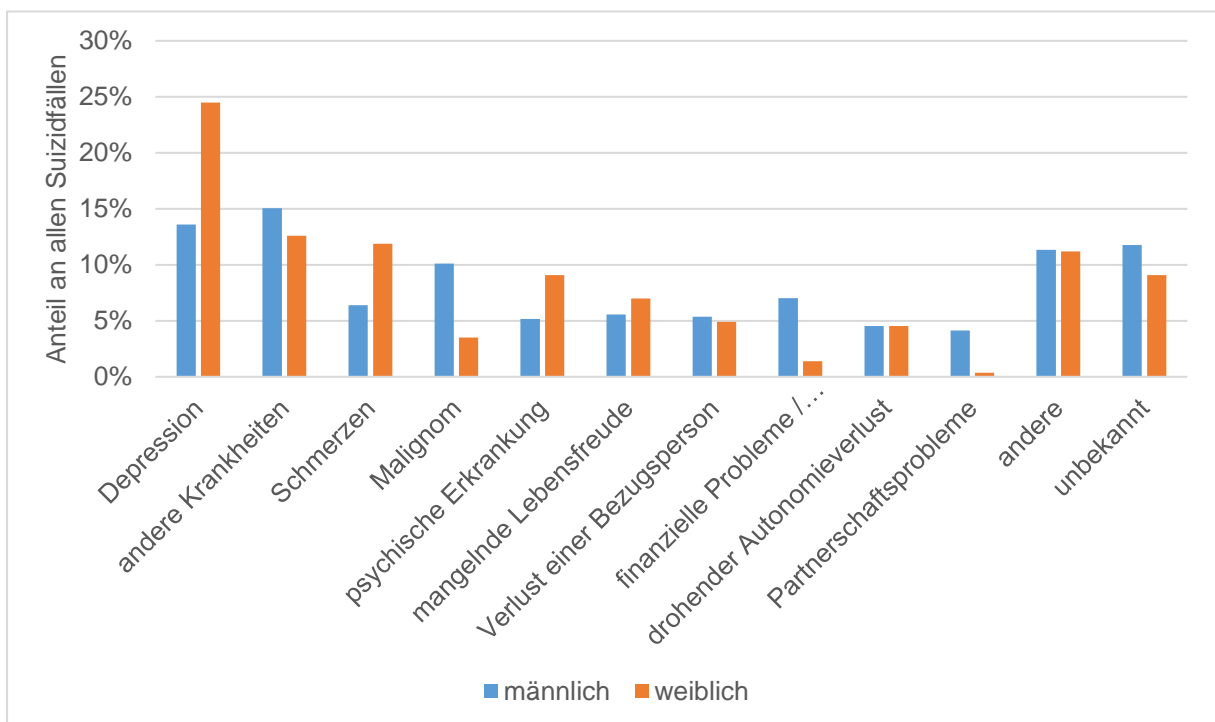


Abb. 16 – Häufigkeiten der Suizidmotive im Alter (Mehrfachnennungen möglich)

Krankheiten waren insgesamt am häufigsten der Auslöser. Die besonders oft auftretenden Krankheitsbilder erhielten bei der Motiveinteilung ihre eigene Kategorie, nämlich Malignome, Depressionen und andere psychische Erkrankungen.

Abb. 16 trägt dem Umstand Rechnung, dass sich absolut mehr Männer als Frauen suizidierten, und zeigt die Motivzahlen als Prozentsätze innerhalb des eigenen Geschlechts. So fällt auf, dass für ein Viertel der Frauen Depressionen zumindest mitursächlich für den Suizid waren. Dieser Prozentsatz ist 1,8-mal so hoch wie der der Männer. Ähnliche Verhältnisse finden sich bei anderen psychischen Erkrankungen und Schmerzen. Hinsichtlich Suiziden in der Umgebung und familiärer Spannungen sind die Verhältnisse zwar noch deutlicher, sollten aber wegen der geringen Fallzahl nicht überbewertet werden. Männer im Gegenzug neigten mehr dazu, sich wegen

*Tabelle 6 – Suizidmotive im Alter ab 60 Jahren (Mehrfachnennungen möglich)*

<b>Motiv</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
<b>Depression</b>	66	70	136
<b>andere Krankheiten</b>	73	36	109
<b>Schmerzen</b>	31	34	65
<b>Malignom</b>	49	10	59
<b>psychische Erkrankung außer Depression</b>	25	26	51
<b>mangelnde Lebensfreude</b>	27	20	47
<b>Verlust einer Bezugsperson</b>	26	14	40
<b>finanzielle Probleme / Existenzangst</b>	34	4	38
<b>drohender Autonomieverlust</b>	22	13	35
<b>Partnerschaftsprobleme</b>	20	1	21
<b>Einsamkeit</b>	7	4	11
<b>akutes Ärgernis</b>	6	2	8
<b>Gesundheitszustand des Partners</b>	6	2	8
<b>Substanzabhängigkeit</b>	5	3	8
<b>Suizid in der Umgebung</b>	1	7	8
<b>familiäre Spannungen</b>	2	5	7
<b>negative Selbstwahrnehmung</b>	4	3	7
<b>Überforderung mit der Pflege Angehöriger</b>	6	1	7
<b>rechtliche Probleme</b>	6		6
<b>berufliche Probleme / Arbeitslosigkeit</b>	4	1	5
<b>Partner in Pflegeeinrichtung</b>	3	1	4
<b>Angst vor Krankheit</b>	1	1	2
<b>Erkrankung anderer Angehöriger</b>		2	2
<b>Hoffnungslosigkeit</b>	2		2
<b>Pflege des Partners entfällt</b>	2		2
<b>unbekannt</b>	58	26	84
<b>gesamt</b>	<b>485</b>	<b>286</b>	<b>771</b>



Partnerschaftsproblemen (ein 11,8-mal so hoher Anteil wie bei den Frauen), finanziellen Problemen bis hin zur Existenzangst (fünffmal häufiger) oder Malignomen (10,1% vs. 3,5% bei Frauen) das Leben zu nehmen.

Andere Krankheiten, mangelnde Lebensfreude, Verlust einer Bezugsperson, drohender Autonomieverlust, Einsamkeit und Substanzabhängigkeit nahmen bei beiden Geschlechtern den jeweils gleichen Stellenwert ein.

Da die Altersspanne der beobachteten Kohorte insgesamt 41 Jahre umfasst, wurde die Relevanz der einzelnen Motive in Fünfjahresabständen überprüft. Depressionen zeigten kein erkennbares Muster in Abhängigkeit vom genauen Alter, andere psychische Erkrankungen trieben vor allem Menschen im Alter von 60-69 Jahren in den Suizid. Malignome waren speziell im Alter von 65-69 Jahren ein Suizidgrund, während weitere Krankheiten ab 70 Jahren an Relevanz gewannen und danach ein hohes Niveau hielten. Schmerzen hatten insbesondere im Alter zwischen 85 und 89 Jahren eine entscheidende Bedeutung. Faktoren, die mit steigendem Alter häufiger einen Suizid motivierten, waren mangelnde Lebensfreude, der Verlust von Bezugspersonen (meistens dem Ehepartner), drohender Autonomieverlust, Einsamkeit und der Umzug des Partners in eine Pflegeeinrichtung. Berufliche Probleme waren, entsprechend dem Eintritt ins Rentenalter, nur für Menschen unter 65 Jahren ausschlaggebend. Auch finanzielle Probleme verloren mit steigendem Alter an Bedeutsamkeit.

#### *4.1.4 Homizid*

In 249 Fällen – nicht ganz 2,2% des Gesamtgutes – wurde bei der Obduktion ein Homizid sicher nachgewiesen. In Abb. 17 sind 226 dieser Fälle nach Alter, Geschlecht und Gewaltart unterteilt. Die 23 übrigen Verstorbenen wurden 2016 bei Attentaten in Istanbul und Berlin getötet; da es sich bei Terrorattacken um Ausnahmefälle handelt, wurden diese Fälle als Ausreißer bei den folgenden Berechnungen nicht berücksichtigt. In Abb. 18 sind dieselben Daten zur Veranschaulichung als Anteile der jeweiligen Kohorte dargestellt.

Von den Getöteten waren 39 (17%) zum Todeszeitpunkt mindestens 60 Jahre alt. Während in der jüngeren Kohorte (n=187) mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen (128 bzw. 59) getötet wurden, waren im Alter etwas mehr Frauen betroffen (21 Frauen und 18 Männer). Berücksichtigt man, dass 3314 Männer ab 60 Jahren, dagegen nur 2650 Frauen derselben Altersklasse obduziert wurden, ist der Anteil des

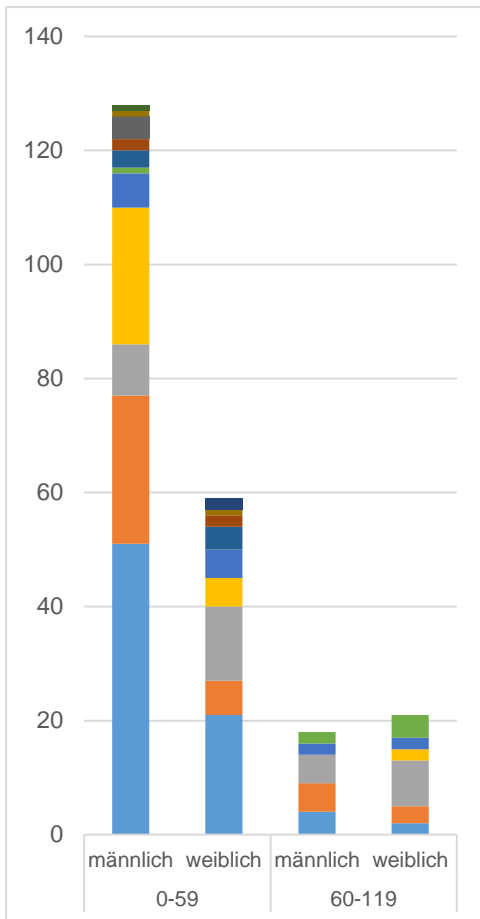


Abb. 17 – Homizidmethoden nach Alter und Geschlecht

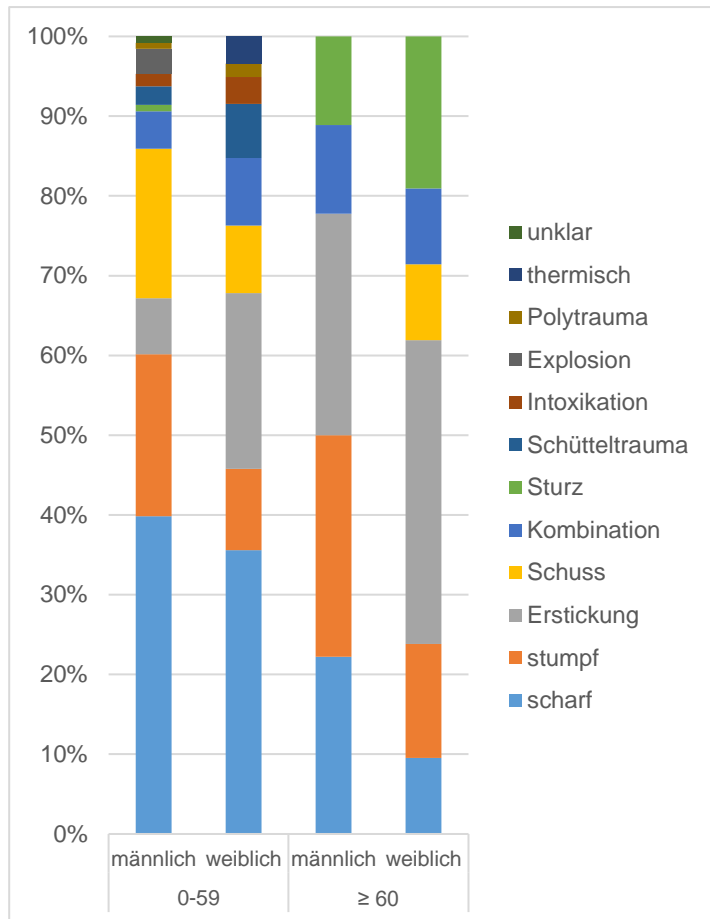


Abb. 18 – Homizidmethoden nach Alter und Geschlecht, Anteile innerhalb der eigenen Kohorte

Homizids an allen Todesarten innerhalb der eigenen Kohorte für ältere Frauen mit 0,79% fast anderthalbmal so hoch wie für ältere Männer (0,54%). Freilich lagen beide Werte deutlich unter denen jüngerer Männer (3,17%) und Frauen (4,25%).

Die scharfe Gewalt stand mit ungefähr jedem dritten von acht Fällen in der jungen Kohorte im Vordergrund, gefolgt von stumpfer Gewalt und Schussverletzungen. In der

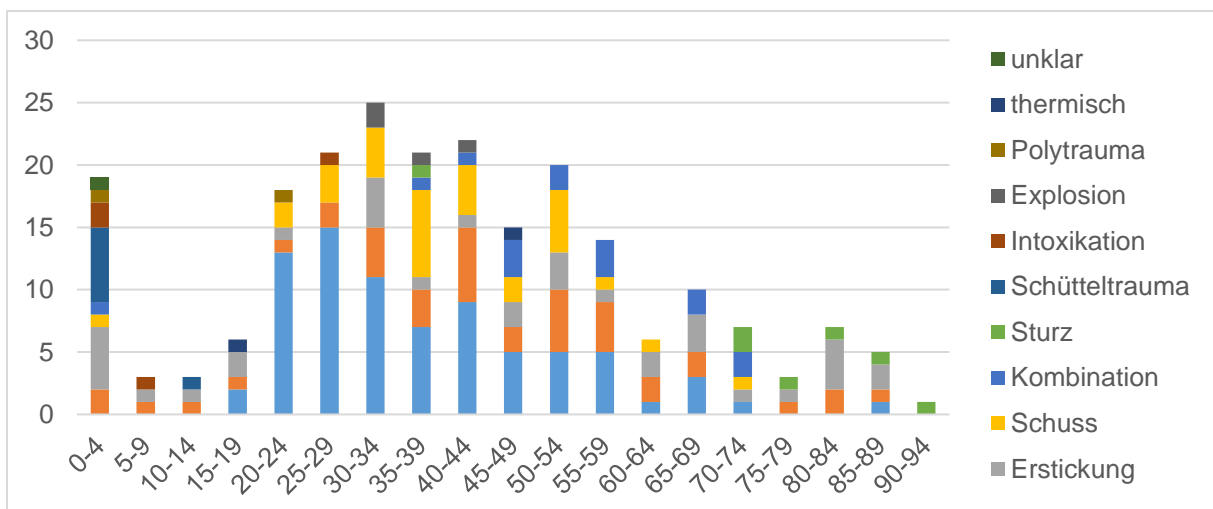


Abb. 19 – Anzahl verschiedener Homizidmethoden über die Lebenszeit

älteren Population nahm dagegen die Erstickung mit einem Drittel den größten Stellenwert ein, gefolgt von stumpfer und scharfer Gewalt sowie Sturzfolgen (letztere betrafen im Alter unter 60 Jahren nur einen Fall). Schussverletzungen waren mit 5,1% Häufigkeit deutlich seltener als bei jungen Menschen (15,5%). Generell war die Bandbreite an Tötungsmethoden bei den älteren Opfern schmaler (siehe auch Abb. 19).

Anders als beim Suizid lässt sich beim Homizid kein Muster im Jahresverlauf erkennen (Abb. 14). Besonders in der Altersklasse ab 60 Jahren sind wegen der geringen Fallzahl derartige Überlegungen ohnehin nicht möglich (z.B. wurde im gesamten Beobachtungszeitraum nur ein alter Mensch im Januar getötet).

Im Vergleich mit den Ergebnissen der Polizeilichen Kriminalstatistik scheint der Anteil alter Menschen an allen Homizidopfern zunächst zu niedrig. Berücksichtigt man jedoch, dass die meisten Straftaten gegen das Leben zuungunsten alter Menschen fahrlässige Tötungen sind und damit in dieser Arbeit meist nicht als Homizid, sondern als iatrogener Tod verstanden werden, stimmen die Daten der PKS <sup>4,54-56</sup> recht präzise mit denen des Instituts der Charité überein (siehe Abb. 20).

#### 4.2 Gerontozid

In acht Fällen der Altentötung war in der Akte kein Fahndungserfolg vermerkt. In den übrigen 31 Fällen handelte es sich dreißigmal um einen Täter, nämlich um 24 Männer – einer tötete zwei alte Menschen – und 5 Frauen; im verbliebenen Fall waren zwei Männer Täter. 27 der Opfer waren mit dem jeweiligen Täter bekannt: In 10 Fällen handelte es sich um den Partner oder Ex-Partner, fünfmal um Verwandte, dreimal um Mitbewohner in einer Pflegeeinrichtung und in den übrigen 9 Fällen um anderweitig Bekannte. Je 13 Männer und Frauen wurden von Männern getötet, drei Frauen von

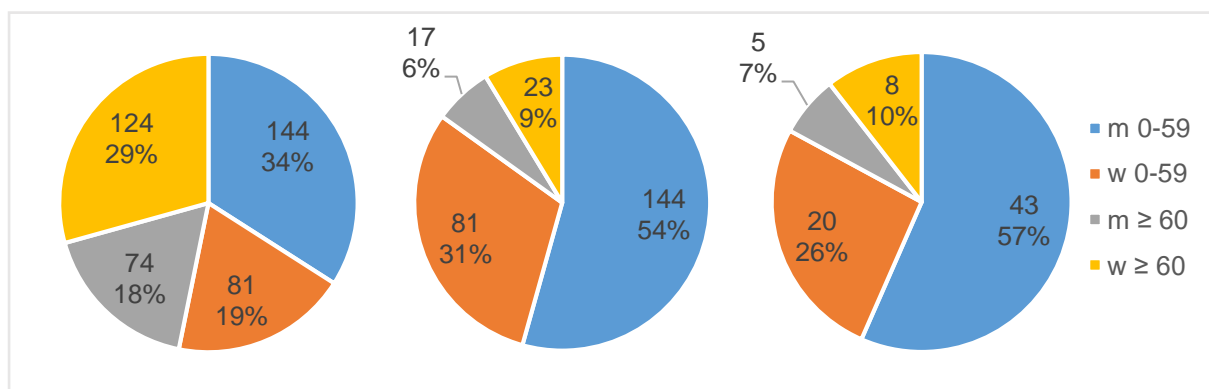


Abb. 20 – Alters- und Geschlechtsverteilung aller Opfer von Straftaten gegen das Leben im Zeitraum von 2012 bis 2015 gemäß PKS (links), derselben Werte unter Nichtberücksichtigung fahrlässiger Tötungen an alten Menschen (Mitte) sowie aller im Institut der Charité im selben Zeitraum obduzierten Homizidopfer (rechts)

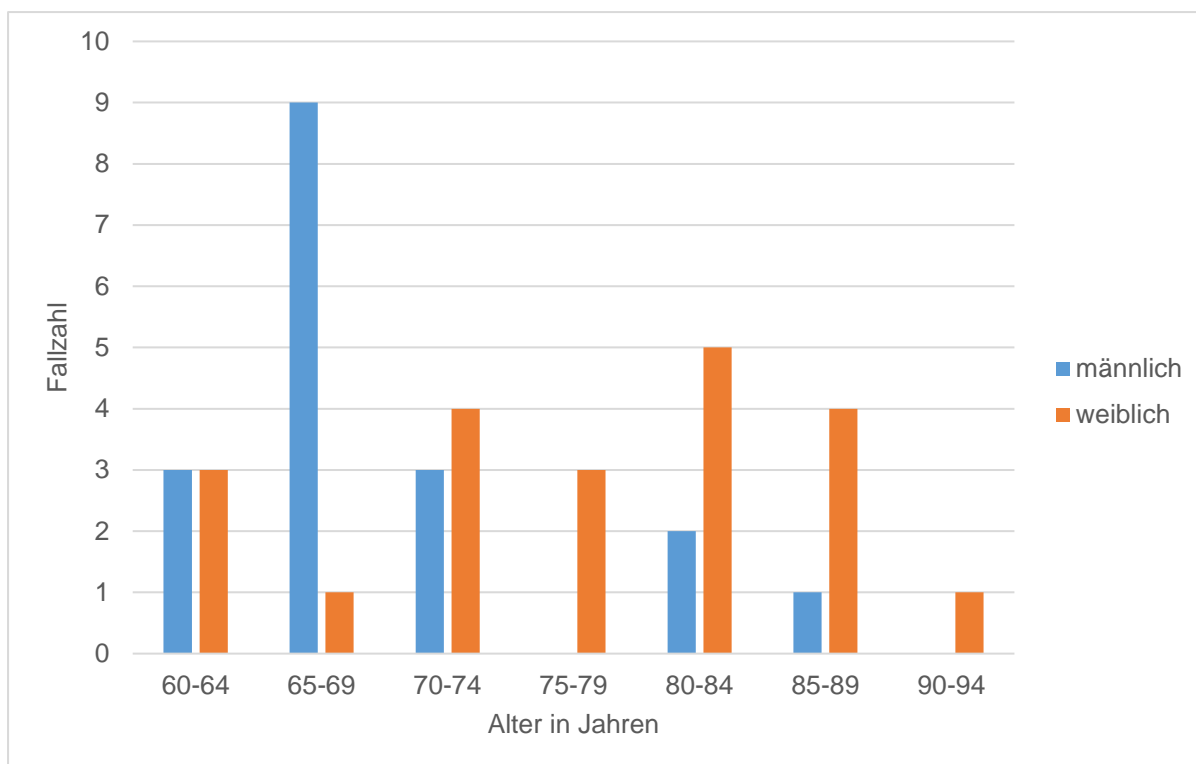


Abb. 21 – Altersverteilung des Gerontozids

Frauen und ein Mann von einer Frau. Bei zwei der drei von Frauen ausgeübten Femiziden handelte es sich um tödlich ausgehende Handgreiflichkeiten unter zwei Dementen – ein Szenario, das auch einmal mit Männern als Beteiligten stattfand.

In 19 von 31 Fällen (61,3%) ging der Tötung ein Streit voraus; in fünf Fällen (16,1%) endete ein Raub tödlich. Sechsmal (19,4%) hatte der Täter den Homizid geplant (zweimal davon einvernehmlich). In einem Fall ließ sich nicht ermitteln, ob der Täter seine Frau im Affekt oder überlegt getötet hatte.

Es gab sechs vollendete und drei versuchte Homizid-Suizide, allesamt von Männern ausgeführt, die zuvor eine Beziehung zum Opfer hatten: Getötet wurden vier Ehefrauen, eine Partnerin, ein Partner und eine Exfrau. Nur in einem Fall ist sicher von einem einvernehmlichen Ablauf auszugehen, in je drei weiteren ist er fraglich bzw. widerlegt.

Ab ungefähr Mitte 70 überwog innerhalb der Opfer von Homizid der Frauenanteil. Binahe drei Viertel der getöteten Männer ab 60 waren 73 Jahre alt oder jünger. Bei den Frauen gab es eine breitere Altersverteilung: Hier waren drei Viertel der Opfer zwischen 70 und 89 Jahren alt (siehe auch Abb. 21).

Gewisse Szenarien tauchten wiederkehrend auf:

- Der Gerontozid im ursprünglichen Wortsinne – also die Tötung eines alten Menschen unter Ausnutzung seiner altersbedingten Eigenschaften in Bereicherungsabsicht – ließ sich zehnmal nachweisen.

Drei Frauen (83, 85 bzw. 91 Jahre alt) wurden Opfer eines Handtaschenraubes, stürzten dabei und starben an den Folgen (zwei an einer Pneumonie und eine bereits während der OP-Einleitung nach dem Überfall). Ein 84-Jähriger starb gar erst 14 Jahre nach einem Raubüberfall an den Folgen des erlittenen Schädelhirntraumas. Da er zum Zeitpunkt der Tat bereits 70 Jahre alt war, ist auch dies eine Form des Gerontozids. Alle vier Taten begannen in der Öffentlichkeit, in einem Fall verfolgten zwei Männer ihr Opfer bis in dessen Treppenhaus.

Die anderen sechs Gerontozidfälle fanden im Wohnraum des alleinlebenden Opfers statt. In allen Fällen verschafften sich der oder die Täter unter einem Vorwand Zugang zur Wohnung des Opfers.

Ein Täter erwürgte im Abstand von zwei Jahren zwei Frauen im Alter von 82 bzw. 85 Jahren in deren Wohnung. Zu der ersten hatte er langfristig Vertrauen aufgebaut und auch Dienstgänge für sie erledigt; im zweiten Fall hatte er ein Gespräch in der Öffentlichkeit über größere Bargeldvorkommen in der Wohnung des späteren Opfers mitgehört und spontan den Tatentschluss gefasst.

Drei der anderen vier Fälle konnten bislang nicht aufgeklärt werden. Die Polizei geht in mindestens zwei dieser Fälle von mehreren Tätern aus. Drei der Opfer waren Frauen (70, 78 und 81 Jahre alt), die jüngste galt als sportlich aktiv sowie sozial gut eingebunden und wurde vermutlich nur getötet, weil sie den Plan der Einbrecher durchschaut hatte. Das vierte Opfer war ein 89-jähriger Mann, der gemeinsam mit seiner 52-jährigen Pflegekraft überfallen wurde. Beide wurden gefesselt, geknebelt und auch im Anschluss misshandelt. Der Verstorbene war zwar körperlich, nicht jedoch geistig eingeschränkt und hatte in seinem Umfeld einen Ruf als „Macho im Rollstuhl“, der gerne mit seinem Vermögen prahlte.

- Die Tötung nach Streit war das häufigste Szenario. Wie erwähnt, kam es dreimal zu Handgreiflichkeiten unter Dementen im Pflegeheim, die jeweils mit einem letzten Endes tödlichen Sturz des Opfers endeten. Zwei Männer (66 und 72 Jahre alt) waren jeweils in der Öffentlichkeit wegen Lappalien in

Handgreiflichkeiten mit fremden, jüngeren Männern geraten. Auch hier starben beide an Sturzfolgen. Zwei Männer (69 und 72 Jahre alt) hatten Streit mit ihren Partnern und mussten ihr aggressives Auftreten letztlich mit dem Leben bezahlen. Je ein Mann und eine Frau (62 bzw. 73) wurden vom eigenen Sohn getötet, weitere Details waren allerdings nicht bekannt.

- Der Verdacht auf sexuellen Homizid gegen Männer ergab sich dreimal (62, 64 bzw. 81 Jahre alte Opfer), konnte aber nur einmal sicher nachgewiesen werden. Ein Täter gab an, in Notwehr gehandelt zu haben, und wurde erstinstanzlich vom Vorwurf der vorsätzlichen Tötung freigesprochen; ein anderer Fall stellte sich als elaborierter Suizid heraus.
- Tödliche Gewalt in der Pflege wurde in dem Fallkollektiv nur ein einziges Mal detektiert. Die Verstorbene (60 Jahre alt) war schwerbehindert und wurde rund um die Uhr von wechselnden Pflegekräften betreut. Sie galt als schwierige, unkooperative Patientin. Die Täterin, eine ungelernete Pflegehilfe, kniete sich ihr auf Kopf und Hals, um eine Wunde versorgen zu können. Daran verstarb das Opfer.
- Obwohl in der Statistik nicht erwähnt, soll hier zumindest grundsätzlich auf den Tod durch einen Terroranschlag hingewiesen werden. Die Opfer waren bis zu 76 Jahre alt – die Hälfte zwischen 70 und 74 – und weder gesundheitlich noch sozial derart eingeschränkt, dass sie nicht hätten ins Ausland verreisen oder den Weihnachtsmarkt besuchen können. 8 der 12 Anschlagopfer waren männlich.

#### 4.3 Alterssuizid

- Es waren größtenteils Männer (6 von 7), die sich das Leben nahmen, weil sie mit der Pflege des kranken Partners überfordert waren. Es kam zu je zwei Fällen von Ersticken, Ertrinken und Sturz aus großer Höhe sowie einem Schuss.
- Bei sieben Frauen und einem Mann, die sich das Leben nahmen, hatte es zuvor einen Suizid in der näheren Umgebung gegeben. Die jeweils verstorbenen Angehörigen hatten die verschiedensten Verwandtschaftsverhältnisse: Ehegatten, Eltern, Kinder und Geschwister waren gleichermaßen vertreten. Der zeitliche Abstand zum Suizid des Angehörigen konnte dabei Jahrzehnte betragen oder, wie im unten näher beschriebenen Fall eines 76-jährigen Mannes, nur Sekunden.

- Sechs der acht Menschen, die sich wegen eines akuten Ärgernisses das Leben nahmen, waren Männer. Weder bezüglich der Altersklasse noch der Suizidmethode gab es Muster.
- Innerhalb der Gruppe derer, die sich erschossen, waren 97% Männer. Häufig konnte im Nachhinein nicht geklärt werden, woher die Waffe überhaupt stammte. Manchmal bestand ein Bezug zum Beruf – zwei Männer im Alter von 65 und 68 Jahren, die sich mit einem Bolzenschussgerät suizidierten, waren zuvor Fleischer gewesen –, meist jedoch waren die Schusswaffen illegal im Besitz des Suizidenten.
- Den Schientod wählten hauptsächlich Menschen beiderlei Geschlechts unter 70 Jahren (13 von 19). In 8 der 13 Fälle mit bekanntem Motiv waren psychische Erkrankungen bekannt. Achtmal wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen, was ein überdurchschnittlicher Wert ist.
- In knapp der Hälfte der Fälle gab es Aussagen darüber, ob der Verstorbene zuvor schon suizidal aufgefallen sei. In 50 Fällen kam der Suizid völlig unvorhergesehen, in 103 Fällen hatte es suizidale Aussagen – teilweise seit Jahrzehnten, teilweise seit wenigen Tagen – gegeben. Bei 74 weiteren Personen hatte es bereits mindestens einen bekannten Suizidversuch gegeben.

#### 4.4 Zusammenhängende Todesfälle

Im beobachteten Zeitraum fanden sich in allen Altersklassen insgesamt 40 Fälle von entweder mindestens zwei zusammenhängenden Toden oder einem Tod im Zusammenhang mit einer gescheiterten Tötung.

In zwei dieser Fälle waren beide Beteiligten unabhängig voneinander eines natürlichen Todes gestorben; es handelte sich jeweils um ein Ehepaar, das tot in der Wohnung aufgefunden worden war. Die Verstorbenen waren zwischen 80 und 92 Jahren alt.

In drei Fällen ist von einem Unfallgeschehen auszugehen: Ein Pärchen (22 bzw. 24 Jahre alt) stritt auf einem Bahnhof und stürzte im Verlauf der Handgreiflichkeiten vor einen einfahrenden Zug. Zwei Ehepaare (75 und 74 bzw. 79 und 81 Jahre) starben bei Wohnungsbränden.

Fünfmal ließ sich fäulnisbedingt kein sicherer Schluss ziehen. Zweimal war eine natürliche Todesursache beider Beteiligten, einem Ehepaar von 80 bzw. 88 Jahren

sowie Vater (77) und Sohn (35), am wahrscheinlichsten. Dreimal schien ein Suizid mindestens eines der Beteiligten möglich, war jedoch nicht sicher nachweisbar: Der jeweils ältere Verstorbene (eine Mutter und ein Mitbewohner im Alter von jeweils 73 Jahren) schien in zwei Fällen zuerst gestorben zu sein, worauf sich der jüngere eventuell durch eine Intoxikation mit Kohlenmonoxid oder Psychopharmaka das Leben nahm. Ein Ehepaar im Alter von 58 bzw. 50 Jahren hatte sich womöglich gemeinsam mit Kohlenmonoxid suizidiert.

Zwei Mitbewohner (49 und 65 Jahre alt) wurden tot in der Wohnung aufgefunden. Während der Ältere eines natürlichen Todes gestorben war, erlag der Jüngere einer Betäubungsmittelvergiftung. Ein direkter Zusammenhang der Todesfälle ließ sich nicht nachweisen.

Übrig blieben 29 Fälle, in denen mindestens zwei Todesfälle miteinander zusammenhingen. Zwölfmal kam es zum Homizid-Suizid, sechsmal davon im Alter ab 60 Jahren. Auffällig war, dass in diesen Fällen der Suizid umgehend auf die Tat folgte, während im jüngeren Alter die Hälfte der Homizid-Suizide über mindestens einen Tag prolongiert ausgeführt wurde. Ferner scheiterten zwei Homizid-Suizid-Versuche. Beide Taten fanden im Altersbereich über 60 Jahren statt. In einem weiteren Fall überlebte eine Ehefrau ihren 90-jährigen Mann, nachdem beide sich mit Diphenhydramin vergiftet hatten. Da man nicht weiß, ob sie ihm das Gift verabreichte, kann nicht sicher zwischen einem gescheiterten Homizid-Suizid und gemeinsamen Suizid differenziert werden. Gescheiterte gemeinsame Suizide fanden sich dreimal, auch diesmal vollständig in der älteren Kohorte. Fünf Fälle des gemeinsamen Suizids waren erfolgreich, davon drei innerhalb der jungen, einer innerhalb der alten Kohorte; im letzten Fall waren die Beteiligten 78 bzw. 45 Jahre alt.

Es gab zwei weitere Fälle von zweifachem natürlichen Tod. Hier jedoch hing der jeweils ältere Verstorbene vom Jüngeren ab. Es handelte sich hier um zwei Frauen im Alter von 84 bzw. 70 Jahren, die von einer jüngeren Bezugsperson (63 bzw. 55 Jahre alt) gepflegt wurden und sich nach deren Tod nicht alleine versorgen konnten. Dieses Muster des Todes durch den Tod eines anderen Menschen fand sich auch in den verbliebenen vier Fällen, jedoch mit einer Besonderheit: Hier nahm sich der jeweils zweite Verstorbene – immer ein Mann – nach dem Ableben des ersten – immer eine Frau – das Leben. Ein 37-Jähriger suizidierte sich nach dem natürlichen Tod seiner 75-jährigen Mutter. Die anderen drei reagierten mit ihrem Suizid auf den Suizid des



Partners: Je ein Mann über bzw. unter 60 Jahren nahm sich kurzentschlossen das Leben, unmittelbar nachdem die jeweilige Partnerin das getan hatte. Ein 39-Jähriger dagegen prolongierte das Geschehen auf fast zwei Monate: Seine Freundin hatte sich in der gemeinsamen Wohnung erhängt. Der Mann meldete niemandem ihr Ableben und bahrte sie im Schlafzimmer in einer tempelähnlichen Szenerie auf, bevor er sich Wochen später aus dem Fenster stürzte.

Basierend auf diesen Fällen ergeben sich folgende verschiedene Arten des gemeinsamen Todes, die teilweise über den dyadischen Tod hinausgehen:

- Homizid-Suizid: Je zwei Fälle in der alten und der jungen Kohorte gehörten eindeutig zum erotisch-aggressiven Typ. Drei Fälle von Homizid-Suizid – die Beteiligten waren zwischen 75 und 88 Jahren alt – waren als abhängig-protektiv einzustufen, ebenso zwei gescheiterte Versuche. In den übrigen Fällen war eine klare Zuordnung zu den Kategorien nach Berman nicht ohne weiteres möglich.
- Gemeinsamer Suizid: Alle Fälle, ob erfolgreich oder nicht, lassen sich als symbiotisch einstufen.
- Abhängiger natürlicher Tod: Durch die Abwesenheit einer Tötung qualifiziert sich dieses Phänomen nicht als dyadischer Tod im ursprünglichen Sinne. Berücksichtigt man jedoch, dass auch hier – wenn auch in einem eher körperlichen Sinne – das Leben des einen von dem des anderen abhängt, kann man von einer Form des abhängigen dyadischen Todes sprechen. Ähnliches gilt für den Einzelfall des Suizids nach natürlichem Tod der Bezugsperson.
- Suizid-Suizid: Auch dies ist eine Form des abhängigen Todes.

Bezüglich der Methoden der im Zuge eines dyadischen Todes auf unnatürliche Weise Verstorbenen ergaben sich altersabhängig gewisse Unterschiede: 42,9% der alten Menschen, jedoch nur 13% der Jüngeren, starben an einer Vergiftung. Durch Schusswaffen starben 5 Menschen unter 60 Jahren (21,7% der Kohorte) gegenüber zweien ab 60 (9,5%). Der Sturz aus großer Höhe kam in den genannten Szenarien bei alten Menschen überhaupt nicht vor, bei jüngeren dagegen sechsmal (26%). Die Erstickung spielte altersunabhängig mit jeweils etwa 30% Anteil eine vergleichbare Rolle.

Abschiedsbriefe wurden deutlich häufiger verfasst als bei anderen Suiziden: In den vierzehn Fällen, an denen alte Menschen beteiligt waren, wurden achtmal Zeilen gefunden, die sich als Abschiedsbrief werten ließen.

## 5. Diskussion

### 5.1 Epidemiologie von Tötungsdelikten und Suiziden im Alter

Wie schon die Polizeiliche Kriminalstatistik<sup>4,56</sup> und bisherige Studien nahegelegt haben, kann auch aus dieser Arbeit für alte Menschen eine geringere Bedeutung tödlicher Gewalt abgeleitet werden als für jüngere. Klammert man die Terroropfer aus, so waren etwa fünf von sechs obduzierten Getöteten unter 60 Jahre alt, obwohl die alten Menschen etwas mehr die Hälfte aller Fälle ausmachten. Auf die jeweilige Alterskohorte gerechnet, wurden etwa 3,45% aller jungen, dagegen nur 0,66% aller alten Menschen getötet. Übertragen auf die Berliner Gesamtbevölkerung, an der Menschen ab 60 Jahren einen Anteil von nicht ganz 30% haben<sup>57</sup>, ergibt sich rechnerisch eine 12,3-mal so hohe Homizidviktimisierung für die Jüngeren. Freilich berücksichtigt diese Rechnung nicht die fragliche Qualität von Leichenschauen<sup>58-62</sup>, sondern unterstellt implizit, dass sämtliche unklaren oder offensichtlich unnatürlichen Todesfälle obduziert wurden und im Gegenzug alle Nichtobduzierten eines natürlichen Todes gestorben sind.

Ähnliche Daten hat auch eine Studie ergeben, die sämtliche Obduktionsberichte Berlins – also sowohl des Instituts der Charité als auch des Landesinstituts – von 2000 bis 2010 auswertete<sup>15</sup>. Dort ergab sich ein Anteil alter Menschen an allen Getöteten von 19,4%; in der vorliegenden Arbeit, die einen anderen Zeitraum abbildet, liegt der Anteil mit 17,5% etwas darunter.

Die (fehlende) Abhängigkeit von Homiziden und Suiziden vom Kalendermonat deckte sich gut mit bisher bekannten Ergebnissen: Die Häufung von Suiziden im Frühsommer wurde wiederholt beschrieben<sup>63,64</sup>. In einer amerikanischen Studie zur Altentötung ließen sich ferner wie auch in der vorliegenden Arbeit keine signifikanten Unterschiede im Jahresverlauf nachweisen<sup>65</sup>.

Der Gerontozid im ursprünglichen Sinne machte nur rund ein Viertel der Altentötungen aus; deutlich häufiger waren Tötungen nach Streit. Außer zwei 70-Jährigen waren die Opfer zwischen 78 und 91 Jahren alt, man kann also das vierte Lebensalter als Risikofaktor für den Gerontozid sehen. Außerdem fällt auf, dass acht der zehn Opfer Frauen waren. Die beiden Männer wurden mittels stumpfer Gewalt getötet. Bei den Frauen stand die Gewalt gegen den Hals im Vordergrund: Viermal erwürgten die Täter ihre Opfer mit bloßen Händen, in einem Fall diente ein sich in der Nähe befindendes

Stromkabel als Strangulationswerkzeug. Die anderen drei Frauen verstarben an Sturzfolgen, nachdem ihnen die Handtasche entrissen worden war.

Immerhin vier Taten wurden in der Öffentlichkeit verübt oder zumindest begonnen. Falls alte Menschen also tatsächlich, wie oft behauptet, aus Viktimisierungsfurcht das Haus nicht verlassen, lässt sich dies anhand der vorliegenden Daten weder sicher als Risiko- noch als Schutzfaktor bewerten.

Von den elf im gesamten Ausgangsmaterial nachgewiesenen Homizid-Suiziden fanden fünf im Alter ab 60 Jahren statt. Dies legt nahe, dass der Homizid-Suizid im Alter an Bedeutung als Tatmotiv zunimmt: Da ja der Großteil der Tötungsoffer jünger als 60 Jahre alt war, hätte man, ausgehend von der Fallzahl der jüngeren Kohorte, bei gleichmäßiger Verteilung nur etwa ein bis zwei Homizid-Suizid-Fälle im Alter erwartet. Verstärkt wird diese Tendenz noch durch den Umstand, dass in den drei Fällen von gescheitertem Homizid-Suizid die Getöteten allesamt älter als 60 Jahre waren. In allen drei Fällen entschied sich der überlebende Partner auch nicht, anders als beispielsweise bei den gescheiterten gemeinsamen Suiziden, zum Weiterleben, sondern überstand den Versuch allein durch eine subletale Dosierung des jeweiligen Gifts.

Die Einordnung der Homizid-Suizide in die Kategorien nach Berman gestaltete sich nicht immer einfach. Gerade im Alter schien der abhängig-protective Typ vorherrschend (gefunden in drei erfolgreichen und zwei versuchten Homizid-Suiziden). Der erotisch-aggressive Typ, laut Berman insgesamt der häufigste, ließ sich nur dreimal nachweisen, zweimal davon im jungen Alter. In den restlichen sechs Fällen war teils durch den Mangel an genauen Informationen, teils durch die besonderen Umstände eine Einordnung in die vorgegebenen Kategorien nicht möglich. Soweit die geringe Fallzahl eine Aussage zulässt, lässt sich in der Tat der abhängig-protective Typ vor allem im Alter verorten. Das jüngste im Rahmen eines solchen Ereignisses getötete Opfer war 69 Jahre alt. Abhängig-protectiver Filizid-Suizid kam nicht vor.

Obwohl auch die Suizidhäufigkeit im Alter scheinbar nachließ, zeigte sich doch kein so deutlicher Unterschied wie bei den Homiziden: Beinahe jeder dritte Suizident war mindestens 60 Jahre alt (während dies nur bei jedem sechsten Homizidopfer der Fall war). Dies galt für beide Geschlechter gleichermaßen; die Behauptung, jede zweite Suizidentin sei alt<sup>27</sup>, ließ sich somit hier nicht belegen. Einen ungefähren Anteil von je

einem Drittel alter bzw. weiblicher Suizidenten hat 2007 auch eine Arbeit aus Österreich gefunden; hier allerdings wurde die Altersgrenze bei 65 Jahren festgelegt<sup>66</sup>.

Fast jeder vierte Suizident hatte laut Polizeiakte zu Lebzeiten an Depressionen gelitten. Diese Zahl sollte vorsichtig bewertet werden, da die Ermittler den Begriff häufig auf der Basis von Angehörigenaussagen verwendeten und somit nicht immer von einer diagnostizierten Depression im klinischen Sinne ausgegangen werden kann. Andererseits lagen auch nicht in allen Fällen detaillierte Krankenakten des Verstorbenen vor, sodass womöglich auch ein gewisser Anteil von tatsächlichen Depressionen nicht als solche in die Ermittlungen aufgenommen wurde. Selbst unter Berücksichtigung derartiger Ungenauigkeiten wird der hohe Stellenwert der Depression als Risikofaktor für Suizid deutlich. Dies steht im Widerspruch zur Überlegung, dass sie durch einen altersbedingt atypischen oder subklinischen Verlauf nicht diagnostiziert oder behandelt würde<sup>28</sup>. Die erwähnte Arbeit aus Österreich kam mittels Befragungen von Angehörigen und Hausärzten sogar auf einen Anteil klinischer Depressionen von 43%<sup>66</sup>.

Generell kommen alte Menschen deutlich häufiger durch eigene als durch fremde Hand zu Tode: In allen Kalenderjahren machten Suizide mindestens 87,5%, durchschnittlich 93,5% der Gesamtheit aller Tötungen in dieser Altersklasse aus. Die größere Bedeutung des Suizids zeigte sich auch in der jüngeren Kohorte, allerdings weniger ausgeprägt: Statt bei 6,5% lag der Anteil der Homizide an allen Fremd- und Selbsttötungen durchschnittlich bei 14,4%. Es bleibt natürlich dabei zu berücksichtigen, dass Todesfälle mehrfach selektiert werden, bevor es zur Obduktion kommt.

Gemeinsame Suizide fanden im Alter, also in der Gruppe der mindestens 60-Jährigen, öfter statt, scheiterten aber auch häufiger im Vergleich zur Altersgruppe unter 60 Jahren. Dies ermöglicht einen in dieser Arbeit einmaligen Einblick in gescheiterte Suizidversuche: Da ohne Toten naturgemäß kein Obduktionsbericht vorliegen kann, fanden Fehlversuche nur in Zusammenhang mit tatsächlich erfolgten Suiziden Eingang in die Ermittlungsakten. Es überlebten zwei Männer und eine Frau, die sich jeweils mit ihrem Ehepartner das Leben zu nehmen versucht hatten. Die Fälle der überlebenden Männer waren einander ähnlich: In beiden Fällen hatten sich die Ehepaare medikamentös sediert und Plastiktüten über den Kopf gezogen, bevor der Mann sich jeweils umentschied. Einer der beiden versuchte noch, das Ableben seiner

Frau zu verhindern; womöglich verstarb sie nicht am Ersticken, sondern an ihren massiven Vorerkrankungen. Der andere Mann ließ seine Frau, die wegen einer beginnenden Parkinsonerkrankung eine Einweisung ins Pflegeheim befürchtete, sich das Leben nehmen, wollte aber seine psychisch kranke Tochter nicht alleine zurücklassen. Die Frau, die im dritten Fall überlebte, hatte sich gemeinsam mit ihrem Mann gleiche Mengen Insulin verabreicht, war jedoch durch Übergewicht und Typ-2-Diabetes an die Dosis gewöhnt. Die Motivation war auch hier – ebenso wie im einzigen erfolgreichen Fall von gemeinsamem Suizid im Alter – der schlechte Gesundheitszustand des Ehepartners, der einen Verlust der persönlichen Autonomie wahrscheinlich machte. In allen Fällen war nur der eine Partner akut von derartigen Einschränkungen bedroht; der jeweils andere suizidierte sich bloß, um nicht alleine zurückbleiben zu müssen. Dies wirft die Frage auf, ob eine enge Beziehung zum Ehepartner ein Risiko- oder ein protektiver Faktor sein kann: Zwar nahmen sich wiederholt Menschen vor allem wegen des Suizidwunsches ihres Partners das Leben, jedoch lässt sich durch das Design dieser Arbeit nicht abschätzen, wie viele potentielle Suizidenten im Gegenzug aus Rücksicht auf Angehörige Abstand von ihren Plänen nahmen. Der oben erwähnte Vater, der sich um die Tochter kümmern wollte, ist ein Beispiel dafür.

Nicht nur der Freitod des Partners, sondern auch dessen natürliches Ableben konnte zum Suizidmotiv werden: Vierzig Menschen ab 60 Jahren nahmen sich das Leben, weil sie den Verlust von Gatten, Eltern oder Kindern nicht verkrafteten. Fälle wie der eines 90-Jährigen, der schwer erkrankt war und auch den Verlust seiner Partnerin hinnehmen musste, aber lebensfroh blieb und an den Folgen eines Treppensturzes vor einem Bordell verstarb, stellen die Ausnahme dar.

Sexuelle Homizide generieren viel mediale Aufmerksamkeit, werden dadurch aber im Verhältnis zu anderen Homizidformen in der Presse überrepräsentiert. Erfreulicherweise tauchte im gesamten Beobachtungszeitraum kein einziger sexueller Homizid gegen alte Frauen auf. Die älteste Frau, die nachweislich in einem solchen Szenario getötet wurde, war 48 Jahre alt. Bei den Männern hingegen kam er einmal sicher, ein weiteres Mal fraglich vor (siehe oben). Letzterer Fall wird derzeit vor dem Bundesgerichtshof verhandelt. Sollte es sich tatsächlich nicht um Notwehr, sondern eine Aggressionstötung gehandelt haben, sind beide Täter als *avenger* nach Beauregard und Proulx zu klassifizieren.

Gewalt in der Pflege führte überraschend selten zum Tod alter Menschen, nämlich nur einmal. Dies liegt allerdings zum Teil auch daran, dass eine Kausalität oft nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Eine 70-Jährige verstarb zum Beispiel durch innere Blutungen nach Ruptur eines Lumbalarterienastes. Ob diese durch eine bestehende Gefäßvorerkrankung oder aber durch Gewaltanwendung seitens des Pflegepersonals während einer mechanischen Fixierung entstanden war, ließ sich durch die Obduktion nicht klären. Eine andere Sektion wurde wegen des initialen Verdachts auf Gewalt in der Pflege durchgeführt: Nach dem Tod einer 86-Jährigen im Heim hatte eine Angestellte gemeldet, dass eine Kollegin eigenen Angaben zufolge die Bewohner nachts gerne sediere, damit diese nicht klingeln könnten. Diese chemische Gewalt konnte im vorliegenden Fall nicht nachgewiesen werden; die Frau war eines natürlichen Todes gestorben. Im Fall eines 70-Jährigen in ambulanter Palliativpflege kam es zu einem fatalen Irrtum: Das Pflegepersonal nutzte zum Spülen seines Ports nicht Natrium-, sondern 10 ml Kaliumchlorid, was den Patienten umgehend tötete. Es handelte sich nach den Erkenntnissen der Ermittler allerdings um kein absichtliches Geschehen.

Traurige Berühmtheit erlangte 2006 der Fall einer Krankenschwester, die auf einer Intensivstation der Charité mindestens fünf Menschen getötet hatte. Von den Obduktionen, die im Zusammenhang mit dieser Serientötung durchgeführt wurden, fanden aber alle bis auf eine im Landesinstitut statt; die Autopsie aus dem Institut der Charité ergab keinen Tatverdacht.

Allein auf der Basis des Sektionsguts des Instituts der Charité erscheint tödliche Gewalt in der Pflege also als kein vorrangiges Problem des alten Menschen. Eine Verallgemeinerung ist jedoch nicht zulässig: Die Obduktionsberichte zeigen nur das Hellfeld, doch selbst durch die wenigen berichteten Fälle wird das Vorhandensein von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen deutlich. Allein die Kausalität zum Versterben lässt sich nur schwierig nachweisen.

Derartige Unklarheiten mussten regelmäßig hingenommen werden. Im Fall eines 65-Jährigen, der nach einer körperlichen Auseinandersetzung starb, stand auch nach Abschluss der feingeweblichen Untersuchungen nicht fest, ob nicht ein Herzinfarkt die Todesursache gewesen sein könnte. Ein 84-Jähriger starb an einer Lungenfettembolie – vermutlich eine Sturzfolge, doch vor seinem Tod gab der Verstorbene an, gestoßen worden zu sein. Da der pensionierte Zoologe unter anderem auch behauptete, die

Hämatome an seinen Armen stammten von Elefanten, die nachts über ihn liefen, maß niemand den Anschuldigungen Bedeutung bei. In einem anderen Fall war nicht die Verstorbene, sondern die Überlebende desorientiert: Die Tochter einer 74-Jährigen hatte zunächst den Tod ihrer Mutter nicht als solchen wahrgenommen und die Tote tagelang weitergepflegt. Der Polizei erzählte sie später, ihre Mutter umgebracht zu haben. Eine Todesursache konnte nicht gefunden werden.

## 5.2 Typen von Tätern und Opfern

Wie bereits angedeutet, zeichnen sich durch die Ergebnisse dieser Arbeit gewisse Risikofaktoren für den Gerontozid ab: Die Opfer sind vornehmlich weiblich und im vierten Lebensalter. Die Frauen, die zuhause getötet wurden, lebten allein, was aber nicht gleichbedeutend mit sozialer Isolation ist: In mindestens drei der sechs Fälle von Überfällen in der eigenen Wohnung hatten die Täter vorher von der zu erwartenden Beute gewusst, sei es durch eigenen Zugang zur Wohnung, vom Opfer selbst oder über Dritte, beispielsweise Haushaltshilfen. Die drei Frauen, die an den Folgen eines Handtaschenraubs starben, waren jeweils allein unterwegs gewesen.

Die Tötung nach Streit betraf nicht nur absolut mehr Menschen als der Gerontozid, sondern relativ gesehen auch deutlich mehr Jüngere. Von den 18 im Streit getöteten alten Menschen waren nur drei älter als 73 Jahre. Zwei von diesen kamen in Demenzpflegeheimen bei Handgreiflichkeiten ums Leben, der dritte wurde aus Rache für unerwünschte Avancen Opfer eines sexuellen Homizids, war also offenbar in seiner sozialen Teilhabe nicht eingeschränkt. Folglich scheint tödlicher Streit im vierten Lebensalter primär ein Problem in Pflegeeinrichtungen zu sein. Männer, die im dritten Lebensalter nach Streit getötet wurden, hatten sich häufig kurz zuvor selbst aggressiv gezeigt. Es waren auch nur Männer, die mit Fremden tödliche Auseinandersetzungen hatten.

Die Täter waren meist mit dem Opfer bekannt. In den Fällen, in denen die Beziehung ermittelt werden konnte, kannte nur etwa jedes vierte Opfer den Täter nicht.

Gerontozide im Schäferschen Sinne fanden meist spontan statt. Die Täter, über die Informationen vorlagen, waren allesamt männlich und jünger als 40 Jahre. Sie waren in Geldnot und ergriffen die nächste Gelegenheit: Bis auf einen Fall waren die Taten nicht umfangreich vorbereitet; die Opfer wurden mit bloßen Händen oder einem zufällig ergriffenen Werkzeug getötet. Der bereits angesprochene Fall des Mannes, der im

Alter von 37 Jahren eine ihm bekannte und zwei Jahre später eine fremde alte Dame tötete, stellt den Gerontozid quasi lehrbuchartig dar: Der Täter war polizeibekannt sowie spielsüchtig und versuchte, seine Leidenschaft durch die Beraubung seiner Bekannten zu finanzieren. Er erbeutete 700 € und blieb zunächst unentdeckt. Beim zweiten Überfall wäre eine Obduktion vermutlich nicht angestrengt worden, hätten die Ermittler nicht das Fehlen von 2100 € bemerkt.

Diejenigen, die ihr Opfer im Streit töteten – ebenfalls vornehmlich Männer –, gingen weniger spurenarm vor. Sechs Täter wendeten scharfe Gewalt an, in der Regel waren es mehrere Stiche (in einem Fall sogar im dreistelligen Bereich). Die drei Fälle von Erstickung waren einander erstaunlich ähnlich: Täter und Opfer standen stets in einer homosexuellen Beziehung zueinander. Zwei der Fälle wurden im Absatz zum sexuellen Homizid bereits erläutert, im dritten hatten ein 69-Jähriger und dessen 39 Jahre jüngerer Lebenspartner einen Streit über die gemeinsame Zukunft. In allen drei Fällen starb das Opfer durch massive Gewalt gegen den Hals. Die Täter waren 27 bis 30 Jahre alt und somit etwas jünger als die bekannt gewordenen Gerontozidenten. Auch die Teenagerin, die ihre Großtante mit 13 Hammerschlägen tötete – sie stellte den einzigen Fall dar, in dem ein Täter bewusst den Entschluss gefasst hatte, sein Opfer, nicht aber sich selbst zu töten –, versuchte nicht, die Spuren zu verwischen, sondern informierte umgehend die Feuerwehr. Hintergrund waren schwelende Familienstreitigkeiten gewesen.

Ebenso wie die dementen Opfer von Auseinandersetzungen sollen hier der Vollständigkeit halber die entsprechenden Täter erwähnt werden: Diese hatten als Zimmernachbarn ihrer Kontrahenten jeweils dasselbe Geschlecht und befanden sich analog ebenfalls im vierten Lebensalter.

Der Fall der Pflegekraft, die nur mit roher Gewalt den Widerstand ihrer Patientin brechen konnte, hatte nicht viel mit der Serientötung durch die Intensivschwester zu tun. Die Tötung war weniger durch Bosheit motiviert – wenngleich das Opfer durch seine Umgangsformen nicht beliebt war –, sondern stellte den fatalen Ausgang einer beiderseitigen Überforderung dar: Die an zerebellärer Ataxie erkrankte Patientin war ohne fremdes Zutun aus dem Bett gestürzt und hatte sich dabei am Kopf verletzt. Unter diesem Eindruck wehrte sie sich durch Schreien und kräftigen, wenn auch unkoordinierten Einsatz der Gliedmaßen gegen jegliche Maßnahmen seitens der Pflegekraft. Diese, nicht mehr Herrin der Situation, wusste sich nur durch Einsatz der



eigenen Körperkraft zu helfen. Ebenso wie ihr Opfer litt sie unter struktureller Gewalt gemäß Galtung, hätte doch die Anwesenheit einer weiteren Pflegekraft oder etwa eine im Zuge einer Ausbildung erlernte Deeskalationsfähigkeit die Situation entschärfen können. Dennoch standen sich hier wie in vielen ambulanten Pflegesituationen Gepflegter und Pflegender allein gegenüber, sodass sich die Gewaltspirale ungehindert hochschrauben konnte. Ähnliches kennt man von den Fällen, in denen Eltern ihren schreienden Säugling zu Tode schütteln – in der Regel ist keine böse Absicht, sondern Hilflosigkeit der Auslöser. Schon Schäfer verglich 1989 die Gewalt gegen ältere Menschen mit der gegen Kinder, bezog sich dort jedoch auf die absichtliche Tötung<sup>3</sup>. Bezüglich der Gewalt in der Pflege scheint sich hier also eine weitere Parallele zu zeigen. Den Gedanken weiter ausführend, könnte man in Zukunft Ähnlichkeiten und Unterschiede von Gerontophilie – zu der hier keine Daten vorliegen – und Pädophilie ausarbeiten. Ein erster zaghafter Versuch diesbezüglich suggeriert, dass bei manchen Menschen beide Chronophilien vorliegen können<sup>67</sup>, während in einer Arbeit von 2017 die ungeprüfte Hypothese geäußert wird, Pädophilie betreffe anteilig mehr Männer, Gerontophilie dagegen mehr Frauen<sup>68</sup>. Während zur Gerontophilie zweifellos noch große Wissenslücken bestehen, sei jedoch explizit darauf hingewiesen, dass sich durch diese Arbeit keine Hinweise auf einen hohen Stellenwert derselben für die Viktimisierung alter Menschen in Berlin ergeben haben.

### 5.3 Präventionsansätze

Die Ergebnisse weisen auf die Tatsache hin, dass alte Menschen anscheinend seltener umgebracht werden als jüngere. Dass diese Altersklasse für eine bestimmte Tätergruppe ein einfaches Ziel darstellt, lässt sich dennoch nicht abstreiten: Obwohl der Anteil der Altentötungen in Bereicherungsabsicht im Vergleich zu den bisher erschienenen deutschen Studien eher niedrig ausfällt, ließen sich die von Schäfer eingeführten Kriterien wiederholt beobachten. Im Sinne Galtungs spielt sicherlich auch kulturelle Gewalt eine entscheidende Rolle in der Viktimisierung alter Menschen: Zwar erscheint es intuitiv als eine selbstverständliche Konvention, das Alter zu ehren, doch basieren ganze Unternehmen darauf, sich auf Kosten alter Menschen zu bereichern (beispielsweise bei sogenannten Kaffeefahrten, auf denen den – meist alten – Teilnehmern unnütze Güter zu überpreuerten Preisen aufgedrängt werden). Derartige Firmen bewegen sich zwar in einer rechtlichen Grauzone, zeigen aber, dass im kollektiven Bewusstsein zumindest eine gewisse Toleranz für die Ausbeutung alter

Menschen vorhanden ist. Deren ganzes Spektrum abzuarbeiten, würde freilich den Rahmen sprengen. Tödlich enden drei Formen dieser Bereicherungsversuche: Entweder ist der Tod des Opfers fest eingeplant oder er wird in Kauf genommen oder aber eine Tat, die gewaltfrei verlaufen sollte, nimmt einen unvorhergesehenen Verlauf.

In einem Bericht des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen beschreiben Görjen et al. eine Vielzahl von Trickdiebstahlvarianten, die alle den Zweck haben, das Opfer unbemerkt zu berauben<sup>69</sup>. Einige davon basieren darauf, heimlich einen Komplizen ins Haus zu lassen, der später in Ruhe nach Wertsachen suchen soll. Mindestens einmal ist hier im Beobachtungszeitraum ein solcher Trick aufgefliegen, sodass der Entdeckte sein Opfer kurzerhand tötete. Fortgesetzte Aufklärungsarbeit in diesem Bereich kann dementsprechend nicht nur Diebstähle, sondern auch Todesfälle verhindern.

Handtaschenräuber haben kein primäres Interesse am Ableben ihrer Opfer, nehmen es jedoch hin. Einfachste Gegenmaßnahme ist der Verzicht auf Handtaschen, da auf diese Weise den potentiellen Tätern das Überraschungsmoment und somit ein Großteil der Tatmotivation genommen wird. Ein eher langfristiger Präventionsversuch könnte daran ansetzen, nicht die Ausführung zu erschweren, sondern den Anreiz zu verkleinern: Wie Görjen beobachtete, führen alte Menschen häufig größere Geldbeträge mit sich, unter anderem, um möglichst selten den bisweilen überfordernden Geldautomaten nutzen zu müssen<sup>70</sup>. Schon Schäfer wies allerdings darauf hin, dass selbst eine absehbar geringe Beute einen Überfall nicht verhindern könnte, wenn die Täter von einem schnellen und risikolosen Erfolg ausgehen<sup>3</sup>.

Aussicht auf Ertrag scheint dagegen der entscheidende Faktor bei Raubüberfällen in der Wohnung des Opfers zu sein. Wiederholt wählten Täter hier keine zufälligen Ziele, sondern solche, deren Vermögen ihnen ungefähr bekannt war. Die entsprechende Information hatten sie entweder aus erster Hand, vom Opfer oder von gemeinsamen Bekannten erhalten. Dass man nicht unreflektiert das gesamte Umfeld vom eigenen Reichtum wissen lassen sollte, ist selbsterklärend. Schwieriger ist die Bewertung der sozialen Kontakte, die ihre Kenntnisse entweder selbst ausnutzen oder an Dritte weitergeben. Soziale Isolation senkt die Entdeckungsgefahr für den Täter und ist damit selbst ein Risikofaktor für den Gerontozid, kann also nicht der richtige Weg sein. Nötig scheint eine engere emotionale Bindung des jeweiligen alten Menschen an sein Umfeld: Mindestens sollte angestrebt werden, dass der jeweilige potentielle Täter /

Komplize sich moralisch oder auch nur wegen der Entdeckungsfahr nicht zur Straftat durchringen kann. Idealerweise besteht ein dichtes soziales Netz, durch welches nicht nur der alte Mensch seltener allein ist, sondern das auch als gesellschaftliches Korrektiv auf mögliche Täter einwirkt und so den Einfluss kultureller Gewalt mindert. In diese Richtung gehen zum Beispiel Mehrgenerationenhäuser, die seit 2006 vom Bundesfamilienministerium gefördert werden, oder Senioren-Wohngemeinschaften. Diese bieten durch die Gemeinschaft auch weitere Vorteile, zum Beispiel kann die Organisation von ambulanter Pflege eventuell erleichtert werden.

Auch diese birgt, wie sich gezeigt hat, ein Gewaltpotential. Durch einen umkämpften Markt leiden Pflegekräfte und zu Pflegende gleichermaßen unter Sparzwängen. Die Qualifikationen der Erstgenannten sind dabei sehr variabel. Allerdings ist es sicher nicht richtig, nur noch staatlich geprüften Kräften die ambulante Pflege zu gestatten, wo doch der Großteil der extrainstitutionellen Versorgung von Angehörigen bewältigt wird: Laut Statistischem Bundesamt werden drei Viertel aller Pflegebedürftigen zuhause betreut, zwei Drittel davon ohne Hilfe ambulanter Pflegedienste. Die Daten von Berlin unterscheiden sich nicht nennenswert von denen des Bundes<sup>71</sup>. Obwohl in dieser Arbeit zwar keine Fälle der tödlichen Gewalt in der Pflege durch Angehörige nachgewiesen werden konnten, muss von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden. Deeskalationstrainingsangebote sowohl für professionelle Pflegekräfte als auch für Laien scheinen dringend nötig. Da direkte Gewalt einen Risikofaktor für die posttraumatische Belastungsstörung darstellt und diese oft mit Depressionen vergesellschaftet ist<sup>72</sup>, könnte durch die Gewaltprävention in der Pflege womöglich sogar die Suizidhäufigkeit gesenkt werden.

In Pflegeheimen zeigte sich mit drei Fällen tödlicher Auseinandersetzungen von Dementen ein weiterer Typ womöglich vermeidbarer Gewalt. Da jedoch auch diese Einrichtungen unter Personalmangel leiden, ist eine ununterbrochene Beaufsichtigung dementer Bewohner nicht möglich – mechanische oder chemische Fixierungen sind als Ersatz nicht tolerabel. Ist eine freiheitsentziehende Maßnahme medizinisch indiziert, so ist hier vielmehr eine genauere Überwachung nötig, um tödliche Unfälle verhindern zu können<sup>73</sup>.

Dass durch die Verhinderung von Terroranschlägen Todesfällen vorgebeugt werden kann, bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Die Prävention von Alterssuizid – und damit auch der nicht-aggressiven Formen des dyadischen Todes nach Berman – stellt ein umfangreiches Problem dar, das in einer Vielzahl von Arbeiten behandelt wurde. Allein aus dem Studium von polizeilichen Ermittlungsakten lassen sich hierzu keine belastbaren neuen Vorschläge generieren. Daher seien an dieser Stelle nur einige Gedankenanstöße genannt:

- In 227 Fällen lagen Informationen über eine bisherige Suizidalität vor. Diesen zufolge hatte sich fast jeder Zweite suizidal geäußert. Das Spektrum reichte von einer einzelnen Äußerung bis hin zu jahrelang täglich mehrfachen Wiederholungen. Obwohl es nachvollziehbar ist, dass inflationäre Ankündigungen ab einem bestimmten Punkt nicht mehr ernstgenommen werden, scheint genau dies leider nötig zu sein.
- Innerhalb derselben Gruppe hatte ein knappes Drittel bereits mindestens einen Suizidversuch durchgeführt. Dies unterstreicht die Bedeutung des Parasuizids als Indikator für erneute Handlungen.
- Andererseits soll nicht vergessen werden, dass in mehr als einem Fünftel der Fälle der Suizid sich für die Angehörigen in keiner Weise abgezeichnet hatte.
- Depressionen waren ein vorherrschender Grund für suizidale Handlungen. Da es sich in all den Fällen, in denen sie als Motiv identifiziert wurden, um klinische Diagnosen handelte, kann hier nicht die von Linnemann<sup>28</sup> diskutierte Aussage bestätigt werden, wonach die Depression im Alter häufig durch Verkennung und Nichtbehandlung zum Suizid führe.

#### 5.4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass der Gerontozid im ursprünglichen Wortsinn im Berlin der letzten Dekade eine deutlich geringere Bedeutung hat als in den bisher erschienenen Studien zum Thema. Ob sich diese Entwicklung in den kommenden Jahren aufrechterhalten lässt und ob sich das 2016 in Berlin erstmals aufgetretene Problem von Viktimisierung durch Terroranschläge wiederholt, muss in zukünftigen Arbeiten überprüft werden.

Ferner hat sich gezeigt, dass der dyadische Tod gerade im Alter von Relevanz ist und neben Homizid-Suizid und gemeinsamem Suizid noch einen weiteren Subtyp besitzt, nämlich den Suizid mit konsekutivem Suizid. Da bereits der Begriff des erweiterten Suizids zu so vielen Unstimmigkeiten geführt hat, empfiehlt es sich, analog zu

Homizid-Suizid von Suizid-Suizid zu sprechen. Dieses Phänomen findet sich in der Weltliteratur, beispielsweise in Shakespeares *Romeo und Julia*, und in gewisser Weise auch in der Suizidwelle, die dem Erscheinen von Goethes *Die Leiden des jungen Werthers* folgte. Dennoch wurde es bislang nicht in der Fachliteratur beschrieben. Bezüglich Bermans Unterteilung des dyadischen Todes fällt allerdings auf, dass allein der erotisch-aggressive Typ leicht als solcher zu erkennen ist, die Grenzen zwischen den drei anderen dagegen oft verwischen. Stattdessen scheint es dem Verfasser dieser Studie angebracht, sie durch zwei Kategorien zu ersetzen, die sich im Einverständnis des Opfers unterscheiden. Nach der neuen Definition ist jeder dyadische Tod symbiotisch, wenn sich beide Beteiligten für den gemeinsamen Tod entschieden haben, dagegen – um im biologischen Bild zu bleiben – parasitär, wenn sich der Täter über den mutmaßlichen oder konkreten Willen des Opfers hinwegsetzt und die Kriterien des erotisch-aggressiven Typs nicht erfüllt sind.

Anders, als bisherige Arbeiten zum Suizidverhalten alter Menschen vermuten ließen<sup>27</sup>, war der Großteil der im Institut der Charité obduzierten Suizidenten unter 60 Jahre alt. Offenbar ist die Verdachtsschöpfung in Sterbefällen alter Menschen derart gering, dass selbst Suizide oft unbemerkt bleiben und es nicht zur Obduktion kommt. Eine deutsche Studie von 2017 zeigte, dass mit steigendem Alter des Verstorbenen die Todesart nicht nur häufiger falsch eingeschätzt, sondern auch immer seltener als unklar deklariert wird. Ferner werde eine Obduktion in der Hälfte der Fälle wegen des Verdachts auf ein ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten angestrengt, was auf ein gesteigertes öffentliches Bewusstsein für derartige Vorkommnisse zurückzuführen sei<sup>74</sup>. Auch vor dem Hintergrund der hier gefundenen Daten steht es zu vermuten, dass der Alterssuizid bei der Leichenschau häufig einfach nicht in Betracht gezogen wird. Selbst im Falle einer Obduktion, also dem Goldstandard der Todesursachenfindung, ist der Nachweis einer Selbsttötung nicht immer einfach. Im Alter oft bestehende Vorerkrankungen springen als Todesursache ins Auge und ermöglichen auch, dass eine Suizidhandlung weniger invasiv – und somit spurenärmer – durchgeführt werden kann als im jungen Alter. Bekanntermaßen haben Ärzte ohne rechtsmedizinische Vorkenntnisse ohnehin Schwierigkeiten, bei der Leichenschau die korrekte Todesursache oder auch nur -art festzustellen<sup>58-62</sup>. Um die Dunkelziffer senken zu können, scheinen entweder ein Coroner-System nach amerikanischem Muster, also die Leichenschau durch einen Spezialisten, oder wenigstens erstens Schulungen zur Steigerung der Qualität von Leichenschauen und zweitens eine

gesteigerte Attraktivität derselben durch verbesserte finanzielle Anreize unausweichlich. Derartige Forderungen bleiben allerdings seit Jahren unerhört<sup>75</sup>, vermutlich aus monetären Gründen. Ebenfalls stagniert die Obduktionsfrequenz entgegen den Wünschen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin<sup>76</sup> sowie der Bundesärztekammer<sup>77</sup> weiterhin auf einem niedrigen Niveau<sup>78</sup>. So soll auch die vorliegende Arbeit als weiterer Anstoß zu einem Umdenken in dieser Hinsicht dienen. Wichtiger jedoch noch als die Entdeckung von Selbst- und Fremdtötungen bleibt die Verhinderung derselben. Unverzichtbar dafür ist, dass das öffentliche Bewusstsein sich dem demografischen Wandel anpasst, dass Alter nicht als Schwäche verstanden wird und Menschen im dritten und vierten Lebensalter im sozialen Umfeld inkludiert bleiben. Vor dem Hintergrund rückläufiger Gerontozidzahlen darf man hoffen, dass die bisher angestregten Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation weiter Früchte tragen.

## 6. Zusammenfassung

### 6.1 Deutsches Abstract

Tötungen alter Menschen werden erst seit wenigen Jahrzehnten gezielt erforscht. Die in Deutschland bisher erschienenen Studien beziehen sich auf Zeiträume bis 2010, sind also nicht mehr aktuell. In der vorliegenden Arbeit wurden daher sämtliche Obduktionsberichte des Instituts für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin von 2005 bis 2016 retrospektiv ausgewertet, um Altentötungen (n=39) sowie Suizide alter Menschen (n=564) näher untersuchen und neu beurteilen zu können. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf das Phänomen des dyadischen Todes gelegt; darunter versteht man die Gesamtheit von gemeinsamen Suiziden und Homizid-Suiziden (also dicht folgender Fremd- und Selbsttötung).

Ausgangsmaterial waren 11509 Fallakten, bestehend aus Obduktionsbericht, polizeilicher Ermittlungsakte und Zusatzuntersuchungen. Als alt galten Menschen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Obwohl alte Menschen laut den Sterbeziffern Berlins im Beobachtungszeitraum 85% aller Verstorbenen ausmachten, waren sie mit einem Anteil von rund 50% im rechtsmedizinischen Obduktionsgut unterrepräsentiert. Die Anteile von Fremd- und Selbsttötungen an den Todesfällen der alten Kohorte, also im Alter ab 60 Jahren, betrugen ein Fünftel bzw. die Hälfte derer in der jungen. Dennoch war die Zahl erfolgreicher Homizid-Suizide in beiden Altersklassen gleich (jeweils 6); drei gescheiterte Versuche hatten ferner alle in der älteren Kohorte stattgefunden. Der Anteil von Gerontoziden im engeren Sinn – also Tötungen in Bereicherungsabsicht unter Ausnutzung altersbedingter Eigenschaften – an allen Altentötungen lag mit 25,6% nur etwa halb so hoch wie in vergleichbaren Arbeiten. Gewalt in der Pflege führte nur einmal nachweislich zum Tod eines alten Menschen.

Die übliche Kategorisierung des dyadischen Todes in den erotisch-aggressiven, abhängig-beschützenden und symbiotischen Typen sowie den Typen der unerwiderten Liebe erwies sich als nicht zweckmäßig. Daher wird eine reformierte Einteilung in den erotisch-aggressiven, den symbiotischen und den parasitären Typ vorgeschlagen.

In dieser Arbeit wird erstmals der Begriff „Suizid-Suizid“ angewendet. Im Unterschied zum gemeinsamen Suizid ist dabei die Selbsttötung des zweiten Beteiligten eine Reaktion auf die des ersten und keine gemeinsam getroffene Entscheidung.

Weil erstens zu wenige Obduktionen stattfinden und zweitens diese vor allem an jungen Menschen durchgeführt werden, bleibt mutmaßlich ein Teil tödlicher Gewalt im Alter unentdeckt. Primär geboten sind deshalb Präventionsmaßnahmen, die auf der sozialen Inklusion alter Menschen fußen. Zu befürworten sind aber auch eine erhöhte Obduktionsrate und eine Steigerung der Qualität und Attraktivität von Leichenschauen durch Schulungen bzw. zusätzliche finanzielle Anreize.

## 6.2 Englisches Abstract

Homicides in the elderly have been specifically investigated for only a few decades. The studies published in Germany so far refer to time periods prior to 2010 and can't be considered current. Therefore, in this study all obduction files of the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences at Charité – Universitätsmedizin Berlin from 2005 to 2016 were reviewed retrospectively in order to examine and reevaluate homicides (n=39) and suicides in the elderly (n=564). A particular focus was placed on the phenomenon of so-called dyadic death, i.e. the sum of mutual suicides and homicide-suicides (the rapid succession of killing somebody else and oneself).

The study was based on 11,509 case files, each consisting of autopsy report, the police's investigation file and additional examinations. Subjects aged 60 or older were considered old. According to the annual mortality rates of Berlin during the investigation period, 85% of all deceased belonged to this age group. However, they were underrepresented in the entirety of medico-legal obductions with a rate of about 50%. The percentages of homicide and suicide of all death cases in the old cohort (60 years and older) were, respectively, 5 and 2 times lower than in the young one. Nevertheless, the total number of successful homicide-suicides in both age groups was equal (6 in each cohort); 3 failed attempts had all taken place within the old cohort. The share of geronticides in narrow definition – killings for personal enrichment exploiting age-related characteristics – in all killings of the elderly, namely 25.6%, was about half as high as in comparable studies. Only one old person died because of nursing-related violence.

The existent categorization of dyadic death into erotic-aggressive, unrequited love, dependent-protective and symbiotic type has shown to be impractical. Hence, a reformed classification into erotic-aggressive, symbiotic and parasitic type is suggested.



In this study, the term “suicide-suicide” is introduced. In distinction from mutual suicide, the self-killing of the second person is a reaction to the first one and not a shared decision.

Because firstly, too few obductions are carried out, and secondly, those few are primarily performed on younger individuals, a part of lethal violence in old age presumably stays undetected. Therefore, measures of prevention based on social inclusion of old people are recommended. Also, a higher obduction frequency as well as an improvement of quality and attractiveness of post-mortem examinations, realized by training measures and financial incentives, are suggested.

## 7. Literaturverzeichnis

1. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch 2016*. Wiesbaden 2016.
2. Baker AA. *Granny Battering*. Mod Geriatr 1975; 5:20-4.
3. Schäfer A. *Tötungsdelikte an älteren Menschen. Eine Untersuchung zur Greisentötung anhand des Aachener Obduktionsgutes aus dem Zehn-Jahres-Zeitraum 1976-1985*. Arch Kriminol 1989; 183:65-78.
4. Der Polizeipräsident in Berlin (Hrsg.). *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2015*. Berlin 2016.
5. Hale C. *Fear of Crime: A Review of the Literature*. Int Rev Vict 1996; 4:79-150.
6. Greve W. *Fear of Crime Among the Elderly: Foresight, Not fright*. Int Rev Vict 1998; 5:277-309.
7. Greve W. *Furcht vor Kriminalität im Alter*. Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol 2000; 32:123-33.
8. Rabold S, Görgen T. *Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte*. Z Gerontol Geriatr 2007; 40:366-74.
9. Höfert R. *Gewalt in der Pflege*. In: Von Fall zu Fall – Pflege im Recht: Rechtsfragen in der Pflege von A – Z. Berlin, Heidelberg: Springer 2011; 139-43.
10. Dankwarth G, Püschel K. *Straftaten gegen das Leben - Alte Menschen als Opfer und Täter*. Z Gerontol 1991; 24:266-70.
11. Heinemann A, Püschel K. *Tötungsdelikte an alten Menschen*. Z Gerontol 1994; 27:306-12.
12. Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B. *Viktimologische Aspekte der Tötungsdelikte an älteren Menschen im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin*. Arch Kriminol 1999; 204:33-41.
13. Schmidt P, Müller R, Dettmeyer R, Madea B. *Tötungsdelikte an älteren Menschen im Versorgungsgebiet des Bonner Instituts für Rechtsmedizin 1989–1998*. Rechtsmedizin 2000; 10:176-81.
14. Bode-Jänisch S, Havermann R, Germerott T, Fieguth A. *Untersuchungsergebnisse und Obduktionsbefunde bei Gewaltdelikten gegen ältere Menschen*. Arch Kriminol 2010; 226:176-86.
15. Lang J. *Tötungsdelikte an älteren Menschen über 60 Jahren in der Bundeshauptstadt Berlin (Jahreszeitraum 2000 bis 2010)*. Med. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin 2013.

16. United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects. The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables*. New York 2015.
17. Kowal P, Dowd J. *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. 2001. (Abgerufen am 13.04.2017 unter <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.)
18. Laslett P. *The Emergence of the Third Age*. Ageing Soc 1987; 7:133-60.
19. Du Plessis JE. *Compulsion and Restitution – A historical and comparative study of the treatment of compulsion in Scottish private law with particular emphasis on its relevance to the law of restitution or unjustified enrichment*. Unpublizierte PhD-Arbeit, University of Aberdeen 1997.
20. Galtung J. *Violence, Peace, and Peace Research*. J Peace Res 1969; 6:167-91.
21. Galtung J. *Kulturelle Gewalt*. Der Bürger im Staat 1993; 2:106.
22. Wetzels P, Greve W, Mecklenburg E, Bilsky W, Pfeiffer C. *Kriminalität im Lebensalter Menschen: Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd 105) Stuttgart: Kohlhammer 1995.
23. Görge T, Nägele B. *Sexuelle Viktimisierung im Alter*. Z Gerontol Geriatr 2006; 39:382-9.
24. Beauregard E, Proulx J. *A classification of sexual homicide against men*. Int J Offender Ther Comp Criminol 2007; 51:420-32.
25. Conwell Y. *Suicide Prevention in Later Life: A Glass Half Full, or Half Empty?* Am J Psychiatry 2009; 166:845-8.
26. Moksony F. *The age pattern of suicide in Hungary*. Arch Suicide Res 1995; 1:217-27.
27. Schmidtke A, Sell R, Löhr C. *Epidemiologie von Suizidalität im Alter*. Z Gerontol Geriatr 2008; 41:3-13.
28. Linnemann C, Leyhe T. *Suizid bei älteren Menschen – Risikofaktoren und Prävention*. Ther Umsch 2015; 72:633-6.
29. Näcke P, Strassmann F. *Der Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung*. Vierteljahresschr Gerichtl Med Öffentl Sanitätswesen 1908; 35:137-57.
30. Foerster K. *"Erweiterter Suizid": Ein problematischer Begriff?* Nervenarzt 2009; 80:1078-84.

31. Cohen D, Llorente M, Eisdorfer C. *Homicide-suicide in older persons*. Am J Psychiatry 1998; 155:390-6.
32. Fazel S, Bond M, Gulati G, O'Donnell I. *Elderly homicide in Chicago: a research note*. Behav Sci Law 2007; 25:629-39.
33. Malphurs JE, Cohen D. *A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons*. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13:211-7.
34. Weeke A, Oberwittler D. *A Comparison of Note Writers and No Note Writers in Homicide-Suicide Cases in Germany*. Arch Suicide Res 2017:1-9.
35. Berman AL. *Dyadic death: murder-suicide*. Suicide Life Threat Behav 1979; 9:15-23.
36. Berman AL. *Dyadic death: a typology*. Suicide Life Threat Behav 1996; 26:342-50.
37. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. *The epidemiology of murder-suicide*. JAMA 1992; 267:3179-83.
38. Liem M. *Homicide followed by suicide: A review*. Aggress Violent Behav 2010; 15:153-61.
39. Liem M, Roberts DW. *Intimate Partner Homicide by Presence or Absence of a Self-Destructive Act*. HS 2009; 13:339-54.
40. Saleva O, Putkonen H, Kiviruusu O, Lonqvist J. *Homicide-suicide - an event hard to prevent and separate from homicide or suicide*. Forensic Sci Int 2006; 166:204-8.
41. Hartwig S. *Historie*. (Abgerufen am 13.04.2017 unter <https://remed.charite.de/institut/historie/>.)
42. Wirth I, Geserick G, Vendura K. *Das Universitätsinstitut für Rechtsmedizin der Charité 1833-2008*. Lübeck: Schmidt-Römhild; 2008.
43. Kuhlmeier A. *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG; 2008.
44. Hartwig S, Tsokos M, Pawellek S. *Kombinierte Suizide im Zeitraum 1997–2006*. Rechtsmedizin 2013; 23:174-9.
45. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2007*. Berlin 2007.
46. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2008*. Potsdam 2008.

47. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2009*. Potsdam 2009.
48. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2010*. Potsdam 2010.
49. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2011*. Potsdam 2011.
50. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2012*. Potsdam 2012.
51. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2013*. Potsdam 2013.
52. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2014*. Potsdam 2014.
53. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch Berlin 2015*. Potsdam 2015.
54. Der Polizeipräsident in Berlin (Hrsg.). *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2012*. Berlin 2013.
55. Der Polizeipräsident in Berlin (Hrsg.). *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2013*. Berlin 2014
56. Der Polizeipräsident in Berlin (Hrsg.). *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2014*. Berlin 2015.
57. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *BEVÖLKERUNG DEUTSCHLANDS BIS 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden 2015.
58. Doberentz E, Madea B, Bohm U, Lessig R. *Zur Reliabilität von Leichenschaudiagnosen bei nichtnatürlichen Todesfällen vor und nach der Wiedervereinigung Deutschlands*. Arch Kriminol 2010; 225:1-17.
59. Heroux V, Uebbing K, Navarro-Crummenauer B, Urban R, Breitmeier D. *Fehlerhafte Angabe der Todesart nach insuffizienter Leichenschau*. Arch Kriminol 2015; 235:189-97.
60. Vennemann B, Du Chesne A, Brinkmann B. *Die Praxis der ärztlichen Leichenschau*. Dtsch Med Wochenschr 2001; 126:712-6.
61. Gleich S, Viehöver S, Stäbler P, Graw M, Kraus S. *Falsch bescheinigter natürlicher Tod nach ärztlicher Leichenschau*. Rechtsmedizin 2017; 27:2-7.
62. Zack F, Kaden A, Riepenhausen S, Rentsch D, Kegler R, Büttner A. *Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung*. Rechtsmedizin 2017.

63. Petridou E, Papadopoulos FC, Frangakis CE, Skalkidou A, Trichopoulos D. *A Role of Sunshine in the Triggering of Suicide*. *Epidemiology* 2002; 13:106-9.
64. Kevan SM. *Perspectives on season of suicide: A review*. *Soc Sci Med Med Geogr* 1980; 14:369-78.
65. Collins KA, Presnell SE. *Elder Homicide: A 20-Year Study*. *Am J Forensic Med Pathol* 2006; 27:183-7.
66. Eisenwort B, Heinrich M, Schuster A, Willinger U, Berzlanovich A. *Suizide im Alter*. *Rechtsmedizin* 2007; 17:359-62.
67. Monfort JC, Villemur V, Lezy AM, Baron-Laforet S, Droes RM. *From paedophilia to gerontophilia*. *Lancet* 2011; 377:300.
68. Seto MC. *The Puzzle of Male Chronophilias*. *Arch Sex Behav* 2017; 46:3-22.
69. Görden T, Herbst S, Hüneke A, Newig A. *Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten*. KFN Forschungsberichte Nr 93. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN); 2004.
70. Görden T (Hrsg.). *"Sicherer Hafen" oder "gefährvolle Zone"? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Hannover 2009.
71. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegebedürftige*. Wiesbaden 2017.
72. Jelinek L, Randjbar S, Moritz S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D. *Posttraumatische Belastungsstörung bei Opfern von Gewalttaten*. *Rechtsmedizin* 2007; 17:301-5.
73. Mohsenian C, Verhoff MA, Riße M, Heinemann A, Püschel K. *Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen*. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36:266-73.
74. Germerott T, Bielfeld S. *Leichenschau und demografischer Wandel*. *Rechtsmedizin* 2017; 27:106-13.
75. Bärenz A. *Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung: Struktur ist schuld*. *Dtsch Arztebl* 2004; 101:A-1176.
76. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Vorschläge der DGRM zur Verbesserung der Leichenschau und zur Aufdeckung von nicht natürlichen Todesfällen (überarbeitet und ergänzt durch den Vorstand im Oktober 2015)* 2015. (Abgerufen am 31.08.2017 unter [https://www.dgrm.de/fileadmin/PDF/DGRM-Vorschl%C3%A4ge\\_Verbesserung\\_Leichenschau\\_2009\\_2015.pdf](https://www.dgrm.de/fileadmin/PDF/DGRM-Vorschl%C3%A4ge_Verbesserung_Leichenschau_2009_2015.pdf).)

77. *Bundesärztekammer: Entwurf einer Gesetzgebung zur ärztlichen Leichenschau- und Todesbescheinigung.* In: Madea B: Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2006; 213-6.
78. Madea B. *Geplante Neuregelung löst die eigentlichen Probleme nicht.* Dtsch Arztebl 2010; 107:A1564-66.

## **8. Lebenslauf**

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



## 9. Eidesstattliche Versicherung

Ich, Gerald Vorderwülbecke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Gewaltsamer Tod im Alter: Tötung, Suizid und dyadischer Tod – Eine aktuelle empirische Analyse aus soziologischer und rechtsmedizinischer Sicht“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE – [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

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

Berlin, den 26.09.2017

*Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers*

*Unterschrift des Doktoranden*

## **10. Danksagung**

Ich danke Frau Prof. Adelheid Kuhlmeier für ihren immerwährenden Rückhalt von der Themenfindung bis hin zum Abschluss der Promotion, Herrn PD Dr. Sven Hartwig, der mir stets mit Rat, Tat und Humor zur Seite stand, und den Sekretärinnen der Institute für Soziologie und Rechtsmedizin sowie der Staatsanwaltschaft.

Ferner danke ich meinen geliebten Eltern, die mich mit unermüdlicher Geduld und Motivation durch den gesamten Prozess unterstützt haben. Ich danke Daniela Sommer für ihre Liebe und Geduld. Liebe Dani, solltest auch du promovieren, verspreche ich dir: Wenn wir uns drüben wiederfinden, so will ich dir das Gleiche tun.

Nicht vergessen werden sollen auch die vielen Verstorbenen, bekannt und unbekannt, die in ihrem Ableben die Wissenschaft ein weiteres Stück vorangebracht haben. Der Herr schenke ihnen die ewige Freude und das ewige Licht leuchte ihnen. Er lasse sie ausruhen in Frieden.